

---

# **EVALUACIÓN DE LA EFICACIA, EFECTIVIDAD Y COSTE-EFECTIVIDAD DE LOS DISTINTOS ABORDAJES TERAPÉUTICOS PARA DEJAR DE FUMAR**

---

*Informe de Evaluación de  
Tecnologías Sanitarias N° 40  
Madrid, Septiembre de 2003*



Instituto  
de Salud  
Carlos III

Ministerio de Sanidad y Consumo

*A|e* Agencia de Evaluación  
*I|S* de Tecnologías Sanitarias



**EVALUACIÓN DE LA EFICACIA,  
EFECTIVIDAD Y COSTE-EFECTIVIDAD DE LOS DISTINTOS  
ABORDAJES TERAPÉUTICOS PARA DEJAR DE FUMAR**



Informe de Evaluación de  
Tecnologías Sanitarias Nº 40  
Madrid, Septiembre de 2003

**Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS)  
Instituto de Salud Carlos III  
Ministerio de Sanidad y Consumo**

Sinesio Delgado, 6 - Pabellón 4  
28029 MADRID (ESPAÑA)  
Tels.: 91 822 20 04 - 91 822 20 00  
Fax: 91 822 78 41

Edita: AGENCIA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS  
Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Sanidad y Consumo

N.I.P.O.: 354-03-011-9  
I.S.B.N.: 84-95463-24-5  
Depósito Legal: M-54804-2003

Imprime: Rumagraf, S.A. Avda. Pedro Díez, 25. 28019 Madrid

O.T. 36105

Este documento es un Informe Técnico de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) del Instituto de Salud «Carlos III» del Ministerio de Sanidad y Consumo.

**Dirección y coordinación:**

*José Luis de Sancho Martín*

**Elaboración y redacción:**

*Lydia Gorgojo Jiménez  
Jesús González Enríquez  
(AETS-ISCIII)*

*Teresa Salvador Llivina  
(Asesora en política de tabaquismo de la  
Oficina Regional Europea de la OMS y  
miembro del Panel Internacional de Expertos  
de la OMS y del Comité Científico-Técnico de  
la CE para el Fondo Comunitario de Tabaco)*

**Documentación, edición y difusión:**

*Antonio Hernández Torres  
M.<sup>a</sup> Antonia Ovalle Perandones  
Antonio Perianes Rodríguez (página web)*

**Para citar este informe:**

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

Este texto puede ser reproducido siempre que se cite su procedencia.

# Índice

	Pág.
RESUMEN .....	7
INAHTA STRUCTURED ABSTRACT .....	11
I. INTRODUCCIÓN .....	13
I.1. Magnitud del problema del tabaquismo .....	13
I.2. Dependencia de la nicotina .....	15
I.3. Abandono del consumo de tabaco .....	16
I.4. Nuevo escenario: Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo .....	17
I.5. Problemas asociados con dejar de fumar .....	18
I.6. Breve descripción de las distintas terapias para la deshabituación tabáquica .....	18
II. OBJETIVOS .....	23
III. METODOLOGÍA .....	25
IV. EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES DE APOYO AL ABANDONO DEL CONSUMO DE TABACO .....	27
IV.1. Programas comunitarios para dejar de fumar .....	28
IV.2. Intervenciones mínimas .....	29
IV.3. Intervenciones psicológicas .....	30
IV.4. Intervenciones farmacológicas .....	31
IV.5. Tratamiento especializado .....	38
IV.6. Otras intervenciones .....	40
V. EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES DE APOYO AL ABANDONO DEL CONSUMO DE TABACO .....	41
VI. EVALUACIÓN ECONÓMICA .....	45
VII. LA EXPERIENCIA DEL REINO UNIDO Y OTROS PAÍSES DE NUESTRO ENTORNO .....	49
VIII. CONTEXTO DE LA ASISTENCIA A FUMADORES EN ESPAÑA .....	51
VIII.1. Antecedentes y situación actual .....	51
VIII.2. Programas y actividades de asistencia a fumadores en las Comunidades Autónomas .....	54
IX. CONSIDERACIONES FINALES .....	61
ANEXO: CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LAS TERAPIAS FARMACOLÓGICAS DE PRIMERA LÍNEA .....	63
BIBLIOGRAFÍA .....	67

---

# Resumen

---

## Introducción

El tabaquismo es considerado en la actualidad el mayor problema de salud pública prevenible de los países desarrollados. Dado que la dependencia del tabaco está reconocida como trastorno mental y del comportamiento, es decir, como una enfermedad [Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (ICD-10) —WHO, 1992— y en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría —APA, 1995—], resulta necesario conocer cuáles son las mejores estrategias terapéuticas que permitan disminuir la prevalencia de este problema, sobre todo teniendo en cuenta que España es uno de los países de la Unión Europea con mayor prevalencia de tabaquismo.

El objetivo principal de este trabajo ha sido proporcionar información sobre la evidencia científica de la eficacia y efectividad de las mejores alternativas de tratamiento del tabaquismo disponibles.

Este trabajo ha sido elaborado por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) del Instituto de Salud Carlos III, en respuesta a una solicitud de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo realizada en octubre de 2002.

---

## Método

El informe se basa en una revisión bibliográfica sistemática, exhaustiva y estructurada sobre todos aquellos trabajos existentes en la literatura científica que revisan los distintos

métodos terapéuticos disponibles para lograr la deshabituación tabáquica.

De manera paralela, en el informe se incluye información sobre las distintas estrategias de apoyo asistencial para dejar de fumar implantadas en cada una de las Comunidades Autónomas españolas, de manera que se pueda establecer cuál es la situación actual en nuestro país. Esta información ha sido recogida a través de un cuestionario elaborado por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) y por la Subdirección de Promoción de la Salud y Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública.

---

## Eficacia de las distintas intervenciones terapéuticas

En la tabla adjunta (página siguiente) se presentan las distintas intervenciones para las que existe evidencia científica de alta calidad sobre la **eficacia** terapéutica. Los resultados se basan en el efecto combinado observado en los ensayos aleatorios controlados disponibles. Como medida sumariada de resultado (eficacia de la intervención), se expone la razón entre las tasas de abstinencia a medio plazo (6-12 meses) observadas en el grupo de tratamiento respecto al grupo de comparación o control, expresada como *odds ratio* (OR) y su intervalo de confianza al 95% (IC 95%). De tal manera que un OR de 2 se interpreta como que el tratamiento duplica el porcentaje de abstinencia a medio plazo respecto al grupo control.

## Eficacia de distintas intervenciones en el tratamiento del tabaquismo frente a la no intervención o placebo

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 (1,29-1,73)
— 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)

\* Todas las determinaciones fueron estadísticamente significativas.

\*\* El consejo individual tendrá mayor eficacia dependiendo del tiempo de contacto: OR=3,2 para 91-300 minutos; OR=2,8 para más de 300 minutos. 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.

## Uso de fármacos

Las evidencias científicas disponibles permiten considerar como fármacos de primera línea para la deshabituación tabáquica la terapia sustitutiva de nicotina en sus distintas presentaciones (TSN) y el bupropión. La indicación debe valorarse en fumadores que han expresado su deseo de dejar de fumar, están en la fase de preparación/acción de realizar un intento serio y con un consumo de 10 o más cigarrillos al día.

Tanto la TSN como el bupropión deberían prescribirse dentro de un programa reglado de tratamiento de la adicción, en el cual el fumador establece una fecha en la que dejará por completo de fumar y contará con el apoyo asistencial necesario.

Ambos fármacos tienen contraindicaciones y situaciones especiales de indicación que deben ser adecuadamente valoradas por un profesional médico.

La valoración del uso de terapia farmacológica debe realizarse tras un diagnóstico del estatus del fumador, así como de su historia clínica personal, para poder adaptar a cada caso el tratamiento según ciertos aspectos importantes a considerar:

- a) Nivel de intención y motivación para dejar de fumar.
- b) La disponibilidad del asesoramiento o ayuda.
- c) Historia de intentos de abandono anteriores y procedimientos de ayuda utilizados.
- d) Valoración de contraindicaciones y potenciales efectos nocivos.
- e) Preferencias personales del fumador en el uso de una u otra terapia.

El tratamiento farmacológico es considerado como un complemento del apoyo motivacional, especialmente útil en las primeras fases de la intervención para afrontar los síntomas de abstinencia y el deseo de fumar. La eviden-

cia científica sobre la eficacia de los fármacos de primera línea es de alta calidad basada en ensayos aleatorios controlados. Sin embargo, es necesario disponer de información de calidad sobre la **efectividad a medio y largo plazo** (mantenimiento de abstinencia en periodos superiores a 1 año), e impacto global a nivel poblacional del incremento en el uso del tratamiento farmacológico sobre las tasas poblacionales de abandono del tabaquismo y consolidación de la abstinencia. En este sentido, será de gran utilidad la evidencia proporcionada en el análisis de los resultados del programa de servicios de tratamiento implantado en el Reino Unido, que será publicado próximamente.

## Evidencia sobre coste-efectividad

Del conjunto de estudios de coste-efectividad disponibles se puede concluir que, comparada con otras intervenciones preventivas o asistenciales, la detección y tratamiento de la dependencia del tabaco a través de los servicios asistenciales se considera una acción coste-efectiva en términos de coste por año de vida ganado. Esta intervención se ha considerado una referencia frente a otras intervenciones preventivas y asistenciales con las que se puede comparar.

Existen escasas valoraciones realizadas en España sobre evaluación del coste-efectividad de las intervenciones de apoyo al abandono del consumo de tabaco. Como ejemplo destacado, en el Reino Unido se ha estimado que el coste adicional por año de vida ganado logrado con el consejo médico o consejo intensivo para dejar de fumar comparado con no hacer nada es menor a 1.000 libras esterlinas (1.439 €), y se sitúa entre 1.000 y 2.400 libras (1.439-2.758 €) para la terapia sustitutiva de nicotina, entre 640-1.500 libras (921-2.158 €) para el bupropión y entre 900 a 2.000 libras (1.295-2.878 €) para el tratamiento combinado. El coste estimado para el Servicio Nacional de Salud de un programa de tratamiento en Inglaterra y Gales sería de 67 a 202 millones de libras al año (96-291 millones de €), conseguiría la consolidación de la abstinencia a largo plazo de 45.000 a 135.000 fumadores y lograría ganar 90.000 a 270.000 años de vida. El coste medio por año de vida ganado estaría entre 500 y 1.500 libras (720-2.158 €).

## Consideraciones finales

Existen distintas intervenciones asistenciales para el tratamiento del tabaquismo y para el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo que han demostrado ser eficaces y coste-efectivas y que deben ser utilizadas de forma adecuada a las necesidades de cada fumador que solicita apoyo para dejar de fumar. Los fumadores que desean dejar de fumar deberían poder acceder al tratamiento más adecuado a sus necesidades y características individuales.

El registro sistemático de la condición de fumador en la historia clínica de cada paciente y el consejo médico oportunista para dejar de fumar deben constituir una práctica rutinaria generalizada en el ámbito de la Atención Primaria de salud, siendo ésta una de las aproximaciones más eficientes. Sería conveniente potenciar la dotación de los recursos necesarios a los profesionales sanitarios para que puedan responder adecuadamente a la demanda creciente de tratamiento. Existen ya excelentes guías para proporcionar adecuado consejo médico, así como guías prácticas y manuales de autoayuda para dejar de fumar, editadas en España.

Sería prioritario garantizar el acceso a las intervenciones más intensivas requeridas especialmente por fumadores con alta dependencia, graves problemas de salud y alto riesgo que no han logrado dejar de fumar con intervenciones de nivel inferior de intensidad. Una pequeña proporción de fumadores podría beneficiarse de tratamientos intensivos en unidades especializadas o en grupos de apoyo intensivo ofrecidos desde la Atención Primaria. Los fumadores de alto riesgo (con enfermedades debidas o agravadas por el tabaquismo, mujeres embarazadas...) deben constituir una prioridad en la facilitación del acceso a los tratamientos más eficaces disponibles.

Debería considerarse también una prioridad la oferta de tratamiento del tabaquismo a los profesionales sanitarios, dada su responsabilidad en el ofrecimiento de apoyo asistencial a los fumadores y su carácter modélico. La intervención asistencial sobre los profesionales de la salud que todavía fuman es necesaria y urgente, dada la aún elevada prevalencia de tabaquismo detectada en este sector en nuestro país.



---

# INHATA Structured Abstract

**TITLE:** «EFFICACY, EFFECTIVENESS AND COST-EFFECTIVENESS OF INTERVENTIONS FOR SMOKING CESSATION»

**Authors:** Gorgojo Jiménez L, González Enríquez J, Salvador Llivina T. **Agency:** Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Spanish Health Technology Assessment Agency) (AETS). **Contact:** J González Enríquez. **Date:** September 2003. **Pages:** 76. **References:** 188. **Price:** 9 €. **Language:** Spanish. **English abstract:** Yes. **ISBN:** 84-95463-24-5. **Technology:** Interventions for smoking cessation.

**MeSH keywords:** Tobacco, smoking cessation, bupropion, nicotine replacement therapy.

**Purpose of assessment:** The main objectives of the report are: a) to provide information, based on the best available scientific evidence, about the efficacy, effectiveness and safety of the different intervention options to facilitate smoking cessation; b) to explore the conditions for their efficient use in the National Health System (NHS). The context and the situation regarding access and use of support interventions for smoking cessation in Spain is also described in this assessment. Finally, this analysis provides information on the potential impact of extending smoking cessation interventions in the NHS.

**Methodology:** A systematic review of the primary and secondary scientific literature from Jan 2000- May 2003 on: a) efficacy of the different smoking cessation interventions; b) effectiveness and cost-effectiveness of medical advice and short smoking cessation interventions; c) pharmacological aids for treating nicotine dependence; d) specialised intensive treatment. A national survey directed to all Autonomous Regions, is added to include also a review of the current Spanish context regarding smoking cessation interventions.

**Data sources:** MEDLINE, IME, NHS-CRD, DARE, Cochrane Library, health resources on INTERNET, Autonomous Health Departments within Spain.

**Cost/economic analysis:** Yes, cost-effectiveness review. **Expert opinion:** Yes.

**Content of report/main findings:** All the interventions for stopping smoking are reviewed, and it has been found that medical advice and support, bupropion and nicotine replacement therapy (NRT) are effective and cost-effective interventions, making these the cutting edge drugs to consider. Except in the presence of contraindications, these should be used with highly motivated patients attempting to quit smoking.

From the set of cost-effectiveness studies available, it is possible to conclude that, compared with other preventive or clinical interventions, the detection and treatment of dependency on tobacco through medical services is cost-effective in terms of cost per year of life gained. This intervention has been considered a reference compared with other preventive and clinical interventions widely provided by the public health services.

**Recommendations/conclusions:** Including the smoking status in each patient's clinical history and opportunistic medical advice on smoking must constitute a generalized routine practice in Primary Health Care. This short intervention for smoking cessation is one of the most efficient approaches. It would be useful to harness the necessary resources so that health professionals can appropriately respond to the increasing demand for smoking cessation treatment. Smokers who wish to stop smoking should be able to gain access to the most suitable treatment according to their needs and individual characteristics.

---

# I. Introducción

El tabaquismo es considerado en la actualidad el mayor problema de salud pública prevenible de los países desarrollados. En general, las enfermedades crónicas (enfermedades cardiovasculares, respiratorias y cáncer) son más frecuentes entre población expuesta al tabaco que en la que no lo está (NHS Centre for Reviews and Dissemination, 1998). Se puede afirmar, sin lugar a dudas, que el tabaco es la principal causa de muerte prematura y de enfermedades prevenibles en nuestro país y en países de nuestro entorno (Bray et al., 1995).

A partir de la publicación en EE.UU. del informe de US Surgeon General titulada *Nicotine Addiction* en 1988, se establecen las bases para considerar el tabaco como un producto que genera dependencia, debido a su contenido en nicotina, que produce una serie de alteraciones fisiológicas y psicológicas de dependencia equiparables a otras drogas legales (alcohol) e ilegales (heroína y cocaína). La nicotina cumple todos los criterios de las definiciones de adicción o de dependencia: consumo compulsivo pese al deseo y a los repetidos intentos de dejar de fumar, efectos psicoactivos debidos a la acción directa de la sustancia sobre el encéfalo y alteración del comportamiento motivada por los efectos de refuerzo de la nicotina como sustancia psicoactiva.

Recientemente, la Organización Mundial de la Salud, consciente de la importancia del problema, ha reunido a un comité de expertos para elaborar las directrices del tratamiento de la dependencia del tabaco basadas en consideraciones científicas (WHO, 2001 y 2002).

La dependencia al tabaco está reconocida como trastorno mental y del comportamiento en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (ICD-10) (WHO, 1992) y en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1995).

El presente informe ha sido realizado por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III, en respuesta a una solicitud de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo realizada en octubre de 2002. Su objetivo fundamental es proporcionar infor-

mación relevante y basada en la evidencia científica disponible sobre la eficacia, efectividad, seguridad y coste-efectividad de distintas modalidades de tratamiento del tabaquismo.

---

## I.1. Magnitud del problema del tabaquismo

Puede afirmarse que actualmente uno de cada tres adultos fuma, lo que equivale a 1.100 millones de personas en todo el mundo, por lo que se estima que para el año 2025 se alcancen los 1.600 millones de fumadores. Se calcula que el actual consumo de tabaco causará alrededor de 450 millones de muertes en el mundo en los próximos 50 años. Si se redujera el consumo de tabaco a la mitad del actual se evitarían de 20 a 30 millones de muertes prematuras en el primer cuarto de siglo y unos 150 millones hasta el segundo cuarto de siglo (Peto y López, 2000). Evitar la incorporación de los jóvenes al consumo de tabaco produciría una reducción en la mortalidad relacionada directamente con el tabaco, pero ello empezaría a evidenciarse con posterioridad al año 2050. Sin embargo, si se redujera el número de los fumadores actuales, la mortalidad disminuiría a medio plazo. En la actualidad existe evidencia científica de alta calidad sobre la eficacia y la efectividad de un conjunto de intervenciones para el tratamiento del tabaquismo (Lancaster et al., 2000).

Se ha calculado que el consumo de tabaco es responsable de la muerte prematura de más de 3,5 millones de personas por año en el mundo (Jha y Chaloupka, 1999; Peto et al., 1994 y 2000), y recientemente se han publicado en el *Lancet* (Ezzati y López, 2003) los resultados de un estudio epidemiológico realizado sobre el efecto global del tabaco en la mortalidad mundial. En este trabajo los autores estiman que el número de muertes en el mundo relacionadas con el tabaco durante el año 2000 fueron 4,8 millones, con una incidencia similar en los países industrializados y en los países en desarrollo. Entre las principales causas de muerte encontradas destacan:

- Enfermedades cardiovasculares: 1,7 millones de muertes.
- Enfermedad obstructiva crónica pulmonar: 970.000 muertes.
- Cáncer de pulmón: 850.000 muertes.

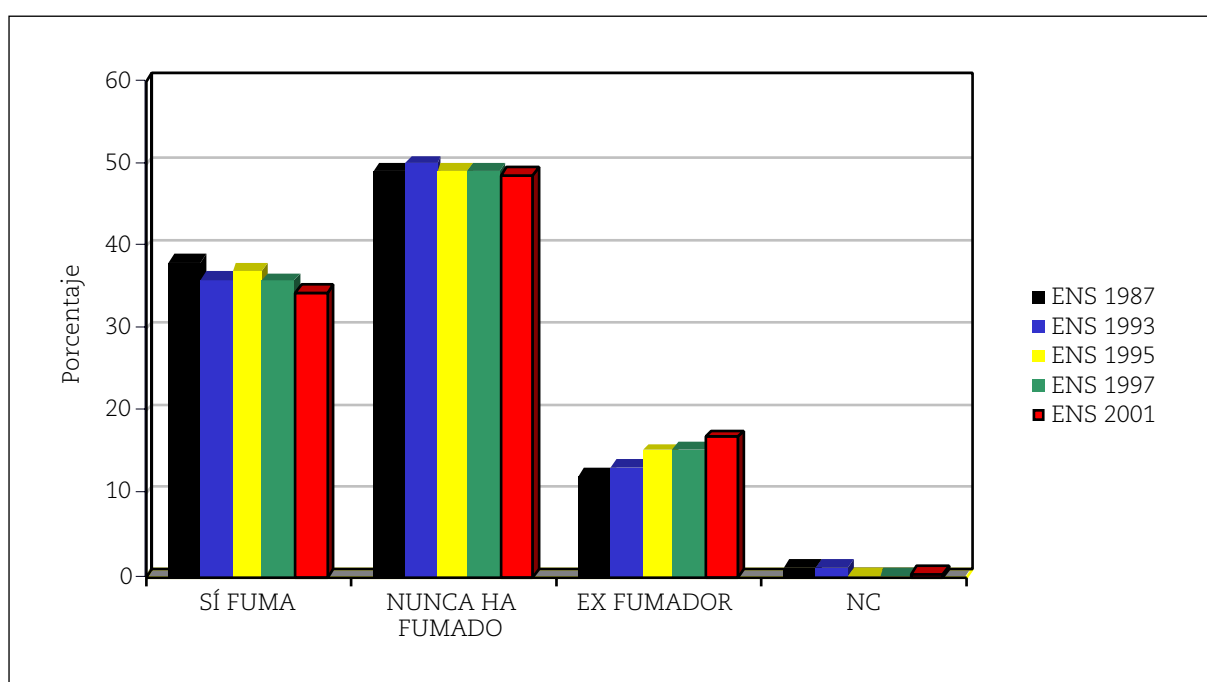
Si comparamos la evolución de consumo de tabaco en nuestro país según las distintas Encuestas Nacionales de Salud (MSC, 1989, 1992, 1995, 1999 y 2003), se observa una discreta disminución del consumo de tabaco a

lo largo del periodo que cubren dichas encuestas.

Según datos facilitados por el Ministerio de Sanidad y Consumo recogidos en la última Encuesta Nacional de Salud de 2001 (MSC, 2003), la prevalencia de consumo de tabaco en población española de 16 y más años es del 34,4%, lo cual indica un ligero descenso comparando con el mismo dato global obtenido en la primera Encuesta Nacional de Salud de 1987, que fue del 38,1% (gráfico 1 y tabla 1).

**Gráfico 1**

**Porcentaje de consumo de tabaco según datos de las distintas Encuestas Nacionales de Salud**



**Tabla 1**

**Prevalencia tabaquismo en España (porcentajes)**

	Total	Hombres	Mujeres
Fumadores	34,4	42,1	27,2
Ex fumadores	16,8	24,7	9,4
No fumadores	48,6	33,0	63,2
NS/NC	0,2	0,2	0,2

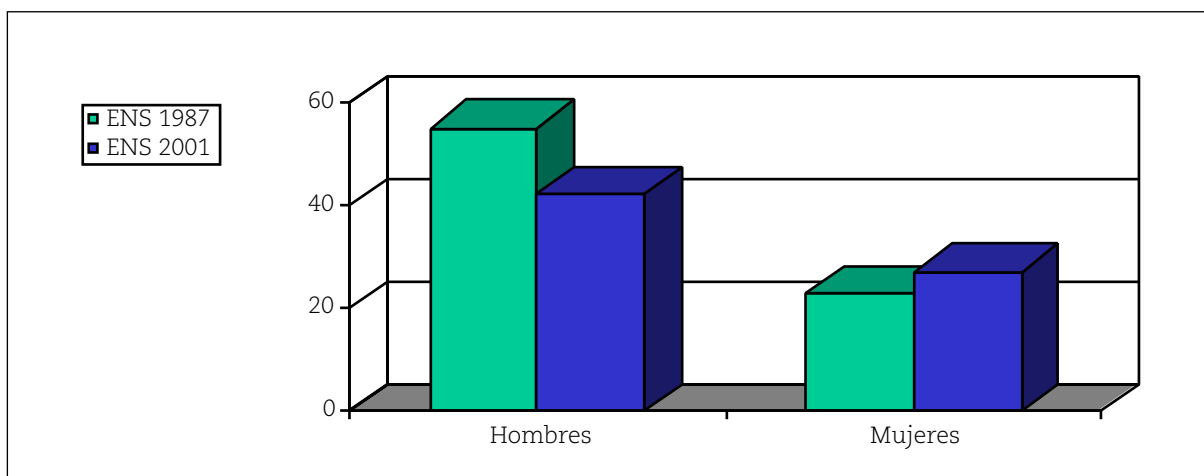
Datos facilitados por MSC. Encuesta Nacional de Salud 2001.

Sin embargo, los patrones de consumo de tabaco parecen estar cambiando respecto al género (gráfico 2). Si comparamos la primera encuesta de 1987 y la de 2001, se comprueba que el porcentaje de hombres fumadores ha

descendido sensiblemente del 55 al 42,1%, en contraposición con el aumento que ha experimentado el consumo en las mujeres, que ha pasado de un 23% en 1987 a un 27,2% en la ENS de 2001 (MSC, 2003).

Gráfico 2

Porcentaje de hombres y mujeres fumadores según las Encuestas Nacionales de Salud de 1987 y 2001



En relación con la mortalidad atribuible al tabaco en España, se ha estimado en torno a 55.613 muertes al año producidas directamente por el consumo de tabaco en 1998 (Banegas *et al.*, 2001). Ello representa el 16% de todas las muertes ocurridas en población de 35 años o más. De estas muertes atribuidas al tabaco, puede afirmarse que 26,5% se debieron a cáncer de pulmón (15.432 hombres y 1.876 mujeres), 20,9% a enfermedad obstructiva crónica, 12,8% a cardiopatía isquémica y 9,2% a enfermedad cerebrovascular. Estas muertes representan un incremento respecto a las estimaciones de los años anteriores (González-Enríquez *et al.*, 1997).

España se encuentra en una fase avanzada en el modelo de epidemia de consumo de tabaco propuesto por López (López *et al.*, 1994), pero aún no se ha alcanzado el nivel máximo de los efectos negativos sobre la salud (morbilidad y mortalidad), especialmente en población femenina. Distintos autores han estudiado el impacto en España del consumo de tabaco sobre la morbilidad, la mortalidad y los costes económicos y sociales (Department of Health and Human Services, 1989; Peto *et al.*, 1992; Peto *et al.*, 1999; Murray y López, 1997; López *et al.*, 1994; Borrás *et al.*, 2000; Rodríguez-Tapióles *et al.*, 1994 y 1997; González-Enríquez, 1997; Rodríguez Artalejo *et al.*, 1994; Banegas *et al.*, 1993; González *et al.*, 1997; Rovira y Escribano, 1989).

Sin embargo, a pesar de que España se encuentra en esa fase avanzada de epidemia de tabaquismo, se observa una tendencia creciente de personas que se declaran ex fumadores/as a lo largo de las distintas cohortes de

estudio de las diferentes ENS, habiendo pasado de un 12 a un 16,8% el número de personas que se declaran ex fumadoras, en los últimos 15 años.

## 1.2. Dependencia de la nicotina

La nicotina es un potente neuroestimulante de acción central y periférica, con efectos complejos, múltiples y variables según cada persona y situación. Los efectos psiconeurológicos de la nicotina causan la dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia (necesidad imperiosa de fumar, irritabilidad, ansiedad, dificultad de concentración, alteraciones del sueño, disminución de la frecuencia cardíaca, alteraciones gastrointestinales).

En la tabla 2 se muestra cómo el tabaco, tanto por su principio activo (la nicotina) como por su forma de comercialización y consumo, es considerado una de las drogas con mayor capacidad de generar adicción, si se compara con el resto de sustancias psicoactivas (Royal College of Physicians, 2000).

Dada la alta capacidad adictiva de la nicotina, su privación provoca a las pocas horas síntomas desagradables que constituyen el motivo más poderoso para seguir fumando (refuerzo positivo). Junto a este factor fisio-farmacológico, otros importantes factores psicológicos y psicosociales conforman la compleja dependencia al tabaco.

**Tabla 2**

**Diversos factores asociados a la adicción: comparación entre distintas drogas y la nicotina**

La nicotina frente a otras drogas en relación con diversos factores asociados a la adicción	
DEPENDENCIA ENTRE LOS CONSUMIDORES DIFICULTAD EN LOGRAR LA ABSTINENCIA TOLERANCIA SEVERIDAD SÍNDROME DE ABSTINENCIA IMPACTO SOCIAL	nicotina > heroína > cocaína > alcohol > cafeína (alcohol = cocaína = heroína = nicotina) > cafeína (alcohol = heroína = nicotina) > cocaína > cafeína alcohol > heroína > nicotina > cocaína > cafeína efectos graves debidos a las muertes secundarias (nicotina), a los accidentes (alcohol) o al crimen (heroína, cocaína); ningún impacto sustancial para la cafeína
MORTALIDAD IMPLICACIÓN EN LA VIDA COTIDIANA INTOXICACIÓN PREVALENCIA	nicotina > alcohol > (cocaína = heroína) > cafeína (alcohol = cocaína = heroína = nicotina) > cafeína alcohol > (cocaína = heroína) > cafeína > nicotina cafeína > nicotina > alcohol > (cocaína = heroína)

Fuente: Royal College of Physicians, 2000.

La mayoría de los fumadores refieren el deseo de dejar de fumar y un 60% lo ha intentado alguna vez (MSC, 1999). Sin embargo, sólo un 4,3% de los fumadores consiguió dejar de fumar a lo largo de los dos últimos años (MSC, 1999). Esta baja tasa de éxito puede ser explicada en parte por el hecho de que la mayoría de los intentos de abandono se realizan sin ayuda, lo que popularmente se conoce como el ejercicio espontáneo de la «fuerza de voluntad».

Hasta muy recientemente, la mayoría de los ex fumadores abandonaron el consumo de tabaco sin ningún tipo de asistencia (Becoña y Vázquez, 1998). Sin embargo, sólo un 2% al año de los fumadores que realizan intentos de cesación tiene éxito (MSC, 1999).

Aproximadamente, un 30% de los fumadores son disonantes (perciben conflicto entre su conducta actual y la deseada) o han realizado intentos serios para dejar de fumar. La mayoría de los fumadores que dejan de fumar lo hacen por sus propios medios, sin necesidad de intervenciones terapéuticas. Sin embargo, el consejo médico para dejar de fumar es un motivo importante para iniciar el proceso de cesación. Cada vez más fumadores con alta dependencia y serios problemas de salud constituyen un grupo de alto riesgo que precisa recursos de apoyo y un nivel de intervención más intenso y especializado.

El éxito y consolidación de la abstinencia va a depender fundamentalmente del grado de motivación personal, el nivel de dependencia alcanzado, la confianza personal en el éxito y la disponibilidad de recursos de apoyo del entorno personal, social y sanitario.

### **1.3. Abandono del consumo de tabaco**

Los beneficios para la salud que se producen al dejar de fumar han quedado claramente establecidos científicamente (Skaar *et al.*, 1997; NHS-CRD, 1998; Cinciripini y McClure, 1998; Brown *et al.*, 2000).

La adicción al tabaco es una condición clínica crónica, difícil de superar, si no se dispone del apoyo y del tratamiento adecuados (US Department of Health and Human Services, 2000; Royal College of Physicians, 2000).

Los efectos de la cesación tabáquica han sido precisamente establecidos en los estudios de cohortes de grandes poblaciones de EE.UU., Canadá, Europa y Japón. La cesación tiene importantes e inmediatos beneficios para la salud en hombres y mujeres de cualquier edad, con o sin síntomas de enfermedad relacionada con el consumo de tabaco.

El efecto biológico más inmediato que se observa tras el cese en el consumo de tabaco es la mejora en el perfil lipídico y en la actividad plaquetaria (Skaar *et al.*, 1997). Transcurrido un año de abstinencia, el exceso de riesgo de padecer infarto de miocardio o enfermedad arteriocerebral letal disminuye hasta un 50% (Brown *et al.*, 2000). El cese en el consumo de tabaco también mejora ostensiblemente la disfunción pulmonar que conlleva a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Las mujeres que dejan de fumar antes del embarazo o durante los 3-4 primeros meses del embarazo reducen el riesgo de tener un niño con bajo peso al nacer.

Dependiendo de los años de abstinencia, el riesgo de padecer cáncer de pulmón puede reducirse del 20-90%. Asimismo, el riesgo de desarrollar un cáncer oral se reduce a la mitad al cabo de 3-5 años de abstinencia, y el riesgo se hace nulo o igual al de una persona no fumadora cuando han transcurrido más de 10 años de abstinencia (Cinciripini y McClure, 1998). A los 15 años de haber dejado de fumar, el riesgo de enfermar de un ex fumador casi llega a igualarse al de una persona que nunca ha estado expuesta al consumo activo de tabaco (US Department of Health and Human Services, 1990; Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, 1998).

La adicción al tabaco es una condición clínica crónica, susceptible de tratamiento. Los resultados esperados de las intervenciones para promover el abandono del consumo de tabaco son: incrementar el número de años vividos; mejorar el nivel de salud y la calidad de los años vividos; evitar muertes prematuras, y reducir los costes sanitarios derivados del tratamiento de las condiciones clínicas asociadas al consumo de tabaco. Los beneficios para la salud que se producen al dejar de fumar han quedado claramente establecidos a lo largo de los últimos 50 años, en los que se ha investigado profusamente sobre el tema.

Aunque se conoce la importancia del abandono tabáquico, hay que destacar los beneficios en la salud producidos por el abandono del consumo de tabaco, sobre todo si el momento en que se deja de fumar es anterior a los 50 años de edad (NHS-CRD, 1998). El abandono del tabaco es la decisión más saludable que puede tomar un fumador.

Muchas personas fumadoras de edad media han dejado de fumar durante los últimos años en nuestro país como consecuencia de una mayor información disponible respecto a los riesgos asociados al consumo de tabaco, y de que cada vez más médicos y profesionales sanitarios ayudan activamente a sus pacientes fumadores a dejar el consumo del tabaco. La aparición de tratamientos farmacológicos eficaces también está contribuyendo a avanzar en este sentido (Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, 2001).

Las actuaciones de apoyo a los fumadores para facilitar la cesación, junto a las medidas protectoras de carácter normativo y las estrategias de información, sensibilización y educación, son necesarias. El tratamiento del tabaquismo ofrecido a personas adultas fumadoras consigue una reducción de la incidencia de morbilidad y mortalidad debidas al consumo de tabaco, que se empezará

a observar a corto plazo (WHO, 1996; WHO, 2001).

Por otro lado, el hecho de ser o no fumador condiciona muchas actitudes y comportamientos de los distintos profesionales sanitarios (fumar ante los pacientes, permisividad al consumo en los centros sanitarios, adhesión a la normativa sobre consumo en los centros, oferta de consejo y apoyo a los pacientes, etc.). A pesar de la rápida reducción en la prevalencia de consumo de tabaco entre los profesionales sanitarios españoles (especialmente entre los médicos), los médicos españoles fuman en proporción mayor que la media de los médicos de la UE (30%) y mucho mayor que los médicos de países anglosajones. Estas actitudes y comportamientos evolucionan de forma lenta pero positiva en los últimos años. La persistencia de altas prevalencias de consumo y actitudes negativas constituye una seria limitación para facilitar apoyo a los pacientes que desean dejar de fumar.

---

## **1.4. Nuevo escenario: Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo**

Paralelamente al proceso de negociación del histórico acuerdo firmado por todas las naciones representadas en la Organización Mundial de la Salud en relación con el Convenio Marco de la OMS para la lucha antitabáquica (OMS, 2003), el Ministerio de Sanidad español ha dado un impulso definitivo a nivel nacional en relación al tabaco con la aprobación del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo (PNPCT) (Saiz *et al.*, 2003).

El Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó por unanimidad el 13 de enero de 2003 dicho Plan. Se trata de un conjunto de medidas que serán desarrolladas durante el periodo 2003-2007. Entre los principales objetivos del Plan figura que para el año 2007 el número de fumadores de 16 años esté por debajo del 30%, y que el índice de personas fumadoras de entre 16 y 25 años descienda en seis puntos y se sitúe por debajo del 34%. Asimismo, desde la Administración pública también se espera que la proporción de ex fumadores descienda al menos en 6 puntos, hasta alcanzar el 21%.

Por otra parte, desde el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se confía que en el año 2004 se hayan desarrollado ya normativas que regulen el consumo de tabaco en todos los ámbitos públicos, y que el 75% de la población considere que el tabaco es menos aceptado en su entorno social.

El PNPCT resume una política capaz de promover la disminución significativa del tabaquismo en la población española al incluir medidas que facilitan a los fumadores dejar de fumar por sí mismos y, al mismo tiempo, ofrece medidas de apoyo proporcionales al grado de adicción de los fumadores. Así, la generalización del consejo médico para dejar de fumar y la ampliación del acceso a los recursos asistenciales de apoyo son medidas contempladas en el Plan. El apoyo y facilitación del tratamiento apropiado para promover el abandono del tabaco en población general fumadora, y de forma prioritaria en grupos de alto riesgo, constituye una de las líneas básicas de acción en una estrategia de control del tabaquismo capaz de reducir el impacto sobre la salud de este factor de riesgo. Esto incluye el desarrollo y asignación de recursos humanos competentes, la dotación de recursos económicos, la utilización de instrumentos y tratamientos adecuados, así como medidas de formación profesional continuada. Las medidas de apoyo a la cesación constituyen un elemento esencial para modificar la tendencia creciente que presentan las tasas de morbilidad y mortalidad atribuibles al tabaquismo en España.

En suma, el Plan trata de conseguir que, cuando finalice su desarrollo y puesta en marcha, la tasa de fumadores en España esté por debajo del 30%. De este modo, conseguir que disminuya el número de fallecidos por enfermedades relacionadas con este hábito, una cifra que supera las 55.000 muertes al año por esta causa.

Podemos decir que el presente informe se encuadra como herramienta de trabajo para alcanzar el primer objetivo general del PNPCT: «Disminuir la prevalencia tabáquica», específicamente en el tercer sub-objetivo (1.3): «Facilitar el abandono de la dependencia tabáquica».

---

## **1.5. Problemas asociados con dejar de fumar**

Desafortunadamente, dejar de fumar no es fácil. Ante el dato de que un 70% de los 12 mi-

llones de fumadores españoles quiere dejar el tabaco y muchos de ellos recurren a su médico en busca de ayuda para superar la adicción, se plantea la necesidad de evaluar cuáles son las terapias de apoyo más eficaces disponibles para alcanzar la deshabituación tabáquica de manera permanente.

Datos de EE.UU. de 1994 indicaron que del 46,4% de fumadores que habían hecho una tentativa seria de dejar de fumar en el año anterior a la encuesta, sólo el 5,7% de fumadores alcanzaron la abstinencia durante un mes o más, y solamente el 2,5% de todos los fumadores alcanzaron la abstinencia permanente cada año.

La nicotina produce una tolerancia que conlleva a un proceso de neuroadaptación. Cuando el suministro de nicotina se corta de forma brusca, los síntomas de la abstinencia aparecen como consecuencia de esta neuroadaptación (Thompson y Hunter, 1998). La mayoría de los síntomas de abstinencia asociados al tabaco son significativos e incluyen los siguientes síntomas, que han sido claramente establecidos (Gourlay y Benowitz, 1996; Thompson y Hunter, 1998): agresividad; ansiedad; confusión; impaciencia; incapacidad de concentración; irritabilidad; deseo de consumir nicotina; agitación; estreñimiento; vértigos; dolor de cabeza; sudoración, y dificultad para dormir. Los síntomas de abstinencia alcanzan su máxima intensidad en el plazo de 24 horas después de la cesación, y van disminuyendo en intensidad al cabo de las 2 a 4 semanas posteriores, aunque algunos síntomas, como el deseo de fumar, pueden persistir por meses o años después de la cesación. Junto a estos síntomas de abstinencia, la persona que deja de fumar tiene una falsa percepción de que ha perdido alguno de los «beneficios de fumar», como son la sensación de reducir la ansiedad o el controlar el peso corporal (NHS-CRD, 1998).

---

## **1.6. Breve descripción de las distintas terapias para la deshabituación tabáquica**

El abandono del consumo de tabaco es un proceso que sigue diversas etapas de evolución a nivel cognitivo, que empieza por un cambio de actitud para llegar hasta el abandono del consumo de tabaco.

Un modelo que permite explicar esta evolución es el definido por Prochaska y DiClemente (1984) como **Modelo Espiral de las Etapas de Cambio**, que incluye cinco etapas:

- 1) **Precontemplación.** La principal característica de esta fase es la resistencia a reconocer el problema. Los fumadores en esta etapa no tienen intención de dejar de fumar en los próximos 6 meses. Aproximadamente el 35% de los fumadores se encuentran en esta fase.
- 2) **Contemplación.** En esta fase la persona es consciente del problema y considera resolverlo. Los fumadores están pensando seriamente en dejarlo en los próximos 6 meses. En esta fase se encuentran el 50% de los fumadores.
- 3) **Preparación.** En esta etapa aparecen pequeños cambios de comportamiento. El fumador intentará dejarlo en el próximo mes, y muchos lo han intentado previamente sin éxito. En esta etapa se encuentran el 15% de todos los fumadores.
- 4) **Acción.** En esta etapa están las personas que han iniciado el dejar de fumar. Este periodo se alarga durante los próximos 6 meses y es la fase donde existe mayor riesgo para la aparición de recaídas.
- 5) **Mantenimiento.** Las personas se esfuerzan en prevenir la recaída y consolidar los resultados y llevan más de 6 meses sin fumar. Cuando consiguen mantener la abstinencia durante 1 año pasarían a ser considerados como ex fumadores.

Aunque la etapa de Acción sería la más idónea para la intervención terapéutica, a los fumadores que se encuentran en otras etapas se les deberán suministrar intervenciones motivadoras (etapas de precontemplación, contemplación y preparación) e intervenciones de prevención de recaídas (etapa de mantenimiento). Aunque resulte una obviedad, el primer paso para tratar el tabaquismo consiste en hacer un diagnóstico correcto, es decir, identificar a los fumadores. Para ello se tendrán que plantear a nivel de áreas de salud, en las distintas CC.AA., cuáles son los mejores puntos de captación de fumadores (habitualmente los Centros de Salud correspondientes, ya que el 70 % de los fumadores visitan a su médico al menos una vez al año), a través de los cuales se podrá realizar un diagnóstico correcto del fumador y sus características, para poder establecer la mejor pauta de deshabituación.

Además de estas fases de motivación y deseo cognitivo de dejar de fumar, la **dependencia a**

**la nicotina** contribuye muy directamente en el éxito del tratamiento. Para objetivar esta dependencia se dispone de diferentes métodos:

- **Test de Fagerström.** Cuestionario que permite valorar el grado de dependencia física a la nicotina. Probablemente sea el test más extensamente utilizado, tanto en su versión completa (Fagerström, 1978) como en su versión reducida (Fagerström y Schneider, 1989).
- **Test de Glover Nilson.** Cuestionario que permite valorar el grado de dependencia psicológico-conductual.
- **Test de Richmond.** Cuestionario que valora el nivel de motivación en el que se encuentra el fumador para dejar de fumar (Richmond et al., 1993).

Una vez establecido el diagnóstico de fumador mediante una breve historia clínica, se deberá establecer el diagnóstico de la fase de abandono en que se encuentra el sujeto en cuestión (precontemplación, contemplación, preparación, acción o mantenimiento), que nos conducirá a establecer las primeras premisas para realizar una intervención (ver gráfico 3). El definir la fase de abandono en la que se encuentra el fumador es clave para iniciar una correcta intervención.

En la literatura científica disponible aparecen como variables predictoras del éxito terapéutico:

- La alta motivación.
- Preparación para el cambio.
- Apoyo social.

Mientras que se describen como variables predictoras del fracaso terapéutico:

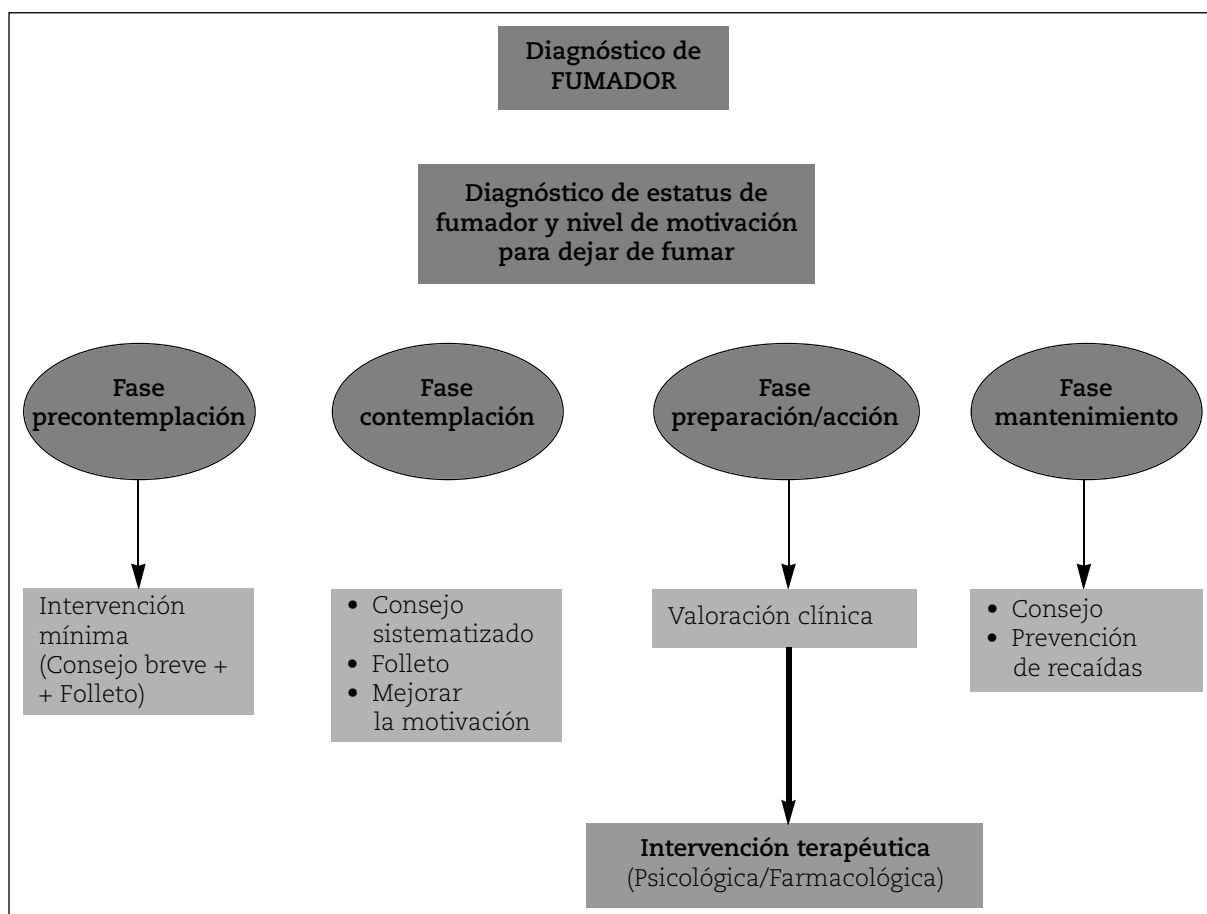
- Alta dependencia nicotínica.
- Síndrome de abstinencia severo en intentos de abandono anteriores.
- Alto nivel de estrés.
- Historia personal de comorbilidad psiquiátrica.

Según la OMS, el tratamiento para la dependencia del tabaco incluye una o varias de las siguientes intervenciones sobre el comportamiento (educación, asesoramiento breve y consejos, apoyo intensivo, etc.) o mediante ayuda farmacológica u otras intervenciones que contribuyan a reducir o superar la dependencia del tabaco individual y en la población general (WHO, 2001).



Gráfico 3

Pasos previos a la instauración terapéutica. Algoritmo de decisiones



Todos estos métodos de tratamiento de la dependencia del tabaco van dirigidos a superar la dependencia física, psicológica y social y los síntomas que acompañan a la abstinencia del consumo de tabaco, con el fin de evitar la recaída en el consumo entre las personas que lo han intentado dejar.

Se han utilizado muy diversas terapias de comportamiento y farmacológicas, que se describen en la tabla 3. Algunas terapias como la acupuntura no han demostrado su-

perar el efecto placebo. Las terapias psicológicas intensivas (técnicas de aversión, saciedad) parecen obtener tasas de abstinencia elevadas. Podemos afirmar que los mejores resultados en tasas de cesación son aquellos que combinan las terapias psicológicas y farmacológicas específicas de la deshabitación tabáquica. De todos los tratamientos existentes hoy en día, sólo nos referiremos a los que cuentan con estudios controlados de eficacia.

**Tabla 3**

**Tipos de intervenciones en el manejo de la cesación tabáquica**

**1) Intervenciones psicológicas**

- Materiales de autoayuda
- Consejo breve
- Consejo intensivo
- Intervenciones educativas (individuales o grupales)
- Tratamiento psicológico especializado: técnicas de reestructuración cognitiva, de reducción progresiva, de aversión-saciedad, etc.

**2) Intervenciones farmacológicas**

- Tratamiento con sustitutivos de nicotina (TSN): chicles de nicotina, parches de nicotina, inhalador de nicotina (no disponible en nuestro país), *spray* nasal de nicotina y comprimidos de nicotina
- Tratamientos inespecíficos:
  - Fármacos que actúan sobre las manifestaciones desagradables del síndrome de abstinencia nicotínico: clonidina
  - Fármacos que actúan sobre los cambios de humor asociados al síndrome de abstinencia nicotínico: antidepresivos (bupropión, nortriptilina y doxepina)
- Agonistas o antagonistas de los receptores nicotínicos: lobelina y mecamilamina
- Aversiva: acetato de plata

**3) Otras intervenciones**

- Acupuntura
- Digitopuntura
- Auriculopuntura
- Ejercicio
- Hipnosis
- Electroestimulación

---

## II. Objetivos

Los objetivos de este trabajo son establecer las bases del conocimiento científico existente sobre las mejores alternativas de tratamiento del tabaquismo disponibles.

---

### Objetivos generales

1. Aportar información relevante y basada en la evidencia científica disponible sobre la eficacia, efectividad, seguridad y coste-efectividad de distintas modalidades de intervención para ayuda a la cesación del hábito tabáquico.
2. Describir y valorar la situación de contexto en España del acceso y uso de intervenciones de apoyo para dejar de fumar.
3. Aportar información del impacto sobre la morbi-mortalidad de las intervenciones para la deshabitación tabáquica.
4. Aportar información del impacto sobre la evaluación económica de las intervenciones para la deshabitación tabáquica.

Estos objetivos generales se han materializado en una serie de objetivos específicos:

1. Búsqueda, identificación, recuperación, análisis y síntesis de la literatura médica (primaria y secundaria) más reciente (últimos 5 años) sobre la eficacia, la seguridad y la efectividad de las intervenciones propuestas que sirvan de apoyo asistencial a fumadores para alcanzar la deshabitación tabáquica.
2. Describir y valorar el contexto actual de manejo de pacientes fumadores en el Sistema Nacional de Salud español: recursos

disponibles en cada nivel asistencial, recursos implantados de tratamiento especializado, cobertura y uso de las distintas modalidades de tratamiento de fumadores.

Sin duda, son múltiples los trabajos y publicaciones que han aparecido en la literatura científica en relación con las consecuencias que el tabaco produce sobre la salud de la población. Sin embargo, el estudio del impacto del abandono del tabaquismo está menos documentado, pudiendo afirmar que desde 1990 (año en el que se publica el primer informe de la Surgeon General de EE.UU. en relación con este asunto) el tema no había sido revisado y actualizado de nuevo (US Department of Health and Human Services, 2000).

Como ha ocurrido con otros factores de riesgo de enfermedad, hasta que no se ha conocido la verdadera dimensión de los beneficios que se obtienen al tratar el factor de riesgo, no se ha logrado una concienciación a todos los niveles de la importancia de la implementación de una política de tratamiento del problema.

Para el abordaje de las estrategias de intervención para disminuir el consumo de tabaco en la población general, Ramström (1995) describe situaciones favorecedoras y limitadoras del consumo de tabaco que influyen de manera conjunta en cualquier fase y estatus de fumador, de manera que se hace muy complicada la evaluación de las estrategias más eficaces para alcanzar la deshabitación tabáquica. Pese a ello, los numerosos trabajos realizados en los últimos años hacen que pueda darse una visión acertada de las ofertas terapéuticas existentes y su mejor adecuación según las distintas situaciones del fumador.

---

## III. Metodología

El informe se basa en una revisión bibliográfica sistemática y exhaustiva sobre los trabajos existentes en la literatura científica que revisan los distintos métodos terapéuticos disponibles para alcanzar la deshabituación tabáquica.

---

### Recopilación bibliográfica

Se realizó una búsqueda bibliográfica de forma sistemática, exhaustiva y estructurada, teniendo en cuenta no sólo los repertorios documentales estándares, sino también las posibles fuentes de material documental de instituciones o centros de referencia que han estudiado este tema.

Inicialmente, se realizó una búsqueda informatizada mediante un sistema de teledocumentación y por CD-ROM en las bases de datos bibliográficos MEDLINE, Índice Médico Español (IME) e ISBN (libros españoles en venta, Agencia Española del ISBN) de todo el material bibliográfico indexado durante el periodo enero 2000 a mayo 2003.

Para la localización del material documental de centros e instituciones se revisaron los documentos publicados en relación con el tema que nos ocupa de:

- Center for Review and Dissemination, York University, Reino Unido.
- Database of Abstracts of Review on Effectiveness (DARE).
- Cochrane Library.
- Health Service Research Projects in Progress, EE.UU.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC), EE.UU.

- Surgeon General, EE.UU.
- World Health Organization.
- National Library of Medicine, EE.UU.

Como buscadores generales de información utilizando INTERNET:

- GOOGLE (<http://www.google.com/>).
- ALTAVISTA (<http://www.altavista.digital.com/>).
- GLOBAL NET (<http://www.dirglobal.net/>).
- YAHOO (<http://www.yahoo.com/>).

Finalmente, se revisaron de forma manual todas las referencias de los documentos localizados y se realizaron contactos directos con distintos expertos que han trabajado en este campo con el fin de localizar trabajos adicionales no recuperados por los métodos anteriores.

---

### Información de la situación española por CC.AA.

A través de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo, específicamente gracias a la colaboración de la Subdirección de Promoción de la Salud y Epidemiología, se remitió un cuestionario por correo a los responsables identificados de cada Comunidad Autónoma para que colaboraran remitiendo información sobre las distintas estrategias terapéuticas en el tabaquismo desarrolladas en su Comunidad. Dicha información ha sido tabulada y comentada en el apartado 2 del capítulo VII de este informe.

## IV. Eficacia de las intervenciones de apoyo al abandono del consumo de tabaco

El 98% de las personas que intentan dejar de fumar por sus propios medios y sin apoyo específico no consiguen su objetivo (MSC, 1999). Aun siendo el procedimiento menos eficaz, dejar de fumar sin un apoyo específico es el método más extendido.

Desde finales de los años cincuenta, se ha desarrollado un intenso trabajo de investigación para medir la eficacia de distintos tipos de intervenciones para dejar de fumar. En los últimos años, la prolífica producción científica en este campo ha permitido la elaboración de importantes trabajos de revisión y síntesis de la información basada en la evidencia sobre la eficacia de las intervenciones disponibles para el tratamiento del tabaquismo. En este capítulo se sintetizan los trabajos metaanalíticos y de revisión más recientes, realizados y publicados por los siguientes grupos de expertos:

El grupo Cochrane para la Revisión de la Adicción al Tabaco (The Cochrane Tobacco Addiction Review) ha realizado, desde su creación, 23 revisiones sistemáticas completadas sobre distintas intervenciones en este ámbito, y otras tantas en desarrollo, facilitando así la síntesis del conocimiento basado en la evidencia en relación al tratamiento del tabaquismo disponible en la literatura científica internacional (Lancaster *et al.*, 2000a; Silagy y Stead, 2002). Estas revisiones solamente incluyen estudios randomizados, que hayan realizado un seguimiento de resultados de un mínimo de 6 meses, y, cuando es posible, las revisiones incluyen los resultados de estudios de metaanálisis. Los detalles metodológicos de estas revisiones están disponibles en *The Cochrane Library Abstracts*:

<http://www.update-software.com/ccweb/cochrane/revasts/g160index.htm>.

En los últimos años se han publicado, además, una serie de trabajos de revisión de enorme importancia e impacto por su calidad y el apoyo institucional recibido. Entre éstos destacan:

- La guía para dejar de fumar y el trabajo de evaluación del coste-efectividad realizado por un equipo de investigadores británicos, publicado en la revista *Thorax* (Raw *et al.*, 1998) y actualizado recientemente (West *et al.*, 2000).

- La Guía para la Práctica Clínica publicada por la Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) en 1996 y en 2000, y el trabajo de revisión impulsado por el Servicio de Salud de EE.UU. y encargado a un grupo de expertos convocado a tal efecto (Fiore *et al.*, 2000).
- El informe del Surgeon General de los EE.UU. de América (US Department of Health and Human Services, 2000) sobre las estrategias de reducción del consumo de tabaco.
- La guía promovida y publicada por la OMS sobre tratamiento de la dependencia del tabaco (WHO, 2001; McNeill y Hendrie, 2001).
- La reciente revisión sistemática realizada por el Centro de Revisiones y Disseminación del Servicio Nacional de Salud, de la Universidad de York, y el Departamento de Salud Pública y Epidemiología de la Universidad de Birmingham, del Reino Unido, sobre la eficacia y coste-efectividad del bupropión y las terapias sustitutivas de nicotina (Woolacott *et al.*, 2002). Esta revisión fue solicitada por el NICE (National Institute for Clinical Excellence), que publicó a su vez una guía de uso de estos tratamientos farmacológicos en el tratamiento del tabaquismo en el Reino Unido (NICE, 2002).
- En España también se han publicado revisiones recientemente, entre las que cabe destacar las promovidas por el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT, 2001) y la excelente revisión sobre el tratamiento psicológico de la adicción a la nicotina por el profesor Elisardo Becoña, de la Universidad de Santiago de Compostela (Becoña, 2003), así como interesantes manuales y guías para la prevención y tratamiento del tabaquismo (Jiménez-Ruiz *et al.*, 2001; Jiménez-Ruiz *et al.*, 2003; Barrueco *et al.*, 2003; López Palacios *et al.*, 2003; Calvo Fernández *et al.*, 2003).

En la tabla 4 se presentan los resultados de las intervenciones más difundidas en las que existe evidencia científica de eficacia. Como medida de resultado (eficacia de la intervención), se expone la diferencia de tasas de abs-

tinencia entre el grupo de tratamiento y de control, representado como *odds ratio* (OR) y su correspondiente intervalo de confianza al 95% (IC 95%). Los diferentes OR serán comentados en los siguientes apartados que tratan cada una de las terapias.

Podemos afirmar que son pocas las intervenciones que reportan un éxito de cero, y que por tanto toda intervención es útil para que un fumador realmente deje de fumar.

**Tabla 4**  
**Eficacia de distintas intervenciones en el tratamiento del tabaquismo frente a la no intervención o placebo**

Tipo de intervención	Eficacia OR (IC 95%)*	Referencia
<b>Manuales de autoayuda</b>		
— Materiales no personalizados	1,24 (1,07-1,45)	Lancaster, Stead, 2003b
— Materiales personalizados	1,80 (1,46-2,23)	Lancaster, Stead, 2003b
<b>Intervenciones mínimas</b>		
— Consejo médico	1,69 (1,45-1,98)	Silagy, Stead, 2003
— Consejo enfermería	1,50 (1,29-1,73)	Rice et al., 2003
— Consejo telefónico por persona entrenada	1,56 (1,38-1,77)	Stead et al., 2003
<b>Intervenciones psicológicas</b>		
— Terapia individual	1,62 (1,35-1,94)**	Lancaster, Stead, 2003a
— Terapia grupal	2,19 (1,42-3,37)	Stead, Lancaster, 2003
— Terapia aversiva	1,98 (1,36-2,90)	Hajek, Stead, 2003
<b>Intervenciones farmacológicas</b>		
— Chicles de nicotina	1,66 (1,52-1,81)	NICE, 2002
— Parches de nicotina	1,74 (1,57-1,93)	NICE, 2002
— Spray nasal de nicotina	2,27 (1,61-3,20)	NICE, 2002
— Inhalador de nicotina***	2,08 (1,43-3,04)	NICE, 2002
— Tabletas sublinguales	1,73 (1,07-2,80)	NICE, 2002
— Bupropión	2,75 (1,98-3,81)	NICE, 2002
— Nortriptilina	2,80 (1,81-4,32)	Hughes et al., 2003
— Clonidina	1,89 (1,30-2,74)	Gourlay et al., 2003

\* Todas las determinaciones fueron estadísticamente significativas.

\*\* El consejo individual tendrá mayor eficacia dependiendo del tiempo de contacto: OR = 3,2 para 91-300 minutos; OR = 2,8 para más de 300 minutos. 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.

## IV.1. Programas comunitarios para dejar de fumar

Estos programas poblacionales o comunitarios se basan en el reconocimiento de la importancia de los componentes sociales de la dependencia y de la motivación. Comprenden estrategias múltiples de intervención, fundamentalmente de incremento de mensajes favorables a la cesación en medios de comunicación (TV, radio, prensa) y la participación de

líderes sociales, políticos y sanitarios, junto a la facilitación de recursos para la cesación (folletos, programas en empresas, oferta de apoyo sanitario, estímulos a la cesación, etc.). Ejemplos de estas intervenciones son los programas MRFIT, COMMIT y ASSIST, desarrollados en los EE.UU. de América.

La revisión Cochrane realizada sobre este tema (Secker-Walker et al., 2003) analiza información de 32 estudios sobre intervenciones comunitarias realizadas bajo ensayos controlados en población adulta. Las conclusiones obtenidas de esta revisión evidencian

la carencia de estudios más amplios y mejor diseñados en cuanto al seguimiento de los pacientes para poder detectar el posible efecto de estos programas comunitarios sobre la prevalencia del tabaquismo en la población. Cuando esta revisión se realiza sobre aquellos estudios que comparan programas realizados en población juvenil (Swoden *et al.*, 2003), el análisis comparativo de los 17 estudios seleccionados de intervenciones comunitarias evidencia una cierta influencia (disminución de la prevalencia de tabaquismo) en población juvenil.

En España se han desarrollado iniciativas de apoyo por correo (Becona y Gómez, 1993; Becona y García, 1993; Becona y Vázquez, 1998) y el Programa Quit & Win (Coronen y Puska, 2000), popular en algunos países europeos e implantado en diversas CC.AA. del Estado español. Aunque no se disponga de estudios experimentales de evaluación, los resultados de las evaluaciones realizadas indican que, en general, estos programas tienen escaso efecto sobre fumadores intensos y altamente dependientes y efecto moderado sobre fumadores ligeros y poco dependientes. Sin embargo, al tratarse de programas que alcanzan a toda la población, pueden lograr un alto número de abandonos del tabaco a un bajo coste (Mora-gues *et al.*, 1999).

## **IV.2. Intervenciones mínimas**

Entre las intervenciones mínimas mejor estudiadas y más ampliamente difundidas en la asistencia a fumadores podemos destacar:

### **IV.2.1. Intervenciones de autoayuda individual**

Se conoce que ciertos fumadores dejan de fumar por sí solos, pero se sabe que los materiales con información y consejos para ayudarles a dejar de fumar incrementan el número de los que lo hacen con éxito. Del análisis comparativo de 51 estudios identificados se ha podido constatar que los materiales estándares de autoayuda pueden aumentar de forma significativa las tasas de abandono comparadas con la no intervención, pero el efecto es pequeño (OR = 1,24; IC 95% = 1,07-1,45). No se ha podido evidenciar ventajas adicionales a los materiales de autoayuda cuando éstos se acompañan de otro tipo de intervención, como el consejo de un profesional médico o la

terapia del reemplazo de la nicotina. Se ha constatado que si los materiales de autoayuda están diseñados para la población diana donde serán distribuidos, la eficacia de esta intervención será mayor (Lancaster y Stead, 2003).

### **IV.2.2. El consejo médico**

Como intervención breve o como parte de intervenciones más intensas, está considerado como una de las intervenciones esenciales y más coste-efectivas en el tratamiento del tabaquismo. Los estudios disponibles publicados en las últimas décadas indican que el consejo médico para dejar de fumar constituye un motivo importante para iniciar el proceso de abandono del consumo de tabaco. El éxito y consolidación de la abstinencia dependen fundamentalmente del grado de motivación personal, el nivel de dependencia de cada persona, la confianza personal en el éxito y la disponibilidad de recursos de apoyo del entorno personal, social y sanitario. Los fumadores con alta dependencia y serios problemas de salud constituyen un grupo de alto riesgo que precisa recursos de apoyo específicos, así como un nivel de intervención intenso y especializado (US Department of Health and Human Services, 1988; American Psychiatric Association, 1995; Fiore *et al.*, 2000; Royal College of Physicians, 2000).

Una intervención efectiva de asistencia al tabaquismo debe combinar la oferta del consejo médico sistemático desde la Atención Primaria de salud («intervención mínima») con una oferta de apoyo especializado intensivo para pacientes de alto riesgo o de alto grado de dependencia.

El consejo médico sistemático para dejar de fumar es una de las intervenciones clínicas más coste-efectivas. La intervención mínima consiste en:

- 1) Preguntar a todos los pacientes sobre su hábito tabáquico, independientemente del motivo de consulta.
- 2) Registrar esta información en la historia clínica.
- 3) Aconsejar de forma clara y rotunda la conveniencia de abandonar el consumo de tabaco.
- 4) Ofrecer asistencia o un folleto de autoayuda para conseguirlo.

Esta intervención se ha mostrado altamente efectiva. Se estima que un 75% de la pobla-

ción acude al médico al menos una vez al año. Esto ofrece una importante oportunidad para promover la intención de dejar de fumar y proporcionar ayuda eficaz a aquellos que han decidido intentarlo. Se estima que si cada médico general realizara un breve consejo sistemático protocolizado en las consultas de Atención Primaria se podría conseguir la cesación en un 5% de los fumadores al año. Esta estimación teórica significaría que hasta 450.000 fumadores podrían dejar de fumar en España al año, lo cual supondría triplicar el número de fumadores que han abandonando el consumo de tabaco cada año durante la última década.

En un metaanálisis de 34 ensayos, se observa que el efecto del consejo mínimo frente a la no intervención incrementa la probabilidad de cesación (OR = 1,69; IC 95% = 1,45-1,98). Cuanto más intensa es la intervención, mayor es la eficacia, si bien las medidas de seguimiento y refuerzo presentan un efecto especialmente relevante en las tasas de cesación alcanzadas (Silagy y Stead, 2003).

#### IV.2.3. Las intervenciones de enfermería

El consejo para dejar de fumar facilitado por personal de enfermería se ha demostrado eficaz en una revisión de 16 ensayos clínicos que comparan consejo *versus* control o manejo usual (OR = 1,50; IC 95% = 1,29-1,73) (Rice y Stead, 2003). Los resultados indican que existen ventajas potenciales en el consejo y asesoramiento sobre la cesación realizado por las enfermeras a sus pacientes fumadores, con evidencia razonable de que este tipo de intervención puede ser eficaz. El reto de esta práctica será incorporar la intervención de la cesación tabáquica como una rutina dentro de las consultas de enfermería, para dar a todos los pacientes una oportunidad de ser preguntados sobre su consumo de tabaco y proceder al consejo de dejar de fumar, junto con refuerzos posteriores y seguimiento del paciente.

En España, la oferta de consejo médico o el consejo facilitado por otros profesionales sanitarios para dejar de fumar a todos los pacientes fumadores es relativamente baja, especialmente en pacientes que no presentan síntomas o patologías relacionados con el tabaquismo o que no plantean al médico directamente el problema de dejar de fumar. Los médicos de Atención Primaria realizan con más frecuencia el registro del hábito de fumar (86%) y el consejo para dejar de fumar (52%) (MSC, 1998). El registro de la condición

de fumador y el consejo médico sistemático para dejar de fumar debería ser generalizado. Todos los fumadores que lo precisen deben tener acceso al apoyo mínimo del sistema sanitario y a programas y manuales de autoayuda.

El efecto del consejo mínimo frente a la no intervención incrementa la probabilidad de conseguir la abstinencia, pero además se observa que cuanto más intensa es la intervención, mayor es la eficacia obtenida. Así, si al consejo médico, conocido también como intervención mínima, se le añade un seguimiento pautado, es decir, se emplaza al paciente para una o más visitas de seguimiento y refuerzo, las tasas de abstinencia alcanzadas pueden incrementarse de forma significativa (Martín *et al.*, 1997).

Se ha observado una relación dosis-respuesta entre la intensidad del consejo y el éxito en conseguir la abstinencia. El consejo individualizado por parte de los profesionales de enfermería se ha mostrado también efectivo. La efectividad del consejo se incrementa con la duración de la intervención, las sesiones de seguimiento pautado y la asociación a tratamiento farmacológico.

No está claro que, para el seguimiento pautado en población no seleccionada, sesiones de apoyo grupal incrementen significativamente la eficacia de la intervención. Se precisa más investigación para poder establecer de forma concluyente la efectividad de estos grupos en Atención Primaria.

---

### IV.3. Intervenciones psicológicas

Las características de algunos fumadores hacen indicada una estrategia de tratamiento más intenso, que puede ofrecerse individualmente o en grupo. El enfoque es de relación de ayuda y contempla tanto el carácter adictivo del tabaco como los diferentes factores psicosociales implicados en el proceso de su abandono. Incluiría, entre otros: análisis de la situación personal y evaluación de coste-beneficio, búsqueda de alternativas y toma de decisiones, técnicas de afrontamiento de estados o situaciones conflictivos, búsqueda de apoyo social y abordaje del síndrome de abstinencia.

El abordaje terapéutico de la dependencia psicológica del fumador ha sido analizado de forma insuficiente en las grandes revisiones



sobre el tema (US Department of Health and Human Services, 2000; Fiore y cols., 2000), siendo de crucial importancia sobre todo para paliar los efectos de la potente dependencia psíquica que produce el tabaco.

Los procedimientos más efectivos para dejar de fumar y obtener los mejores resultados sobre la dependencia psíquica/física, medidos en porcentajes de ensayos con tasas de abstinencia mayor del 33% a los 12 meses de seguimiento, son los que se exponen a continuación en orden de eficacia y efectividad (Becoña, 2003):

- 1) Programas multicomponente.
- 2) Intervención médica en pacientes cardíacos.
- 3) Saciación de fumar y otros procedimientos.
- 4) Intervención médica en pacientes con enfermedad respiratoria.
- 5) Fumar rápido y otros procedimientos.
- 6) Reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán.
- 7) Prevención de factores de riesgo.
- 8) Programas con formato grupal.
- 9) Hipnosis individual.
- 10) TSN/bupropión y tratamiento conductual combinado.

#### **IV.3.1. Intervención comportamental individual**

Se trata de un asesoramiento individual por parte de un especialista para ayudar a los fumadores a lograr el abandono del tabaco y mantener la abstinencia. Se identificaron 11 ensayos y no se encontró evidencia de diferencia en el efecto entre el asesoramiento individual y la terapia grupal (Fiore *et al.*, 2000).

#### **IV.3.2. Programas de terapia comportamental grupal**

Existen numerosas modalidades y variedades de intervención grupal en función de los componentes de tratamiento utilizados, el número y duración de las sesiones, el número de integrantes del grupo, el contexto, el tipo de profesional sanitario que lo dirige, etc. La gran heterogeneidad de propuestas existentes dificulta la estandarización y evaluación de su efectividad. En nuestro medio se han denominado como talleres de

deshabitación tabáquica, o terapia especializada multicomponente de grupo, muchos ofrecidos en el ámbito de la Atención Primaria.

Consisten en ofrecer a los individuos que están en el proceso de dejar de fumar el apoyo mutuo y la oportunidad de aprender técnicas de comportamiento para conseguir su objetivo, la abstinencia tabáquica. Se ha podido constatar en 13 estudios que comparaban un programa grupal con programas de autoayuda que los programas grupales obtienen mayores tasas de cesación tabáquica que la autoayuda y otras intervenciones menos intensivas. De 6 ensayos en los que se compara este tipo de intervención con un control en que no se interviene se obtuvo un OR de alcanzar la abstinencia de 2,19 (IC 95% = 1,42-3,37). Aunque esta terapia resulta más coste-efectiva, su utilidad puede estar limitada por el nivel de reclutamiento y de mantenimiento de los participantes en el grupo (Stead y Lancaster, 2003).

#### **IV.3.3. Intervenciones de prevención de recaídas**

Por último, es interesante contemplar las intervenciones de prevención de recaídas, especialmente importantes en ex fumadores recientes, en los que se debería suministrar tratamiento breve de prevención de recaídas. No entramos en valorar la eficacia de este tipo de intervenciones por carecer de suficientes evidencias científicas sobre su eficacia.

## **IV.4. Intervenciones farmacológicas**

El tratamiento farmacológico del tabaquismo ha llegado a considerarse como el «estándar de oro» (*gold standard*) de las intervenciones preventivas (Eddy, 1992), dado que ha demostrado de forma fehaciente claras evidencias de efectividad y una buena relación coste-efectividad, lo que justifica su utilización en la clínica habitual. Sin embargo, existe una laguna de conocimiento importante sobre la evaluación económica de las diferentes alternativas farmacológicas (Ruiz de Gordejuela y Elguezabal, 2001).

Se consideran fármacos de elección para el tratamiento del tabaquismo aquellos que han demostrado ser seguros, eficaces y de calidad, como medicamentos clínicamente adecuados

y específicos para tratar la dependencia al tabaco.

Estos medicamentos han demostrado su eficacia a través de ensayos clínicos experimentales de calidad, y pueden considerarse como fármacos de primera elección para el tratamiento de la adicción, tanto si se realiza asociado al consejo médico en Atención Primaria como si se desarrolla a través de servicios especializados para dejar de fumar.

#### IV.4.1. Tratamiento sustitutivo con nicotina (TSN)

La administración controlada de nicotina reduce sustancialmente la mayoría de los síntomas de abstinencia, facilita la modificación de conducta y consolida la abstinencia. Se utiliza la administración de nicotina por vía transdérmica (parches), oral (goma de mascar), intranasal (*spray* nasal) o inhalatoria.

El uso apropiado de terapias farmacológicas sustitutivas de nicotina (parches, chicles) en fumadores que desean dejar de fumar se ha demostrado muy eficaz (duplica las tasas de cesación y de mantenimiento de la abstinencia). Se trata de una técnica segura con efectos secundarios menores (reacción cutánea circunscrita a la zona del parche, aftas bucales y molestias digestivas leves por la goma de mascar). Su empleo en embarazadas se considera limitado. En la enfermedad cardiovascular se recomienda analizar la relación riesgo-beneficio en infartos recientes (4 semanas), angor grave o sujetos con arritmias.

Su eficacia terapéutica ha sido demostrada en varias revisiones sistemáticas y metaanálisis de ensayos clínicos que han valorado la eficacia de las distintas vías de administración (oral, transdérmica, intranasal o inhalada). Todos los estudios constatan de forma consistente y homogénea la eficacia de este tratamiento comparado con los grupos control (OR de 1,77, oscilando de 1,65 para la vía oral a 2,45 para la inhalatoria). La calidad de la evidencia científica referida a su eficacia terapéutica corresponde al nivel máximo I, por lo que se recomienda a los profesionales sanitarios ofrecer este tratamiento a todos los que deseen dejar de fumar.

La efectividad obtenida es semejante al nivel de eficacia observado en los ensayos controlados, evaluada a diferentes niveles de activi-

dad clínica (Atención Primaria, consulta de especialidades médicas y unidades especializadas de tratamiento a fumadores). La abstinencia a los 6 meses y un año del tratamiento es de 25 a 35%. La TSN se considera unánimemente un avance mayor en el tratamiento de la adicción al tabaco.

Los efectos secundarios más comunes del TSN, según cada una de sus presentaciones, son:

- Para los chicles: sequedad de boca, náuseas, trastornos intestinales, úlcera bucal, potencial riesgo de mantenimiento de la dependencia a la nicotina a largo plazo.
- Para los parches: irritación local, insomnio.
- Para el *spray* nasal: irritación boca y laringe, tos, rinitis.

Las principales contraindicaciones se centran en pacientes con enfermedades cardiovasculares, por lo que debe usarse con precaución con enfermos cardíacos, especialmente dentro de las dos semanas posteriores a un infarto de miocardio, enfermos con arritmias severas y en enfermos con angina de pecho severa. También debe limitarse su uso en mujeres embarazadas o durante el periodo de lactancia.

En España el TSN se comercializa a través de las oficinas de farmacia y su dispensación no precisa receta médica. El TSN está disponible en nuestro país mediante las siguientes presentaciones:

- Parches transdérmicos de nicotina (nombres comerciales: Nicorette®, Nicotinell®, Nicomax®).
- Chicles de nicotina (nombres comerciales: Nicorette®, Nicotinell®, Nicomax®).
- *Spray* nasal de nicotina (nombre comercial: Nicotrol®).
- Comprimidos de nicotina (nombre comercial: Nicotinell®, Nicotrol®).

Las presentaciones de chicles y parches están registradas como especialidades farmacéuticas publicitarias.

Los hallazgos presentados en la revisión exhaustiva realizada por NICE (2002) en cuanto a la **eficacia y efectividad de la TSN versus al no tratamiento o placebo** son resumidos a continuación (ver tablas 5-7):

- Clara eficacia de la TSN en relación con placebo o no tratamiento en la terapia para dejar de fumar (ver tablas 5 y 6).
- La mayoría de los estudios sobre la eficacia de la TSN se han realizado con las presentaciones farmacológicas de chicles y parches. Se ha evidenciado una heterogeneidad estadística entre estudios realizados con la TSN en chicles y los que utilizan parches, por lo cual se puede estar infraestimando el efecto encontrado.
- Los análisis sobre la eficacia de TSN frente a placebo o no tratamiento realizados en subgrupos poblacionales están basados en un pequeño número de ensayos. La evidencia basada en dos estudios en fumadores con enfermedad de pulmón y en dos estudios de pacientes con enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco indica que la TSN es tan eficaz en estos subgrupos como en población general.
- Los análisis conjuntos de los distintos estudios disponibles indican que los fumadores con alta dependencia se pueden beneficiar del uso de dosis más altas de nicotina en los chicles. Sin embargo, los resultados de las presentaciones de parches con bajas dosis y altas dosis de nicotina son ambiguos.
- En cuanto a los tipos de parches, los datos sugieren que no hay ninguna diferencia entre la eficacia de los parches de 16 ó de 24 horas. Cualquier diferencia entre ellos parece estar en relación con las reacciones adversas, las necesidades clínicas y las preferencias individuales.
- Globalmente se puede afirmar que la terapia a corto plazo con nicotina es más eficaz que el placebo. Sin embargo, en términos de eficacia no se evidencia una clara ventaja entre los distintos tipos de dosificaciones y pautas de tratamiento: en horario fijo frente a dosificación *ad libitum*, o gradual abandono de la terapia frente a abrupta cesación de la misma. En este terreno se necesita más investigación para llegar a conclusiones más sólidas.
- Aunque no se puede concluir de forma firme, el uso de TSN en intervenciones intensas proporciona niveles absolutos más altos de abstinencia, manteniéndose la diferencia entre el efecto de la TSN y el placebo. La evidencia en cuanto a la comparación del efecto de los parches de nicotina, con y sin la ayuda, la eficacia aumenta con ayuda adicional.
- Por último, parece que la TSN iniciada dentro del hospital es menos eficaz que la realizada en centros de Atención Primaria o en programas comunitarios realizados sobre voluntarios (ver tabla 7).

Las conclusiones extraídas del NICE (2002) en relación a la **eficacia de la TSN cuando se compara con otras terapias** se resumen a continuación (ver tabla 8):

- **Mono-TSN versus combinaciones de TSN:** Existen indicios que muestran una mayor eficacia de la combinación de TSN frente a monoterapia de sustitutivos de nicotina. Esta evidencia puede estar explicada porque la combinación de la TSN produce un incremento en la dosis total de nicotina. Sin embargo, se requieren estudios adicionales para poder analizar si este efecto se debe a la combinación de la terapia o al tipo de fumador en que se realiza el tratamiento (particularmente el grado de su dependencia a la nicotina).
- **TSN versus bupropión:** Los datos disponibles sugieren que el bupropión puede ser más efectivo que los parches de nicotina. Sin embargo, con los datos disponibles no se puede concluir de manera definitiva al respecto (ver tabla 7).
- **TSN versus otras intervenciones:** La comparación entre los parches de nicotina y el naltrexona indica que la TSN es más eficaz para dejar de fumar (OR estimado de TSN frente a naltrexona de 3,50; IC 95% = 1,72-7,14;  $p = 0,0006$ ) (Wong *et al.*, 1999). Otros estudios comparativos existentes con otras terapias (acupuntura, acetato de plata) no evidenciaron diferencias perceptiblemente mejores que placebo (Clavel-Chapelon *et al.*, 1997; Jensen *et al.*, 1991). Se puede concluir que hasta el momento no se dispone de una terapia farmacológica para dejar de fumar claramente superior a la sustitutiva de nicotina y el bupropión.

**Tabla 5**

**Tasas y valores OR de abstinencia alcanzada con TSN en fumadores seguidos al menos durante 6 meses (datos publicados)**

Tipo de tratamiento*	Tasas de abstinencia con tratamiento	Tasas de abstinencia con placebo o no tratados	OR (95% IC)	Valor P
TSN chicles (51)	1508/7674	1110/9613	1,66 (1,52-1,81)	<0,001
TSN parches (35)	1438/10019	526/6285	1,74 (1,57-1,93)	<0,001
TSN inhalaciones (4)	84/490	44/486	2,08 (1,43-3,04)	<0,001
TSN <i>spray</i> nasal(4)	107/448	52/439	2,27 (1,61-3,20)	<0,001
TSN tabletas sublinguales (2)	49/243	31/245	1,73 (1,07-2,80)	=0,02
Cualquier TSN (96)	3166/18874	1763/17068	1,72 (1,61-1,84)	<0,001

\* Entre paréntesis, número de estudios incluidos en el metaanálisis.

**Tabla 6**

**Tasas y valores OR de abstinencia alcanzada con TSN en fumadores seguidos al menos durante 12 meses**

Tipo de tratamiento*	Tasas de abstinencia con tratamiento	Tasas de abstinencia con placebo o no tratados	OR (95% IC)	Valor P
TSN chicles (38)	1109/6187	861/7788	1,61 (1,45-1,78)	<0,001
TSN parches (23)	917/6812	363/4156	1,62 (1,42-1,84)	<0,001
TSN inhalaciones (4)	84/490	44/486	2,08 (1,43-3,04)	<0,001
TSN <i>spray</i> nasal (4)	107/448	52/439	2,27 (1,61-3,20)	<0,001
TSN tabletas sublinguales (2)	49/243	31/245	1,73 (1,07-2,80)	=0,02
Cualquier TSN (71)	2266/14181	1351/13114	1,66 (1,54-1,79)	<0,001

\* Entre paréntesis, número de estudios incluidos en el metaanálisis.

**Tabla 7**

**Eficacia del TSN versus placebo o no tratamiento en relación con el lugar donde se realice el tratamiento**

Tipo de tratamiento	Lugar del tratamiento	OR (95% IC)	Valor P	Número estudios en el metaanálisis
TSN chicles	Comunidad	1,67 (1,46-1,90)	<0,001	24
	Clínica especializada	1,98 (1,56-2,52)	<0,001	7
	Atención Primaria	1,76 (1,50-2,07)	<0,001	18
	Hospital	1,13 (0,84-1,51)	= 0,40	3
TSN parches	Comunidad	1,92 (1,67-2,22)	<0,001	20
	Atención Primaria	1,47 (1,18-1,83)	<0,001	6
	Hospital	1,74 (1,19-2,54)	=0,004	4
	Libre dispensación	1,96 (1,41-2,72)	<0,001	3

**Tabla 8**

**Comparación entre el TSN y bupropión**

Comparaciones terapéuticas	Proporción de abstinencia en el primer grupo	Proporción de abstinencia en el segundo grupo	OR (95% IC)
Bupropión versus TSN-parches	45/244	24/244	2,07 (1,22-3,53)
Bupropión + TSN-parches versus TSN-parches	55/245	24/244	2,65 (1,58-4,45)
Bupropión + TSN-parches versus bupropión solo	55/245	45/244	1,28 (0,82-1,99)

**Resumen sobre la eficacia clínica de la TSN (NICE, 2002)**

- La TSN como terapia para dejar de fumar se ha investigado en profundidad en 113 ensayos clínicos randomizados con 28.000 participantes (Silagy et al., 2001). La evidencia indica de forma inequívoca que la TSN ayuda a dejar de fumar más eficazmente que un placebo. La mayoría de los datos provienen de estudios con chicles y parches de nicotina, por lo que en el momento actual se carece de datos suficientes para afirmar si otras presentaciones de nicotina son más eficaces.
- Los datos son mucho más débiles para la comparación de la eficacia de los parches de 16 y de 24 horas en dosis altas de nicotina para fumadores de alta dependencia. Los datos sugieren que no hay evidencia sólida que diferencie en términos de eficacia los parches de 24 y 16 horas. El dejar la terapia sustitutiva de nicotina de forma gradual no se ha encontrado que sea la mejor manera de realizar la terapia; sin embargo, no existe evidencia sólida de la mejor pauta de tratamiento.
- Los efectos de los distintos niveles de motivación para ayudar con la TSN han sido difíciles de evaluar en esta revisión. Las estimaciones conjuntas de la eficacia calculadas en la revisión de Cochrane (Silagy et al., 2001) sugieren que la TSN sólo es eficaz con la ayuda mínima. La estimación conjunta de la eficacia no resultó mayor al ir incrementando la intensidad de la ayuda. La carencia de datos que permitan comparar de forma directa en la TSN la ayuda mínima con la de alta intensidad imposibilita cualquier conclusión definida al respecto.
- No existen evidencias claras sobre mayor eficacia terapéutica entre las combinaciones de TSN o la monoterapia. Mientras que algunas combinaciones pueden ser útiles, se necesitan más estudios para llegar a una conclusión firme.
- La TSN puede ser menos eficaz que el bupropión, pero de nuevo hay que puntualizar que se requieren más estudios al respecto.
- A excepción del bupropión, no se ha demostrado ninguna otra intervención activa comparable en eficacia a TSN.

#### IV.4.2. Bupropión

El hidrocloruro de bupropión de liberación prolongada (bupropión LP) es el primer medicamento no nicotínico que ha demostrado su eficacia en el tratamiento del tabaquismo. Se trata de un antidepresivo que inhibe de forma selectiva la recaptación neuronal de catecolaminas (noradrenalina y dopamina), incrementando los niveles de estas sustancias en las sinapsis neuronales, sin que se inhiba la acción de la monoaminoxidasa. Por ello, bupropión actúa como un antidepresivo atípico con efectos a la vez dopaminérgicos y noradrenérgicos. Esta actividad puede simular los mismos efectos de la nicotina y, así, disminuir los síntomas típicos de la abstinencia a la nicotina. Por otro lado, la eficacia del hidrocloruro de bupropión en el tratamiento del tabaquismo no parece provenir de sus efectos antidepresivos, ya que este fármaco presenta los mismos efectos en la deshabitación del tabaco tanto en pacientes sin diagnóstico de depresión como en pacientes con historia previa de depresión.

El bupropión constituye un tratamiento eficaz para dejar de fumar, coadyuvante del consejo médico, así como del tratamiento especializado. Debe valorarse su administración en pacientes que presenten un consumo superior a 10 cigarrillos/día y que no presenten contraindicaciones. El uso de bupropión duplica las tasas de abstinencia a los 6 y 12 meses de la intervención, cuando se compara con placebo.

La eficacia del hidrocloruro de bupropión se sitúa entre el 18 y el 36% de abstinencia a los 12 meses de finalizar el tratamiento. Estos resultados se han obtenido en ensayos clínicos randomizados, a doble-ciego y muestras amplias (Hurt *et al.*, 1997; Jorenbay *et al.*, 1999; Hays *et al.*, 2000). La calidad de la evidencia científica referida a su eficacia terapéutica hace que se recomiende a los profesionales sanitarios valorar la prescripción de este tratamiento en los pacientes que deseen dejar de fumar y que presenten un consumo de 10 cigarrillos/día o más. Uno de estos ensayos observó que la utilización de bupropión solo o combinado con parches de nicotina resultaba más eficaz que la utilización del parche de nicotina solamente (Jorenby *et al.*, 1999). Una revisión más reciente que acaba de incorporar The Cochrane Library indica que el tratamiento con bupropión parece —al menos por ahora— ser más eficaz en el mantenimiento de la abstinencia entre los grandes fumadores que la TSN (Department of Public Health and Epidemiology, 2002).

Los estudios que han evaluado la seguridad de este fármaco (Hurt *et al.*, 1997; Jorenby *et al.*, 1999) presentan una tasa de abandono por efectos adversos de un 8% en los grupos de tratamiento, frente a una tasa de abandono del 5% en los grupos control con administración de tratamiento placebo. Los efectos adversos más comunes en este tratamiento son leves (sequedad de boca, cefalea, insomnio, erupción cutánea, prurito u otros síntomas de reacción anafiláctica o anafilactoide). En el caso de problemas de insomnio, se recomienda adelantar unas horas la toma nocturna o valorar la supresión de esta toma. En general, los efectos adversos del bupropión están relacionados con la dosis administrada, por lo que pueden controlarse mediante la reducción de dicha dosis. A diferencia de otros antidepresivos, el bupropión no interfiere con la actividad sexual (Rowland *et al.*, 1997; Segraves *et al.*, 2000).

Está contraindicado el uso de bupropión en pacientes con historia actual o cualquier antecedente de trastornos convulsivos, diagnóstico previo o actual de bulimia, anorexia nerviosa o trastorno bipolar; pacientes con tumores en el SNC, en proceso de deshabitación alcohólica o de retirada de benzodiazepinas, cirrosis hepática grave, uso de inhibidores de la aminooxidasa (IMAO) en los últimos 14 días, o en pacientes en tratamiento con otros medicamentos que contengan bupropión (en este punto es preciso recordar que en el mercado español no se puede dar la última posibilidad, dado que los únicos medicamentos comercializados que contienen bupropión son Zyntabac® y Quomem®).

En España, la comercialización del bupropión como medicamento para dejar de fumar fue aprobada por la Agencia Española del Medicamento en julio de 2000. Es el único fármaco de prescripción médica para dejar de fumar autorizado en nuestro país, y está disponible en el mercado bajo los nombres comerciales de Zyntabac® y Quomem®, ambos en presentaciones de 60 comprimidos de 150 mg. Aprobado por la Food and Drug Agency (FDA) en 1997, EE.UU. de América fue el primer país donde se comercializó. Desde entonces se comercializa también en la mayoría de países de la Unión Europea.

En la revisión realizada por NICE (2002) han identificado todos los datos de ensayos clínicos controlados y muestran la eficacia del tratamiento para dejar de fumar con bupropión frente a placebo o no tratamiento. En las tablas 9 y 10 se presentan los resultados individualizados de los estudios, así como el resultado sumariado del metaanálisis realizado con los datos de estos estudios publicados (tablas 9 y 10).

Tabla 9

Número de pacientes bajo estudio y valores OR (IC 95%) alcanzados de abstinencia al tabaco con bupropión versus placebo para 6 y 12 meses de seguimiento (datos combinados)

Estudio (referencia)	Tratamiento (n/N)	Control (n/N)	OR (IC 95%)
Ferry et al., 1992	10/23	0/22	35,00 (1,89-646,50)
Ferry et al., 1994	13/95	6/95	2,35 (0,85-6,47)
Gonzales et al., 2001	27/226	5/224	5,94 (2,25-15,73)
Hertzberg et al., 2001	4/10	1/5	2,67 (0,21-33,49)
Hurt et al., 1997	21/156	15/153	1,43 (0,71-2,89)
Jorenby et al., 1999	45/244	9/160	3,79 (1,80-8,00)
Tashkin et al., 2001	32/204	18/200	1,88 (1,02-3,48)
<b>TOTAL</b>	<b>152/958</b>	<b>54/859</b>	<b>2,75 (1,96-3,81)</b>

Tabla 10

Número de pacientes bajo estudio y valores OR (IC 95%) alcanzados de abstinencia al tabaco con bupropión versus placebo a los 12 meses de seguimiento

Estudio (referencia)	Tratamiento (n/N)	Control (n/N)	OR (IC 95%)
Ferry et al., 1994	13/95	6/95	2,35 (0,85-6,47)
Hurt et al., 1997	21/156	15/153	1,43 (0,71-2,89)
Jorenby et al., 1999	45/244	9/160	3,79 (1,80-8,00)
<b>TOTAL</b>	<b>79/495</b>	<b>30/408</b>	<b>2,38 (1,52-3,72)</b>

La revisión exhaustiva realizada por NICE (2002) sobre la eficacia y efectividad del bupropión en base a los distintos ensayos clínicos randomizados existentes se puede resumir como sigue.

Comparación de la eficacia del **bupropión versus placebo**:

- Las estimaciones conjuntas de la eficacia del bupropión frente a un placebo indican claramente la eficacia del bupropión. No hay diferencia real en estos resultados en los distintos seguimientos considerados (6 ó 12 meses).
- Existe un solo estudio que evidencia la eficacia del bupropión en fumadores con enfermedad pulmonar obstructora crónica (EPOC), comparable con la eficacia del bupropión en población general de fumadores seguidos durante 6 meses (Tashkin et al., 2001).
- La datos comparativos entre **bupropión versus TSN en parches** han sido comentados con anterioridad (ver tabla 8). Aunque los estudios disponibles son escasos, parece ofrecer una mayor eficacia.
- El **bupropión utilizado como agente preventivo de las recaídas**: Los dos ensayos existentes sobre los beneficios posibles de una terapia a largo plazo con bupropión para prevenir las recaídas después del logro de la abstinencia inicial no han detectado ninguna ventaja a largo plazo (Hughes et al., 2003).

### Resumen eficacia clínica del bupropión (NICE, 2002)

- Existen claras evidencias de que el bupropión es más efectivo que un placebo en población general.
- El bupropión es tan efectivo en fumadores con EPOC como en población general.
- Las evidencias científicas iniciales muestran una mayor eficacia del bupropión sobre la TSN en la deshabituación tabáquica. Sin embargo, son necesarios más estudios en este sentido para establecer claramente esta diferencia, si la hay.
- El único ensayo realizado con bupropión para prevenir las recaídas no ha encontrado este efecto positivo en los sujetos que han dejado de fumar.

#### IV.4.3. Otros tratamientos farmacológicos

Se consideran fármacos de segunda línea aquellos medicamentos que han demostrado ser eficaces para el tratamiento del tabaquismo, pero tienen un papel más limitado que los fármacos de primera línea, especialmente porque existe un mayor consenso en relación a sus efectos secundarios al compararlos con los fármacos de primera elección; además de que son fármacos entre cuyas indicaciones clínicas autorizadas no se encuentra el tratamiento de la dependencia al tabaco.

En este apartado no se incluyen aquellos fármacos (antidepresivos, ansiolíticos benzodiazepinas, beta-bloqueadores u otros) que en ensayos experimentales no han demostrado una mayor eficacia que un placebo para facilitar la abstinencia al tabaco, o que han sido evaluados mediante ensayos experimentales pero en estos ensayos no se ha realizado una validación fisiológica de los resultados (por ejemplo, acetato de plata, diacepan, doxepina, lobelina, fluoxetina, mecamilamina, moclobemida, naltrexona, nortriptilina, imipramine, etc.).

Los medicamentos de segunda línea que se presentan en este apartado se han listado por orden alfabético, ya que los metaanálisis disponibles no muestran diferencias en la eficacia relativa entre ellos.

##### IV.4.3.1. Clonidina

La clonidina es un agonista  $\alpha_2$ -noradrenérgico que suprime la actividad simpática y se ha demostrado eficaz en el tratamiento de la adicción a la nicotina, doblando los efectos respecto al tratamiento placebo. No existe consenso sobre la dosis más apropiada para el tratamiento del tabaquismo, pero en los estudios experimentales se han utilizado dosis entre 0,1 y 0,75 mg/día, mientras las dosis más habituales en la práctica clínica parecen estar entre 0,2 y 0,4 mg/día (por vía oral o transdérmica).

En todo caso, debe prescribirse bajo supervisión médica en aquellos pacientes que no puedan utilizar los fármacos de primera elección, o bien por presentar contraindicaciones o bien por haber fracasado utilizando los medicamentos de primera elección.

El principal inconveniente en relación a los fármacos de primera línea está en que presenta mayores tasas de abandono del tratamiento debido a los efectos secundarios que

provocan: nerviosismo, agitación, cefaleas, temblores, rápido incremento paralelo de la tensión arterial e incremento de los niveles de catecolaminas.

En la revisión Cochrane (Gourlay *et al.*, 2003) sólo 6 ensayos fueron seleccionados, encontrándose efecto estadísticamente significativo en uno de los ensayos, cuando se comparaba la terapia de clonidina con placebo (OR = 1,89; IC 95% = 1,30-2,74), pero se evidenció una alta incidencia de efectos secundarios dosis dependiente (fundamentalmente sedación y sequedad bucal), que limitaron la utilidad de la clonidina en el tratamiento del tabaquismo.

##### IV.4.3.2. Nortriptilina

Se trata de un antidepresivo tricíclico, con propiedades básicamente noradrenérgicas y, en menor medida, dopaminérgicas, útil como tratamiento de segunda línea del tabaquismo. También dobla la tasa de abstinencia con respecto al placebo. Parece que su actividad en el tratamiento de la adicción al tabaco no está asociada con la existencia de síntomas antidepresivos. Los efectos secundarios de este medicamento incluyen efectos anticolinérgicos, fundamentalmente náuseas y sedación.

En el metaanálisis realizado por Hughes *et al.* (2003) sobre 5 ensayos se obtiene un OR = 2,80 (IC 95% = 1,81-4,32) estadísticamente significativo, que permite afirmar que la nortriptilina puede ser de utilidad como terapia para dejar de fumar.

En todo caso, debe prescribirse bajo supervisión médica en aquellos pacientes que no puedan utilizar los fármacos de primera elección, o bien por presentar contraindicaciones o bien por haber fracasado utilizando los medicamentos de primera elección.

## IV.5. Tratamiento especializado

Se ha observado una relación dosis respuesta entre la intensidad de la intervención sanitaria y la tasa de cesación obtenida. Sin embargo, razones de eficiencia hacen poco razonable la oferta de apoyo intensivo o tratamiento especializado a todos los fumadores que desean dejar de fumar. No obstante, muchos fu-



madores con alta dependencia o serios problemas de salud, pacientes hospitalizados y mujeres embarazadas, entre otros, constituyen grupos de alto riesgo que pueden precisar recursos de apoyo y un nivel de intervención más intenso y especializado.

Los tratamientos psicológicos especializados (técnicas conductuales, cognitivas y programas multicomponentes) han demostrado obtener los mayores niveles de eficacia (30-50% de abstinencia al año). En los programas multicomponentes se emplean varias técnicas combinadas para la fase de preparación, cesación y mantenimiento de la abstinencia (responsabilización, autorregistro, aversión, entrenamiento de habilidades, apoyo de grupo y social, etc.).

Las unidades especializadas pueden ofrecer de forma eficiente apoyo psicológico y clínico a fumadores mediante un número reducido de sesiones (cinco) de terapia de grupo (20-25 fumadores), o individual si se precisa, de una hora de duración a lo largo de un mes. Generalmente, el tratamiento especializado se inicia con una sesión individual de diagnóstico y preparación. Con posterioridad se realizan sesiones de seguimiento a los 3, 6 y 12 meses. En estos programas se emplean técnicas combinadas para las fases de preparación, primeras semanas de abstinencia y mantenimiento de la abstinencia (responsabilización, autorregistro basal, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, control de estímulos, apoyo de grupo y social, refuerzo de la abstinencia, técnicas de relajación, consejos dietéticos, etc.). La inclusión del uso de TSN y *biofeedback* con medidores de CO permite alcanzar elevadas tasas de cesación en pacientes que no han respondido a niveles inferiores de intervención.

El tratamiento especializado del tabaquismo puede estar indicado en fumadores de alta dependencia o alto riesgo que previamente han fracasado con intervenciones breves o intensas, y que podrían beneficiarse de tratamientos más efectivos para lograr mantener la abstinencia. Razones de eficiencia hacen poco razonable la oferta de estos procedimientos intensivos y especializados a todos los fumadores que desean dejar de fumar. Los principales grupos de fumadores que requieren este tipo de intervención asistencial son fumadores disonantes, con alta dependencia y fracasos previos en la consolidación de la abstinencia, pacientes que presentan serios problemas de salud relacionados o no con el uso del tabaco, para los que el consumo de tabaco entraña un riesgo

muy relevante de morbilidad o muerte, mujeres embarazadas.

El tratamiento del tabaquismo atiende a las necesidades específicas de estos grupos, a quienes proporciona recursos pautados de apoyo en el marco de intervenciones más intensivas que las que puede ofrecer el consejo médico.

Las unidades especializadas en este tipo de tratamiento, a través de relativamente pocas sesiones terapéuticas intensivas y de seguimiento, ofrecen de forma eficiente intervenciones clínicas multicomponentes que combinan:

- Técnicas de apoyo psicológico dotan a los pacientes de estrategias prácticas para lograr y afianzar la abstinencia (conductuales, cognitivas, dinámica de grupos y programas que combinan elementos de distintas técnicas). Combinan técnicas de resolución de problemas y entrenamiento en habilidades de afrontamiento, con soporte terapéutico y facilitación del soporte social, fuera del tratamiento.
- Tratamiento farmacológico (bupropión, TSN, otras).
- Técnicas de *biofeedback* para el refuerzo de la abstinencia (generalmente mediante la utilización de medidores de CO).
- Estrategias para la prevención de recaídas. Al igual que sucede en otros tipos de adicciones, el problema de las recaídas es uno de los principales retos a los que se enfrenta el tratamiento del tabaquismo. El tratamiento especializado del tabaquismo incluye sesiones de seguimiento a largo plazo que intentan responder a esta necesidad, aunque por ahora ninguna de las técnicas disponibles ha conseguido demostrar una clara efectividad.

Este enfoque presenta una alta eficacia (30-50% de abstinencia al año). Las revisiones realizadas no han encontrado diferencias significativas entre este tipo de tratamiento realizado de forma individual o en grupo; por lo tanto, por razones de eficiencia, se recomienda que la oferta del tratamiento especializado se realice mediante tratamiento grupal. Se trata de un enfoque altamente eficaz y coste-efectivo para grupos de riesgo, es decir, para personas que tras serios intentos para dejar de fumar han fracasado reiteradamente debido a su fuerte adicción al tabaco, enfermos con un diagnóstico de patología grave relacionada con el uso del tabaco y mujeres embarazadas o en periodo de lactancia.

## **IV.6. Otras intervenciones**

Las revisiones de estudios disponibles hasta ahora sobre la eficacia de otras técnicas para dejar de fumar (acupuntura, digitopuntura, auriculopuntura, electroestimulación, láser-terapia) ponen en evidencia que estas técnicas no ofrecen mejores resultados de abstinencia que los obtenidos por procedimientos placebo (White *et al.*, 2003; Ussher *et al.*, 2003; Effective Health Care, 2001).

Respecto a los programas de ejercicio físico para dejar de fumar, solamente en uno de los

8 ensayos clínicos existentes se evidenció que el ejercicio físico puede ayudar a dejar de fumar. Sin embargo, se necesitan nuevas evidencias al respecto para llegar a conclusiones más sólidas (Ussher *et al.*, 2003).

Existen otros muchos procedimientos que han sido utilizados o lo son en la actualidad, pero de los que no se dispone de evidencia científica de su eficacia. También en la actualidad están en desarrollo y valoración nuevos procedimientos. Un ejemplo es el desarrollo inicial en España de una técnica de estimulación de exteroceptores cutáneos mediante un lápiz de radiación infrarroja (termoestimulación), que está en fase de evaluación clínica (García y Esparraguera, 2002).

## V. Efectividad de las intervenciones de apoyo al abandono del consumo de tabaco

Se denomina «**efectividad**» de una acción, intervención o tratamiento a la cualidad de producir el efecto esperado en condiciones reales y habituales de uso. En el caso que nos ocupa, el concepto de efectividad de la intervención terapéutica para dejar de fumar incluye la medida de los beneficios observados en términos de abstinencia. Para ello se suelen utilizar distintos indicadores del efecto de la intervención (logro de la abstinencia, porcentaje de abstinencia alcanzado en el tiempo —a corto, medio o largo plazo—).

La efectividad de las intervenciones para dejar de fumar está muy en relación con las características propias del fumador y de su entorno, además de con la eficacia de las distintas terapias que se utilicen.

Cuando se pregunta a los fumadores si quieren dejar de fumar, entre el 60 y el 70% responde afirmativamente. Sin embargo, cuando un fumador hace un intento de abandono del tabaco por sí solo, sus posibilidades de éxito no superan el 5%. En la población general, un 2% de los fumadores dejan de fumar espontáneamente cada año sin ninguna intervención sanitaria (Osler y Prescott, 1998). Con el apoyo de intervenciones sanitarias este porcentaje, al menos, se duplica, según los datos que se han reseñado con anterioridad.

Sin embargo, la dificultad para abandonar el hábito tabáquico queda reflejada en el hecho de que es una de las drogodependencias que presenta una mayor continuidad o fidelización una vez que se ha establecido el consumo (Vocalía del Observatorio Español sobre Drogas, 2001).

Los factores o características determinantes del éxito en la abstinencia tabáquica que contribuyen a la mayor eficacia y efectividad de las terapias establecidas, y que además nos permiten prever las situaciones en las que existe una clara necesidad de actuaciones terapéuticas combinadas para alcanzar una mayor efectividad terapéutica, son descritos a continuación (Monsó, 2001):

— Grado de dependencia cuantificado mediante el test de Fagerström o por marcadores biológicos como la nicotina, cotinina en sangre o por el monóxido de carbono

espirado. Todos los marcadores biológicos tienen una mayor correlación que el test de Fagerström en medir las dificultades para el abandono que tiene el fumador bajo estudio. Sin embargo, estos marcadores biológicos no suelen estar disponibles de manera rutinaria. No obstante, la facilidad de utilización de los cuestionarios de dependencia nicotínica hace que sean los métodos habituales de diagnóstico del grado de fumador, y sólo se utilizan los marcadores biológicos en los casos en que se requiere una máxima precisión en los niveles de dependencia nicotínica (Kenford *et al.*, 1996).

- Edad del fumador. Las evidencias científicas demuestran que a mayor edad, mayor probabilidad de éxito en el abandono tabáquico (Tillgren *et al.*, 1996; Hymowitz *et al.*, 1997).
- Sexo de la persona fumadora. Se ha observado en el varón una mayor incidencia de abandonos del hábito tabáquico (Graham, 1996; Hymowitz *et al.*, 1997; Graham y Der, 1999; Wetter *et al.*, 1999). Se ha observado que el número de recaídas al año de abandono es más frecuente en las mujeres (Bjornson *et al.*, 1995). Sin embargo, a pesar de evidenciarse estas diferencias de género en el consumo de tabaco, aún no ha sido posible definir pautas de intervención específicas dirigidas a uno u otro sexo.
- Nivel educativo del fumador. A mayor nivel educativo, mayor éxito en el abandono del hábito (Tillgren *et al.*, 1996; Hymowitz *et al.*, 1997; Schiaffino *et al.*, 2003).
- Finalmente, cabe mencionar que en general los pacientes con enfermedad cardiorrespiratoria crónica tienen un nivel de éxitos bajo. Ello puede considerarse como un indicador indirecto de dependencia tabáquica, dado que los sujetos con baja dependencia a la nicotina dejan de fumar poco después de la aparición de los primeros síntomas, impidiendo que la enfermedad se cronifique. Mientras que los sujetos altamente dependientes mantendrán el hábito a pesar de la aparición de la enfermedad y de la progresión de la misma (Nides *et al.*, 1995).

En la reciente publicación de Yudkin y cols. (2003) se pone de manifiesto lo difícil que es mantener la abstinencia de forma definitiva, pese a los resultados relativamente positivos que se obtienen a corto plazo con las distintas terapias eficaces con las que se cuenta. Los investigadores del Institute of Health Sciences, de Oxford (Reino Unido) encuentran que la mitad de personas que consiguieron dejar el hábito durante un año o más, tras haberse sometido a tratamiento de deshabituación con parches de nicotina, finalmente vuelven a fumar. Los autores contactaron con participantes de un estudio, iniciado ocho años antes, en el cual el 9% logró abandonar el tabaco durante un año o más (Imperial Cancer Research Fund General Practice Research Group, 1993 y 1994). De ese escaso porcentaje, el 46% había vuelto a fumar con posterioridad. Por lo que sólo un 5% de los participantes fumadores del estudio original consiguió mantener la abstinencia completa. Ello nos da una idea de que fumar es un hábito extremadamente difícil de abandonar y, como los propios autores del estudio dicen: «Tal como esperábamos, la terapia de sustitución nicotínica ayuda a romper el ciclo de adicción, pero no puede sustituir todos los placeres asociados al consumo de tabaco». El estudio también muestra que el éxito de la terapia depende en gran parte de las características del fumador. Por ejemplo, los fumadores de mayor edad, los que tienen apoyo social y los menos dependientes de los cigarrillos encontrarán más fácil dejar el hábito utilizando terapias farmacológicas (sustitución nicotínica). Es por ello que los autores señalan que las técnicas más efectivas para tratar el tabaquismo son aquellas que tienen en cuenta las necesidades y personalidad de los pacientes, y en este sentido dicen: «Tenemos que individualizar los tratamientos y darnos cuenta de qué personas responderán a los diferentes tipos de terapia».

En España se han llevado a cabo pocos estudios para intentar evidenciar la efectividad de las terapias para dejar de fumar. El estudio de Barrueco y cols. (2001) examina el grado de influencia que tiene llevar 2 meses sin fumar después de un intento de abandono del hábito con intervención mínima y terapia sustitutiva de nicotina. En este estudio, la abstinencia medida a los 2 meses del cese resulta ser un excelente predictor del éxito a largo plazo. Sin embargo, el poder predictivo de la abstinencia a los 2 meses es más elevado en sujetos con menor dependencia nicotínica (17%) que en aquellos altamente dependientes (35%). Rodríguez-Artalejo y cols. (2003) en

un reciente estudio realizan un ensayo abierto randomizado en el lugar de trabajo (mínima intervención más TSN frente a no tratamiento) en trabajadores de dos empresas, para estudiar el grado de abstinencia alcanzado a los 12 meses, encuentran una tasa de abstinencia continua de 12 meses del 20,2% en el grupo en el que se realiza la intervención en relación con el grupo control (8,7%). Los autores puntualizan que la efectividad de las intervenciones para dejar de fumar varía según el contexto del individuo fumador, y en particular depende de la prevalencia del tabaquismo en el entorno del fumador y de las normas de consumo de tabaco fuera y dentro del entorno laboral.

Podemos decir que la efectividad de los tratamientos farmacológicos está suficientemente demostrada cuando se evalúan sus efectos en los primeros meses. Pero cuando el análisis se realiza a largo plazo (abstinencia mayor de 12 meses) la efectividad se reduce. Las recaídas son consecuencia de la potente dependencia psicológica que provoca el consumo de tabaco y que no ha sido controlada de forma efectiva con los tratamientos farmacológicos que se utilizan en la primera fase de la deshabituación tabáquica. En el trabajo de Fisher y cols. (1990) se describe con detalle el proceso de recaída basado en la dependencia psicológica que produce el tabaco (el fumador no olvida que fue fumador y el placer que experimentó al serlo, unido a las vivencias que relaciona con el consumo de determinados cigarrillos).

Existen pocos estudios que hayan valorado el impacto poblacional de la mayor disponibilidad y uso de nuevos procedimientos terapéuticos de apoyo en las tasas de abandono del consumo de tabaco. Pierce y Gilpin (2002) describieron las tendencias de las tasas de abandono, junto con el uso y efectividad de tratamientos sustitutivos de nicotina o antidepresivos, en población general de California en el periodo 1992-1999, analizando los datos de las encuestas poblacionales de uso de tabaco disponibles. En el periodo de siete años analizado el porcentaje de fumadores que realizó intentos de dejar de fumar se incrementó en un 61,4%, pasando del 38,2 al 61,5%. El uso de terapia sustitutiva de nicotina en los intentos de abandono más recientes (en últimos 12 meses) se incrementó de un 9,3% en 1992 a un 14% en 1999. En este último año un 17,2% utilizó algún fármaco de apoyo, solo o en combinación (5,4% chicle de nicotina, 10,7% parches de nicotina, 5,2% antidepresivos). Los autores señalan que mientras en los años 1992 y 1996

se observa una diferencia claramente significativa en la tasa de éxito en el mantenimiento a medio y largo plazo de la abstinencia entre los que usaron apoyo farmacológico y los que no lo hicieron, en el último año analizado (1999) las tasas de éxito de unos y otros se igualan a los tres meses del abandono. Además, destacan que el tratamiento resultó efectivo a corto plazo en fumadores de más de 15 cigarrillos al día pero no a largo plazo (250 días). Por el contrario, en los fumadores de menos de 15 cigarrillos al día (60% de los fumadores de California) no se aprecian diferencias en las tasas de abandono entre los que usaron o no apoyo farmacológico. Los autores discuten que desde la irrupción en el mercado de los tratamientos sustitutivos de nicotina en forma de libre dispensación (1996) se ha incre-

mentado el uso inapropiado y poco efectivo a medio y largo plazo de este tratamiento.

Las terapias farmacológicas ayudan a superar la dependencia física provocada por el consumo del tabaco. Sin embargo, en la mayoría de los estudios no se contempla de forma suficiente la importancia de la dependencia psicológica del tabaco en el proceso de recaída. En gran medida, el fracaso en las terapias de cesación tabáquica, si se evalúa su efectividad después de un año de su administración, se debe a la escasa atención prestada a la dependencia psicológica. En este campo queda mucho por investigar para establecer las mejores y más efectivas terapias para conseguir el abandono del hábito tabáquico de forma completa y mantenida.

## VI. Evaluación económica

En la última década se han publicado numerosos estudios de coste-efectividad e impacto económico del tratamiento del tabaquismo, la mayor parte de ellos realizados en el Reino Unido y en EE.UU. Estos estudios muestran que determinadas intervenciones de apoyo y asistencia a la cesación muestran una relación coste-efectividad muy favorable. Tanto las intervenciones de baja intensidad (consejo médico y oferta de tratamiento farmacológico) dirigidas a amplios grupos de fumadores que desean dejar de fumar como las intervenciones más intensivas de tratamiento dirigidas a grupos de especial necesidad se han mostrado coste-efectivas.

El Banco Mundial consideró en *Investing in Health* en 1993 que las políticas globales de control de tabaquismo basadas en el incremento de impuestos, limitación de la publicidad y promoción, información sanitaria, restricción del consumo en espacios públicos y accesibilidad a tratamiento farmacológico financiado, presentan una relación coste-efectividad muy favorable y deben formar parte de las medidas básicas sanitarias. Los estudios disponibles estimaban que el coste por año de vida ganado ajustado por discapacidad (DALY) varía según el nivel socioeconómico de la región estudiada entre 20 y 80 dólares. Específicamente, en los países de alto nivel socioeconómico, la cobertura del tratamiento farmacológico al 25% de la población presenta un coste por DALY de 746 a 1.160 dólares, lo que representa una intervención coste-efectiva en relación a otras intervenciones sanitarias implantadas y de carácter básico (World Bank, 1999).

En este mismo estudio del Banco Mundial, se expresa que el coste de la atención sanitaria imputable al tabaco en los países desarrollados representa 6-15% de los gastos totales sanitarios anuales. En nuestro país, con una prevalencia más elevada de tabaquismo que en otros países de nuestro entorno (34,4% población adulta *versus* 27% en Reino Unido), el coste está más próximo al 15%. En un reciente estudio (Pardell *et al.*, 2002) se estima que en nuestro país los costes directos sanitarios en el año 2000 generados por el tabaquismo ascienden a 3.633.835.286 euros/año, lo cual supone un 10% del gasto sanitario total para ese año. Hay que tener en cuenta que esta ci-

fra no incluye los costes sanitarios indirectos y sólo utilizó para su cómputo el coste de seis enfermedades (EPOC, asma, enfermedad coronaria, enfermedad cerebro-vascular, cáncer de pulmón y bajo peso al nacer).

Una revisión que incluía trabajos realizados hasta mediados de los años noventa (Warner KE, 1997) sugiere que las intervenciones menos intensivas resultan más eficientes en términos de impacto global poblacional. Sin embargo, otros trabajos enfatizan la relevancia de los tratamientos más intensivos, que gracias a su alta eficacia permiten obtener costes menores por año de vida ganado (Cromwell *et al.*, 1997).

Revisiones posteriores de la evidencia disponible sobre coste-efectividad (Parrot *et al.*, 1998; Royal College of Physicians, 2000; Fiore *et al.*, 2000) indican que un conjunto de intervenciones de tratamiento del tabaquismo son coste-efectivas. En el estudio del coste-efectividad de las intervenciones para la cesación del hábito tabáquico en el Reino Unido publicado por Parrot *et al.* (1998) se obtienen los resultados globales que aparecen en la tabla 11.

Recientemente, se ha publicado la revisión sistemática sobre eficacia y coste-efectividad del bupropión y las terapias sustitutivas de nicotina (Woolacott *et al.*, 2002) que el NICE ha utilizado en sus recomendaciones de uso de estos fármacos. En este trabajo se revisaron 17 estudios de evaluación económica de especial relevancia, con diseños de coste-efectividad, coste-beneficio o impacto económico de la cobertura de intervenciones de apoyo al abandono del consumo de tabaco. La mayoría de estos trabajos corresponden al Reino Unido o a los Estados Unidos de América. Los resultados de estos estudios se expresan en forma de coste por abandono de larga duración, coste por año de vida ganado, coste por año de vida ajustado por calidad de vida. Los procedimientos utilizados en estos estudios para estimar los años de vida ganados partiendo del número de fumadores que logran dejar de fumar consisten en el uso de modelos establecidos como el PREVENT o el modelo HECOS, o la comparación de la mortalidad entre fumadores y ex fumadores o

Tabla 11

Coste por año de vida ganado de niveles de intervención de intensidad creciente (libras esterlinas)

	Perspectiva de la Administración sanitaria (no descontado)	Perspectiva de la Administración sanitaria (descontado 1,5%)	Perspectiva de la sociedad (no descontado)	Perspectiva de la sociedad (descontado 1,5%)
Consejo breve	112	174	136	212
Folleto de autoayuda	142	221	167	259
TSN	173	269	448	696
Servicio especializado	164	255	562	873

Fuente: Parrott S et al., 1998.

nunca-fumadores basadas en los datos proporcionados por los grandes estudios de cohortes. La revisión de los estudios publicados sugiere que el número de años de vida ganados por persona que logra la abstinencia de larga duración es de 1,0 a 3,0. Añadir terapia sustitutiva de nicotina a la práctica habitual es coste-efectiva con un bajo coste incremental por abandono. Una estimación de costes por año de vida ganado con precios de 1998 y una tasa de descuento del 6% para costes y del 1,5% para los beneficios, presenta un rango de valores de 350 a 800 libras esterlinas por año de vida ganado.

Los mismos autores de esta revisión elaboraron un modelo de análisis de decisión para comparar el coste-efectividad de cuatro intervenciones:

- Consejo médico breve o consejo intensivo por profesionales sanitarios.
- Consejo más terapia sustitutiva de nicotina.
- Consejo más bupropión.
- Consejo más terapia sustitutiva de nicotina y bupropión.

Se asumieron tasas de abandono de 4% para consejo médico y 10% para consejo intensivo y se utilizaron los siguientes valores sumariados de la eficacia clínica: *Odds Ratio* de 1,67 para el tratamiento sustitutivo de nicotina, 2,1 para el bupropión y 2,65 para el tratamiento combinado.

Los resultados de este análisis fueron consistentes con los obtenidos en los estudios revisados. El tratamiento farmacológico con sustitutivos de nicotina y/o bupropión es coste-

efectivo comparado con muchas otras intervenciones clínicas ampliamente aceptadas.

Como ejemplo destacado, en el Reino Unido se ha estimado que el coste adicional por año de vida ganado logrado con el consejo médico o consejo intensivo para dejar de fumar comparado con no hacer nada es menor a 1.000 libras esterlinas (1.439 €), y se sitúa entre 1.000 y 2.400 libras (1.439-2.758 €) para la terapia sustitutiva de nicotina, entre 640-1.500 libras (921-2.158 €) para el bupropión y entre 900 a 2.000 libras (1.295-2.878 €) para el tratamiento combinado.

El coste estimado para el Servicio Nacional de Salud de un programa de tratamiento en Inglaterra y Gales sería de 67 a 202 millones de libras al año (96-291 €), conseguiría el abandono de larga duración de 45.000 a 135.000 fumadores y lograría ganar 90.000 a 270.000 años de vida. El coste medio por año de vida ganado estaría entre 500 y 1.500 libras (720-2.158 €).

Un trabajo referido a los EE.UU. (Wasley et al., 1997) concluye que el coste por año de vida ganado tras la utilización de parches de nicotina más consejo médico era de 965-1.585 dólares en hombres y 1.634-2.360 dólares en mujeres. Estas cifras son muy inferiores a otras prácticas médicas habituales, como por ejemplo el tratamiento de la hipertensión arterial moderada, con un coste medio por año de vida ganado de 11.300 dólares, o el tratamiento de la hipercolesterolemia, de más de 65.000 dólares.

Existen escasas valoraciones realizadas en España sobre evaluación económica de las intervenciones de apoyo al abandono del consumo de tabaco. Datos en España hablan de un cos-

te por año de vida ganado por consejo antitabaco de 1.563-2.608 euros en hombres y 2.650-3.828 en mujeres (Plans *et al.*, 1995). Desde la Dirección General de Salud Pública del Departamento de Sanidad de Cataluña, se llevó a cabo una evaluación económica de distintas intervenciones preventivas dirigidas a reducir el riesgo coronario que incluían el tratamiento de la hipertensión, la hipercolesterolemia y el apoyo al abandono del consumo de tabaco mediante consejo médico y terapia sustitutiva de nicotina. Se consideraron costes directos asistenciales. La intervención de apoyo a la cesación del consumo de tabaco presentó un rango de coste-efectividad de 2.608 a 5.494 dólares USA por año de vida ganado en hombres y de 4.413 a 8.058 en mujeres. Este coste por año de vida ganado es claramente más favorable que el obtenido para los programas de reducción de la hipercolesterolemia y la hipertensión (Plans-Rubio P, 1998).

Recientemente se ha analizado el impacto de una estrategia de intervención de apoyo a fumadores para dejar de fumar sobre resultados de morbilidad y mortalidad evitadas, años de vida ganados y costes sanitarios evitados en la experiencia de una cohorte de población española, proyectados a lo largo de 20 años (González-Enríquez J *et al.*, 2002). Para ello se adaptó el modelo Health and Economic Consequences of Smoking (HECOS), patrocinado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El modelo permite obtener estimaciones de la relación coste-efectividad de distintas estrategias de intervención (Orme, 2001).

En la situación de partida, previa a la intervención, el coste directo asistencial del diag-

nóstico, tratamiento y seguimiento clínico de los casos de enfermedad atribuible al consumo de tabaco es de 4.286 millones de euros. La intervención propuesta para incrementar el número de fumadores que consiguen dejar de fumar a largo plazo (más de 1 año) evitaría un total de 2.613 casos de enfermedad atribuible al consumo de tabaco ya en el segundo año del modelo, es decir, tras el primer año de la intervención. Los casos de enfermedad evitados se elevan a 23.837 en el vigésimo año. Las muertes evitadas por la intervención en la población de fumadores serían 284 ya en el segundo año, y ascenderían a 9.205 a los 20 años de la intervención. Los costes acumulados directos derivados de la atención sanitaria a la enfermedad atribuible a consumo de tabaco evitados por la intervención serían 3.461.984 euros en el segundo año y 386.232.603 a los 20 años.

El coste de la intervención por año de vida ganado es decreciente desde el segundo año y a los 10 años es de 4.302 euros. El coste de la intervención por muerte evitada decrece durante el periodo considerado y es de 17.109 euros a los 10 años (tabla 12).

En resumen, del conjunto de estudios de coste-efectividad disponibles se puede concluir que, comparada con otras intervenciones preventivas o asistenciales, la detección y tratamiento de la dependencia del tabaco a través de los servicios asistenciales se considera una acción preventiva relativamente coste-efectiva en términos de coste por año de vida ganado. Esta intervención se ha considerado una referencia frente a la que otras intervenciones preventivas y asistenciales pueden compararse.

**Tabla 12**

**Coste de la intervención por año de vida ganado y por muerte evitada**

	Años del modelo		
	2.º año	5.º año	10.º año
Coste por año de vida ganado	1.466.193	71.018	4.302
Coste por muerte evitada	733.096	134.769	17.109

Tasa de descuento: 0,043.



## VII. La experiencia del Reino Unido y otros países de nuestro entorno

Existen precedentes sobre la aplicación de políticas asistenciales en tabaquismo cuyo análisis puede ser de utilidad en nuestro país. Entre los referentes más cercanos, destaca la evaluación de la introducción de una política de tratamiento del tabaquismo en el seno del Servicio Nacional de Salud (National Health Service, NHS) en el Reino Unido, donde los servicios de asistencia a fumadores son una parte clave de la política del gobierno para reducir la mortalidad por enfermedades coronarias y cáncer (Department of Health, 2000). Estos servicios recibieron un impulso y recursos adicionales al considerarse una prioridad asistencial en el periodo 1999-2003 (Department of Health, 1998).

En este marco, los fumadores que quieren dejar de fumar y no lo consiguen por sí solos disponen de apoyo asistencial público que les proporciona el NHS. Este apoyo es accesible a dos niveles: consejo breve para dejar de fumar, proporcionado por el médico de familia (General Practitioners) y otros profesionales sanitarios, y opción de derivación para los que lo precisen a servicios de tratamiento del tabaquismo ubicados en cada área sanitaria —en las que se organiza el NHS— que proporcionan tratamiento cognitivo-conductual pautado (en general en grupo) y tratamiento farmacológico financiado —TSN o bupropión, incluidos ahora como prescripciones reembolsables por el NHS (Coleman T *et al.*, 2002)—. Los productos de TSN están a la vez disponibles y accesibles como fármacos de venta libre en farmacias sin receta (supervisión de farmacéutico), y algunos (chicles, parches) incluso son de libre adquisición en establecimientos comerciales no sanitarios (supermercados, gasolineras).

Existen distintos modelos de desarrollo de los servicios de tratamiento. El modelo urbano preponderante consiste en una unidad clínica donde los especialistas entrenados dirigen grupos a los que ofrecen terapia cognitivo-conductual y tratamiento farmacológico, a la vez que llevan grupos en otras unidades satélites en la comunidad y forman y entrenan a personal sanitario (enfermeras) de Atención Primaria. Otros incluyen tratamiento individual. Los rurales básicamente ofrecen consejo intensivo por personal de enfermería entre-

nado en el mismo centro de Atención Primaria.

Así, el sistema sanitario público ofrece el apoyo que cada fumador requiere, incluida la financiación de los tratamientos farmacológicos que se han demostrado más efectivos para dejar de fumar.

En el marco de esta política asistencial, entre abril del año 2001 y marzo de 2002, alrededor de 227.300 personas fijaron una fecha para dejar de fumar en los servicios de tratamiento del tabaquismo del NHS, sólo en Inglaterra. El 57% fueron mujeres, a pesar de que la prevalencia de tabaquismo es algo menor en mujeres (25%) que en hombres (29%). La mayoría (81%) eran de edades comprendidas entre los 18 y los 59 años. El 63% de los fumadores recibió terapia sustitutiva de nicotina y el 19% bupropión. En el seguimiento de cuatro semanas desde la fecha fijada para el abandono el 53% mantenía la abstinencia (autorreferida) (Department of Health, 2001). Este logro costó globalmente al NHS 24,7 millones de libras esterlinas (35,5 millones de euros), sin incluir el gasto farmacológico (Department of Health, 2002). El coste medio por abandono es de 210 libras (302 €). En el año anterior se había estimado el gasto de estos servicios en 21,4 millones de libras (Stapleton *et al.*, 2001). Desde la puesta en marcha del programa de servicios de tratamiento (abril de 1999), el NHS ha invertido 53 millones de libras (76 millones de euros) en tres años, excluido el gasto en fármacos (contratación de personal, coordinadores y terapeutas, formación y entrenamiento, gestión, funcionamiento de unidades, apoyo a servicios satélites). En Inglaterra se ha estimado que el coste anual del tabaquismo para el NHS se aproxima a 1.500 millones de libras (Parrot *et al.*, 1998). El impacto global de estos servicios y la evaluación inicial de la efectividad están siendo valorados por el NHS y serán presentados en la 12.<sup>a</sup> Conferencia Mundial de Tabaco y Salud, que se celebrará en Helsinki en agosto de este año.

Según estimaciones de Raw y McNeill (2001), el alto grado de eficiencia del tratamiento del tabaquismo implica que el mantenimiento sostenido de esta intervención contribuiría a disminuir en relativamente poco tiempo los gastos de otro tipo de intervenciones sanitarias

más costosas. Por ejemplo, el riesgo de sufrir un infarto de miocardio disminuye aproximadamente a la mitad transcurridos dos años desde que se deja de fumar; sólo por este factor, los gastos sanitarios disminuirían de forma significativa con un incremento consistente del número de personas que dejan de fumar, pero además disminuirían muchos otros gastos sanitarios como los actualmente invertidos en estatinas, y otros procedimientos quirúrgicos y sanitarios derivados de la morbilidad debida al tabaquismo (Raw y McNeill, 2001).

Además del Reino Unido, Francia cuenta con una política de reembolso del tratamiento farmacológico tanto para bupropión como para la TSN. Además, otros cuatro países europeos han introducido en su política asistencial planes piloto que facilitan la accesibilidad al tratamiento farmacológico a base de mecanismos parecidos de financiación como son el reembolso del coste, incentivos de precios o costes reducidos (WHO, 2002).

## VIII. Contexto de la asistencia a fumadores en España

### VIII.1. Antecedentes y situación actual

Las intervenciones de apoyo a la cesación del consumo de tabaco han aumentado de forma sensible en las dos últimas décadas en España, especialmente promovidas e impulsadas por sociedades científicas como SEMFYC o SEPAR y, en algunos casos, apoyadas por algunas de las Administraciones autonómicas, que desde hace años mantienen un compromiso activo en el ámbito de la prevención y el tratamiento del tabaquismo.

La implantación de muchos de los servicios asistenciales ha dependido en gran medida de la motivación y el esfuerzo de equipos profesionales que, con recursos muy limitados, han considerado el tratamiento del tabaquismo como una parte esencial de su labor profesional, al observar diariamente la magnitud y el impacto que la dependencia del tabaco tiene entre sus pacientes fumadores.

En este marco se ha ido desarrollando un número creciente de iniciativas, tanto en el ámbito del tratamiento como de la prevención, que incluyen desde políticas de control hasta ayudas a la investigación, que han permitido realizar un importante avance en el abordaje adecuado de la primera causa evitable de mortalidad prematura y morbilidad en España.

En la Atención Primaria el interés clínico se ha centrado mayoritariamente en el consejo sanitario o «intervención mínima». Esta opción posiblemente responda a diversas circunstancias, entre las que destacan:

- a) La factibilidad de esta modalidad terapéutica, que no implica la disponibilidad de sofisticados medios, ya sean económicos o de recursos humanos. Es bien conocido que en Atención Primaria se dispone de poco tiempo para realizar actividades, pero al poder hacer una intervención que puede prolongarse durante toda la vida de la población atendida, la «intervención mínima» encuentra en la Atención Primaria las mejores condiciones para su desarrollo.
- b) La existencia de una cierta tradición histórica, desde que Rusell demostró la efectividad de este tipo de intervención en

consultas de medicina general (Rusell *et al.*, 1979).

- c) Es la intervención más ampliamente estudiada. En la revisión sistemática Cochrane realizada por Silagy y Stead se incluyen 34 ensayos clínicos realizados con la participación de más de 27.000 fumadores (Silagy y Stead, 2002).
- d) Además, los profesionales de enfermería, que han demostrado la utilidad de sus intervenciones (Rice y Stead, 2003), están jugando un papel muy importante para su extensión.

Un buen ejemplo de las intervenciones realizadas en España desde la Atención Primaria lo constituye el «Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud» (PAPPS), que desde 1988 ha implantado una intervención en tabaquismo con diferentes evaluaciones, la última de las cuales (PAPPS, 2001) muestra que en el 54% de las historias clínicas —de los centros participantes en el PAPPS— consta que se ha realizado la intervención propuesta (registro y consejo).

En nuestro país las publicaciones sobre intervenciones basadas en el consejo médico en consultas de Atención Primaria se inician a finales de los años ochenta (Nebot *et al.*, 1989), revisándose posteriormente (Córdoba *et al.*, 1990; Grandes *et al.*, 1997). Algunos autores empezaron a revisar el efecto de las intervenciones a largo plazo (Comas *et al.*, 1996). Estos primeros estudios revisan básicamente la efectividad del consejo médico en nuestro país en las consultas de medicina general, aunque Nebot y Cabezas (1992) también revisan la efectividad del consejo de enfermería realizado desde la Atención Primaria.

Estos primeros trabajos, en general con una buena metodología, sirven para empezar a plantear nuevos interrogantes y posibilitan la aparición de nuevas aproximaciones. Pero son básicos pues permiten conocer, por ejemplo, la limitación del efecto terapéutico (alrededor del 5%), la utilidad de la intervención en algunos colectivos (pacientes con síntomas o patología relacionada), la necesidad de utilizar terapias farmacológicas de probada eficacia o analizar el proceso natural de las recaídas.

Paralelamente al desarrollo de experiencias en España, aparecen en el panorama internacional diversas revisiones (Kottke *et al.*, 1988; Agency for Health Care Policy and Research on Smoking Cessation, 1996; US Preventive Task, 1996) que plantean nuevas soluciones, entre las que destacan:

- a) Propuesta de la intervención básica (Preguntar, Aconsejar, Ayudar y establecer Seguimiento).
- b) Propuesta de intervención intensiva o avanzada.
- c) Descripción de necesidades de las organizaciones asistenciales (formación de los profesionales, guías terapéuticas, etc.).
- d) Revisión del grado de evidencia encontrado en cada intervención.
- e) Revisión de la utilidad de las terapéuticas farmacológicas, señalando recomendaciones para su correcta utilización.

En este contexto, se inician en España propuestas estructuradas, sistematizadas y adaptadas a la Atención Primaria, como el programa de Solberg, que había sido desarrollado desde 1985 (Solberg *et al.*, 1990) y adaptado en nuestro país por iniciativa del Instituto Municipal de la Salud de Barcelona en 1990 (Nebot y Solberg, 1990) con el nombre de «Proyecto de Ayuda a los Fumadores» (PAF), y valorado por diferentes autores (De la Fuente *et al.*, 1991; Martínet *et al.*, 1993; Pérez *et al.*, 1994; Martín *et al.*, 1997), quienes encontraron cifras de efectividad elevadas, aportando además propuestas de adaptación a la situación de diferentes profesionales.

Los estudios desde Atención Primaria también han tenido como motivo de evaluación diferentes tratamientos farmacológicos. Como es lógico, los primeros estudios incluyeron la terapia sustitutiva con nicotina (TSN), donde se valoran diferentes estrategias de consejo o apoyo terapéutico con chicle de nicotina (Quilez *et al.*, 1989; Nebot *et al.*, 1990; Corral y Pascual, 1992; Quilez *et al.*, 1993). También la terapia grupal ha sido motivo de evaluación en estudios que la comparaban con otras opciones (Sánchez-Beiza *et al.*, 1992; Corral y Pascual, 1992; Quilez *et al.*, 1993).

La intervención de enfermería también ha demostrado su utilidad, tal como se ha señalado anteriormente, con un trabajo inicial (Nebot *et al.*, 1990), que es el único incluido en la revisión realizada por Rice y Stead (2002) en la Biblioteca Cochrane. Pero además se han publicado diversos trabajos que estudian esta intervención, tanto en población general como

entre pacientes con patología relacionada (Granollers *et al.*, 1991; Roman *et al.*, 1996).

En el ámbito de la Atención Primaria, los últimos trabajos publicados pueden ayudar a avanzar. Así, por ejemplo, un estudio reciente (Córdoba *et al.*, 2000) analiza la utilidad de un cuestionario breve para valorar la motivación. Otros estudios valoran la efectividad de terapias combinadas (Grandes *et al.*, 2000), mientras datos recientes señalan la utilidad del consejo en oficinas de farmacia (Barbero *et al.*, 2000). Un trabajo reciente (Barrueco *et al.*, 2001) realizado en consultas de especialistas y de Atención Primaria valora el valor predictivo de la abstinencia durante los dos primeros meses, entre un grupo con TSN y otro de intervención mínima, encontrando que a los dos meses de cesación los abstinentes tenían 19,4 veces más probabilidad de seguir sin fumar al año.

A pesar de estos notables desarrollos en el ámbito de la Atención Primaria, diversas encuestas y estudios realizados desde mediados de los años ochenta indican que, aunque en los últimos 15 años se ha incrementado el número de médicos que ofrecen algún tipo de consejo a sus pacientes para dejar de fumar (Pardell *et al.*, 1998), el registro sistemático de la condición de fumador en la historia clínica de cada paciente y el consejo médico sistemático para dejar de fumar no se practican todavía de forma universal, sistemática y ordenada en el ámbito de la asistencia sanitaria pública en España (Programa de Actuaciones Preventivas y de Promoción de la Salud, 1996; Alonso *et al.*, 1998).

Las razones que dan los profesionales sanitarios para mantener bajos niveles de actividad en el ámbito del tratamiento del tabaquismo suelen ser la falta de tiempo, la percepción de falta de habilidades específicas para el manejo adecuado del tratamiento, la falta de formación específica y la frustración ante las bajas tasas de éxito.

Por otro lado, además de estas carencias y dificultades observables, hay que tener en cuenta la dificultad añadida de realizar intervenciones de tratamiento del tabaquismo por parte de los profesionales fumadores, que —de acuerdo a los datos más recientes disponibles— todavía constituyen una parte importante de los profesionales de la salud en España (MSC, 1998).

Respecto a las iniciativas de intervención especializada, las primeras experiencias en el ámbito internacional se ubican en Suecia (1957) y en el Reino Unido a partir de 1958

(Salvador, 1983). En España las primeras iniciativas en el sector público se pusieron en marcha a partir del año 1981. Se trató de Unidades de tratamiento surgidas en el seno de servicios hospitalarios de Neumología (Hospital Carlos III de Madrid, Hospital Clínico y Provincial de Barcelona e Instituto de Silicosis de Oviedo), probablemente por ser Neumología la especialidad clínica que en mayor medida percibía la magnitud del impacto del tabaco entre sus pacientes.

Al final de la década de los años ochenta, nuevas ofertas de tratamiento especializado comenzaron a generalizarse en diversos hospitales españoles (desde servicios de Neumología, Cardiología, Drogodependencias, Otorrinolaringología, etc.). Otras propuestas se desarrollaban desde el ámbito universitario, con la destacada contribución del Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología de la Universidad de Santiago de Compostela (Becoña, 1993; Becoña y Gómez, 1993; Becoña y García, 1993; Becoña y Vázquez, 1998a y 1998b). Paralelamente, la oferta de tratamiento especializado se incorporaba desde algunos centros de atención a las drogodependencias de ámbito municipal, comarcal, provincial o autonómico. Finalmente, ante las patentes carencias observables en amplias zonas geográficas españolas, algunas organizaciones no gubernamentales incorporaron el tratamiento especializado del tabaquismo entre sus prestaciones, destacando en este sentido la considerable labor de la Asociación Española contra el Cáncer (AECC), que en numerosas provincias españolas todavía constituye la única oferta de tratamiento especializado disponible (Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud, 2001).

Las investigaciones sobre la eficacia del tratamiento especializado han sido realizadas principalmente por diversas Unidades Especializadas en Tratamiento del Tabaquismo ubicadas en servicios hospitalarios o en departamentos universitarios. En los primeros ensayos clínicos realizados desde 1981 en la Unidad de Tratamiento del Tabaquismo del Hospital Clínico de Barcelona, se estudió la utilidad del TSN combinando la administración de chicle de nicotina con terapia grupal de apoyo, técnicas de control de estímulos, técnicas de refuerzo basadas en la evaluación fisiológica de la abstinencia y estrategias de prevención de recaídas (Salvador *et al.*, 1986). Mediante un diseño randomizado a doble ciego, se demostró por primera vez en España que el tratamiento especializado del tabaquismo podía obtener resultados de casi un 50% de abstinencias al año de seguimiento (Salvador *et al.*, 1988).

En el ámbito del tratamiento especializado, también han tenido gran relevancia las intervenciones de apoyo conductual, en las que se ha basado la propuesta denominada «Programa para Dejar de Fumar» (Becoña, 1993) e integrada por diversos elementos como depósito y contrato iniciales, autorregistro del consumo basal de cigarrillos, información sobre los efectos del tabaco, control de estímulos, reducción gradual de la nicotina, refuerzo fisiológico de la abstinencia y técnicas de prevención de recaídas. Esta propuesta ha sido evaluada mediante diversos estudios, obteniendo resultados que oscilan entre el 36 y el 57% al año de seguimiento (Becoña, 1993; Becoña y Gómez, 1993; Becoña y García, 1993; Becoña y Vázquez, 1998a). A lo largo de estos estudios se han podido valorar también los diferentes componentes de la intervención especializada.

Trabajos posteriores, realizados desde Unidades de tratamiento especializado ubicadas en servicios hospitalarios, han incorporado nuevas presentaciones y combinaciones de la TSN (parches y *spray* nasal) y bupropión al tratamiento especializado, obteniendo también buenos resultados (Jiménez *et al.*, 1994; Monsó *et al.*, 1994; Jiménez-Ruiz *et al.*, 1996, 1997 y 1998; Toral *et al.*, 1998; Jiménez-Ruiz *et al.*, 1999 y 2000; Ramón *et al.*, 1999; Sampablo *et al.*, 2002).

Como puede observarse, la falta de recursos específicos o de una oferta sistemática de formación adecuada no ha impedido el desarrollo de numerosas iniciativas de calidad en nuestro país. Esta realidad indica que, a pesar de las dificultades, los profesionales continúan experimentando la necesidad de ofrecer una respuesta terapéutica adecuada a las necesidades de sus pacientes fumadores, y que existen opciones eficaces para responder a dichas necesidades.

Sin embargo, pese al compromiso profesional en este ámbito, en la actualidad, la oferta sanitaria pública de tratamiento del tabaquismo en nuestro país, ya sea mediante consejo médico para dejar de fumar ofrecido desde la Atención Primaria o mediante Unidades o Servicios de tratamiento especializado, continúa siendo globalmente limitada.

El primer intento de recoger la oferta terapéutica en España lo ha desarrollado el Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud (CEPS), mediante una solicitud remitida a las CC.AA., y las sociedades científicas y profesionales activas en este ámbito. Mediante este ejercicio, se ha recogido información detallada de alrededor de 100 equipos de Atención Prima-

ria y 50 Unidades especializadas que ofertan tratamiento del tabaquismo desde el sector público (Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud, 2001). Aunque probablemente este directorio, basado en la respuesta voluntaria de los centros, no incluya a todos los servicios existentes, la información recogida permite una aproximación inicial a la realidad del sector, apuntando que la distribución de dichos servicios no responde a unos criterios óptimos de adecuación sanitaria, balance territorial o equidad.

## VIII.2. Programas y actividades de asistencia a fumadores en las Comunidades Autónomas

La situación española en cuanto a la asistencia, el control y la prevención del tabaquismo

por Comunidades Autónomas queda reflejada en las tablas 13 a 16. Como se puede observar, nueve de las 19 CC.AA. (incluyendo las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla) tienen un Plan de Control de Tabaquismo específico para su Comunidad, que incluye en mayor o menor medida actuaciones concretas de asistencia a los fumadores para dejar de fumar. De aquellas Comunidades que no refieren tener un Plan en fase de ejecución, la mayoría se encuentra en la fase de elaboración y discusión del borrador de dicho Plan (tabla 13).

En cuanto a la existencia de programas y actividades de apoyo a la deshabituación tabáquica específicos de los Servicios de Salud de las CC.AA., la información facilitada por las distintas Comunidades pone en evidencia que todas ellas cuentan con algún tipo de programa, cuyos niveles asistenciales son heterogéneos. Así, la mayoría de las Comunidades refieren actuaciones específicas en varios niveles asistenciales (atención primaria, hospitalaria y consulta especializada), si bien los datos recogidos no permiten cuantificar el peso e intensidad de las actuaciones en cada nivel asistencial (tabla 14).

Tabla 13  
Plan de Control de Tabaquismo por CC.AA.

CC. AA.	Plan de Control de Tabaquismo específico (fecha aprobación)	Fase en la que se encuentra el Plan
ANDALUCÍA	SÍ (junio 2001)	Ejecución
ARAGÓN	NO	Elaboración/discusión
ASTURIAS	NO	Elaboración/discusión
BALEARES	SÍ (10 enero 2003)	Ejecución
CANARIAS	NO	Elaboración/discusión
CANTABRIA	SÍ (30 enero 2003)	Ejecución
CASTILLA-LA MANCHA	SÍ (febrero 2003)	Ejecución
CASTILLA Y LEÓN	SÍ (2 mayo 2001)	Ejecución
CATALUÑA	NO	Elaboración/discusión
EXTREMADURA	SÍ	Ejecución
GALICIA	SÍ (septiembre 1993)	Ejecución
LA RIOJA	NO	Elaboración/discusión
MADRID	NO	Elaboración/discusión
MURCIA	NO (Aprobado el Plan de Salud de la Región Murcia 2003, contiene medidas de control y prevención tabaquismo)	No se ha iniciado la elaboración
NAVARRA	SÍ (septiembre 2000)	Ejecución
PAÍS VASCO	SÍ (enero 1994)	Ejecución
VALENCIA	NO	Elaboración/discusión
CEUTA	NO	Elaboración/discusión
MELILLA	NO	No se ha iniciado la elaboración

NC=no contesta.

**Tabla 14**  
**Existencia de programas específicos de apoyo a la deshabituación tabáquica desde los Servicios de Salud de las CC.AA.: nivel asistencial**

CC.AA.	Programas de apoyo en los Serv. Salud	Nivel asistencial de este servicio
ANDALUCÍA	SÍ	Atención Primaria Hospital Consulta especializada
ARAGÓN	SÍ	Atención Primaria Hospital Consulta especializada
ASTURIAS	SÍ	Atención Primaria Hospital
BALEARES	SÍ	Atención Primaria Consulta especializada
CANARIAS	SÍ	Atención Primaria Hospital
CANTABRIA	SÍ	Consulta especializada
CASTILLA-LA MANCHA	SÍ	Atención Primaria Consulta especializada
CASTILLA Y LEÓN	SÍ	Atención Primaria Hospital
CATALUÑA*	SÍ	Atención Primaria Hospital Consulta especializada
EXTREMADURA	SÍ	Atención Primaria
GALICIA	SÍ	Atención Primaria Hospital Consulta especializada
LA RIOJA	NO	
MADRID	SÍ	Atención Primaria Hospital
MURCIA	SÍ	Hospital
NAVARRA	SÍ	Atención Primaria Consulta especializada
PAÍS VASCO	SÍ	Atención Primaria Hospital Consulta especializada
VALENCIA	SÍ	Atención Primaria Hospital Consulta especializada
CEUTA	SÍ	
MELILLA	SÍ	Consulta especializada

\* Cataluña cuenta con dos redes: 1) Red «Atención Primaria Sin Humo» (junio 2003: 67 áreas básicas de Salud; cobertura poblacional: 1.000.000 habitantes), y 2) Red «Hospitales Sin Humo» (junio 2003: 25 centros hospitalarios). Son programas estructurados, con adhesión voluntaria y que se han ido ampliando desde su comienzo: 1999 (Hospitales), 2002 (APS).

Con respecto a los tipos de intervención concretos, modalidades de tratamiento y recursos asistenciales con los que cuentan las CC.AA., la situación referida se resume en la tabla 15.

Con respecto a los **materiales de autoayuda para la población fumadora**, todas las CC.AA. disponen de materiales editados de autoayuda accesibles en los servicios asistenciales.

La oferta de **consejo médico sistemático** en Atención Primaria es señalada por diez CC.AA. Sin embargo, son pocas las Comunidades que tienen datos concretos sobre el porcentaje de cobertura de esta prestación (cinco CC.AA. dan cifras al respecto).

En relación a los **tratamientos de tipo psicológico**, ocho CC.AA. refieren la prestación de este tipo de intervenciones en los servicios de Atención Primaria. Sin embargo, algunas no han precisado el grado de cobertura de esta prestación.

En lo que se refiere al **tratamiento farmacológico**, de la información facilitada por las CC.AA. se desprende que seis Comunidades (Andalucía, Cataluña, Extremadura, Galicia, Madrid y Navarra) utilizan en distinto grado el tratamiento farmacológico para los fumadores de su Comunidad. El gobierno de Navarra aprobó el 17 de junio de 2003 un decreto foral por el que se establece que los tratamientos con parches transdérmicos de nicotina y con bupropión serán considerados como medicamentos financiados a cargo de los recursos propios de Navarra. De este modo, los ciudadanos navarros con tarjeta individual sanitaria del SNS, o los acogidos a los programas para dejar de fumar promovidos por el Plan Foral de Acción sobre el Tabaco, recibirán del personal facultativo que atiende su proceso de deshabituación tabáquica una receta oficial. Se abonará el 40% del coste real de la medicación que se les ha prescrito, salvo que se trate de personas jubiladas o pensionistas, en cuyo caso la financiación pública es total, como ocurre con el resto de la medicación financiada por la Seguridad Social o por la propia Comunidad Foral. Otras Comunidades

que refieren la utilización de tratamiento farmacológico lo financian en situaciones específicas y grupos de población especiales. Así, Extremadura refiere que presta tratamiento farmacológico a pacientes con patologías relacionadas con el tabaco, o a fumadores que se integran dentro del programa de intervención clínica desarrollado por profesionales sanitarios de Atención Primaria a través del convenio de colaboración con la Asociación Oncológica Extremeña; mientras que Cataluña y Galicia cubren este tipo de terapia en algunas situaciones especiales.

Respecto a las **Unidades de tratamiento especializado**, los datos facilitados por las CC.AA. indican que once Comunidades cuentan con este tipo de servicio. Aunque no existe un registro exhaustivo de las Unidades existentes en el territorio nacional, se estima que aproximadamente existen al menos 54 Unidades de tratamiento especializado, distribuidas de forma heterogénea en las CC.AA. Estas Unidades están adscritas a hospitales de la red pública o a instituciones públicas diversas (universidades, áreas de Atención Primaria, instituciones locales y ONGs, como la Asociación Española contra el Cáncer y otras). Además, se ha organizado la oferta de tratamiento especializado en numerosos equipos de Atención Primaria en todas las CC.AA.

En relación a **otras actividades o programas para la deshabituación tabáquica**, en la tabla 15 se recogen todas aquellas actividades o programas que las distintas CC.AA. refieren haber realizado o estar desarrollando para disminuir la prevalencia del tabaquismo.

Por último, en la tabla 16 se presentan los datos sobre **formación y programas específicos para profesionales sanitarios** realizados por las distintas CC.AA. Se puede observar cómo prácticamente todas las CC.AA. realizan actividades programadas de formación sobre tabaquismo dirigidas específicamente a profesionales sanitarios. En once CC.AA. cuentan con material de ayuda específicamente dirigido a profesionales sanitarios.



Tabla 15  
Tipos de terapias de apoyo

CC.AA.	Material autoayuda (% cobertura en Atención Primaria —AP—)	Consejo médico sistemático (% cobertura en Atención Primaria)	Apoyo psicológico (% cobertura en Atención Primaria)	Apoyo farmacológico (tipo financiación)	Unidades de tratamiento especializado	Otras actividades
ANDALUCÍA	SÍ (80%)	SÍ (55%)	Datos no definitivos	SÍ (NC)	14 Unidades (en 13 hospitales públicos del SAS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa en empresas</li> <li>Teléfono gratuito información</li> </ul>
ARAGÓN	NS	SÍ (NS)	SÍ (NS)	NO	2 Unidades (Facultad de Medicina y en Asociación de Prevención Tabaquismo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Algunos centros de drogodependencias asisten a fumadores</li> </ul>
ASTURIAS	SÍ (100%)	SÍ (45%)	SÍ (10%)	NO	NC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Talleres de deshabituación grupal</li> <li>Programa de deshabituación por Internet para funcionarios</li> </ul>
BALEARES	Editado, pendiente difusión (0%)	NS	SÍ (10% de los centros AP realizan terapia grupal)	NO	2 Unidades (en el Hosp. de Son Dureta y en el Hospital de Can Misses-Elvissa)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Terapia grupal ofertada por la Asociación Española contra el Cáncer (AECC)</li> </ul>
CANARIAS	SÍ (sin evaluar)	SÍ (NC)	NO	NO	NC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa Quit &amp; Win</li> </ul>
CANTABRIA	SÍ	NC	NC	NC	1 Unidad (en el Hospital de Sta. Cruz de Liencres)	<ul style="list-style-type: none"> <li>NC</li> </ul>
CASTILLA-LA MANCHA	Pendiente de elaboración	SÍ (NC)	NC	NC	Pendientes de creación (contemplado en el Plan)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las contempladas en el Plan</li> </ul>
CASTILLA Y LEÓN	SÍ (desconocido)	SÍ (Seguimiento 35% fumadores) (Registro fumadores 80%)	SÍ (en los Centros Salud en que se hace consejo médico sistemático)	NO	2 Unidades (en Burgos y en Zamora)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa con la AECC en 9 provincias de la CA.</li> <li>Tratamiento especializado en los Serv. Neumología del H. Gral. de Burgos y H. Virgen de la Concha de Zamora</li> <li>Programa a distancia para dejar de fumar gestionado por la Unidad de Tabaco de Burgos</li> </ul>

Tabla 15 (continuación)

CC.AA.	Material autoayuda (% cobertura en Atención Primaria —AP—)	Consejo médico sistemático (% cobertura en Atención Primaria)	Apoyo psicológico (% cobertura en Atención Primaria)	Apoyo farmacológico (tipo financiación)	Unidades de tratamiento especializado	Otras actividades
CATALUÑA	SÍ (100%)	SÍ (15%)	SÍ (15%)	NO, pero: — Experiencia piloto con reembolso en 3 áreas (55.000 habitantes) — Algunas Unidades especializadas facilitan los fármacos en situaciones concretas	20 Unidades**	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa Quit &amp; Win, se han realizado 5 ediciones (desde 1994, bianual)</li> <li>Cataluña es la coordinadora a nivel estatal de la Red de CC.AA. que participan en este Programa</li> <li>Programa de Cesación Tabáquica con reembolso de tratamiento farmacológico</li> <li>Teléfono gratuito de información y apoyo (SANITAT REPON: 90211444)</li> </ul>
EXTREMADURA	SÍ (5%)		SÍ	SÍ (Tto. a pacientes con patologías relacionadas con el tabaco, programa de intervención clínica convenio con la Asoc. Oncológica Extremeña)	NC	<ul style="list-style-type: none"> <li>III Campaña de Prevención del Tabaquismo en la Escuela</li> <li>Formación de padres y madres de la escuela</li> <li>Formación de profesionales sanitarios AP</li> </ul>
GALICIA	SÍ (100%)*	SÍ (NC)*	NC	SÍ (situaciones especiales)*	9 Unidades (ubicadas en los Servicios Medicina Preventiva Hospitalaria; sólo atienden a personal laboral del Hospital o Área de AP, algunas en fase de extensión a pacientes ingresados)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa Quit &amp; Win desde 1998</li> </ul>

Tabla 15 (continuación)

CC.AA.	Material autoayuda (% cobertura en Atención Primaria —AP—)	Consejo médico sistemático (% cobertura en Atención Primaria)	Apoyo psicológico (% cobertura en Atención Primaria)	Apoyo farmacológico (tipo financiación)	Unidades de tratamiento especializado	Otras actividades
LA RIOJA	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grupos de deshabituación tabáquica para población general</li> <li>Programa Quit &amp; Win</li> <li>Actividad municipal de grupos</li> </ul>
MADRID	SÍ (no existen datos)	No existen datos	No existen datos	SÍ	No conocen el número real de Unidades (Ej.: Unidad de Tabaquismo Hosp. Carlos III y Unidad de Promoción de entornos sin tabaco, Plan Vallecas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Teléfono de información del Hospital Carlos III</li> </ul>
MURCIA	SÍ (100%)	SÍ (96%)			SÍ (no tienen datos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>NC</li> </ul>
NAVARRA	SÍ (100%)	SÍ (96% de los centros AP)	SÍ (96% apoyo programado individual y 53% apoyo grupal)	SÍ	NO	<ul style="list-style-type: none"> <li>No hay</li> </ul>
PAÍS VASCO	SÍ (100%)	SÍ (100%)	SÍ (50%)	NO	(En vías de análisis y estructuración a nivel de toda la CA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existen programas de deshabituación en el medio laboral y en colectivos especiales (jóvenes, mujeres...)</li> </ul>
VALENCIA	SÍ (100%)	SÍ (100%)	NC	NC	SÍ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contratos con entidades privadas para deshabituación de profesionales</li> </ul>
CEUTA	NO	NO	NC	NO	1 Unidad dentro del Centro de Atención a las Drogodependencias	<ul style="list-style-type: none"> <li>Teléfono Infodrogas (pendiente de implementar)</li> </ul>
MELILLA	NC	NC	NC	NC	NC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa en colaboración con la AECC (Delegación Melilla)</li> </ul>

NS = no saben.

NC = no contestan.

\* Trabajadores de hospitales públicos y convivientes primer grado y funcionarios de la Consejería de Sanidad.

\*\* Una lista de estos centros se encuentra en: [http://www.gencat.es/sanitat/units/sanitat/html/ca/tabac/dir1\\_114\\_doc\\_2920.html](http://www.gencat.es/sanitat/units/sanitat/html/ca/tabac/dir1_114_doc_2920.html)

**Tabla 16**  
**Apoyo al profesional sanitario**

CC.AA.	Material de ayuda al profesional sanitario (% cobertura en AP)	Actividades de formación a sanitarios
ANDALUCÍA	SÍ (95%)	Impartidas por: — Distritos Sanitarios — Los Serv. Salud de la Consejería de Salud o el SAS — La Escuela Andaluza de Salud Pública
ARAGÓN	SÍ (NS)	Impartidas por la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria (desde 2002)
ASTURIAS	SÍ (NS)	Organizadas por SESPAS y la Dirección Gral.de Salud Pública
BALEARES	SÍ (NS)	Organizadas por la Unidad de Docencia de Gerencia de Atención Primaria (desde 2002) (Pendiente de elaborar un Plan de Formación de Profesionales de AP en el marco del Plan de Tabaquismo)
CANARIAS	SÍ (100%)	Organizadas por Gerencia de Atención Primaria y por la Dir. Gral. de Salud Pública (desde 2000)
CANTABRIA	NC	NC
CASTILLA-LA MANCHA	NC	Organizadas por la Consejería de Sanidad (desde 1999)
CASTILLA Y LEÓN	SÍ (NS)	Actividades breves de ciertos profesionales financiados por empresas farmacéuticas
CATALUÑA	SÍ (100%)	Organizan cursos de formación desde 1985, regularmente desde 1992, realizados por: Instituto de Estudios de la Salud, Colegios de Médicos, Colegios de Farmacéuticos, Inst. Catalán Oncología, sociedades científicas y otras entidades
EXTREMADURA	NC	Se iniciarán en el próximo octubre 2003,organizados por la Consejería y en colaboración con sociedades científicas y enfermería de AP
GALICIA	SÍ (10%)	Organizadas por la Dir. Gral. Salud Pública y FEGAS (desde 1996; total de cursos organizados 1996-2002 = 22 cursos, 200 h.) Para 2003 programados 6 cursos
LA RIOJA	NC	NC
MADRID	No existen datos	Organizadas por Dir. Gral. Salud Pública (2001) e Instituto de Salud Pública (2002-03)
MURCIA	SÍ (NS)	NC
NAVARRA	SÍ (100%)	Dirigidas al personal técnico (desde 1995)
PAÍS VASCO	SÍ (100%)	Ofertadas por Dir. Gral. Salud Pública desde Educación para la Salud (desde 1994)
VALENCIA	SÍ (100%)	Organizadas por la Dir. Gral. Salud Pública y la Escuela Valenciana de Estudios Salud (desde 1998)
CEUTA	NO	Jornadas sobre drogodependencias: una visión sociosanitaria del tabaquismo
MELILLA	NC	NC

NS = no saben.

NC = no contestan.

## IX. Consideraciones finales

Las medidas generales de prevención del tabaquismo de carácter informativo, educativo, legislativo y económico tienden a disminuir la tolerancia social al tabaquismo, así como incrementar la motivación para dejar el tabaco de las personas que fuman. El apoyo y la facilitación del abandono del tabaco a población general fumadora y a grupos de alto riesgo, constituye una de las líneas prioritarias de acción dentro de una estrategia eficaz de control del tabaquismo y reducción del impacto sobre la salud de este factor de riesgo. Además, el incremento del número de ex fumadores en la población general puede contribuir, a su vez, a impulsar y apoyar los esfuerzos de prevención de tabaquismo dirigidos a la población infantil y adolescente.

Actualmente existe un elevado interés en el ámbito sanitario español por la asistencia a los fumadores y apoyo a la cesación. Sin embargo, se aprecia una escasez de recursos que faciliten la accesibilidad al tratamiento del tabaquismo.

En la situación actual, el acceso a intervenciones eficaces dirigidas al apoyo terapéutico de una gran proporción de fumadores que desean dejar de fumar es limitado. Se debe potenciar que una mayor proporción de fumadores reciban consejo sistemático para dejar de fumar en Atención Primaria y facilitar a los que desean dejar de fumar el apoyo profesional y el acceso al tratamiento farmacológico si estuviera indicado.

El desarrollo de una política eficaz de asistencia a los fumadores que desean dejar de fumar es un elemento esencial para abordar el control del tabaquismo y reducir sus efectos sobre la salud de la población. El incremento potencial en las tasas de abandono logrado se traslada en beneficios directos a corto plazo en las personas que reciben la intervención.

Existen distintas intervenciones terapéuticas de apoyo al abandono del consumo de tabaco y de mantenimiento de la abstinencia eficaces y coste-efectivas, que deben ser utilizadas de forma adecuada a las necesidades de cada fumador que solicita apoyo para dejar de fumar. Los fumadores que desean dejar de fumar deberían poder acceder al tratamiento

más adecuado a sus necesidades y características individuales.

El registro sistemático de la condición de fumador en la historia clínica de cada paciente y el consejo médico oportunista para dejar de fumar deben constituir una práctica rutinaria generalizada en el ámbito de la Atención Primaria de salud, siendo esta una de las aproximaciones más eficientes. Esta intervención protocolizada debe incluirse en la cartera de servicios básicos en Atención Primaria. A su vez, los profesionales de centros hospitalarios del SNS deberían asumir una intervención más activa en relación al tabaquismo en todos los servicios prestados y para todos los pacientes ingresados.

Sería importante garantizar el acceso a las intervenciones más intensivas requeridas especialmente por fumadores con alta dependencia, graves problemas de salud y alto riesgo que no han logrado dejar de fumar con intervenciones de nivel inferior de intensidad. Una pequeña proporción de fumadores podría beneficiarse de tratamientos intensivos en Unidades especializadas. Los fumadores de alto riesgo (con enfermedades debidas o agravadas por el tabaquismo, mujeres embarazadas...) deben constituir una prioridad en la facilitación del acceso a los tratamientos más eficaces disponibles.

Sería conveniente potenciar la dotación de los recursos necesarios a los profesionales sanitarios para que puedan responder adecuadamente a la demanda creciente de tratamiento. Existen ya excelentes guías para proporcionar adecuado consejo médico, así como guías prácticas y manuales de autoayuda para dejar de fumar, editadas en España.

Debería considerarse también una prioridad la intervención de apoyo a la deshabituación tabáquica de los profesionales sanitarios, dada su responsabilidad en el ofrecimiento de apoyo asistencial a los fumadores y su carácter modélico. La intervención asistencial sobre los profesionales de la salud que todavía fuman es necesaria y urgente, dada la aún elevada prevalencia de tabaquismo detectada en este sector.

Asimismo, se han detectado necesidades de formación y capacitación específica de los

profesionales sanitarios para el manejo adecuado de los instrumentos de intervención disponibles. Ello hace necesaria una mayor sensibilización y formación continuada de

los profesionales sanitarios que mejore su capacitación en el uso apropiado de los procedimientos de apoyo a la cesación más eficaces.

# Anexo: Consideraciones generales sobre las terapias farmacológicas de primera línea

Parece claro que en el momento actual se deben considerar básicamente dos tipos de terapias farmacológicas:

## Tratamiento sustitutivo con nicotina (TSN)

### Bupropión

1. La terapia de sustitución de nicotina (TSN) y el bupropión se recomiendan en fumadores que han expresado su deseo de dejar de fumar (fase de preparación/acción) y consumo mayor o igual a 10 cigarrillos diarios.
2. Tanto la TSN como el bupropión deberían prescribirse dentro de un programa reglado de tratamiento de la adicción, en el cual el fumador establece una fecha en la que dejará por completo de fumar. Los fumadores deben ser advertidos y estimulados en ese objetivo planteado de dejar de fumar. De manera ideal, la prescripción inicial de TSN o de bupropión debe ser suficiente para alcanzar las dos semanas posteriores a la fecha establecida como día de dejar de fumar. Normalmente, esta prescripción será de 2 semanas en la terapia con nicotina y 3-4 semanas para la terapia con bupropión, de manera que se puedan establecer los diferentes métodos de administración y modo de la acción de los distintos fármacos.
3. La terapia sustitutiva de nicotina (TSN) debería ser adecuadamente valorada por un profesional médico en ciertas situaciones:
  - fumadores menores de 18 años;
  - mujeres embarazadas;
  - mujeres durante la lactancia;
  - personas con alteraciones cardiovasculares inestables.
4. El bupropión no se recomienda en:
  - fumadores menores de 18 años, pues su seguridad y eficacia no han sido evaluadas en este grupo;
  - mujeres embarazadas o en el periodo de lactancia, por desconocerse los efectos teratogénicos y en los lactantes.
5. Si los fumadores fracasan con TSN o con el bupropión, puede iniciarse una nueva terapia transcurrido un plazo de 6 meses desde que se volvió a fumar.
6. La terapia combinada de TSN y bupropión no se justifica actualmente, dada la carencia de evidencia científica en su utilidad.
7. Para la decisión de la terapia a utilizar en cada caso individual se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:
  - a) Nivel de intención y motivación para dejar de fumar, y la probabilidad de conformidad con esta situación.
  - b) La disponibilidad del asesoramiento o ayuda.
  - c) Historia de intentos de abandono anteriores y procedimientos de ayuda utilizados.
  - d) Valoración de contraindicaciones y potenciales efectos nocivos.
  - e) Preferencias personales del fumador en el uso de una u otra terapia.

## A. Terapia sustitutiva de nicotina (TSN)

**Mecanismo de actuación** basado en sustituir la nicotina de los cigarrillos inhalados por otros medios de introducción de la nicotina en el organismo: vía transcutánea por medio de los parches de nicotina, vía sublingual a través de los chicles de nicotina, vía nasal a través de los inhaladores o aerosoles nasales. La TSN proporciona un nivel orgánico de la nicotina que reduce el deseo de fumar y conlleva a la deshabituación progresiva.

Los **productos farmacéuticos registrados** actualmente en España son:

Parches transdérmicos de nicotina:

- NICORETTE (Pharmacia®). Parches de 8,3, 16,6 y 24,9 mg
- NICOTINELL TTS (Novartis®). Parches de 17,5, 35 y 52,5 mg
- NICOMAX (Pensa®). Parches de 5,10 y 15 mg (de 16 horas)

Chicles de nicotina:

- NICORETTE (Pharmacia®). Chicles de 2 y 4 mg
- NICOTINELL (Novartis®). Chicles de 2 y 4 mg
- NICOMAX (Pensa®). Chicles de 2 y 4 mg

Comprimidos de nicotina:

- NICOTINELL (Novartis®). Comprimidos de 1 mg
- NICOTROL (Pharmacia®). Comprimidos sublinguales de 2 mg

Spray nasal de nicotina:

- NICOTROL (Pharmacia®). Spray nasal de 0,5 mg por dosis (nebulizador)

Todos estos productos son bastante seguros, principal motivo por el que en España no precisen receta médica para su dispensación en oficinas de farmacia. Así, todas las presentaciones, salvo el *spray* nasal, están registradas como especialidades farmacéuticas publicitarias (EFP).

Están disponibles para los fumadores mayores de 18 años, y se aconseja que los menores de 18 años sólo las utilicen con la recomendación de un médico facultativo.

**Precauciones** a tener en cuenta en su prescripción, si el fumador presenta alguna de las siguientes patologías o situaciones fisiológicas:

- enfermedad cardiovascular;
- hipertiroidismo;
- diabetes mellitus;
- insuficiencia renal o hepática severa;
- úlcera péptica;
- mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

En estas situaciones solamente podrá utilizar la TSN después de un examen médico cuidadoso tras la valoración de ventajas y contraindicaciones.

**La posología** de la TSN depende del número de los cigarrillos fumados por día. La duración de la terapia debe quedar restringida a la posología establecida en cada una de las presentaciones farmacológicas. Sin embargo, el

uso puede ser superior a los 3 meses en casos en que la dependencia continúe. De cualquier forma, el uso de parches de nicotina debe irse reduciendo después de los 3 meses de inicio. La TSN debe ser suspendida si el usuario vuelve a fumar.

**Los efectos clínicos adversos** más comunes de la TSN son:

- Las reacciones locales: irritación cutánea con los parches; irritación nasal, de garganta y ocular con el aerosol nasal.
- Otra de las alteraciones comunes, pero de escasa importancia, que puede acompañar a la TSN son alteraciones del sueño.

## B. Bupropión

**Mecanismo de actuación.** El bupropión es un inhibidor relativamente débil pero selectivo de recaptación neuronal de la dopamina y noradrenalina. Aunque el mecanismo exacto por el cual ayuda a la cesación del hábito de fumar es confuso, parece que actúa directamente en las conexiones cerebrales implicadas en la adicción y antiadicción.

Los **productos farmacéuticos registrados** actualmente en España son:

ZYNTABAC (GSK®) Comp. retard 150 mg

QUOMEM (Esteve®) Comp. recub. retard 150 mg

La prescripción de bupropión en España sólo está autorizada para el uso en la cesación tabáquica (con ayuda de motivación). En los EE.UU., el bupropión también se utiliza como antidepresivo y se comercializa con el nombre de Wellbutrin®.

**Posología.** Los fumadores mayores de 18 años deben tomar una tableta de 150 mg durante los primeros 6 días de tratamiento, seguida por dos tabletas/día durante las siguientes 6 a 8 semanas. Los fumadores que optan por esta terapia deben retrasar el día que dejan de fumar de 7 a 14 días después del comienzo del tratamiento, debido a que el fármaco necesita un periodo de tiempo óptimo para alcanzar su efecto.

**Efectos clínicos adversos:**

- La aparición de convulsiones es el efecto adverso más importante detectado con este fármaco. Ocurre en aproximadamente 1 de 1.000 pacientes tratados. Por lo que el bu-



propión no se debe prescribir a fumadores con alguna alteración que conduzca a las convulsiones o si existe historia de episodios convulsivos. Los fumadores con predisposición a convulsionar no deben tomar bupropión, a menos que las ventajas potenciales de la cesación tabáquica compensen los riesgos. Los factores que pueden aumentar el riesgo de convulsiones asociados a bupropión incluyen:

- la administración concomitante de cualquier otro fármaco que baje el umbral para convulsionar;
- el abuso de alcohol;
- trauma craneal;
- el uso de antidiabéticos orales o insulina en pacientes con diabetes;

— el uso de estimulantes y fármacos anorexígenos.

- Reacciones severas de hipersensibilidad (ej.: angioedema, disnea/broncoespasmo y *shock* anafiláctico) en aproximadamente un 0,1% de los fumadores tratados con bupropión.
- Un 3% sufre reacciones más leves, como erupción, urticaria o prurito.
- Otros efectos adversos han sido descritos, entre los más comunes: insomnio y sequedad bucal.

#### **Contraindicaciones:**

- Antecedentes o predisposición a padecer convulsiones.
- Mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

# Bibliografía

1. Agency for Health Care Policy and Research on Smoking Cessation. The Agency for Health Care Policy and Research on Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. JAMA 1996; 275:1270-1280.
2. Alonso Gordo JM, Magro Pretejer R, Martínez Pérez JA, Sanz Bonacho N. Tabaco y Atención Primaria. En: Libro Blanco del tabaquismo en España. Cap. 12. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Barcelona: Glosa; 1998.
3. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4.<sup>a</sup> ed. (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Association; 1995.
4. Banegas JR, Díez L, Rodríguez-Artalejo F, González J, Graciani A, Villar F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. Med Clin (Barc) 2001; 117:692-694.
5. Banegas Banegas JR; Rodríguez Artalejo F, Martín Moreno JM, González Enríquez J, Villar Álvarez F, Guasch Aguilar A. Proyección del impacto del hábito tabáquico sobre la salud de la población española y de los beneficios potenciales de su control. Med Clin (Barc) 1993; 101:644-649.
6. Barbero JA, Quintas A, Camacho J. Deshabitación tabáquica desde la farmacia comunitaria. Atención Primaria 2000; 10:693-696.
7. Barrueco M, Hernández-Mezquita MA, Torrecilla M. Manual de Prevención y Tratamiento del tabaquismo. 2.<sup>a</sup> ed. Majadahonda (Madrid): Ergon; 2003.
8. Barrueco M, Torrecilla M, Maderuelo JA, Jiménez C, Hernández MA, Plaza MD. Valor predictivo de la abstinencia tabáquica a los 2 meses de tratamiento. Med Clin (Barc) 2001; 116:246-250.
9. Becoña E. Programa para dejar de fumar. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela; 1993.
10. Becoña E. Tratamiento psicológico de la adicción a la nicotina. Informe Técnico. Universidad de Santiago de Compostela; 2003.
11. Becoña E, García MP. Nicotine fading and smokeholding methods to smoking cessation. Psychological Reports 1993; 73:779-786.
12. Becoña E, Gómez-Durán BJ. Programas de tratamiento en grupos de fumadores. En: Intervención Psicológica: programas aplicados de tratamiento. D Macià, FX Méndez y J Olivares, eds. Madrid: Pirámide; 1993, p. 203-230.
13. Becoña Iglesias E, Vázquez González F. Dejar de fumar como un proceso: implicaciones asistenciales. En: Libro blanco sobre el tabaquismo en España. Barcelona: Glosa; 1998a.
14. Becoña Iglesias E, Vázquez González F. Tratamiento del tabaquismo. Madrid: Dykinson; 1998b.
15. Bjornson W, Rand C, Connett JE, Lindgren P, Nides M, Pope F, Buist AS, Hoppe-Ryan C, O'Hara P. Gender differences in smoking cessation after 3 years in the Lung Health Study. Am J Public Health. 1995; 85:223-230.
16. Borrás JM, Fernández E, Schiaffino A, Borrell C, La Vecchia C. Pattern of smoking initiation in Catalonia (Spain) from 1948 to 1992. Am J Public Health 2000; 90:1459-1462.
17. Bray F, Sankila R, Ferlay J, Parkin DM. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 1995. Eur J Cancer 2002; 38:99-166.
18. Brown RA, Larkin JC, Davis RL. Current concepts in the management of smoking cessation: a review. Am J Manage Care 2000; 6:394-404.

19. Calvo Fernández JR, López Cabañas A, eds. El tabaquismo. Las Palmas de Gran Canaria: Universidad de las Palmas de Gran Canaria, 2003.
20. Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud. Mapa de recursos de tratamiento del tabaquismo en España, 2001. (Disponible URL: <http://www.atenciontabaquismo.com>).
21. Cinciripini PM, McClure JB. Smoking cessation - recent developments in behavioural and pharmacologic interventions. *Oncology* 1998; 12:249.
22. Clavel-Chapelon F, Paoletti C, Benhamou S. Smoking cessation rates 4 years after treatment by nicotine gum and acupuncture. *Prev Med* 1997; 26:25-28.
23. Coleman T, Pound E, Cheater F. National survey of the new smoking cessation services: implementing the Smoking Kills paper. London: 2002. (Disponible URL: <http://www.ash.org.uk/html/cessation/servicessummary.html>)
24. Comas A, Suárez R, López ML, Cueto A. Efectividad a largo plazo del consejo antitabaco en Atención Primaria: el proceso de recaída. *Rev Esp Salud Pública* 1996; 70:283-293.
25. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Libro Blanco sobre el Tabaquismo en España. Barcelona: Glosa; 1998.
26. Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo. Guía de procedimientos para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. *Adicciones* 2001; 13:211-216.
27. Córdoba R, Martín-Moros JM, Aznar P, Die S, Sanz MC, Forés-Catalá MD. Efecto de la oferta de seguimiento versus consejo aislado en una muestra de fumadores disonantes. *Aten Primaria* 1990; 7:350-354
28. Córdoba R, Martín C, Casas R, Barbera C, Botaya M, Hernández A, Jane C. Valor de los cuestionarios breves en la predicción del abandono del tabaco en Atención Primaria. *Atención Primaria* 2000; 25: 32-36.
29. Corral C, Pascual M. Intervención sobre tabaquismo en Atención Primaria. Estudio de cuatro modalidades de actuación. *Aten Primaria* 1992; 9:287-292
30. Cromwell J, Bartosh W, Fiore M, Hasselband V, Baker T. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. *JAMA* 1997; 278:1759-1766.
31. De la Fuente JA, Font C, Gosalves V, Ballestin M. Programa de Ayuda al Fumador. Evaluación preliminar. *Aten Primaria* 1991, 8:396-400.
32. Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. Plan Foral sobre Tabaco. Pamplona: Instituto de Salud Pública de Navarra; 2001.
33. Department of Health. Smoking Kills: a White Paper on Tobacco. London: The Stationery Office; 1998.
34. Department of Health and Human Services. Reducing the health consequences of smoking. 25 years of progress. A report of the Surgeon General, 1989. Rockville, Maryland: US DHHS, PHS, CDC, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. DHHS Publication No(CDC) 89-8411; 1989.
35. Department of Health. Saving lives. Our healthier Nation. London: Stationery Office; 2000.
36. Department of Health. Statistics on smoking cessation services in England, April 2001 to March 2002. London: Department of Health. Statistical Bulletin; 25 November 2002.
37. Department of Health. Statistics on smoking cessation services in health authorities: England April 2000 to March 2001. London: DoH; 2001 (press release 2001/0342).
38. Department of Public Health and Epidemiology. Bupropion for Smoking Cessation. Birmingham: The University of Birmingham; 2002.
39. Eddy DM. David Eddy ranks the test. *Harv Health Lett* 1992; 11.
40. NHS Centre for Review and Dissemination. Acupuncture. *Effective Health Care* 2001; 7 (2).
41. Ezzati M, López AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet* 2003; 362:847-852.

42. Fagerstöm KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav* 1978; 3:235-241.
43. Fagerström KO, Schneider N. Measuring nicotine dependence: A review of the FTND. *J Behav Med* 1989; 12:159-182.
44. Ferry LH, Robbins AS, Scariarti PD, et al. Enhancement of smoking cessation using the antidepressant bupropion hydrochloride (abstract 2670). *Circulation* 1992; 86:671.
45. Ferry LH, Burchette RJ. Efficacy of bupropion for smoking cessation in non depressed smokers (abstract). *J Addict Dis* 1994; 13:249.
46. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2000.
47. Fisher EB Jr, Haire-Joshu D, Morgan GD, Rehberg H, Rost K. Smoking and smoking cessation. *Am Rev Respir Dis* 1990; 142:702-720.
48. García P, Esparraguera JM. Termoestimulación. Tratamiento para la deshabituación del tabaco. *Todo Hospital* 2002; 183:19-23.
49. Gonzales DH, Nides MA, Ferry LH, Kustra RP, Jamerson BD, Segall N, Herrero LA, Krishen A, Sweeney A, Buaron K, Metz A. Bupropion SR as an aid to smoking cessation in smokers treated previously with bupropion: a randomized placebo-controlled study. *Clin Pharmacol Ther* 2001; 69:438-444.
50. González B, Barber P, Rodríguez E. El tabaco: ¿Un caso de externalidades financieras en España? En: Análisis económico de los estilos de vida: externalidades y coste social. FJ Braña, ed. Madrid: Editorial Civitas, S.A.; 1997.
51. González-Enríquez J, Salvador-Llivina T, López-Nicolás A, Antón E, Musin A, Fernández E, García M, Schiaffino A, Pérez-Escolano J. Morbilidad, mortalidad y costes sanitarios evitables mediante una estrategia de tratamiento del tabaquismo en España. *Gaceta Sanitaria* 2002; 16:308-317.
52. González-Enríquez J, Villar-Álvarez F, Banegas-Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Martín-Moreno JM. Tendencia de la mortalidad atribuible al tabaquismo en España. 1978-1992: 600.000 muertes en 15 años. *Med Clin (Barc)* 1997; 109:577-582.
53. Gourlay SG, Benowitz NL. The benefits of stopping smoking and the role of nicotine replacement therapy in older patients. *Drugs & Aging* 1996; 9:8-23.
54. Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library, Issue 2*. Oxford: Update Software; 2003.
55. Graham H. Smoking prevalence among women in the European community 1950-1990. *Soc Sci Med* 1996; 43:243-254.
56. Graham H, Der G. Patterns and predictors of tobacco consumption among women. *Health Educ Res* 1999; 14:611-618.
57. Grandes G, Cortada JM, Arrazola A. Efectividad del programa de abandono del tabaco en las consultas de Atención Primaria de Osakidetza. XVII Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. *Aten Primaria* 1997; 20(supl.1): 248.
58. Grandes G, Cortada JM, Arrazola A. An evidence-based programme for smoking cessation: effectiveness in routine general practice. *Br J Gen Pract* 2000; 50:803-807.
59. Granollers S, Pont A, Úbeda I. Tabaquismo: resultados de una intervención de enfermería en Atención Primaria. *Enfermería Clínica* 1991; 1:105-110.
60. Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library, Issue 2*. Oxford: Update Software; 2003.
61. Hays JR, Hurt RD, Wolter TD et al. Bupropion SR for relapse prevention. 6th Annual Conference of the Society for Research on Nicotine and tobacco. Arlington; 2000.
62. Hertzberg MA, Moore SD, Feldman ME, Beckham JC. A preliminary study of bupropion sustained-release for smoking cessation in patients with chronic posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2001; 21:94-98.

63. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford: Update Software; 2003.
64. Hurt RD, Sachs DPL, Glover ED, Offord KP *et al.* A comparison of sustained release Bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997; 337:1195-1202.
65. Hymowitz N, Cummings KM, Hyland A, Lynn WR, Pechacek TF, Hartwell TD. Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. *Tob Control* 1997; 6(Suppl 2):s57-s62.
66. Imperial Cancer Research Fund General Practice Research Group. Effectiveness of a nicotine patch in helping people to stop smoking: results of a randomised trial in general practice. *BMJ* 1993; 306:1304-1308.
67. Imperial Cancer Research Fund General Practice Research Group. Randomised trial of nicotine patches in general practice: results at one year. *BMJ* 1994; 308:1476-1477.
68. Jensen EJ, Schmidt E, Pedersen B, Dahl R. The effect of nicotine, silver acetate, and placebo chewing gum on the cessation of smoking. The influence of smoking type and nicotine dependence. *Int J Addict* 1991; 26:1223-1231.
69. Jha P, Chaloupka F. *Curbing the epidemic: Governments and the economics of tobacco control*. Washington, D.C.: The World Bank; 1999.
70. Jiménez-Ruiz CA, Ayesta J, Planchuelo MA, Abengozar R, Torrecilla M, Quintas AM, Hernández M, De la Cruz E, Ramos B, Romero JM, Alonso Viteri S, De Granda I, Méndez C, Camarelles F, Solano S, y el grupo SEDET. Recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET) sobre el tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Prev Tab* 2001; 3:78-85.
71. Jiménez-Ruiz CA, Barruero M, Carrión F, Cordobilla R, Hernández I, Martínez Moragón E, Perelló Bosch O, Ruiz Pardo MJ. Intervención mínima personalizada en el tratamiento del tabaquismo. Resultados de un estudio multicéntrico. *Arch Bronconeumol* 1998; 34: 433-436.
72. Jiménez-Ruiz CA, Barrueco M, Solano S, Torrecilla M, Domínguez F, Díaz-Maroto JL, Alonso JA, De la Cruz E, Abengozar R. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de Consenso. *Arch Bronconeumol* 2003; 39:35-41.
73. Jiménez-Ruiz CA, Cisneros C, Perello O, Barruero M, Hernández MA, Solano S. Tratamiento individualizado del tabaquismo. Resultados con chicles de 2 y 4 mg de nicotina. *Arch Bronconeumol* 2000; 36:129-132.
74. Jiménez CA, Flórez S, Ramos A, Ramos L, Solano S, Fornies E. Smoking cessation with a 16 h nicotine patch: results in a group of hospital workers. *Eur Respir J* 1997; 10:573-575.
75. Jiménez-Ruiz CA, Flórez S, Ramos A, Lorza JJ, Hernández-Mezquita MA, Solano S, Barrueco M. Tratamiento del tabaquismo con nebulizador nasal de nicotina. Resultados de un estudio multicéntrico. *Arch Bronconeumol* 1999; 35:535-538.
76. Jiménez-Ruiz CA, González JM, Escudero C, Solano S, Pérez A, García A, Flórez S. Resultados de un programa de cesación tabáquica en Neumólogos y Cirujanos de tórax. *Arch Bronconeumol* 1996; 32:138-141.
77. Jiménez-Ruiz CA, Solano S, Flórez S, Ramos A, Ramos L. Parche de nicotina. Resultados a corto plazo en un grupo de trabajadores hospitalarios. *Rev Clin Esp* 1994; 194:477-479.
78. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA *et al.* A controlled trial of sustained-release Bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999; 340: 685-691.
79. Kenford SL, Fiore MC, Jorenby DE, Smith SS, Wetter D, Baker TB. Predicting smoking cessation. Who will quit with and without the nicotine patch. *JAMA* 1994; 271:589-594.
80. Korhonen T, Puska P. International Quit and Win: successful global action for smoking cessation. *Cent Eur J Public Health* 2000; 8:62-64.
81. Kottke TE, Battista RN, DiFriese GH, Brekke ML. Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice: A meta-analysis of 39 controlled trials. *JAMA* 1988; 259:2882-2889.

82. Lancaster T, Lindsay S, Silagy Ch. Effectiveness of interventions to help people to stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ* 2000a; 321:355-358.
83. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford: Update Software; 2003a.
84. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford: Update Software; 2003b.
85. Lancaster T, Stead L, Silagy Ch, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ* 2000b; 321:355-358.
86. Lancaster T, Silagy C, Fowler G, Spiers I. Training Health Professionals to Provide Smoking Cessation Interventions. *The Cochrane Library*, Issue 4; 1997.
87. López AD, Collishaw EN, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control* 1994; 3:242-247.
88. López-Palacios S, Cabezas I, García-Abad MA, Geanini J, López-Bilbao C, Martín-Moreos, JM *et al.* Guía de actuación para el abordaje del tabaquismo en Atención Primaria del Área 3. Documentos Técnicos de Salud Pública n. 80. Madrid: Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid; 2003.
89. McNeill A, Hendrie A. Regulation of nicotine replacement therapies: an expert consensus. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2001.
90. Martín C, Córdoba R, Jane C, Nebot M, Galán S, Aliaga M *et al.* Evaluación a medio plazo de un programa de ayuda a fumadores. *Med Clin (Barc)* 1997; 109:744-748.
91. Martín C, Jane C, Nebot M. Evaluación anual de un programa de ayuda al fumador. *Aten Primaria* 1993; 12:86-90.
92. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud, 1987. Madrid: MSC; 1989.
93. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud, 1990. Madrid: MSC; 1992.
94. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1993. Madrid: MSC; 1995.
95. Ministerio de Sanidad y Consumo. Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del Insalud 1998. España. (Disponible URL: <http://www.msc.es/salud/epidemiologia/home.htm>) (mayo 2003).
96. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1997. Madrid: MSC; 1999.
97. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2001. Madrid: MSC (Disponible URL: <http://www.msc.es/notas/2002-05-31-2.htm>) (mayo 2003).
98. Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores de Salud. Cuarta evaluación en España del Programa Regional Europeo Salud para Todos. Dirección General de Salud Pública. Madrid: MSC; 1999.
99. Monsó E. ¿Conseguiré dejar de fumar? *Med Clin (Barc)* 2001; 116:259-260.
100. Monsó E, Rosell A, Pujol E, Ruiz J, Fabregat A, Morera J. Intervención mínima sobre el tabaquismo en la consulta neumológica extrahospitalaria. *Arch Bronconeumol* 1994; 30:12-15
101. Moragues I, Nebot M, Ballestín M, Saltó E. Evaluación de una intervención comunitaria (Programa *Quit and Win*) para dejar de fumar. *Gac Sanit* 1999; 13:456-461.
102. Murray CJ, López A. Global mortality, disability and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349:1436-42.
103. Nebot M, Cabezas C, Oller M, Moreno F, Rodrigo J, Sarda T, Mestres J, Pitarch M. Consejo médico, consejo de enfermería y chicle de nicotina para dejar de fumar en Atención Primaria. *Med Clin (Barc)* 1990; 95:57-61.
104. Nebot M, Cabezas C. Does nurse counselling or offer of nicotine gum improve the effectiveness of physician smoking-cessation advice? *Fam Pract Res J* 1992; 12:263-270.

105. Nebot M, Solberg LI. Una intervención integral sobre el tabaquismo desde la Atención Primaria: el Proyecto de Ayuda a los Fumadores. *Aten Primaria* 1990; 7:698-702.
106. Nebot M, Soler M, Martín C *et al.* Efectividad del consejo médico para dejar de fumar. Evaluación del impacto al año de la intervención. *Rev Clin Esp* 1989; 184:201-205.
107. NHS Centre for Reviews and Dissemination. Smoking cessation: what the health service can do. *Effectiveness Matters* 1998; 3:1-4.
108. NICE (National Institute for Clinical Excellence). Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation. London: National Institute for Clinical Excellence; 2002. (Technology Appraisal No. 39).
109. Nides MA, Rakos RF, Gonzales D, Murray RP, Tashkin DP, Bjornson-Benson WM, Lindgren P, Connett JE. Predictors of initial smoking cessation and relapse through the first 2 years of the Lung Health Study. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63:60-69.
110. OMS. Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco. *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77:475-496.
111. Orme ME, Hogue SL, Kennedy LM, Paine AC, Godfrey C. Development of the Health and Economic Consequences of Smoking Interactive Model. *Tob Control* 2001; 10:55-61.
112. Osler M, Prescott E. Psychosocial, behavioural, and health determinants of successful smoking cessation: a longitudinal study of Danish adults. *Tob Control* 1998; 7:262-267.
113. PAPPS. Evaluación de actividades 2001. (Disponible URL: <http://www.papps.org/evaluación2001>) (junio 2003).
114. Pardell H, Jané M, Sánchez Nicolay I, Villalbí JR, Saltó E *et al.* Manejo del fumador en la clínica: Recomendaciones para el médico español. Barcelona: Organización Médica Colegial y STM Editores (Ars Medica); 2002.
115. Pardell H, Saltó E, Tresserras R, Salleras L. Tabaco y profesionales de la salud en España. En: Libro Blanco del tabaquismo en España. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Barcelona: Glosa; 1998.
116. Parrott S, Godfrey C, Raw M, West R, McNeill A. Guidance for commissioners on the cost-effectiveness of smoking cessation interventions. *Thorax* 1998; 53 (5 supl):S1-S38.
117. Pérez L, Oriol P, Lou S. Variables relacionadas con la respuesta del fumador ante el consejo médico antitabaco. *Aten Primaria* 1994; 14:578-579.
118. Peto R, López AD, Boreham J, Thun M, Heath C. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 1992; 339:1268-78.
119. Peto R, López AD, Boreham J, Thun M, Heath C. Mortality from smoking in developed countries, 1950-2000. Oxford, England: Oxford University Press; 1994.
120. Peto R, Chen ZM, Boreham J. Tobacco: the growing epidemic. *Nat Med* 1999; 5:15-17.
121. Peto R, López AD. Future worldwide health effects of current smoking patterns. En: *Critical Issues in Global Health*. Koop CE, Pearson CE, Schwarz MR (eds.). San Francisco: Jossey-Bass; 2000.
122. Pierce JP, Gilpin EA. Impact of over-the-counter sales on effectiveness of pharmaceutical aids for smoking cessation. *JAMA* 2002; 288:1260-1264.
123. Plans-Rubio P. Cost-effectiveness analysis of treatment to reduce cholesterol levels, blood pressure and smoking for the prevention of coronary heart disease: evaluative study carried out in Spain. *Pharmacoeconomics* 1998;13:623-643.
124. Plans P, Navas E, Tarin A, Rodríguez G, Gali N, Gayta R, Taberner JL, Salleras L. Coste-efectividad de los métodos de cesación tabáquica. *Med Clin (Barc)* 1995; 21; 104:49-54.
125. Prochaska JO, DiClemente CC. *The transtheoretical approach*. Illinois: Dow Jones-Irwin; 1984.
126. Programa de Actuaciones Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). Evaluación 1996. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 1996.

127. Quilez C, Hernando L, Rubio A, Granero EJ, Vila MA, Estruch J. Estudio doble ciego de la eficacia del chicle de nicotina en la deshabituación tabáquica, dentro del ámbito de la Atención Primaria. *Aten Primaria* 1989; 6:719-726.
128. Quilez C, Hernando L, Rubio A, Estruch J, Fornes MV. Tratamiento del tabaquismo con chicle de nicotina en Atención Primaria. Estudio a doble ciego. *Rev Clin Esp* 1993; 192:157-161.
129. Ramón JM, Bou R, Alkiza ME, Romea S, Oromi J, Salto E, Salleras L. Proceso de cambio y sexo como predictores del abandono del consumo de tabaco. *Arch Bronconeumol* 1999; 35:488-493.
130. Ramström LM. Consequences of tobacco dependence —a conceptual reappraisal of tobacco control policies. Paper presentado en el “37th International Congress on Alcohol and Drug Dependence”; 22 Agosto, 1995; San Diego (CA).
131. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax* 1998; 53 (5 sup):s1-s19.
132. Raw M, McNeill A. National smoking cessation services at risk. They are effective and cost effective and must be made permanent (editorial). *BMJ* 2001; 323:1140-1141.
133. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library, Issue 2*. Oxford: Update Software; 2003.
134. Richmond RI, Kehoe L, Webster IW. Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop smoking by general practitioner. *Addiction* 1993; 88:1127-1135.
135. Rodríguez-Artalejo F, Hernández Vecino R, Graciani A, Banegas JR, Rey Calero J. La contribución del tabaco y otros hábitos de vida a la mortalidad por cáncer de pulmón en España de 1940 a 1988. *Gac Sanit* 1994; 8:272-279.
136. Rodríguez-Artalejo F, Lafuente Urdinguio P, Guallar-Castillón P, Garteizaurreakoa Dublang P, Sáinz Martínez O, Díez Azcárate JI, Foj Alemán M, Banegas JR. One year effectiveness of an individualised smoking cessation intervention at the workplace: a randomised controlled trial. *Occup Environ Med* 2003; 60:358-363.
137. Rodríguez-Tapióles R, Pueyos Sánchez A, Bueno Cabanillas A, Delgado Rodríguez M, Gálvez Vargas R. Proporción de enfermedad atribuible al tabaco en la provincia de Granada. *Med Clin (Barc)* 1994; 102:571-574.
138. Rodríguez-Tapióles R, Bueno Cabanillas A, Pueyos Sánchez A, Espigares García M, Martínez González MA, Gálvez Vargas R. Morbilidad, mortalidad y años potenciales de vida perdidos atribuibles al tabaco. *Med Clin (Barc)* 1997; 108:121-127.
139. Roman P, Cristauro A, Muñoz F. Intervención antitabaco en pacientes crónicos seguidos en consulta de enfermería. *Aten Primaria* 1996; 18:123-126.
140. Rovira J, Escribano M. Estimación del impacto económico a largo plazo de una reducción del consumo de tabaco. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1989.
141. Rowland DL, Myers L, Culver A, Davidson JM. Bupropion and sexual function: A placebo-controlled prospective study on diabetic men with erectile dysfunction. *J Clin Psychopharmacol* 1997; 17:350-357.
142. Royal College of Physicians. Nicotine Addiction in Britain. A report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. London: Royal College of Physicians; 2000.
143. Ruiz de Gordejuela E, Elguezabal M. Evaluación económica del tratamiento médico del tabaquismo. *Prev Tabaquismo* 2001; 3:251-256.
144. Russell MAH, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioners' advice against smoking. *BMJ* 1979; 2:231-235.
145. Salvador Llivina T. El tratamiento del tabaquismo y su futuro. *Jano* 1983; 594:72-76.
146. Salvador Llivina T, Marín Tuyà D, González Quintana J, Iniesta C, Muriana C, Castellví E, Agustí A. Tratamiento del tabaquismo: comparación entre una terapia de soporte y una



- terapia utilizando soporte, chicle de nicotina y refuerzo del comportamiento. *Med Clin (Barc)* 1986; 87:403-406.
147. Salvador Llivina T, Marín Tuyà D, González Quintana J, Iniesta C, Muriana C, Castellví E, Agustí A. Tratamiento del tabaquismo: eficacia de la utilización del chicle de nicotina. Estudio a doble ciego. *Med Clin (Barc)* 1988; 90:646-650.
  148. Sampablo Lauroa I, Carreras JM, Lores L, Quesada M, Coll F, Sánchez-Agudo L. Deshabituación tabáquica y bupropión: la ansiedad y la depresión como índices de eficacia terapéutica. *Arch Bronconeumol* 2002; 38:351-355.
  149. Sánchez Beiza L, Martín Carrillo P, Gil P, Gómez E, Pascual de la Torre M, Valero A. Atención Primaria 1992; 10:738-741.
  150. Saiz Martínez-Acitores I, Rubio Colavida J, Espiga López I, Alonso de la Iglesia B, Blanco Aguilar J, Cortés Mancha M, Cabrera Ortega JD, Pont Martínez P, Saavedra Rodríguez JM, Toledo Pallarés J. Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo. *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77:441-473.
  151. Schiaffino A, Fernández E, Borrell C, Salto E, García M, Borrás JM. Gender and educational differences in smoking initiation rates in Spain from 1948 to 1992. *Eur J Public Health* 2003; 13:56-60.
  152. Secker-Walker RH, Gnich W, Platt S, Lancaster T. Community interventions for reducing smoking among adults (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library, Issue 2*. Oxford: Update Software; 2003.
  153. Secretaría de Salud de México. Programa de Acción: Adicciones. Tabaquismo. México DF: Secretaría de Salud; 2001. (Disponible URL: [www.ssa.gob.mx/unidades/conadic](http://www.ssa.gob.mx/unidades/conadic))
  154. Segraves RT, Kavoussi R, Hughes AR, Batey SR, Johnston JA, Donahue R *et al*. Evaluation of sexual functioning in depressed outpatients: a double-blind comparison of sustained-release bupropion and sertraline treatment. *J Clin Psychopharmacol* 2000; 20: 122-128.
  155. Skaar KL, Tsoh JY, McClure JB, Cinciripini PM, Friedman K, Wetter DW, *et al*. Smoking cessation: 1. An overview of research. *Behavioural Med* 1997; 23:5-13.
  156. Silagy C, Mant D, Fowler G, Lodge M. Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. *Lancet* 1994; 343:139-42.
  157. Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. Nicotine Replacement Therapy for Smoking Cessation *The Cochrane Library* 1997. Issue 4. Oxford: Update Software; 1997.
  158. Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library Issue 3*. Oxford: Update Software, 2001.
  159. Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library, Issue 2*. Oxford: Update Software; 2003.
  160. Solberg LI, Gepner GJ, Maxwell PL, Kottke TE, Brekke ML. A systematic primary care office-based smoking cessation program. *J Fam Pract* 1990; 30:647-654.
  161. Sowden A, Arblaster L, Stead L. Community interventions for preventing smoking in young people (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library, Issue 2*. Oxford: Update Software; 2003.
  162. Stapleton J. Cost effectiveness of NHS smoking cessation services; 2001. (<http://www.ash.org.uk/html/cessation/ashcost.html>) (agosto 2001).
  163. Stapleton J, Sutherland G, Russell MAH. How much does relapse after one year erode effectiveness of smoking cessation treatments? Long term follow up of randomised trial of nicotine nasal spray. *BMJ* 1998; 316: 830-831.
  164. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library, Issue 2*. Oxford: Update Software; 2003.
  165. Stead LF, Lancaster T, Perera R. Telephone counselling for smoking cessation (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library, Issue 2*. Oxford: Update Software; 2003.

166. Tashkin D, Kanner R, Bailey W, Buist S, Anderson P, Nides M, Gonzales D, Dozier G, Patel MK, Jamerson B. Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomised trial. *Lancet* 2001; 357:1571-1575.
167. Thompson GH, Hunter DA. Nicotine replacement therapy. *Ann Pharmacotherapy* 1998; 32:1067-1075.
168. Tillgren P, Haglund BJ, Lundberg M, Romelsjo A. The sociodemographic pattern of tobacco cessation in the 1980s: results from a panel study of living condition surveys in Sweden. *J Epidemiol Community Health* 1996; 50:625-630.
169. Toral J, Ortega F, Cejudo P, Gualberto MR, Montemayor T. Eficacia de un programa de deshabitación al tabaco con tratamiento sustitutivo combinado de nicotina (parches más chicles) a los seis meses de seguimiento. *Arch Bronconeumol* 1998; 34:281-284.
170. US Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation. A report from the Surgeon General. Rockville: DHHS Publication No (CDC) 90-8416; 1990.
171. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: nicotine addiction: A report from the Surgeon General. Washington DC: Government Printing Office, 1988. DHHS Publication No (CDC) 88-8406; 1988.
172. US Department of Health and Human Services. Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General. Atlanta: DHHS; 2000.
173. US Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services, 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.
174. Ussher MH, West R, Taylor AH, McEwen A. Exercise interventions for smoking cessation. Cochrane Collaboration. Cochrane Library. Issue 3. Oxford: Update Software; 2003.
175. Vocalía del Observatorio Español sobre Drogas. Informe n.º 4 Observatorio Español sobre drogas. Madrid: Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2001 (Informe n.º 4).
176. Wasley MA, McNagny SE, Phillips CL, Ahluwalia JS. The cost-effectiveness of the nicotine transdermal patch for smoking cessation. *Prev Med* 1997; 26: 264-270.
177. Warner KE. Cost-effectiveness of smoking cessation therapies: interpretation of the evidence and implications for coverage. *Pharmacoeconomics* 1997; 11:538-549.
178. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000; 55:987-999.
179. Wetter DW, Kenford SL, Smith SS, Fiore MC, Jorenby DE, Baker TB. Gender differences in smoking cessation. *J Consult Clin Psychol.* 1999; 67:555-562.
180. White AR, Rampes H, Ernst E. Acupuncture for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software; 2003.
181. Wong GY, Wolter TD, Croghan GA, Croghan IT, Offord KP, Hurt RD. A randomised trial of naltrexone for smoking cessation. *Addiction* 1999; 94:1227-1237.
182. Woolacott N, Jones L, Forbes C, Mather L, Sowden A, Song F, *et al.* NHS Centre for Reviews and Dissemination. A rapid and systematic review of the clinical and cost effectiveness of bupropion SR and nicotine replacement therapy (NRT) for smoking cessation. The National Institute for Clinical Excellence, ed. York: University of York, 2002.
183. World Bank. Curbing the epidemic: Governments and the Economics of tobacco control. A World Bank Publication. Washington DC: The World Bank; 1999.
184. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and related Health problems, 10th revision. Geneva: World Health Organisation; 1992.
185. World Health Organization. World No-Tobacco Day Special Issue. *Tobacco Alert*; 1996.
186. World Health Organization. Regional Office for Europe. First European Recommendations on the Treatment of Tobacco Dependence. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2001.

187. World Health Organization. Regional Office for Europe. European strategy for tobacco control. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2002.
188. Yudkin P, Hey K, Roberts S, Welch S, Murphy M, Walton R. Abstinence from smoking eight years after participation in randomised controlled trial of nicotine patch. *BMJ* 2003; 327:28-29.

