

**Consejería de Salud**  
**Agencia de Evaluación de**  
**Tecnologías Sanitarias de**  
**Andalucía**  
**Consulta Técnica**

**Programas de deshabituación**  
**tabáquica**

**Sevilla, Septiembre de 2004**



**Avda. de la Innovación s/n. Edificio ARENA 1**  
**41020 Sevilla - ESPAÑA (SPAIN)**  
**Teléfono +34 955006638, Fax +34 955006677**  
**Email: [aetsa.csalud@juntadeandalucia.es](mailto:aetsa.csalud@juntadeandalucia.es)**

**Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía**  
Directora: Purificación Gálvez Daza

[www.juntadeandalucia.es/salud/orgdep/AETSA](http://www.juntadeandalucia.es/salud/orgdep/AETSA)

Autores: Román Villegas, Eduardo Briones

**Fecha de inicio:** 13/09/ 2004

**Fecha de finalización:** 23/09/2004

## **ÍNDICE**

INTRODUCCIÓN.....	4
MATERIAL Y MÉTODOS .....	4
RESULTADOS .....	5
CONCLUSIONES .....	10
REFERENCIAS .....	11

## INTRODUCCIÓN

El tabaquismo puede considerarse como uno de los problemas de salud pública más importantes en los países desarrollados. La nicotina cumple con todos los criterios de las definiciones habituales de adicción: 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. En la actualidad se reconoce como una enfermedad crónica, que afecta a 1 de cada 3 adultos en el mundo, con una prevalencia en España del 34,4% en la población mayor de 16 años(1;2).

La probabilidad de que un fumador tenga éxito en su intento de dejar de fumar está en relación con varios factores:

- La motivación.
- La dependencia.
- La intensidad y calidad del soporte ofrecido.
- El uso de ayuda farmacológica.

Las diferentes intervenciones existentes para dejar de fumar actúan sobre estos puntos, y aunque la motivación (y los efectos sobre ellas) es difícil de medir, se reconoce como uno de los aspectos importantes. La combinación de diferentes intervenciones pueden conformar diversas estrategias, y estas estrategias se pueden implementar en diferentes ámbitos de prestación de servicios. Así, la situación en el Sistema Nacional de Salud responde a una generación de iniciativas de aplicación de estrategias tanto en atención primaria (3) como en hospitales(4), además de la creación de varios planes autonómicos (como el andaluz).

El objetivo de esta consulta técnica es orientar la toma de decisiones acerca de los ámbitos de prestación (atención primaria, hospitales, etc) de las terapias / programas de deshabituación tabáquica mediante una síntesis de documentos relevantes. No se trata de un informe de evaluación de tecnologías sanitarias sobre las intervenciones disponibles para la deshabituación tabáquica.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda de informes de evaluación de tecnologías sanitarias, guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas y metaanálisis que compararan la efectividad de los programas de deshabituación tabáquica en diferentes entornos. Se utilizaron como bases de datos la de la Red Internacional de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (INAHTA), la Colaboración Cochrane, Medline, así como los sitios WEB de los principales recopiladores de guías (la National Guideline Clearinghouse y la Guidelines International Network), y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se usaron los términos “*smoking cessation*”, “*tobacco cessation*”, y “*tobacco depence*”. No se hicieron limitaciones de fecha.

## RESULTADOS

No se han encontrado informes, revisiones, ni ensayos aleatorizados que compararan directamente la eficacia/efectividad de las diferentes intervenciones aplicadas en atención primaria o en hospitales. Se ha podido observar que existe una gran heterogeneidad en la aplicación de las diferentes intervenciones. Las publicaciones que hemos seleccionado se resumen en la tabla 1.

**Tabla 1. Publicaciones seleccionadas**

<b>Organismo</b>	<b>País</b>	<b>Tipo</b>	<b>Año</b>
Comité Interagencias para el Tabaco y la Salud (ICSH)(5)	EEUU	RS y Recomendaciones	2004
Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS)(1)	España	IE y RS de la efectividad y del coste-efectividad	2003
Programa Actividades Preventivas Para la Salud (PAPPS)(2)	España	Recomendaciones (basadas en la evidencia)	2003
Centro para las Revisiones y la Diseminación de York (CRD)(6)	Reino Unido	RS de la efectividad y del coste-efectividad	2002
SemFYC, SEPAR, SEMERGEN, SEDET(7)	España	Consenso	2002
Comité Nacional de Salud (NHC)(8)	Nueva Zelanda	GPC y RS	2002
Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (NICE)(9)	Reino Unido	GPC y RS	2002
Organización Mundial de la Salud (OMS)(10)		RS	2001
Autoridad para la Educación Sanitaria (HEA)(11)	Reino Unido	RS	2000
Servicio de Salud Pública (USPHS)(12)	EEUU	GPC y RS	2000

SemFYC: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; SEPAR: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica; SEMERGEN: Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista; SEDET: Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo; IE: Informe de Evaluación; RS: Revisión Sistemática; GPC: Guía de Práctica Clínica

La mayoría de ellas son revisiones sistemática o están basadas en ellas, y aportan una metodología más o menos explícita. Todas se han considerado de buena calidad, en función de los criterios del Grupo de Medicina Basada en la Evidencia(13). Esto ha venido reforzado por la similitud de las conclusiones y recomendaciones de las publicaciones.

La única excepción a lo anteriormente dicho la constituye el consenso de las sociedades españolas(7), que no tiene metodología explícita, y aunque se acompaña del grado de la evidencia, no queda claro

como se asigna. Sin embargo, hemos tenido en cuenta este documento ya que se trata de un consenso de 4 sociedades científicas españolas, implicadas directamente en el tratamiento del tabaquismo, por lo que se trata de un documento de referencia para una gran cantidad de profesionales. Al revisar la bibliografía de esta publicación se puede pensar que han usado otras revisiones, al comprobar la coincidencia de las recomendaciones.

## Intervenciones

Las intervenciones disponibles en la mayoría de los programas de deshabituación se pueden agrupar:

- ❖ Intervenciones psicológicas
  - Materiales de autoayuda
  - Consejo breve
  - Consejo intensivo
  - Intervenciones educativas
  - Terapia psicológica especializada
- ❖ Intervenciones farmacológicas
  - Tratamientos con sustitutivos de nicotina
  - Tratamientos inespecíficos
    - Fármacos que actúan sobre manifestaciones desagradables del síndrome de abstinencia: clonidina
    - Fármacos que actúan sobre los cambios de humor del síndrome de abstinencia: antidepresivos (bupropión, nortriptilina y doxepina)
  - Otros: lobelina, mecamilamina, acetato de plata
- ❖ Otras intervenciones
  - Acupuntura
  - Digitopuntura
  - Ejercicio
  - Hipnosis
  - Electroestimulación

Sin embargo, a efectos de este informe las agruparemos en tres categorías(14):

- Intervenciones breves realizadas por profesionales de la salud durante su trabajo habitual (“oportunistas”). Consideraremos como estándar el consejo breve.
- Intervenciones más intensas realizadas por profesionales dedicados específicamente a deshabituación tabáquica (apoyo cognitivo-conductual). El apoyo se puede realizar individual o en grupo.
- Intervenciones farmacológicas.

### **Consejo breve**

Se define como “instrucciones verbales para dejar de fumar, con o sin información sobre los efectos perjudiciales del tabaco”(14). Su eficacia es pequeña (1-3% de abandonos, aunque el 40% de los que lo reciben tienen alguna reacción) y parece estar basada en desencadenar el intento de abandono, mas que en aumentar las posibilidades de éxito. Hay bastante evidencia de que es efectivo dado por médicos de atención primaria, y hay menos evidencia de su efectividad por parte de otros profesionales(11). En el modelo de costes desarrollado por el estudio del CRD(6) el coste del consejo breve oscila entre £1,47 (2,15€) y £5,58 (8,17€). Las diferencias están en el uso o no de materiales de autoayuda.

### **Apoyo cognitivo-conductual**

El apoyo reiterado recibido durante 4 o más semanas en fumadores que buscan ayuda para dejar de fumar, proporcionado por un profesional entrenado para ello, es eficaz independientemente del entorno y la titulación del profesional (médicos de diferentes especialidades diplomados en enfermería, psicólogos, farmacéuticos, etc).

La evidencia relaciona la efectividad del apoyo con que este se reciba dentro de una consulta específica y no sea proporcionado durante el trabajo habitual del profesional. De esta manera es la intervención no farmacológica más efectiva(14).

Aunque no existe una evidencia directa, las comparaciones entre estudios muestran que cuanto más tiempo (en frecuencia o en duración de las visitas) se emplee con el fumador, mayor es el efecto sobre el abandono(11). Por supuesto existen diferentes formas de ofrecer el apoyo conductual, con diversas técnicas, pero no hay evidencia de que haya diferencias de efectividad(14). La mayoría de estas técnicas se pueden proporcionar en sesiones individuales o grupales. Tampoco hay diferencias de efectividad entre estas dos modalidades, aunque las sesiones tienen un coste que varía en función de si son individuales o en grupo, y que según el estudio del CRD oscila entre £8,46 (12,38€) y £67,68 (99,04€)(6).

### **Intervenciones farmacológicas**

Los tratamientos con sustitutivos de la nicotina son eficaces en la deshabituación tabáquica de fumadores de más de 10 cigarrillos/día. Parece que hay pocas diferencias en la eficacia de las diferentes formas de presentación. Las combinaciones de diferentes formas de presentación son seguras y eficaces(11).

El bupropión es efectivo en fumadores de más de 15 cigarrillos/día que estén recibiendo apoyo conductual, y bastante seguro (con el mismo riesgo de convulsiones que otros antidepresivos, 1/1000)(11). Ninguno de los estudios en los que se ha utilizado bupropión se ha realizado en atención primaria.

### **Otros**

- Materiales de autoayuda aislados: son eficaces tanto los materiales genéricos (OR = 1,24; IC 95% = 1,07-1,45)(1),

como los diseñados para las características del fumador(11).

- Llamadas telefónicas: pueden ser reactivas (parecen eficaces, pero son difíciles de evaluar) o proactivas (la poca evidencia existente sugiere algún efecto)(11).

## Ámbito de aplicación de las intervenciones

La mayoría de las recomendaciones afirman que la implicación de los profesionales en las estrategias de deshabituación deberían basarse más en factores como la accesibilidad para los fumadores y en las habilidades y la formación del profesional, en lugar de en su titulación(10;11). La guía de práctica clínica neozelandesa(8) destaca que en la deshabituación tabáquica es muy importante una relación establecida y continua con un profesional de la salud, independientemente de quien sea, ya que esta suele ser la precursora del éxito.

De los documento encontrados, la guía de práctica clínica del Servicio de Salud Pública norteamericano(12) es la que realiza una revisión bibliográfica más exhaustiva. Está basada en una revisión sistemática de 6.000 artículos, con 50 metaanálisis, realizada por la Agencia para la Investigación Sanitaria y la Calidad (AHRQ).

En este documento se analizan las evidencias sobre las diferentes intervenciones y sobre las condiciones que han mostrado estar relacionadas con su efectividad. Se recoge que aunque el consejo breve puede ser suministrado por cualquier profesional sanitario, la consulta de atención primaria reúne las condiciones de accesibilidad y continuidad asistencial como para ser el lugar preferente de aplicación.

Respecto al tratamiento más intensivo, las características relacionadas con su efectividad son el entrenamiento suficiente de los profesionales y los recursos necesarios (tiempo, infraestructuras, etc.). En cuanto a su ámbito de aplicación, puede ser suministrado por cualquier profesional sanitario que cuente con las dos características anteriores.

En publicaciones británicas(15) derivadas una versión previa de la guía de la Autoridad para la Educación Sanitaria(16), se destaca como piedra angular de las estrategias de deshabituación tabáquica la provisión sistemática de consejo breve y seguimiento en atención primaria.

En el documento de consenso(7) de diferentes sociedades científicas españolas (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista, Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo) se señalaba la consulta de medicina de familia como el lugar ideal para el tratamiento de la deshabituación, tanto por su cobertura como por su accesibilidad. También se especificaban una serie de situaciones en las que sería aconsejable el tratamiento más intensivo por parte de personal específicamente entrenado:

- Fumadores que fracasaron en varios intentos a pesar de un tratamiento correcto.

- Fumadores con cardiopatía isquémica de menos de 8 semanas de evolución.
- Fumadores con arritmias o hipertensión no controlada.
- Fumadores con patologías crónicas (nefropatía, hepatopatía, etc) no controlada.
- Fumadoras embarazadas o en período de lactancia.
- Fumadores con enfermedades psiquiátricas.

Estas situaciones son bastante similares a las que la mayoría de las publicaciones señalan como criterios para derivar a los fumadores a servicios especializados. En la guía del NICE(9) se recomienda que a los fumadores que lo necesiten se les debe de ofrecer la opción de ser derivados a servicios especializados, siempre que exista esta posibilidad. El actual Plan Nacional para la Deshabituación Tabáquica de los EEUU(5), en su recomendación 3, remarca que el éxito de un plan nacional aumentará si hay posibilidades de ofrecer el tratamiento desde varias vías.

Finalmente, uno de los aspectos más importantes en la implantación de programas de deshabituación tabáquica (y de los que menos se reconoce) es que el entrenamiento en el uso de las diferentes intervenciones no solo debería proporcionar habilidades, sino que debería inculcar la creencia en los profesionales de que el tratamiento de la dependencia es un estándar de buena práctica clínica(12).

## CONCLUSIONES

- No se localizan estudios de comparación directa entre las diferentes intervenciones aplicadas en diferentes ámbitos de prestación de servicios.
- No obstante, la mayoría de los programas y planes recomiendan que se realice consejo breve en atención primaria de manera oportunista (aunque puedan realizarlo todos los profesionales sanitarios), y que exista una intervención más intensiva para pacientes de riesgo o para pacientes difíciles. El consejo breve puede acompañarse o no de material de autoayuda.
- Los componentes de la intervención intensiva suelen ser el apoyo conductual y la terapia farmacológica.
- La efectividad del apoyo conductual está basada en el entrenamiento adecuado de los profesionales y en los recursos disponibles (especialmente el tiempo y las infraestructuras), y no depende del tipo de profesional ni del ámbito donde se aplique.
- La organización de estas intervenciones intensivas puede tener en cuenta otros criterios de planificación (recursos, accesibilidad de los profesionales, etc.), dado que el ámbito donde estén localizadas no va a condicionar la efectividad del tratamiento.

## REFERENCIAS

- (1) 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. 2003. Madrid, AETS - Instituto de Salud Carlos III.
- (2) Robledo T, Ortega R, Cabezas C, Fores D, Nebot M, Cordoba R. Recomendaciones sobre estilo de vida. *Aten Primaria* 2003; 32 Suppl 2:30-44.
- (3) Alonso M, Robles M, Gonzalvo C. Evaluación a corto plazo de un plan para dejar fumar en un area sanitaria de Asturias. *Cuadernos de Gestion* 2001; 7(1):36-43.
- (4) Camaralles F, Asensio A, Jimenez-Ruiz C, Becerril B, Rodero D, Vidaller O. Efectividad de una intervención grupal para dejar de fumar. Un ensayo clínico aleatorizado. *Med Clin (Barc)* 2002; 119(2):53-57.
- (5) Fiore MC, Croyle RT, Curry SJ, Cutler CM, Davis RM, Gordon C et al. Preventing 3 million premature deaths and helping 5 million smokers quit: a national action plan for tobacco cessation. *Am J Public Health* 2004; 94(2):205-210.
- (6) Woolacott NF, Jones L, Forbes CA, Mather LC, Sowden AJ, Song FJ et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bupropion and nicotine replacement therapy for smoking cessation: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess* 2002; 6(16):1-245.
- (7) Torrecilla M, Dominguez F, Torres A, Cabezas C, Jimenez CA, Barrueco M et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador. Documento de consenso. *Aten Primaria* 2002; 30(5):310-317.
- (8) National Health Committee. Guidelines for smoking cessation. Wellington: National Health Committee, 2002.
- (9) National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation. 39. 2002. London, NICE. Technology Appraisal Guidance.
- (10) European Partnership to reduce Tobacco Dependence - World Health Organization. WHO Evidence based recommendations on the treatment of tobacco dependence. 2001. Copenhagen, World Health Organization.
- (11) West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Health Education Authority. Thorax* 2000; 55(12):987-999.
- (12) A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service report. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. *JAMA* 2000; 283(24):3244-3254.
- (13) Oxman AD, Cook DJ, Guyatt GH. Users' guides to the medical literature. VI. How to use an overview. Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA* 1994; 272(17):1367-1371.

- (14) Coleman T. ABC of smoking cessation. Use of simple advice and behavioural support. *BMJ* 2004; 328(7436):397-399.
- (15) Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation: evidence based recommendations for the healthcare system. *BMJ* 1999; 318(7177):182-185.
- (16) Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. Health Education Authority. *Thorax* 1998; 53 Suppl 5 Pt 1:S1-19.