

EL TABAQUISMO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD PÚBLICA

Javier LAPARRA

*Neumólogo Responsable de la Unidad de
Tabaquismo del Hospital Donostia
Osakidetza. Servicio Vasco de Salud*

Resumen: El tabaquismo constituye la segunda causa de muerte en el mundo siendo reconocida como epidemia por la OMS. En el presente trabajo se analizan los aspectos epidemiológicos del fenómeno, sus diversas etapas y las posibilidades de tratamiento, como la terapia de sustitución o el uso de fármacos. Se ha demostrado asimismo que existen varias estrategias que reducen el consumo, entre las que destacan las advertencias sanitarias o el aumento del precio del tabaco. Se concluye que el control del tabaquismo requiere un firme compromiso político y la participación de la sociedad civil.

Laburpena: Tabakismoa munduko bigarren heriotza zergatia da eta OME erakundeak epidemiatzat hartu du. Lan honetan alderdi epidemiologikoak, etapa desberdinak eta tratamendu aukerak, aztertzen dira, hala nola, ordezkatzeko terapiak edo medikamentuen erabilera. Kontsumoa murrizten duten estrategiak badirela frogatua dago, besteak beste, osasun-aholkuak edo tabakoaren prezioaren igoera. Tabakismoaren kontrolak, konpromiso politiko argia eta gizartearen partaidetza beharrezkoa duela ondorioztatzen da.

Résumé : le tabagisme constitue la seconde cause de décès dans le monde, d'ailleurs il est considéré comme une épidémie par la OMS. Dans ce travail les aspects épidémiologiques du phénomène, ses diverses étapes et les possibilités de traitement –comme la thérapie de substitution ou l'usage de drogues– sont analysés. De même, il est démontré l'existence des plusieurs stratégies qui réduisent la consommation, entre lesquelles il faut souligner les avertissements sanitaires ou l'augmentation du prix du tabac. L'auteur conclut que le contrôle du tabagisme requiert un compromis politique ferme et la participation de la toute la société.

Abstract: Nicotine addiction is the second cause of death in the world and it is considered as an epidemic by the WHO. In this study the epidemiological aspects, the different phases and possibilities of treatments –like the substitution therapy and the use of drugs– are analyzed. It is demonstrated that there are many different strategies to reduce the use of tobacco, like, for example, sanitary advices or the increase of tobacco prices. The author concludes that tobacco control requires a hard political compromise and the participation of civil society.

Palabras clave: Tabaquismo, salud pública, epidemiología, adicción, tratamiento de la adicción.

Gako hitzak: Tabakismoa, osasun publikoa, epidemiologia, menpekotasuna, menpekotasunaren tratamendua.

Mots clef : Tabagisme, Santé publique, Epidémiologie, Addiction, Traitement de l'addiction.

Key words: Nicotine addiction, public health, epidemiology, addiction, Addiction treatment.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

El tabaquismo constituye en el momento actual una auténtica epidemia y así está reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que alerta de los peligros a corto y medio plazo que esta adicción puede ocasionar¹.

Se estima que en todo el mundo existen aproximadamente 1.300 millones de fumadores lo que representa un tercio de la población mundial considerando los mayores de 16 años. Estos fumadores no están repartidas por igual en todos los países del mundo, pues mientras en el mundo desarrollado cada vez son mas las personas que están abandonando la adicción, en los países en vías de desarrollo, ésta no solo se mantiene sino que está en aumento y contribuyen con su población a representar las tres cuartas partes de todos los fumadores existentes.

Esta enorme cantidad de sujetos fumadores nos acerca a cifras de prevalencia mundial en torno al 29%, de los que 47% correspondería a varones y un 10% a mujeres.

Estos niveles de consumo de tabaco hacen que el tabaquismo sea la segunda causa de muerte en el mundo, tras las enfermedades cardiovasculares. La mitad de los consumidores de tabaco mueren prematuramente y la mitad de ellos lo hacen en edades de entre 35 y 69 años. Este aspecto tiene una gran trascendencia en países en vías de desarrollo al fallecer los consumidores en una edad productiva y siendo en muchos casos la única fuente de ingresos familiar.

Se puede atribuir al consumo de tabaco una muerte de cada 10 que se producen en el mundo, produciéndose un fallecimiento relacionado con el tabaco cada 6.5 segundos.

Se calcula que en la actualidad el tabaquismo ocasiona 5 millones de muertes anuales que podría llegar a 8.3 millones de fallecimientos al año en 2030 de seguir la tendencia actual, de los cuales el 80% serán personas de países en vías de desarrollo².

Estos cálculos hacen suponer que el tabaquismo habrá provocado la muerte de 100 millones de personas en el siglo XX y pudiera llegar a ser de 1000 millones durante el siglo XXI.

Esta epidemia de tabaco ha sido estudiada por algunos autores que han propuesto que existen 4 etapas³:

La primera de ellas se desarrolla durante los primeros 20 años, desde el inicio de la incorporación al tabaquismo, en la cual estarían en la actualidad países del África subsahariana, se corresponde con un porcentaje relativamente pequeño de varones fumadores y aún menor de mujeres.

1. www.who.int/tobacco/mpower

2. MATHERS, C.D., LANCAR, D.: Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PloS Medicine* 2006, 3(11):e442.

3. LÓPEZ, A.D.; COLLISHAW, N.E.; PIHA, T.: A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control* 1994, 3: 242-247.

En la segunda etapa que dura 30 años, el número de varones fumadores crece de una forma importante hasta llegar a un techo del 60% y las mujeres también en un periodo de crecimiento alcanzarían un 40% de prevalencia, en esta etapa se encontrarían en la actualidad países como China, Japón, y otros países del sudeste de Asia, Latino americanos y norte de África.

En la tercera etapa de la epidemia que comienza a los 50 años desde el inicio y se mantiene 30 años más, se caracteriza porque la tasa de varones y mujeres fumadores decrece, pero se observa un claro incremento de fallecimientos en varones. En esta etapa están países del Este y Sur de Europa así como otros países latinoamericanos.

En la cuarta y última etapa en la que se encuentran los países de Europa Occidental, Reino Unido, Estados Unidos Canadá y Australia, el número de fumadores tanto en varones como en mujeres sigue descendiendo hasta tasas de prevalencia inferiores al 30% pero se observa incremento de fallecimientos en mujeres fumadoras.

DISTRIBUCIÓN MUNDIAL DE LOS FUMADORES

En el mundo, como antes se ha mencionado, existen grandes diferencias en relación a tasa de fumadores de cada país. Así mientras en Canadá, EEUU y Australia la prevalencia estaría entorno al 20%, con una clara tendencia a la baja en el curso de los últimos años, los países del sudeste de Asia mantienen cifras de alrededor del 50% para fumadores varones no encontrando en estos países reducción de fumadores sino que en algunos casos todo lo contrario.

En mujeres tradicionalmente la prevalencia ha sido menor exceptuando países del norte de Europa donde las tasa de fumadores entre hombre y mujeres estaban prácticamente igualadas. Se objetivan cifras claramente a la baja en sexo femenino en Gran Bretaña y los EEUU⁴.

Si se tiene en cuenta que países muy poblados tienen a su vez prevalencias de fumadores muy altas no es difícil comprender que sólo 10 países como son China, India, Indonesia, Federación Rusa, Estados Unidos de América, Japón, Brasil, Bangladesh, Alemania y Turquía concentren los dos tercios de todos los fumadores mundiales.

SITUACIÓN EN ESPAÑA

La situación del tabaquismo en España se recoge de la Encuesta Nacional de Salud, la última disponible corresponde a 2006 en la cual se refleja que existe una prevalencia de consumo del 27,01% de la población que se reconoce como fumadora habitual y un 2,94% como fumadores ocasionales.

Cuando se desglosan estos datos por tramos de edad, es interesante resaltar que en todos los segmentos los varones fuman más que las mujeres excepto en la franja de edad correspondiente a los 16-24 años en el que el sexo femenino supera al masculino. Uno de los factores que pueden explicar este hecho es que probablemente las adolescentes no quieren tener sobrepeso y utilizan el tabaco como “medida de control”.

4. www.who.int/tobacco/resources/publications/tobacco_atlas

VARONES					
TOTAL	100,00	32,16	3,68	29,14	35,02
DE 16 A 24 AÑOS	100,00	25,53	6,60	5,99	61,88
DE 25 A 44 AÑOS	100,00	40,19	4,48	17,45	37,87
DE 45 A 64 AÑOS	100,00	34,03	2,89	40,53	22,55
DE 65 Y MAS AÑOS	100,00	14,52	0,75	56,75	27,99
MUJERES					
TOTAL	100,00	22,10	2,23	13,49	62,18
DE 16 A 24 AÑOS	100,00	31,15	3,30	6,96	58,59
DE 25 A 44 AÑOS	100,00	31,90	3,32	20,14	44,64
DE 45 A 64 AÑOS	100,00	20,90	1,86	14,27	62,97
DE 65 Y MAS AÑOS	100,00	2,33	0,31	4,87	92,48

Porcentaje de fumadores en España según ENS. 2006

Es aconsejable tener perspectiva histórica para recordar que según este mismo indicador (ENS) el porcentaje de fumadores varones en España en 1987 era del 55%, lo que significa que en los últimos 20 años la tasa de fumadores varones se ha reducido a la mitad.

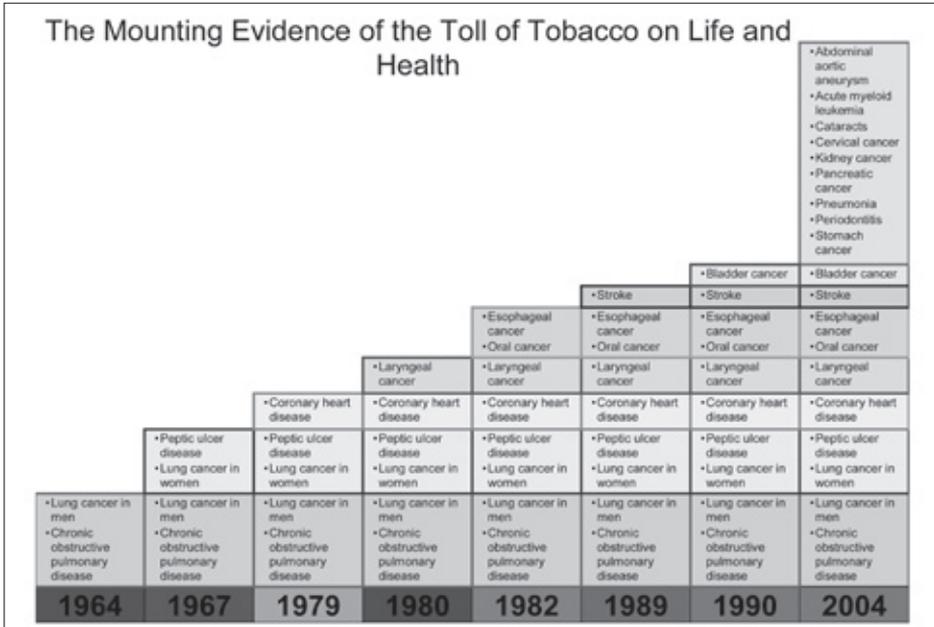
RELACIÓN TABACO-SALUD

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana el tabaquismo se define como una enfermedad crónica sistémica perteneciente al grupo de las adicciones. En esta categoría se incluye la dependencia nicotínica y el síndrome de abstinencia provocado por la ausencia de nicotina.

Uno de los problemas que provoca el tabaquismo es la ausencia de fases o etapas de la enfermedad que sean percibidas claramente por los usuarios. Muchos de los fumadores no reconocen tener, por ejemplo, síntomas respiratorios que los asumen como consecuencia de su hábito de fumar y por lo tanto quedan infravalorados.

Fueron dos epidemiólogos británicos (Doll y Hill) de la Universidad de Oxford en una publicación en el British Medical Journal en 1954, los primeros que certificaron de una manera científica la asociación entre el consumo de tabaco y la génesis de enfermedades. (inicialmente la relación se estableció con el cáncer de pulmón). Desde entonces la evidencia se ha ido acrecentando con informes como el del Surgeon General en 1964 (Informe Terry) hasta la demostración del daño que causa el tabaquismo pasivo o “humo de segunda mano” a principios de los años 80 del siglo pasado.

Desde los primeros casos de cáncer de pulmón a mediados de los años 50 del siglo XX y la relación con la bronquitis crónica, cada vez la evidencia de enfermedad ha ido en aumento, relacionando el consumo de tabaco con un mayor número de enfermedades hasta la actualidad en que se puede asociar de una forma causal con al menos 25 enfermedades, en muchos casos estas enfermedades ocurren también en caso de fumadores pasivos.



Evidencia acumulada del consumo de tabaco y enfermedades

Es de destacar que el cáncer de pulmón que en las primeras décadas del siglo XX era prácticamente una rareza se ha convertido en el cáncer mas frecuente en varones y en EEUU en mujeres ha sobrepasado a partir de 1990 al cáncer de mama convirtiéndose también en el cáncer mas frecuente en el sexo femenino. En España se ha previsto que este fenómeno se produzca a partir de 2020.

TABAQUISMO Y PATOLOGÍA. COMPLEJIDAD DEL PROBLEMA

Además de la nicotina que provoca la adicción y el mantenimiento del consumo existen descritas más de 4000 sustancias algunas de ellas etiquetadas como carcinógenos humanos, como las nitrosaminas responsables de la patología tumoral. Otras sustancias destacables por su relación con los efectos patológicos son el monóxido de carbono (CO) que es la responsable de los problemas cardiovasculares y las sustancias oxidantes que se relacionan con la patología bronquial: bronquitis crónica y enfisema pulmonar.

Existen algunas premisas que es importante no olvidar a la hora de valorar la complejidad del problema:

1. El tabaco es la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo occidental.
2. Se está produciendo una transferencia de tabaquismo de hombres a mujeres y de países ricos a pobres.
3. La gran epidemia se mantiene gracias a los intereses económicos de unos pocos y a su carácter adictivo.

Frente a este panorama se han realizado esfuerzos a nivel mundial y bajo los auspicios de la OMS se ha conseguido que en Mayo de 2003 se apruebe el Convenio Marco para el Control del Tabaco⁵ que representa un abordaje global con herramientas que han demostrado su eficacia a la hora de reducir el consumo de tabaco, tal y como refleja la estrategia MPOWER que es un acrónimo de las cinco actuaciones que este organismo recomienda, M (monitorizar el consumo de tabaco) P (proteger a la población del humo del tabaco) O (ofrecer tratamiento a fumadores motivados) W (Warn) (advertir a los fumadores de las consecuencias del consumo) E (Enforce) (reforzar las medidas de prohibición) y R (Raise) (aumentar las tasas impositivas al tabaco).

Un aspecto importante en este sentido, sobre todo a la hora de asumir los cambios legislativos, es la resistencia que encuentra la adopción de estas medidas por parte de algunos sectores sociales y económicos como es el sector de la hostelería, con quejas y predicciones continuas de desempleo y grandes pérdidas para su sector.

Esto supone un freno a la hora de implementar las medidas anteriormente mencionadas. En lugares donde las prohibiciones de fumar se han tomado con anterioridad no se han demostrado pérdidas económicas ni de empleo en el sector de la hostelería⁶.

Cuando se ponen en práctica medidas de prohibición en bares y restaurantes, éstas son aceptadas por la población en porcentajes muy importantes, la figura muestra los porcentajes que manifiesta la población de apoyo a estas medidas después de su aprobación y puesta en marcha.



5. www.paho.org/Spanish/DD/PUB/sa56r1.pdf

6. www.vctc.org.au/pub/reports/hospitalitypapersummary.pdf

Como anécdota cabe recordar que en la ciudad norteamericana de Helena, en el estado de Montana se prohibió fumar durante 6 meses en todos los lugares de la ciudad salvo en la calle y en los domicilios, durante estos meses la incidencia de enfermedades isquémicas coronarias descendió de una forma significativa, fenómeno que no se vio en las localidades próximas en las cuales no existía la prohibición. Cuando ésta se acabó tras una decisión judicial, la tasa de eventos cardiacos volvió a las cifras de antes de la prohibición.

TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO

Aproximadamente el 70% de los fumadores quiere abandonar su adicción y un 30% lo intenta cada año, desgraciadamente solo un 2-3% lo consigue.

Con el reconocimiento del tabaquismo como una enfermedad adictiva se han sentado las bases para una actuación farmacológica con mejores resultados que lo que supone superar la adicción sin este tipo de ayuda.

Existen, así mismo, una serie de medidas no farmacológicas que han mostrado su eficacia con vistas a dejar de fumar, se cita a continuación un resumen de las mismas junto con la eficacia atribuida.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO PARA DEJAR DE FUMAR			
Comparación	Nº Estudios	Nº Participantes	OR* Acumulado (95% CI)
Consejo Médico¹			
Breve vs sin consejo (proced habitual)	17	>13.000	1,74 (1,48–2,05)
Intensivo vs consejo mínimo	15	>9.000	1,44 (1,24–1,67)
Asesoramiento individual²			
Vs mínima intervención conductual	17	>6.000	1,56 (1,32–1,84)
Terapia de Grupo³			
Vs autoayuda	16	>4.000	2,04 (1,60–2,60)
Vs sin actuación	7	815	2,17 (1,37–3,45)
Terapia Telefónica Proactiva⁴			
Vs intervenciones menos intensivas	13	>16.000	1,56 (1,38–1,77)
Autoayuda⁵			
Vs sin intervención	11	>13.000	1,24 (1,07–1,45)

Las Guías actuales de recomendación de tratamiento farmacológico del tabaquismo (Guía Americana⁷, Británica⁸ y de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)⁹), son unánimes a la hora de recomendar los tratamientos farmacológicos en personas con motivación para dejar de fumar y con altas tasas de dependencia física a la nicotina, los fármacos que se pueden considerar como tratamientos de primera línea son:

– *Terapia de sustitución de nicotina*

Consiste en la utilización de nicotina para paliar el síndrome de abstinencia responsable en gran número de casos de la dificultad de conseguir el abandono de la adicción. Existen una serie de productos que han demostrado su eficacia (parches, chicles, comprimidos de nicotina) y de recomendaciones para su uso que van en relación con el número de cigarrillos que se fuman por día y la dependencia física que el fumador siente por la nicotina. Se puede conseguir sin receta médica.

– *Bupropion (Zyntabac®)*

Se trata de una medicación que tiene su acción a nivel cerebral en los circuitos responsables de las conductas adictivas. Existen una serie de contraindicaciones que es preciso conocer antes de manejar esta sustancia, se exige receta médica para su obtención.

– *Vareniclina (Champix®)*

Es una sustancia específicamente diseñada para su utilización en la deshabituación tabáquica, funciona de una forma dual, por una parte sobre los receptores nicotínicos cerebrales haciendo desaparecer la necesidad imperiosa de fumar y por otra parte bloqueando los mecanismos de recompensa que la utilización de la nicotina genera. No tiene grandes contraindicaciones para su uso pero se requiere también receta médica para su dispensación.

Es preciso recordar que ninguno de estos tratamientos está financiado por el Servicio Nacional de Salud aunque en determinadas comunidades autónomas existen algunas excepciones. En el documento de la SEPAR¹⁰ se hacen una serie de recomendaciones en el sentido de facilitar la financiación a determinados colectivos (pacientes bronquíticos crónicos, asmáticos, etc.)

7. Centers for Disease Control and Prevention. Best Practices for comprehensive Tobacco Control Programs. October 2007.

8. Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant womens and hard to reach communities. NICE Public Health Guidance 10. February 2008.

9. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Propuestas de financiación. Arch Bronconeumol 2008, 44(4): 213-219.

10. Ibid.

Diferentes autores han estudiado la utilidad de determinados procedimientos alternativos para abandonar la adicción como son la hipnosis¹¹ o la acupuntura¹², la revisión que se ha realizado ha concluido que ninguno de ellos es eficaz a la hora de recomendarlos como tratamiento para intentar dejar de fumar.

Las advertencias que se hacen en las cajetillas de tabaco bien con imágenes o con mensajes son un medio eficaz para reducir el consumo de cigarrillos y en los países con más tradición en este sentido como Brasil y Canadá los fumadores cambian de opinión en relación a su adicción, intentar mas dejar de fumar y aprueban este tipo de advertencias¹³.

El día 31 de Mayo se celebra a nivel de todo el mundo el Día Mundial sin Tabaco, este año el lema ha sido tabaco y género y se han editado una serie de imágenes impactantes que no han tenido un gran reflejo en la opinión pública.

Es importante recordar que el momento actual la industria tabaquera gasta más de 20 veces en publicidad lo que los gobiernos son capaces de gastar en campañas de sensibilización¹⁴.

PRECIO DEL TABACO Y CONSUMO

Otro de los capítulos en los que se puede incidir para reducir el consumo de tabaco es el precio de los cigarrillos. España en este aspecto presenta un precio medio que sigue siendo a pesar de los últimos aumentos uno de los mas baratos dentro de Unión Europea.

Según el Banco Mundial hay estudios que demuestran que incrementos del precio del 10% hacen que el consumo disminuya en un 4% que podría llegar a ser de un 7% en el caso de los adolescentes.

Existe una relación lineal entre el consumo y el precio y se ha comprobado que esto sucede en países con ingresos altos o moderados.

Por lo tanto los gobiernos tienen disponen de una herramienta útil como es el aumento del precio de los cigarrillos con efecto demostrado en la reducción del consumo, siendo esta medida una de las recomendadas en la estrategia de la OMS¹⁵.

Siguiendo estas recomendaciones que preconiza la OMS se pueden conseguir resultados notables por una parte en cuanto a la reducción del número de fumadores y por otra en garantizar a los ciudadanos el derecho a respirar un aire no contaminado por el humo del tabaco.

11. Cochrane Database Syst Rev 2000;(2), CD 0001008.

12. Cochrane Databases Syst Rev 2002; (2), CD00009.

13. www.who.int/tobacco/mpower

14. COKKINIDES, V. *et al.* CA Cancer J Clin 2006; 56:135-142.

15. www.who.int/tobacco/mpower.

