

Resumen de la situación actual del tabaquismo en España: los avances conseguidos por el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo deben llegar también a las personas mayores

M.R. Ávila

Geriatra. Hospital Virgen de la Poveda. Madrid. España.
Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo. Madrid. España.

Unos 1.300 millones de personas consumen tabaco en el mundo, y cerca de 5 millones mueren cada año por enfermedades causadas por este hábito.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera al tabaquismo como una enfermedad adictiva crónica, incluida con el código F-17 en su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), y prevé que los casos de cáncer aumenten un 50% hasta 2020 (especialmente por la extensión del hábito de fumar entre las mujeres y en los países pobres).

En España, un estudio reciente comprobó lo siguiente:

1. Se estima que cada año mueren más de 55.000 españoles por culpa del tabaco; las principales causas de muerte asociadas al tabaco son el cáncer de pulmón y la enfermedad coronaria.

2. Existe un cambio en el perfil del fumador habitual, con un mayor consumo de tabaco por parte de las mujeres (hecho constatable a nivel mundial), por lo que es de esperar que a corto plazo se modifique su patrón de mortalidad, con predominio de las enfermedades más directamente relacionadas con el tabaquismo.

3. El coste económico derivado del tabaquismo (años productivos perdidos, bajas laborales, costes de asistencia sanitaria y de ayuda a la invalidez) supera la recaudación fiscal que genera.

Si nos centramos en el ámbito de la práctica geriátrica, el tabaco también constituye un serio problema, a pesar de que el consumo del mismo disminuye en los mayores de 65 años. Y es un serio problema tanto por la prevalencia en el consumo (en cuanto a más años de consumo previo y, por tanto, gran adicción) como por las consecuencias y/o complicaciones de enfermedades derivadas del mismo. En el anciano, múltiples estudios^{1,2} muestran una tendencia al incremento tanto de la morbilidad como de la mortalidad en los fumadores respecto a los no fumadores. Existe un mayor riesgo de enfermar por el tabaco³, en relación básicamente con 4 patologías: cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y cáncer de pulmón; la enfermedad cardiovascular y la patología oncológica son, respectivamente, la primera y la segunda causa de mortalidad en los mayores de 65 años.

El grueso de las enfermedades atribuibles al tabaquismo emerge unos 20-40 años después del inicio de su consumo, y en los que mantienen dicho hábito durante 40 o más años, 1 de cada 2 muere por causas relacionadas con el tabaco. Si a esto añadimos el progresivo envejecimiento de la población española, con un 17% aproximadamente de mayores de 65 años en este momento y previsiones del 21% para 2020⁴, se comprende que o bien se planifican e instauran programas de prevención (dirigidos más a la población joven de inicio en el hábito) y control del tabaquismo (aplicables a toda la población), o bien el sistema sanitario tendrá que asumir, como de hecho ya

ocurre, una creciente demanda asistencial de este tipo de patologías, que en el paciente anciano geriátrico (con las peculiaridades asociadas de comorbilidad, presentación atípica de enfermedades, cambios fisiológicos, etc.) se manifestarán como enfermedades de larga evolución, muy cronificadas y, en muchos casos, con múltiples episodios de reagudización e ingresos hospitalarios.

Pero además de las patologías previamente mencionadas, derivadas más directamente del tabaquismo, éste también produce efectos nocivos a otros niveles, como es el caso de la piel y el hueso.

En la piel, la nicotina produce un efecto vasoconstrictor y potencia la adhesividad plaquetaria. Como consecuencia, se reduce la perfusión tisular, con la consiguiente deshidratación crónica de la piel, al tiempo que se entorpece el proceso normal de curación de heridas. En definitiva, se produce mayor fragilidad de la piel con un mayor riesgo de heridas y úlceras cutáneas.

En cuanto a la afectación ósea, el tabaquismo es uno de los factores de riesgo que influyen en el desarrollo y/o aceleración de la osteoporosis⁵, tanto por su efecto sobre la disminución de masa ósea^{5,6} como por el incremento de reabsorción osteoclástica⁷. Esta patología tiene una alta incidencia y prevalencia en paralelo al mayor envejecimiento de la población y afecta, aproximadamente, al 30% de las mujeres posmenopáusicas y casi al 50% de los mayores de 75 años. La mayor complicación derivada de la misma son las fracturas (principalmente la fractura de cadera), que, a su vez, producen un aumento tanto de la morbilidad (deterioro funcional, úlceras por presión, trombosis venosa, etc.) como de la mortalidad⁸ (las fracturas cervicales de fémur tienen un 25% de mortalidad en el primer año).

Sin embargo, y a pesar de todo lo comentado, es relativamente frecuente cuestionar la utilidad de dejar de fumar en edades avanzadas, aunque lo cierto es que se producen beneficios significativos⁹⁻¹¹, como:

1. Evitar o reducir el riesgo de enfermedades como las cardiopatías, las enfermedades respiratorias y el cáncer.
2. Estabilizar patologías de base, como la EPOC, evitando mayor número de reagudizaciones.
3. Prolongar la vida y mejorar la calidad de la misma^{3,12}.
4. Disminución del coste sanitario; todo lo comentado previamente tiene su traducción económica: el 14% del total de las estancias hospitalarias¹³ y el 6,3% de las consultas en atención primaria, a lo que habría que añadir el gasto farmacéutico.
5. Disminución del coste social relacionado con los gastos, más específicos de la población anciana, derivados de las consecuencias de la cronicidad y la incapacidad (sobrecarga familiar, ayuda social, institucionalización...).

En el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) los últimos meses han sido especialmente motivadores, ya que desde el ámbito político y social se han manifestado actitudes favorecedoras en relación a la prevención y promoción del control del tabaquismo, con una mayor presencia en los medios de comunicación. Un ejemplo reciente es la publicación en *El País*, con fecha 6 de abril de 2004, en la que se pone de manifiesto la importancia del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la OMS, que se comenzó a negociar en 1999 y, finalmente, se adoptó en mayo de 2003. El objetivo prioritario del mismo es reducir la mortalidad y la morbilidad asociadas al tabaquismo en el mundo, para lo cual los países que lo ratifiquen deberán imponer restricciones en la publicidad, patrocinio y promoción del tabaco, establecer nuevos etiquetados, controlar el aire en espacios cerrados y reforzar la legislación contra el contrabando.

A finales de marzo de 2004, un centenar de países y la Unión Europea en bloque ya habían firmado el convenio, lo cual supone un gran avance en la lucha contra el tabaquismo. Queda pendiente, no obstante, el proceso de ratificación y puesta en marcha del mismo.

Precisamente en esa línea se ha estado trabajando desde la creación del CNPT, con diferentes proyectos e ideas que en la actualidad, en este contexto político y social favorecedor, se están finalmente materializando.

Sirvan de ejemplo la transposición de la Directiva Europea, de mayo de 2003, en relación a la publicidad de producto con las advertencias en las cajetillas, o la primera campaña pública mediática, de ámbito nacional, dirigida a jóvenes (hoy por hoy, casi el 95% de los fumadores empiezan a fumar antes de los 18 años, y la naturaleza adictiva del producto garantiza el consumo durante 20-40 años más).

La aprobación en febrero de 2003 del Plan Nacional de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo puede considerarse otro gran avance, y el CNPT participó en la última Comisión Intersectorial de Dirección de dicho plan en diciembre de 2003. El Plan Nacional ha sido dotado por primera vez de presupuesto propio en 2004, con un total de 4,7 millones de euros, si bien es cierto que aún no se sabe cómo se van a emplear.

El consumo de tabaco ha sido reconocido como la causa aislada más importante de morbilidad y mortalidad prematura prevenible en los países desarrollados¹⁴, y no sólo teniendo en cuenta al grueso de los fumadores activos sino también a los «fumadores pasivos» (aproximadamente el 25% de la población) en los que, aunque difícil de cuantificar, también es una causa inequívoca de cáncer de pulmón y de aumento en la frecuencia y gravedad de infecciones respiratorias.

Precisamente, en relación con esto, se han conseguido algunos tímidos avances en lo referente a espacios sin humo en algunos hospitales públicos, con buena predisposición por parte de las administraciones públicas para avanzar en este aspecto pero sin que se hayan concretado medidas específicas (la tasa de incumplimiento de los espacios sin humo según la legislación vigente supera el 45%).

Finalmente, quiero hacer referencia a la situación actual de los distintos abordajes terapéuticos.

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2001, el 34,4% de la población general española mayor de 15 años consume tabaco; de ellos, alrededor del 56% quiere dejar de fumar y sólo entre el 2 y el 4% de los intentos que los fumadores españoles realizan por dejar de fumar se acompañan del tratamiento adecuado.

Diversas encuestas realizadas en España muestran que cada vez son más los profesionales sanitarios que se implican en las medidas de control del tabaquismo, y entre ellos destacan los neumólogos (87,4%) y los médicos de atención primaria (79,7%).

Las evidencias científicas disponibles permiten considerar como fármacos de primera línea para la deshabituación tabáquica la terapia sustitutiva de nicotina (TSN), en sus distintas presentaciones, y el bupropión. Sin embargo, no son financiados por la sanidad pública, lo cual dificulta, especialmente a los sectores de menor nivel socioeconómico, el acceso a los mismos y el buen cumplimiento terapéutico. En mayo del 2003, en el periódico *ABC* se hizo referencia a este problema, y como trámite previo necesario se propuso el estudio y evaluación del coste-beneficio de estos tratamientos. Dicho estudio fue llevado a cabo por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) del Instituto de Salud Carlos III y se publicó el 24 de marzo de 2004. Las conclusiones del mismo son, básicamente:

1. El tratamiento farmacológico es muy eficaz, aunque queda por matizar la efectividad a medio y largo plazo (es decir, el mantenimiento de la abstinencia durante periodos superiores a un año).
2. Los programas de detección y tratamiento del tabaquismo se consideran altamente coste-efectivos en términos de coste por año de vida ganado.

En España hay un cierto número de Unidades Especializadas en Tabaquismo (UET) que atienden a fumadores con problemas clínicos, a los que ofrecen tratamiento psico-

lógico y farmacológico especializado y realizan tareas de formación y sensibilización. Sin embargo, su cobertura es irregular y su pervivencia frágil, ya que no pueden cubrir la demanda que reciben y dependen del esfuerzo local de profesionales y gestores.

Según el CNPT, se debería contemplar la financiación total o parcial de los tratamientos farmacológicos, aunque para ello, de forma inicial, se estableciera a partir de requisitos médicos o sociales para esta prestación (padecimiento de determinadas enfermedades agravadas por el consumo, zonas de mayor prioridad social o sanitaria).

Asimismo, es evidente que no sólo se debería hacer un esfuerzo por mantener las UET existentes sino, lo que es más importante, potenciar la proliferación de las mismas con el fin de poder trabajar de forma conjunta con cada área sanitaria, ofreciendo una cobertura asistencial más homogénea y equitativa.

El anciano fumador, como ya se ha comentado, tiene una gran adicción debido al consumo previo de tabaco tan prolongado. Además, algunas de sus principales patologías de base están relacionadas, en mayor o menor medida, con dicho hábito, por lo que «el daño ya está hecho». Todo ello dificulta la concienciación del beneficio de dejarlo. Además, muchos de ellos tienen polifarmacia, menor nivel socioeconómico, ausencia de cuidador principal, etc., todo lo cual entorpece el adecuado cumplimiento terapéutico. Por todo esto, y según las posibilidades terapéuticas ofrecidas por las UET, el anciano fumador se beneficiaría en gran medida de la inclusión en las mismas.

Hemos de seguir trabajando en los proyectos previamente comentados, y en otros nuevos que están surgiendo, con el fin de continuar su desarrollo e implantación. Para ello es imprescindible una mayor concienciación y participación de todos los profesionales sanitarios. Somos el punto de referencia ineludible de múltiples consultas en nuestra labor asistencial diaria, y debemos y tenemos que saber aprovecharlo para realizar labores de prevención y promoción del control del tabaquismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. La Croix AZ, Lang J, Scherr P. Smoking and mortality among older men and women in three communities. *N Eng J Med* 1991;324:1619-25.
2. Mora Fernández J. El tabaco. En: Ribera Casado JM, Gil Gregorio P, editores. Factores de riesgo en la práctica geriátrica. Madrid: Edimsa, 1996; p. 101-9.
3. La Croix AZ, Omenn GS. Older adults and smoking. *Clin Geriatr Med* 1992;8:69-87.
4. Informes, estudios y documentos del Defensor del Pueblo. La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Madrid: 2000; p. 59-62.
5. Martínez Llamas A. Patología del consumo de tabaco. Madrid: Glosa, 1989.
6. Yin L, Morita A, Tsuji T. Alterations of extracellular matrix induced by tobacco smoke extract. *Arch Dermatol Res* 2000;292:188-94.
7. Black CE, Huang N, Neligan PC, Levine RH, Lipa JE, Lintlop S, et al. Effect of nicotine on vasoconstrictor and vasodilator responses in human skin vasculature. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol* 2001;281:R1097-104.
8. Randell AG, Nguyen TV, Bhalerao N, Silverman SL, Sambrook PN, Eximan JA. Deterioration in quality of life following hip fracture: a prospective study. *Osteoporos Int* 2000;11:460-6.
9. Cox JL. Smoking cessation in the elderly patient. *Clin Chest Med* 1993;14:423-8.
10. Ruchlin HS. An analysis of smoking patterns among older adults. *Med Care* 1999;37:615-9.
11. Dale LC, Olsen DA, Patten CA, Schroeder DR, Craghan IT, Hurt RD, et al. Predictors of smoking cessation among elderly smokers treated for nicotine dependence. *Tob Control* 1997;6:181-7.
12. Boyd NR. Smoking cessation: a four-step plan to help older patients quit. *Geriatrics* 1996;51:52-7.
13. Guillén Llera F, Ribera Casado JM, et al. Geriatria XXI. Análisis de las necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. Madrid: Edimsa, 2000; p. 89-91.
14. Banegas Banegas JM, González Enríquez J. Impacto sanitario y mortalidad atribuible al consumo de tabaco. En: Comité Nacional Para la Prevención del Tabaquismo, editor. Libro Blanco sobre el tabaquismo en España. Barcelona: Glosa Ediciones, 1998; p. 111-24.