

Apuesta por el futuro en la prevención del tabaquismo

Sr. Director: La relación entre el hábito de fumar y la cardiopatía coronaria está bien documentada. Igualmente, existe evidencia científica acerca del papel del tabaco como factor de riesgo para los cánceres de esófago, cavidad oral, faringe, laringe, pulmón, vejiga urinaria, páncreas y pelvis renal. No se puede discutir su papel etiológico en numerosas afecciones pulmonares como la EPOC. La enfermedad vascular periférica, el retraso del crecimiento intrauterino y el bajo peso al nacer están igualmente asociados al tabaquismo. Últimamente, ha quedado bien establecida la importancia del tabaco para los fumadores pasivos quienes, sin ánimo de una sobrevaloración de tipo intuitivo, ven multiplicado el riesgo de padecer cáncer de pulmón.

El tabaquismo es un factor de riesgo muy prevalente en España y constituye, hoy día, uno de los problemas de salud pública de mayor importancia. Según la Encuesta Nacional de Salud de 1997, la prevalencia del consumo de cigarrillos es del 35,7%, valor inferior al observado en 1987, que fue del 38,15%. Es evidente que los patrones de consumo de tabaco varían considerablemente según numerosas variables, entre las que destacamos el sexo y la edad. Así, el 44,8% de los varones son fumadores frente al 27,2% de las mujeres. Al analizar la evolución del tabaquismo en España desde 1987 a 1997, podemos observar que el consumo de tabaco en el sexo masculino ha descendido sensiblemente (del 55 al 44,8%), en contraposición al aumento que ha experimentado el consumo en el femenino (del 23 al 27,2%). En este sentido, es el grupo de mujeres de edades comprendidas entre 25 y 44 años el que presenta una prevalencia más elevada. Este aumento de mujeres jóvenes fumadoras previsiblemente tendrá repercusiones sanitarias a medio y largo plazo en la mortalidad por cáncer, enfermedades cardiovasculares y respiratorias.

Son más de 70.000 estudios los que evidencian los efectos nocivos que el tabaco tiene para la salud y los que establecen la asociación entre su consumo y un incremento de la mortalidad en la población. Según el último estudio publicado sobre mortalidad atribuible al tabaquismo en España, el tabaco ha ocasionado la muerte de 621.678 personas, durante el período 1978-1992. En ese mismo período, las muertes atribuibles al consumo de tabaco, en población mayor de 35 años, han pasado de 37.259 a 46.226. Se estima que un 50% de los fumadores que inician el consumo en la adolescencia morirá de alguna enfermedad relacionada con el tabaco y que en el año 2025 serán 10 millones de personas las que morirán anualmente a causa de su consumo. Muchas de esas muertes serán

prematuras, ya que la mayoría de la mortalidad atribuible al tabaco ocurre en gente joven con una elevada esperanza de vida.

Los métodos para calcular el riesgo cardiovascular son múltiples. La tabla de predicción de riesgo coronario del estudio Framingham, las tablas de las sociedades europeas, británicas o de Nueva Zelanda, la tabla de Sheffield, o recientemente el documento de la OMS-SIH, utilizan diferentes formas de calcular el riesgo coronario, pero todos ellos tienen en común el reconocimiento del tabaco como importante factor de riesgo cardiovascular. Las recomendaciones del PAPPS son claras señalándolo, además, como una prioridad en la prevención cardiovascular. El Código Europeo contra el Cáncer ha tenido una repercusión muy positiva entre la población. Entre sus recomendaciones incluye como prioritaria: "no fume". La Organización Mundial de la Salud dice que el tabaco mata a más de 4 millones de personas cada año.

Los equipos de atención primaria (EAP) tienen una situación privilegiada para desarrollar intervenciones preventivas. El programa de ayuda al fumador (PAF) es una intervención sistemática y estructurada sobre los fumadores, en el contexto de la atención primaria, que incluye como elemento central el consejo breve y oportunista. El consejo médico para dejar de fumar ha demostrado ser una de las intervenciones preventivas más eficientes.

Nosotros no podemos olvidar que la primera causa de mortalidad en España es actualmente el conjunto de enfermedades cardiovasculares (accidentes cerebrovasculares en mujeres y cardiopatía isquémica en varones), ni tampoco que el consejo claro, firme y breve ha demostrado reducir el hábito tabáquico únicamente entre un 5 y un 9%. El tabaco es la principal causa aislada de muerte prematura y evitable. Se sabe que sólo del 30 al 70% de los fumadores reciben consejo para dejar de fumar y que el mayor porcentaje de recaídas, una vez que se ha abandonado el hábito, ocurre durante los primeros 2 meses.

Si enfocamos el problema desde el punto de vista del derecho sanitario, una de sus principales bases es la oportunidad justa, es decir, requiere que todo el mundo tenga igual acceso a cualquier tratamiento o intervención que esté disponible. Ofertar a toda la población fumadora un programa de deshabituación lleva implícita una sobrecarga asistencial enorme, que en la mayoría de los casos resultará difícil de asumir por los EAP. Todo ello nos lleva a plantearnos si el estándar respecto a esta medida preventiva, que hasta ahora alcanzamos en los EAP, puede considerarse óptimo.

Actualmente, la mayoría de los programas especializados se llevan a cabo en los hospitales, donde existen unidades de deshabituación. La implantación en los centros de salud de unidades similares parece lógica, si creemos que el mayor peso de la prevención debe recaer en la atención primaria.

Proponemos la realización de estudios acerca de la eficacia de otras medidas preventivas llevadas a cabo desde los EAP que vayan más allá del consejo oportunista, como pudiera ser la realización de programas de deshabituación que alcancen a determinados grupos poblacionales de riesgo social (chicos y chicas adolescentes), sanitario (broncopatas, diabéticos, hipertensos, etc.) y el estudio de medidas de captación activa, como el envío de cartas al domicilio de estos pacientes (de fácil identificación gracias a los actuales sistemas de registro) o mediante llamada telefónica, ofreciendo a los usuarios la participación en un proyecto de deshabituación e informándoles de los beneficios de un seguimiento temporal. Creemos que sería muy interesante la introducción de formación continuada en actividades de este tipo (aprendizaje de nuevos conocimientos, nuevas terapias, etc.) entre los profesionales sanitarios de atención primaria, quienes deben implicarse de una forma activa en el tratamiento de esta drogodependencia. Paralelamente, sería necesario concienciar a las autoridades sanitarias de la relevancia del problema, con el fin de mejorar los recursos disponibles (humanos, económicos, materiales), puesto que cualquier medida de mejora en esta dirección está abocada al fracaso si al mismo tiempo no se acompaña de un incremento de los recursos.

Anualmente, la Sociedad Española de Medicina Familiar celebra la *Semana sin Humo*. Felicitamos esta iniciativa de acercamiento y facilitación de información a la población que acude a los centros de salud. El pasado mes de junio la OMS se pronunció señalando la idoneidad de reducir la publicidad acerca del tabaco y promover la prohibición de las campañas de *marketing* que incentivan a la población a iniciarse (o continuar) en el consumo del tabaco. A su vez, el Ministerio de Sanidad y Consumo realiza algunas actuaciones puntuales dirigidas a promover vidas sin tabaco entre los jóvenes (a través de un convenio anual que en materia de educación para la salud se firma desde 1989 con los Departamentos de Educación, Cultura y Deporte e Interior), a ampliar los espacios sin humo (a través de medidas educativas y legislativas) y a ayudar a la población fumadora a que abandone el hábito (programa de prevención de tabaquismo en profesionales sanitarios).

Nosotros apostamos por la rentabilidad de nuevas estrategias de intervención y animamos a las autoridades públicas, sociedades científicas, EAP, laboratorios farmacéuticos, etc., a fomentar el estudio y la práctica de aquéllas.

ESTHER THOMAS CARAZO^a y MARÍA JOSÉ NADAL BLANCO^b
 Doctoras en Medicina y Cirugía. Médicos especialistas
 en Medicina Familiar y Comunitaria
^aCentro de Salud Mar Báltico. INSALUD.
 Área IV. Madrid
^bServicio Normal de Urgencia
 C/ Ferial, 31. 19002 Guadalajara.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Alonso Gordo JM. El tabaco y los médicos. *Semergen* 1997; 23: 347-348.
 Alonso JM, Bellas B, Cierco P, Gálvez J, Martín N et al. Prevención del cáncer. *Aten Primaria* 1999; 24 (Supl 1): 76-80.

- Alonso JM, Martínez JA, Arribas J, Sánchez Seco P, Cuesta M, Provençio R. Tabaquismo en atención primaria: la opinión de los profesionales del Área de Salud de Guadalajara. *Aten Primaria* 1997; 19: 412-417.
 Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Libro blanco sobre el tabaquismo en España. Barcelona: Glosa Ediciones, 1998.
 Córdoba R, Ortega R, Cabezas C, Forés D, Nebot M. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria* 1999; 24 (Supl 1): 118-132.
 Defunciones según causa de muerte, 1994. Madrid: INE, 1997.
 González J, Rodríguez F, Banegas JR, Villar F. Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España. Corrección y actualización de los datos. *Med Clin (Barc)* 1989; 92:79.
 Marín C, Jané C, Nebot M. Evaluación anual de un programa de ayuda al fumador. *Aten Primaria* 1993; 12: 86-90.
 Martín C, Córdoba R, Jané C, Nebot M, Galán S, Aliaga M et al. Evaluación a medio plazo de un programa de ayuda a los fumadores. *Med Clin (Barc)* (en prensa).
 Martínez JA, Alonso JM, Arribas J, Sánchez Seco P, Cuesta M, Provençio R. Características del tabaquismo en el personal de Atención primaria del Área de Salud de Guadalajara. *Rev Esp Salud Pública* 1996; 70: 51-56.
 Nadal Blanco MJ, Magro Perteguer R, Gil Zazosa LF, Sánchez Hernández IM, Guinea Jaime J. Consumo de tabaco en la población de 20 a 44 años del Área de Salud de Guadalajara. *Semergen* 1999; 25: 395-403.
 Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation; evidence based recommendations for the health care system. *Br Med J* 1999; 318: 182-185.
 Russell MAH, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioners advice against smoking. *Br Med J* 1979; 2: 231-235.
 Russell MAH. Motivation and treatment in smoking cessation. Ponencia en: VI Congreso Internacional para la Medicina Familiar y XVI Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Granada, 1996.
 Villar F, Maiques A, Brotons C, Torcal J, Lorenzo A, Villaseca J et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Aplicaciones prácticas del riesgo cardiovascular. *Aten Primaria* 1999; 24 (Supl 1): 66-75.

Ética, estética, receta electrónica y acceso a la historia clínica

Sr. Director: En la España de las autonomías no es fácil estar al día de las iniciativas locales. Se oyen y se leen cosas, pero nunca se sabe si finalmente se llevan a cabo, y si persisten. El editorial de López Abuín¹ da información y noticias sobre Galicia y sobre el control de las recetas, que me cuesta creer. Bajo el apartado de "Tratamientos revisados por farmacéuticos" informa acerca de la supervisión de tratamientos por farmacéuticos que tienen acceso a las historias clínicas, para determinar si los tratamientos son "adecuados". Además, también comenta la implantación de recetas "electrónicas", con información del estado de salud del paciente accesible a particulares. En torno a la prescripción de los médicos gallegos se ha iniciado, pues, un asalto a la ética médica falto de estética, con el control del gasto como telón de fondo. Me cuesta creerlo, tanto en lo que respecta a la iniciativa política como a la falta de respuesta ciudadana y profesional.