

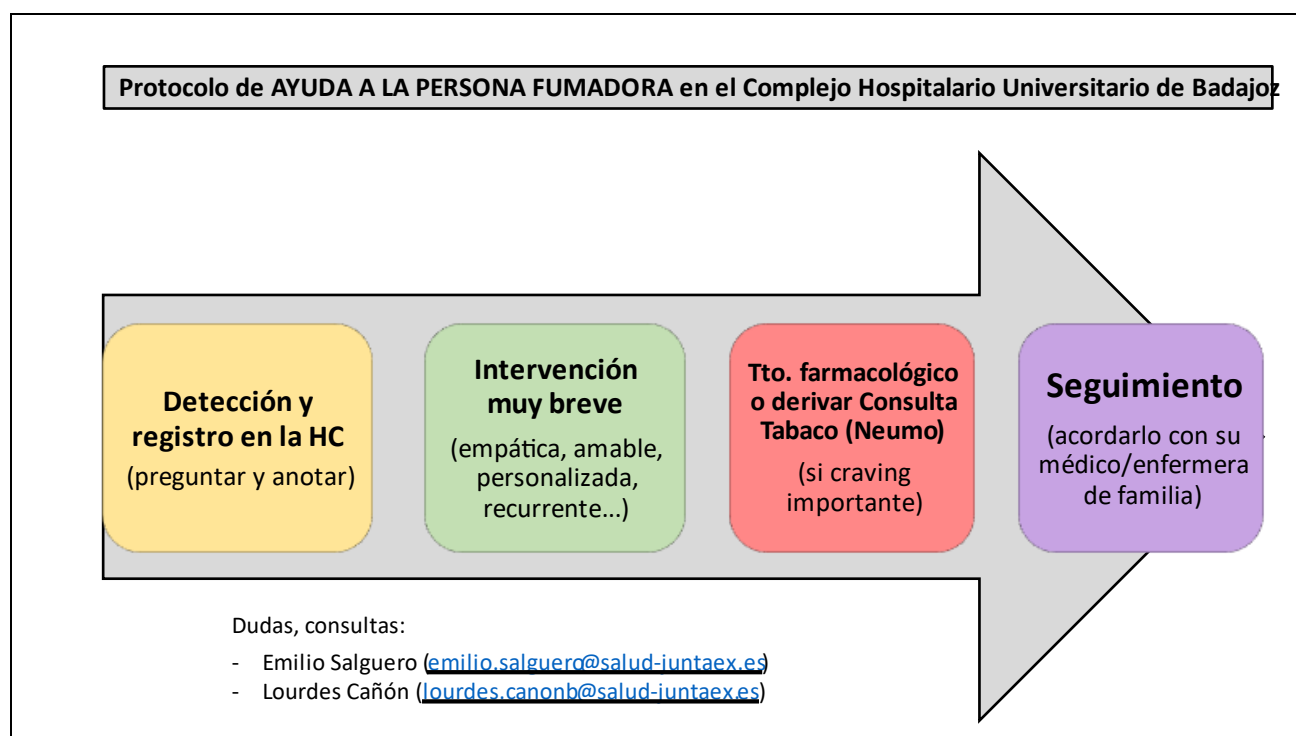
Programa de ayuda a la persona fumadora hospitalizada en el CHUB

Resumen

El tabaquismo es una **enfermedad** muy adictiva, que aporta un elevadísimo riesgo de muerte precoz, sufrimiento y discapacidad a las personas que la padecen. Su tratamiento es sencillo, y resulta efectivo en una relevante proporción de personas tratadas, mayor en las personas más motivadas al abandono. Tratar el tabaquismo (con intervenciones breves o más intensivas) presenta una relación beneficio-riesgo y coste-efectividad muy favorables, que es aún mejor cuando se realiza mientras el fumador está hospitalizado.

El Programa tiene como objetivo final lograr el abandono completo del consumo de tabaco, en el mayor número posible de personas fumadoras atendidas en el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, mediante su **identificación**, la **intervención** sobre ellas, realizando intervenciones muy breves, en las que se animará a la persona fumadora a intentar el cese completo del consumo, se le prestará apoyo en ese proceso, y, en las personas que sea necesario, se indicará tratamiento farmacológico específico o se derivarán a la Consulta de Deshabitación Tabáquica del HUB). Finalmente, se contactará (telefónicamente o por correo electrónico) con su médico o enfermera de familia, para **promover su seguimiento** al menos durante un mes tras el alta hospitalaria, pues ello casi duplica la efectividad de la intervención intrahospitalaria.

Fig. 1. Esquema del Programa



Justificación del Programa

Según la OMS, el tabaquismo es una enfermedad, un trastorno del comportamiento, crónico, con frecuentes recaídas, **tratable y curable**. Considerado como el **principal problema de salud pública** en España, lo es aún más en Extremadura, región que presenta el mayor porcentaje de fumadores diarios de todas las CC. AA., y en la que menos ha disminuido la prevalencia de esta enfermedad en los últimos años.¹ Así, nuestra región es la primera en tasas de muertes por cáncer de pulmón y por EPOC, dos entidades típicamente asociadas al tabaquismo.

Son consistentes las evidencias de que **más de la mitad de las personas** que comenzaron a fumar siendo jóvenes, y que no dejen de fumar, **morirán precozmente** (unos 12 años antes, respecto a una persona de sus características que no fume) por una enfermedad derivada del consumo de tabaco.²

Las encuestas realizadas en España muestran que **dos de cada tres fumadores desean dejar de fumar**³. Pero la potente adicción al tabaco es muy difícil de superar sin ayuda: sólo el 7-8% de los fumadores lo consigue por sí mismos⁴, porcentaje que se incrementa hasta cuadruplicarse⁵ si la persona fumadora cuenta con la **ayuda de un profesional sanitario**.

El tratamiento del tabaquismo es sencillo y precisa de escasos recursos tecnológicos. Se sustenta en dos pilares: la **intervención psico-conductual** (que constituye la base del tratamiento) **y el tratamiento farmacológico**, en aquellos fumadores que lo necesiten.

Dentro de las **estrategias más efectivas** en el abordaje del tabaquismo, la **intervención muy breve** (entrevista de menos de 3 minutos) realizada de forma empática y personalizada por un profesional sanitario, incrementa en un 50% las probabilidades de que esa persona realice un intento (“otro”, con frecuencia) para dejar de fumar. Son muy consistentes las evidencias de que la intervención muy breve representa el **“patrón oro”, en términos de coste-efectividad, entre todas las intervenciones clínicas preventivas** que se realizan en los países desarrollados^{6,7}. De hecho, las evidencias le otorgan el máximo valor, en términos de coste-utilidad, el mismo que muestran las vacunaciones de los niños⁸. Los estudios realizados en España indican que ofrecer **un breve, empático, motivador y personalizado consejo, mejor acompañado de un folleto impreso que lo apoye, produce el abandono definitivo del consumo de tabaco en alrededor del 4-5% de los sujetos** sobre los que se interviene^{6,7}, porcentaje que se incrementa si el consejo se repite en sucesivas ocasiones.

Por otro lado, **el hospital** supone el lugar ideal para intervenir, pues es donde el proceso de deshabituación tabáquica posee **mayores probabilidades de éxito**:

- Por encontrarse el paciente en un **ambiente libre de tabaco**, donde no puede fumar, donde nadie fuma, donde el ambiente es “saludable”, “para curarse”.

- Porque la persona fumadora presenta, durante su estancia hospitalaria, la **mayor motivación posible** para dejar de fumar: sufre un proceso patológico, probablemente de gravedad, puede que relacionado con el consumo de tabaco (infarto de miocardio, reagudización de EPOC, neoplasia laríngea, obstrucción arterial, etc.), lo cual constituye el mayor estímulo posible para intentar dejar de fumar de una vez por todas.

- Porque es probable que sea consciente (así lo indican las evidencias) de que, **si deja de fumar, la curación/mejoría de la enfermedad causante del ingreso hospitalario se producirá más rápidamente**, aumentará la eficacia de los tratamientos utilizados (médicos y/o quirúrgicos) y la probabilidad de complicaciones intrahospitalarias será menor.

- **Por estar rodeado, durante las 24 horas, de diferentes profesionales sanitarios**, que pueden, en diferentes momentos y de diferentes maneras, realizar sucesivas intervenciones breves, y prestarle el apoyo y la ayuda necesaria (consejo sanitario y fármacos, cuando sean necesarios) para el mantenimiento de la abstinencia.

- Porque el **cambio de entorno, de horarios, de actividades**, de personas con las que se relaciona, etc., le ayudará a **romper las rutinas que le llevaban a fumar**. Romper esas rutinas constituye uno de los pilares de la intervención psico-conductual del tabaquismo, por lo que sólo este hecho ya favorece notablemente el éxito de la intervención.

Objetivos. Metodología

El objetivo final el Programa es reducir la prevalencia de tabaquismo en nuestro contexto geográfico, **promoviendo el abandono del consumo de tabaco en las personas atendidas en el CHUB**. Ayudarles a dejar de fumar redundará en una importante mejora de la calidad y la cantidad de su vida, reducirá notablemente el riesgo de enfermedad que supondría un importante sufrimiento para él y su familia, y producirá claros beneficios económicos, asistenciales, etc., tanto para las ellos como para nuestro sistema público de asistencia sanitaria, pues las personas fumadoras suponen un sobre coste socio-sanitario importante.

Operativamente, las actividades fundamentales del Programa son tres (figs. 1 y 2):

1. Identificar a todas las personas fumadoras, mediante pregunta directa y anotación en su Historia Clínica a toda persona atendida en cualquier Servicio o Unidad del CHUB: urgencias, consultas, planta, etc., especialmente en las personas ingresadas en el hospital, pues se ha demostrado que, en aquellas personas fumadoras que se realizó el screening y la anotación en la HC, la probabilidad de intervención posterior sobre su tabaquismo es mayor, y por ello, son mayores las probabilidades de éxito, de curación.⁹

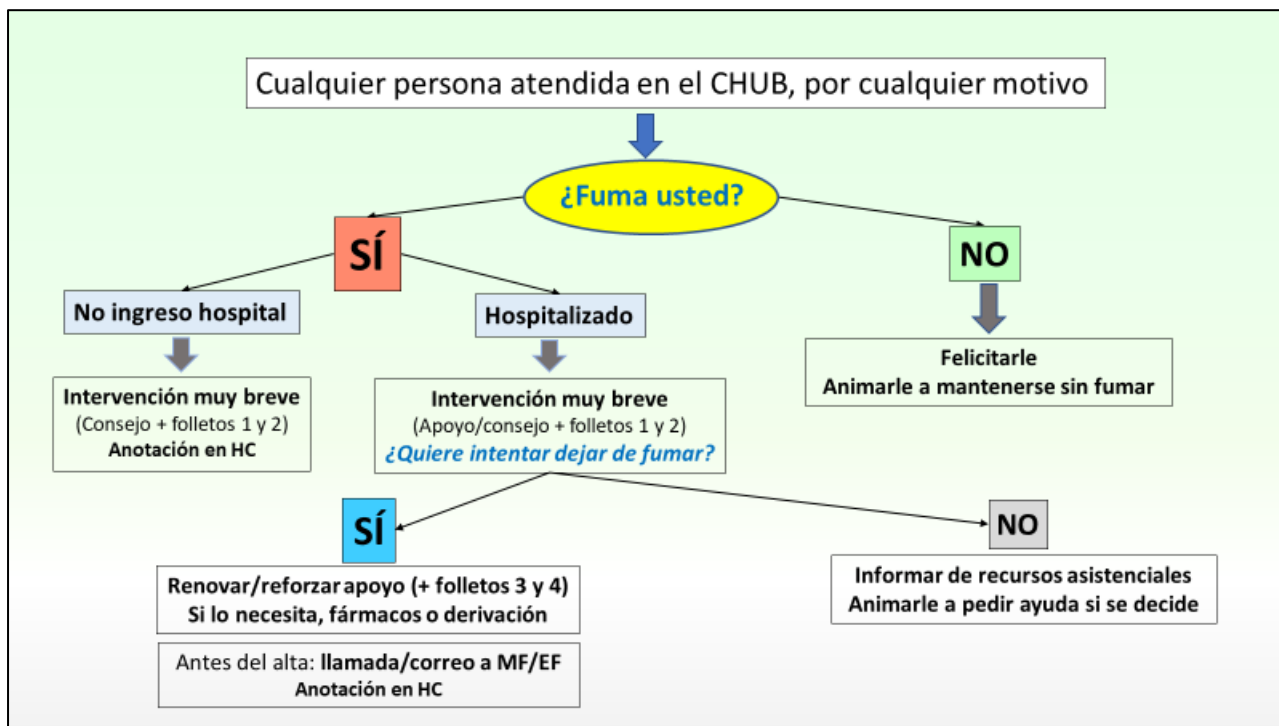
2. Intervenir sobre la enfermedad tabáquica, realizando **intervención/es muy breve/s** en todas las personas fumadoras: consejo empático y personalizado, animándole a realizar un intento definitivo de cesación, apoyado con la entrega de folleto/s motivadores e informativos.

2.1 En los pacientes motivados a intentar el abandono del consumo, prestar **apoyo psico-conductual** durante su estancia hospitalaria, y, en los que sea necesario, prescripción de **tratamiento farmacológico** específico de primera línea (terapia sustitutiva de nicotina o citisina, sobre todo), **o** bien proceder a su **derivación**: a la Consulta de Deshabituación Tabáquica del HUB si está ingresado, o a su médico de familia, si va a ser dado de alta hospitalaria en breve o no precisa ingreso.

2.2 En los pacientes no motivados a realizar un intento de cesación, **informarles de los recursos asistenciales** donde puede encontrar ayuda para dejar de fumar, y **animarlos a pedir dicha ayuda** cuando se sientan motivados a intentarlo.

3. Asegurar el seguimiento de la persona fumadora, tras el alta hospitalaria, por parte de su **médico o enfermera de familia**, mediante contacto telefónico o por correo electrónico con él/ella. Realizar seguimiento durante las 4 semanas posteriores al alta ha demostrado **multiplicar por 1,7 la efectividad** de nuestra intervención en el hospital.^{9,10}

Fig. 2 Algoritmo de intervención



Además de estas actividades, el Programa desarrollará otras actuaciones:

1. Formación, capacitación: En sesiones clínicas (generales o del servicio/unidad), a los distintos colectivos (residentes, adjuntos, personal de enfermería, etc.), intentando sensibilizar, motivar y capacitar a los profesionales en una eficiente ayuda a la persona fumadora, en el correcto abordaje del tabaquismo. Sobre todo, en los fundamentos de la intervención psico-conductual, sin dejar de lado el manejo adecuado de los fármacos específicos (muy pocos y de sencillo manejo) para ser usados cuando sea necesario.

También se animará al resto del personal (auxiliares de clínica, celadores, administrativos, etc.), a realizar intervenciones muy breves, empáticas y motivadoras, en los breves contactos que tengan con las personas fumadoras a lo largo de su jornada laboral.

(Es una recomendación consistente, con calidad de la evidencia alta, que todos los profesionales que atienden al paciente deben intervenir sobre el tabaquismo del mismo).⁹

2. Asesoría, acompañamiento: Se ofrecerá apoyo y asesoría a través del teléfono, del correo electrónico y también de manera presencial, a todos los profesionales que lo soliciten,

para **resolver las dudas** que surjan en su relación con las personas fumadoras. En la figura 1 de este documento y en el anexo 7 puedes ver nuestros emails.

Se propondrá redactar un **protocolo de actuación**, consensuado, con líneas comunes para todos los servicios y pacientes, sin perjuicio de hacerlo en algunos servicios específicos.

3. Investigación: la intervención generará unas actividades y unos resultados que deberían ser recogidos y analizados, pues pueden aportar datos muy útiles a la comunidad científica, que ayuden a mejorar la atención a las personas fumadoras.

4. Extensión del programa a otros hospitales: tras un tiempo de experiencia en los hospitales de Badajoz, se propondrá a otros centros hospitalarios de la región extremeña que inicien programas similares. Se ofrecerá la ayuda y asesoría que precisen para ello.

Aplicabilidad. Beneficios esperados

Se espera que la intervención sea **efectiva y muy coste-efectiva**, pues son mínimos los recursos necesarios para desarrollar el Programa (unos breves minutos de nuestro tiempo con la persona que atendemos) y elevados los posibles beneficios que podemos obtener.

Esperamos que los resultados sirvan para animar a los gestores sanitarios a incorporar, de forma sistemática, esta ayuda, a estas personas, en los hospitales extremeños. Como se viene realizando en algunos hospitales de otras comunidades autónomas (Murcia, País Vasco, Cataluña, Cantabria, etc.) y de otros países.

Cabe esperar grandes beneficios para los pacientes intervenidos, pues las experiencias publicadas muestran tasas elevadas de abandono del consumo de tabaco con este tipo de actuaciones, lo que supondrá que un número no desdeñable de personas abandonarán el consumo de tabaco, reduciendo con ello de forma notable su riesgo de enfermar, de presentar agravamientos o complicaciones de las enfermedades preexistentes, de mejorar su calidad de vida y de beneficiarse de un ahorro económico relevante, algo socialmente importante, pues son los estratos socio-económicos más desfavorecidos los que presentan las prevalencias más altas de tabaquismo.

Además, lograr ayudar con éxito a (parte de) los fumadores ingresados, a abandonar el consumo de tabaco, ofrece **beneficios para el propio hospital y para el sistema público sanitario** al que pertenece, en varios aspectos:

- Menor riesgo de complicaciones (médicas y quirúrgicas).
- Mejoría a más corto plazo del proceso que motivó el ingreso hospitalario, en un elevado porcentaje de pacientes.
- Reducción de ingresos futuros por procesos patológicos similares.
- Tiempos de ingreso más cortos.
- Ahorro en costes asistenciales, por los motivos anteriores.
- Papel ejemplar del hospital respecto al tabaquismo (es una recomendación de la Organización Mundial de la Salud).

- Constituirse (el centro hospitalario) en referente de calidad asistencial.

Resumen de recomendaciones (según las evidencias conocidas):

- **El consejo sanitario ha demostrado ser eficaz para ayudar a los fumadores hospitalizados a dejar de fumar.** Este consejo debe explicar claramente los beneficios que se asocian al abandono del consumo de tabaco y poner de manifiesto los riesgos de éste. El consejo puede ser de diferente intensidad y duración. **A mayor intensidad, duración y número de veces que se realice durante el periodo de hospitalización, mayor será su eficacia.** Es recomendable que el consejo se acompañe de la **oferta de material escrito o audiovisual**, que enfatizará lo expuesto en la intervención oral. *Esta es una Recomendación consistente de Alta calidad de evidencia.*⁹

- Cuando el consejo sanitario de abandono del consumo de tabaco que se proporciona en el hospital es impartido por diferentes profesionales sanitarios, cuando se acompaña de materiales de autoayuda y, sobre todo, **cuando se prolonga durante al menos un mes, después de la estancia hospitalaria, la efectividad del mismo es más alta que la del tratamiento habitual** (RR de 1,7, IC del 95%).^{9,10}

- La eficacia del consejo sanitario intensivo se incrementa significativamente cuando se añade tratamiento con **terapia sustitutiva con nicotina (TSN) o vareniclina.** Los estudios no han encontrado mayor eficacia añadiendo bupropion respecto al consejo sanitario en exclusiva. *Esta es una Recomendación consistente de Alta calidad de evidencia.*^{9,10}

- **Es necesario preguntar a todos los pacientes que ingresen en un hospital sobre su consumo de tabaco y registrarlo en su historia clínica.** *Esta es una Recomendación consistente con Alta calidad de evidencia.*^{9,10}

- **Es recomendable que todos los centros hospitalarios dispongan de sistemas electrónicos de alerta** para los profesionales sanitarios, **que recojan** siempre en la historia clínica de los pacientes ingresados **el consumo de tabaco**, pues esta estrategia ha sido identificada por la Clinical Practice Guideline, del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, como eficaz para incrementar de forma significativa (3,1 veces más) el número de intervenciones, por parte de los profesionales sanitarios, sobre el tabaquismo de los pacientes hospitalizados.⁹

- **Es importante que la intervención sobre el tabaquismo de los pacientes ingresados sea realizada** de forma conjunta (complementaria y compartida) **por todos los profesionales sanitarios que atienden al paciente** durante su estancia en el hospital, pues así se alcanza mayor eficacia. En este sentido, las intervenciones de los **profesionales de enfermería** son muy valiosas y recomendables. Este tipo de intervenciones compartidas son sinérgicas y redundan en un mejor aprovechamiento de los tiempos de atención al paciente. *Esta es una Recomendación consistente con alta calidad de evidencia.*^{9,10}

- **Siempre se debe pautar seguimiento después del alta hospitalaria** para controlar el proceso de abandono del consumo de tabaco en aquellos fumadores que hayan realizado un intento para dejar de fumar durante su hospitalización. El seguimiento se debe prolongar

durante, **al menos, cuatro semanas**. *Esta es una Recomendación consistente de Alta calidad de evidencia*^{9,10}

Documentos anexos

1 y 2. Folletos del Ministerio de Sanidad: “*Beneficios de dejar de fumar*” y “*Decídete a dejar de fumar*”, ambos con muy poco texto, motivadores. Para usar en primer lugar.

3. Díptico para ampliar la información (recursos web, apps, etc.) y la motivación al paciente. Para ofrecer en pacientes que parecen motivados a hacer un intento de abandono, tras haber dado los documentos 1 y 2.

4. Guía de ayuda psicológica y conductual para el paciente que se muestra motivado en hacer un intento de abandono, con recursos y consejos para minimizar el síndrome de abstinencia.

5. Sugerencia de mensaje muy breve.

6. Algoritmo de actividades del Programa.

7. Esquema de actividades del Programa.

8. Tareas sugeridas para Enfermería.

Referencias bibliográficas

1. Encuesta Europea de Salud en España 2020. Ministerio de Sanidad. Disponible en: Ministerio de Sanidad - Portal Estadístico del SNS - Encuesta Europea de Salud en España 2020.

2. Tobacco smoking and all-cause mortality in a large Australian cohort study: findings from a mature epidemic with current low smoking prevalence. Banks et al. BMC Medicine (2015) 13:38. DOI 10.1186/s12916-015-0281-z.

3. Encuesta sobre conocimientos, actitudes, creencias y conductas en relación al consumo de tabaco. Madrid. Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo, 2008.

4. Do Placebo Response Rates from Cessation Trials Inform on Strength of Addictions? Moore RA, Aubin HJ. Int. J. Environ. Res. Public Health 2012.

5. European Expert Consensus Paper on the implementation of Article 14 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Clancy L. European Journal of Cancer Prevention 2016, 25:556–557.

6. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, septiembre de 2003.

7. Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. Aveyard P, Begh R, Parsons A, West R. Addiction. 2012 Jun;107(6):1066-73. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03770.x.

8. Updated Priorities Among Effective Clinical Preventive Services. Maciosek MV, LaFrance AB, Dehmer SP, McGree DA, Flottemesch TJ, Xu Z, Solberg LI. Ann Fam Med. 2017 Jan; 15(1):14-22. doi: 10.1370/afm. 2017. Epub 2017 Jan 6.

9. Tratamiento del tabaquismo en pacientes hospitalizados. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, 2017. ISBN: 978-84-94-5873-6-8.

En España, la SEPAR (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica) publicó en 2017 este documento, que ha constituido la principal fuente para elaborar este Proyecto. Dicho documento contiene abundantes y relevantes referencias bibliográficas que permiten sustentar con fuerza las recomendaciones que en el Proyecto se enumeran. Disponible en: 13-Tabaquismo-en-ingresados.pdf (sogapar.info).

10. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Rigotti NA, Clair C, Munafò MR, Stead LF. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012, Issue 5. Art. Nº: CD001837.

La Cochrane realizó en 2012 esta revisión de 50 ensayos clínicos sobre la eficacia de las intervenciones sobre el tabaquismo en los pacientes ingresados. Encontró que **los programas efectivos para abandonar el hábito de fumar son los que comienzan durante la estancia hospitalaria e incluyen asesoramiento con apoyo de seguimiento durante al menos un mes después del alta**. Dichos programas son efectivos cuando se administran a **todos los fumadores hospitalizados independientemente del diagnóstico al ingreso**, y en el subgrupo de fumadores ingresados en el hospital con enfermedades cardiovasculares. Asimismo, los resultados indicaron que añadir tratamiento farmacológico a un programa de asesoramiento aumenta la tasa de éxito. Disponible en: https://www.cochrane.org/es/CD001837/TOBACCO_intervenciones-para-el-abandono-del-habito-de-fumar-en-pacientes-hospitalizados.

Con este Programa se anima al Servicio Extremeño de Salud y a sus profesionales a incrementar y mejorar las actuaciones orientadas a ayudar/tratar a las personas fumadoras mientras estén ingresados en los hospitales públicos de Extremadura, por el nulo riesgo, el muy bajo coste y los relevantes beneficios que cabe esperar de su aplicación.

Badajoz, 1 de abril de 2023.

Emilio Salguero Chaves

Enfermero. Médico de familia Emérito. Promotor y responsable del Programa.

emilio.salguero@salud-juntaex.es