



Info Tabac

Un año con menos humos

El editorial



La ley del tabaco representa el mayor avance en salud pública en España que ha ocurrido en las dos últimas décadas. La ley ha alcanzado el 80% de sus objetivos

sin que se hayan generado conflictos ni problemas. El tabaco ha desaparecido de escena en las empresas, las administraciones públicas y centros de transporte por tierra, mar y aire (45 de los 47 aeropuertos españoles son sin humo y en Málaga y Madrid tienen espacios bien habilitados para fumar, excepto en la T4 de Barajas). También en el comercio, en los centros sanitarios y educativos se ha reducido el problema significativamente. El Ministerio de Economía ha introducido y actualizado el impuesto mínimo, de modo que las marcas más baratas han debido incrementar su precio de 1,15 euros a 2,15 euros. En relación con las restricciones a la publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco, es probable que miles de menores de edad no hayan empezado a fumar a lo largo del 2006. Sin embargo, persiste la promoción subliminal (incentivada) del tabaco en teleseries populares, revistas juveniles y de moda y otros soportes audiovisuales que se debe controlar y regular.

La hostelería es el punto débil de la ley, puesto que sólo regula los locales de 100 metros o más (20% del total). Aunque gran parte de los locales regulados cumplen la ley, únicamente un 15% de los 300.000 locales de hostelería son totalmente libres de humo o están bien compartimentados. Dado que es un sector de mucha visibilidad social, este hecho altera la percepción social sobre el éxito de la ley. Se observan diferencias de cumplimiento entre comunidades autónomas, pero todavía es prematuro valorarlas de forma precisa.

Menos fumadores, menos tabaco y más salud

Los resultados preliminares más destacados del impacto de la ley a finales de 2006 son los siguientes:

- La prevalencia del tabaquismo ha caído en un 5%, lo que supone que hay 500.000 fumadores menos que en 2005. Por otra parte, 3 millones de fumadores han intentado dejarlo.

- El consumo de tabaco se ha reducido un 5%, lo cual supone 210 millones menos de cajetillas consumidas a lo largo del año.

Medicina Basada en la Evidencia

La experiencia



En los últimos tiempos se ha hablado mucho de la **Medicina Basada en la Evidencia** (MBE); en inglés, Evidence Based Medicine (EBM). Pero, ¿qué es la MBE?

Representa el uso racional, explícito, juicioso y actualizado de la mejor evidencia científica aplicada al cuidado y manejo de pacientes individuales. La práctica de MBE requiere la integración de la experiencia clínica individual con la mejor evidencia clínica externa derivada de los estudios de investigación sistemática.

Su objetivo primordial es que la actividad médica se asiente sobre bases científicas contrastadas con estudios de la mejor calidad, en los que se refleje de forma fidedigna el estado actual de conocimientos. Una de las herramientas básicas sobre las que se asienta esta metodología la constituye la revisión sistemática, que sugiere que las decisiones en el ámbito clínico serán más consistentes si se basan en las conclusiones de revisiones sistemáticas de la investigación clínica.

¿Qué entendemos por evidencia clínica?

El **nivel o grado de evidencia clínica** es un sistema jerarquizado, basado en las pruebas o estudios de investigación, que ayuda a los profesionales de la salud a valorar la fortaleza o solidez de la evidencia

- Los niveles de nicotina ambiental se han reducido en un 83% en los centros de trabajo.

En cuanto a indicadores de salud, los resultados serán muy pronto visibles, en primer lugar, en morbilidad y mortalidad por infarto de miocardio. Hacen falta varios años para que se perciba su efecto en la mortalidad por cáncer, debido a que el intervalo entre exposición y enfermedad es muy amplio. Una parte muy importante de la mortalidad por consumo activo e involuntario de tabaco se debe a causas cardiovasculares y esperamos ver una reducción significativa de la morbilidad por infarto de miocardio en 2006 respecto a la de 2005. En resumen, todos estos resultados justifican sobradamente la entrada en vigor de la ley por encima de cualquier otra consideración. Es muy lamentable que algunas CC.AA hayan caído en la trampa tendida por las tabacaleras y

asociada a los resultados obtenidos de una estrategia terapéutica. Desde finales de la década de 1990, cualquier procedimiento realizado en medicina, ya sea preventivo, diagnóstico, terapéutico, pronóstico o rehabilitador, tiene que estar definido por su nivel de evidencia científica, corriente que se incluye dentro de la MEB.

La US Agency for Health Care Policy Research propone distintos niveles:

- **Ia:** La evidencia proviene de metanálisis de ensayos controlados, aleatorizados y bien diseñados.

- **Ib:** La evidencia proviene, al menos, de un ensayo controlado aleatorizado.

- **Ila:** La evidencia proviene, al menos, de un estudio controlado bien diseñado sin aleatorizar.

- **Ilb:** La evidencia proviene, al menos, de un estudio no completamente experimental, bien diseñado, como los estudios de cohortes. Se refiere a la situación en la que la aplicación de una intervención está fuera del control de los investigadores, pero su efecto puede evaluarse.

- **III:** La evidencia proviene de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, como los estudios comparativos, estudios de correlación o estudios de casos y controles.

- **IV:** La evidencia proviene de documentos u opiniones de comités de expertos o experiencias clínicas de autoridades de prestigio o los estudios de series de casos.

También se deben destacar el grado de la recomendación:

- **A:** Requiere al menos un ensayo controlado aleatorio de alta calidad y consistencia sobre la que basar la recomendación concreta (niveles de evidencia Ia y Ib).

- **B:** Requiere disponer de estudios clínicos bien realizados, pero no de ensayos clínicos aleatorios sobre el tema de la recomendación (niveles de evidencia Ila, Ilb y III)

- **C:** Requiere disponer de evidencia obtenida de documentos u opiniones de comités de expertos o experiencias clínicas de autoridades de prestigio. Indica la ausencia de estudios clínicos directamente aplicables y de alta calidad (nivel de evidencia IV).

En la red encontramos distintas herramientas que nos ayudan a aplicar la MBE, entre las que encontramos la Biblioteca Cochrane, que es una colección de bases de datos sobre revisiones sistemáticas, artículos y ensayos clínicos controlados en medicina, y en otras áreas de la salud relacionadas con la información que alberga la Colaboración Cochrane.

Gerard Pedra Pagés

Psicólogo

Unidad de Tabaquismo

Hospital de Santa Maria

estén hablando de necesidad de mayor tolerancia en relación con un asunto de protección de salud pública que no pretende discriminar a nadie, sino proteger la salud de toda la población.

Lo que queda por hacer

Es importante que el Ministerio de Trabajo acepte formalmente los riesgos del tabaquismo pasivo en el medio laboral y ordene a la Inspección de Trabajo que verifique la ley en las empresas y que se reconozcan los efectos del tabaquismo pasivo como una enfermedad profesional. El gobierno debe informar mejor de la magnitud de los riesgos del tabaquismo pasivo a la población. Hacen falta campañas continuadas de información a la población explicando bien la naturaleza y la magnitud de estos riesgos. También hacen

falta más recursos estables para que los tratamientos más eficaces sean accesibles para todos los fumadores desde el sistema sanitario público. El enfoque del comité es el enfoque de la salud y estas normas van a mejorar la salud de la población, sea o no sea fumadora.

A lo largo del 2007 dispondremos de indicadores definitivos y más precisos del impacto de la ley a partir de la Encuesta Nacional de Salud, la Encuesta Escolar de Drogas, la Encuesta del CNPT, el estudio de niveles de nicotina de la Agencia de Salud Pública de Barcelona y otros estudios autonómicos.

Rodrigo Córdoba García

Presidente del CNPT

He dejado de fumar

Cien sin humo

Todo gobierno que se precie cuando llega el día 100 de su mandato hace una valoración pública de su gestión al cabo de esos días.

Hoy cumpla 100 días sin humo y también me gustaría reflexionar en voz alta. No para tirarme flores como sus señorías, sino para compartir mi experiencia en el intento de dejar una adicción.

La historia viene de lejos, más de 30 años atrás. Todo empezó cuando a la edad de 13, haciendo de mozo de una farmacia, un asiduo cliente me obsequiaba con 4 o 5 cigarrillos de diversas marcas. Al principio los repartía, pero un mal día fumé uno, otro día dos y... al cabo de medio año iba al estanco a comprar un paquete. Ha habido de todo en este largo periodo. Quince, diez, veinte cigarrillos al día... el humo formaba parte, y muy importante, de mi vida.

En numerosas ocasiones intenté dejar el tabaco –solo, a la brava– y aparte de pasar unos días con un humor de mil demonios, náuseas e incluso vértigo, no conseguía dejar la adicción.

Por azares de la vida, durante un viaje de vacaciones conocí a un buen terapeuta, quien aparte de ofrecermela su amistad me propuso ayuda para dejar la nicotina –y las mil y pico sustancias más que lleva el tabaco.

De momento todo va viento en popa y no he probado ni una calada. Ahora bien, soy consciente de que aún queda un largo camino por recorrer y que la tentación está al acecho en cada esquina y cada rincón.

¿Qué cómo me siento? Pues muy bien, fenomenal. No mencionaré los consabidos beneficios de dejar el tabaco: respiración, sabor, olores, etc., pero sí que haré hincapié en dos que no pertenecen a aspectos propios de mi organismo, sino más bien a aspectos psicológicos.

Primero, mi autoestima ha ganado muchos enteros al ver que estoy superando una dificultad que antes se me hacía muy cuesta arriba, por no

decir imposible. Quizás también por el reconocimiento social de este logro. En segundo lugar, me siento LIBRE, y lo escribo en mayúsculas adrede. Libre de no depender de una sustancia, de no preocuparme de “corre al estanco que no llego a final del día”, “fuma ahora porque luego no podrás”, en definitiva, libre. Y no me extendo más, sólo ejemplarizar que cuando preparaba la maleta para un viaje lo primero de lo primero era el tabaco. Y si lo pensamos bien es muy triste anteponer un vicio a las otras cosas de la vida.

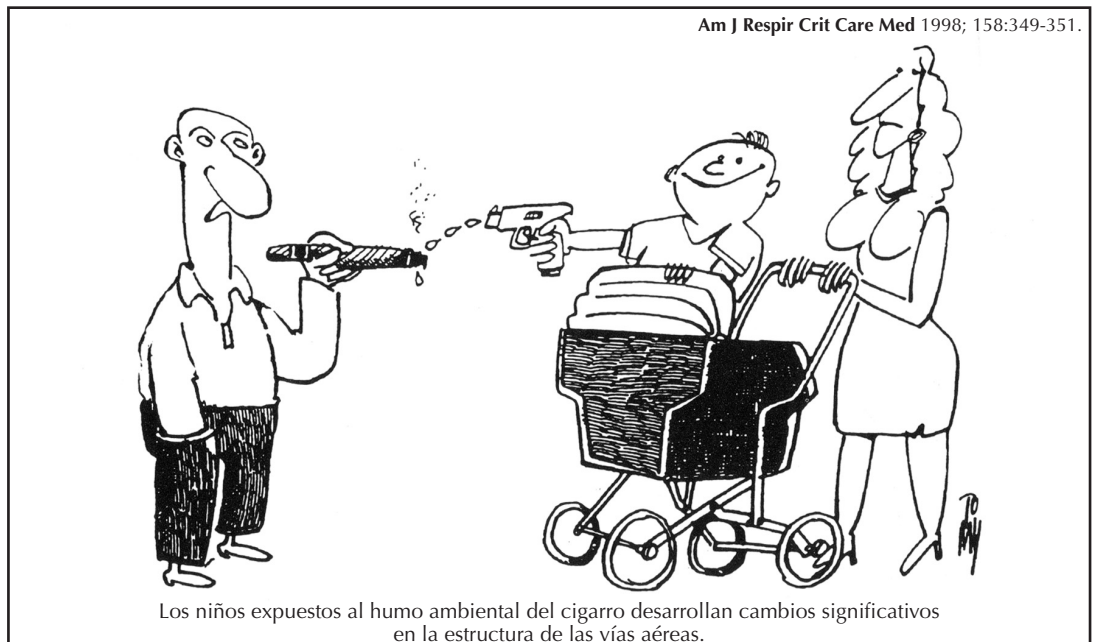
Para terminar, pienso y estoy convencido de que las claves para obtener éxito en el arduo camino de dejar el tabaco son tres, y por este orden:

1- Estar convencido y seguro de querer hacerlo.
2- La estrecha relación y el compromiso con el terapeuta.

3- El compromiso con la familia.
Estas claves son válidas para mí, y puede que para otra persona no. Por si acaso, aquí están, y yo mientras tanto pensando en que pedirles a los Reyes por lo bueno que he sido y lo que lo seré.

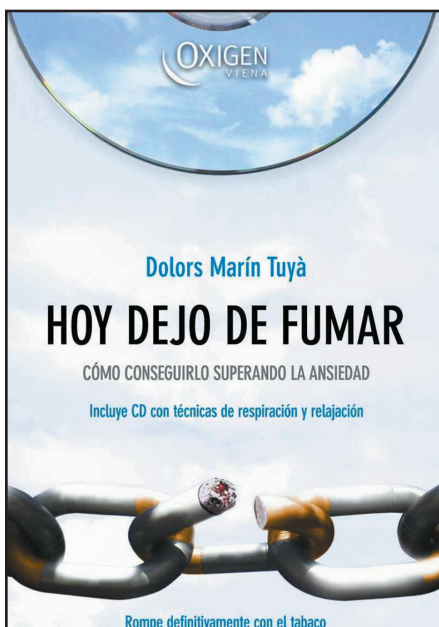
Pere Salvans Sobrevals

Tabaco y humor



Am J Respir Crit Care Med 1998; 158:349-351.

Los niños expuestos al humo ambiental del cigarro desarrollan cambios significativos en la estructura de las vías aéreas.



Hoy dejo de fumar Cómo conseguirlo superando la ansiedad

Crítica literaria

¿Has intentado dejar de fumar mil veces y nunca lo has logrado? ¿Has vuelto a caer después de hacer un gran esfuerzo que no te ha servido para nada? ¿Empiezas a pensar que no eres capaz de dejarlo después de haberlo probado todo?

No te dejes llevar por la desesperación, porque todo el mundo es capaz de dejar de fumar. Así que, si has decidido que ahora es el momento, ya tienes mucho camino recorrido.

Hoy dejo de fumar es una guía que te acompañará en cada una de las etapas de este proceso hasta que logres dejar de

fumar, y esto te proporcionará una satisfacción incalculable.

A lo largo de todo el proceso, los tests de evaluación y el seguimiento de los progresos que hagas te ayudarán a conocerte mejor y a controlar las situaciones de estrés. Además, los ejercicios de respiración y relajación que incluye el CD te permitirán dominar la ansiedad que pueda aparecer en ciertos momentos, y que a menudo es la culpable de las recaídas, y te ayudarán a recuperar tu propósito.

Dolors Marín Tuyà
Viena Ediciones

Valoración de la ley de medidas sanitarias

frente al tabaquismo después de un año: situación actual y expectativas futuras, ¿conseguiremos los mismos resultados que el resto de Europa?

Nuestro colaborador opina

Visto en perspectiva histórica, la Ley 28/2005 ha supuesto, sin duda, un hito histórico en nuestro país en las políticas de prevención y control del tabaquismo. Pero, a la vez, esta ley ha dejado algunas cuestiones no resueltas, bien por no haber sido planteada, o porque su planteamiento no ha sido el adecuado. Lo que ahora toca es reconocer las oportunidades perdidas y convertirlas en nuevos avances que vengan a resolver esas cuestiones o a incorporar nuevas líneas de acción.

Entre los avances más notables, destacan la política de espacios sin humo en el lugar de trabajo y otros espacios públicos, al margen de la hostelería, y la casi total desaparición de la publicidad. Se ha conseguido, además, que el tabaquismo esté en la agenda política (aunque no siempre de forma adecuada) y es evidente también que la sociedad está cada vez más y mejor informada y que la industria tabaquera tiene cada vez menos margen de maniobra para manipular a la información pública.

Sin embargo, hay que reconocer que con esta ley se han cometido algunos errores. A pesar de reconocer en su parte expositiva que el humo de tabaco es causa de cáncer en personas expuestas al mismo, ha regulado el consumo de tabaco en función de la actividad que se desarrolla en los espacios cerrados en lugar de regular el contaminante en sí. Viene a ser como declarar aceptable la presencia de amianto, encuadrado en el mismo grupo de agentes carcinógenos en el que está el humo de tabaco, en determinados espacios de convivencia.

En el ámbito de la hostelería, siguiendo las presiones de parte del sector, muy apoyado desde la industria tabaquera, se ha planteado una situación que requiere de una profunda y urgente revisión que haga que la misma no se enriquezca o incluso empeore. Es evidente que algunos pasos se han dado, pero no ha sido de manera uniforme ni igualitaria, ni para el trabajador ni para el empresario. Es más, excepto en los pocos lugares libres de humo, la situación del trabajador ha empeorado al haberse trasladado el consumo prohibido en la oficina al bar, muchas veces de forma compulsiva.

La política más congruente a aplicar en los espacios de ocio y restauración es la adoptada en Irlanda en 2004, prohibiendo el consumo en cualquier lugar de trabajo sin distinción en función del sector. Esta alternativa conlleva cuatro características clave: 1) Eficaz protección de trabajadores y usuarios; 2) No provoca distor-

siones entre los empresarios al no diferenciar los establecimientos en los que se fuma o no; 3) No se provocan pérdidas económicas; 4) Se contribuye de una forma clara a disminuir la aceptación social del tabaco.

En caso de no adoptar la opción irlandesa, admitiendo la tesis de que el consumo de tabaco en el ámbito del ocio puede requerir políticas distintas a las adoptadas en otros lugares de trabajo, la legislación no debería crear desigualdades hacia los trabajadores, ni entre los empresarios, ni plantear serias dificultades en su aplicación, como es el caso de la actual ley española. Estas políticas *distintas* pueden adoptar otras tantas alternativas. Algunos países permiten la habilitación de espacios para fumar en los que no se sirven ni alimentos ni bebidas, como es el caso de Suecia. Otros, como ha anunciado Francia, implementarán la prohibición total de fumar en la hostelería en un tiempo posterior al del resto de lugares de trabajo, pero sin distinciones.

El problema que la legislación española plantea en la hostelería no sólo tiene que ver con una inadecuada protección del trabajador y los usuarios (dado que en muchos casos no hay lugares sin humo que elegir), sino que se agrava al carecer de definiciones claras en conceptos fundamentales como "superficie útil para clientes", "doble actividad" o las propias características técnicas de las zonas habilitadas para fumar. Como consecuencia, hemos asistido a un desigual desarrollo reglamentario en distintas comunidades autónomas que más parece tener que ver con un uso político de dichos reglamentos que con una eficaz protección de la salud de la población.

Sin duda la ley ha tenido resultados buenos que se reflejan en un descenso del consumo y la venta, una casi extinguida exposición al humo en espacios laborales (excepto en la hostelería), un mejor control del acceso a menores y una desaparición casi total de la publicidad que será casi completa cuando se lleven a cabo los ajustes que la Unión Europea ha requerido a España en relación con la publicidad en los eventos del motor.

Las medidas de prevención del tabaquismo, de promoción de la salud y de facilitación de la deshabituación tabáquica que la ley contempla en su capítulo 4 se vienen desarrollando en mayor o menor medida por las distintas CC.AA y la Administración central, pero de forma poco coordinada. Ya hubo un intento previo mediante la aprobación del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2003-

2007, cuyas estructuras fueron publicadas en el BOE en 2003, pero que quedó en el tintero tras el cambio político. Algo que sí que hay que reconocer es que desde la Administración central, durante los últimos tres años se ha venido transfiriendo dinero en cantidades importantes a las CC.AA para el desarrollo de acciones en tabaquismo.

Para estar en sintonía con los avances que se están llevando a cabo en nuestro entorno, deberían, en consecuencia, realizarse algunos ajustes que podrían resumirse en:

- Considerar los espacios de hostelería como un ámbito laboral normal eliminando el consumo en este sector. Esto no sería difícil, dado que muy pocos establecimientos han llevado a cabo inversiones de importancia en las adaptaciones. En todo caso, se podría llevar a cabo una política de incentivos fiscales para recuperar el coste de esas inversiones. Muchos hosteleros entienden, además, que esta es la política de futuro.
- Una política de impuestos que haga que el tabaco sea un producto poco atractivo vía precio, especialmente para los más jóvenes.
- Incorporar imágenes a las advertencias sanitarias aprobadas por la Unión Europea.
- Desarrollar campañas de información para público general haciendo un especial énfasis en contrarrestar las estrategias de la industria tabaquera.
- Incrementar recursos asistenciales y de prevención.
- Implementar una total prohibición de la publicidad y patrocinio del tabaco.

El argumento de que una ley no puede cambiarse en un plazo tan corto de tiempo no se sostiene cuando la ley se cambió apenas un mes después de su entrada en vigor para permitir de nuevo su venta en quioscos (por cierto, sin definir qué se entiende por ese concepto).

En fin, el recientemente establecido Observatorio para el Control del Tabaco previsto en la ley, que cuenta con la participación de la Administración, las sociedades científicas y agentes sociales, tiene retos importantes por delante si queremos estar en los países de cabeza en el control de esta epidemia.

Javier Toledo Pallarés

Dirección General de Salud Pública
Gobierno de Aragón
Servicio de Promoción de la Salud
y Prevención de la Enfermedad
C/ Ramón y Cajal, 68
50071 Zaragoza / España
Tel.+ 34 976 714 587 / Fax+ 34 976 714 736
jtoledo@aragon.es / toledo@globalink.org

Papel de los profesionales

Ejemplo, sanador y adalid: nuevos y renovados roles de los profesionales de la salud en el control del tabaco

Nuestro experto opina



Los profesionales de la salud son el grupo que tiene la mayor capacidad de promocionar la reducción del consumo de tabaco y, por tanto, de reducir la morbimortalidad que ocasiona el tabaco. Este potencial puede hacerse realidad si se asumen plenamente tres roles: el de ejemplaridad para el resto de la sociedad, el de sanador del fumador activo y pasivo y el rol de adalid de las políticas de prevención del tabaquismo.

Podemos y debemos ser modelos y ejemplos para el resto de la sociedad.

Podemos ser ejemplos individuales, pero también colectivos, como profesión, aprovechando que una profesión no sólo se caracteriza por ser depositaria de un cuerpo de conocimientos y habilidades, sino por trabajar como colectivo organizado con capacidad de cierta autorregulación, es decir, de imponer en su interior algunas normas.

En enero del 2004, la OMS y 29 organizaciones internacionales de profesionales de la salud acordaron unánimemente un código de prácticas de las organizaciones profesionales de salud sobre el control del tabaco por el que las organizaciones profesionales se comprometían a promocionar una serie de comportamientos individuales y colectivos que sirvan de referencia y modelo para la sociedad. Se comprometían a:

- Alentar a sus miembros para que no consuman tabaco y promuevan una cultura sin tabaco.
- Dar ejemplo disponiendo que no se fume en los locales de sus organizaciones y en los actos que celebren.
- Prohibir la venta o la promoción de productos de tabaco en sus locales.
- Incluir la prevención del tabaquismo en el orden del día de todos los congresos en los que sea relevante.
- Servir de modelo ético, no aceptando ningún tipo de apoyo por parte de la industria tabacalera.

Podemos y debemos mejorar el rol de sanadores.

Todavía hay muchos profesionales de la salud que no ven como propio el papel de ayudar a dejar de fumar a quien lo

desea o no comprenden la complejidad del manejo del paciente fumador. Sin embargo, todos los profesionales de la salud, además de proveer información pueden proveer asistencia crítica para incrementar la motivación y ofrecer un tratamiento básico para dejar de fumar. Sabemos que su ayuda puede doblar o triplicar las tasas de cesación tabáquica.

El código de prácticas profesionales que mencionaba más arriba compromete a las organizaciones profesionales a aconsejar a sus miembros que de forma sistemática pregunten a sus pacientes y clientes acerca del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco:

- Los asesoren sobre cómo dejar de fumar.
- Realicen un seguimiento apropiado de sus objetivos de abstinencia del tabaco.

Se han hecho avances notables. Hay cada vez más profesionales que al menos preguntan si su paciente o cliente fuma, e incluso llegan a recomendar que dejen de fumar. Pero la proporción de profesionales que proveen consejo y/o tratamiento a los pacientes que lo necesitan sigue siendo relativamente baja. Mucho me temo que el porcentaje de profesionales que preguntan sobre la exposición al humo de tabaco ajeno es muy pequeño, a pesar de lo frecuente de esta exposición pasiva.

Aunque la contribución que los profesionales pueden hacer como sanadores es grande, nuestro papel para fomentar la aplicación de las políticas de reducción de la demanda del tabaco es el que tiene visos de tener un mayor impacto sobre el consumo del tabaco. Nuestra formación biomédica quizás no nos sitúa en las mejores condiciones para poder hacerlo, pero:

Podemos y debemos ser adalides de las políticas poblacionales que reducen la demanda del tabaco.

Este es el rol más ajeno y más difícil de cumplir, pero también el más esencial. El factor más decisivo a la hora de aprobar y aplicar medidas eficaces para combatir la epidemia del tabaco es persuadir a quienes tienen la capacidad de tomar tales decisiones. Esto es siempre difícil y complejo, porque hay que convencer tanto a actores del poder legislativo como del más alto nivel del poder ejecutivo. Esto requiere acciones en la esfera de la política.

De hecho, el rol de adalid necesita desarrollar competencias profesionales en nuevas áreas o adquirirlas por medio de alianzas. Entre estas hay que destacar:

- Conocimiento sobre la ciencia y economía del control del tabaco.
- Habilidades para promocionar la causa del control del tabaco y crear coaliciones que contribuyan a promover la prevención del tabaquismo.
- Conocimientos legales para comprender el proceso jurídico y legislativo y redactar propuestas legislativas.
- Comprensión de la estructura del poder político y sus autoridades, a quienes tratará de involucrar.
- Comprensión de los procedimientos políticos, los vínculos gubernamentales y las estrategias de promoción de las empresas tabacaleras que operan en su país.
- Conocimiento de los medios de difusión, incluido el nivel de apertura que tendrán los medios de comunicación de masas hacia la promoción del control del tabaco.
- Influencia en organizaciones dispuestas a proporcionar recursos financieros y humanos para apoyar la formación de coaliciones y las actividades de promoción de la causa del control del tabaco.

Según Thomas Glynn, director del departamento científico de la Sociedad Americana del Cáncer, “ningún país del mundo ha logrado avanzar significativamente en su empeño de poner freno a la epidemia del tabaco sin que antes sus profesionales de salud comprendan que sus responsabilidades profesionales les exigen que asuman una función de liderazgo para abogar en favor de políticas y leyes de control del tabaco”.

Los profesionales sanitarios pueden y deben involucrarse en esta tarea social y política si quieren defender los intereses de sus pacientes. A los profesionales de la salud les ha llegado ese momento de tomar nuevos y renovados roles: ejemplo, sanador y adalid. ¿Por qué no?

Armando Peruga
MD, DrPH, coordinador
Iniciativa Liberarse del Tabaco
Organización Mundial de la Salud
Washington

Impacto de la información de profesionales sanitarios en intervención mínima de tabaquismo para pacientes ingresados

Investigación de actualidad

Introducción

La promoción del cese tabáquico en el ámbito hospitalario es poco frecuente. La falta de conocimientos sobre cómo intervenir constituye una de las principales barreras. Este estudio, promovido por la Red de Hospitales Libres de Humo, tiene por objetivo la evaluación de los cambios producidos en los conocimientos, actitudes y conductas de los profesionales sanitarios tras recibir formación en intervención mínima.

Materiales y métodos

Se evalúa la percepción de conocimientos, actuación y estatus en relación con el tabaquismo de 66 profesionales sanitarios antes y después de la formación a través de un cuestionario. Paralelamente, se comparan las intervenciones realizadas en una muestra de 177 pacientes en el momento del alta, antes y después de la formación.

Resultados

La formación en intervención mínima aumenta significativamente el conocimiento de recursos psicológicos (en un 23,3%) y farmacológicos (en un 27,1%) de los profesionales. Sin embargo, la formación no resulta eficaz para reducir la prevalencia de profesionales fumadores. Tampoco se observan cambios en la medida en que: se pregunta (30,8% vs. 38,2% antes y después de la intervención, respectivamente); se registra el estatus de fumador de los pacientes (73,4% vs. 65,9%); se inquiriere si existe deseo de dejar de fumar (25% vs. 12,5%), o se aconseja el abandono del tabaco (21,9% vs. 20,8%), según la información facilitada por pacientes y que coincide con la proporcionada por profesionales.

Autores

G. Nieva, M. Ballbè, A. Gual, S. Mondon, M. Walther, E. Saltó
Unidad de Alcoholología
Hospital Clínic de Barcelona
Institut Català d'Oncologia
C/ Mejía Lequerica, s/n. 08028 Barcelona

CONCLUSIONES

La formación de profesionales del ámbito hospitalario es necesaria, pero ello no conlleva mayor aplicación de estos conocimientos ni un cambio de actitudes. Es necesario analizar otras barreras que frenan la aplicación de los conocimientos adquiridos.

¿Incidimos lo suficiente sobre el tabaco en nuestros diabéticos?

Investigación de actualidad

Introducción

El tabaco es la primera causa de mortalidad evitable en los países industrializados. El consejo y la intervención para dejar de fumar han de ser prioritarios en el paciente diabético, desde el momento del diagnóstico. El tabaco produce afectación tanto en el ámbito microvascular como macrovascular.

Materiales y métodos

De las historias clínicas informatizadas de todos los pacientes diabéticos y fumadores de nuestra área básica de salud (semiurbana de 28.500 habitantes), obtenemos los siguientes datos: edad, sexo, tipo de DM (diabetes *mellitus*), hábito tabáquico (sí, no, exfumador > 1 año, exfumador < 1 año). De los fumadores, vemos si están incluidos en el PAF y si son consonantes o disonantes en su hábito tabáquico.

Resultados

Tenemos 435 pacientes diabéticos, 312 son fumadores o exfumadores (71%), 60 son mujeres (19%), 252 son hombres (81%) y 85 de estos diabéticos están incluidos en el PAF (27%). De los incluidos en el PAF, 13 son en este momento exfumadores (15%) y 40 son fumadores consonantes (47%).

Objetivos

Conocer la prevalencia de fumadores y exfumadores de nuestros pacientes diabéticos, así como cuántos fumadores están incluidos en el PAF (Programa de Ayuda al Fumador), para valorar la eficacia de nuestro trabajo en tabaquismo sobre ellos.

Autores

Esther Mur, Jesús Gómez, Cinta Dauñí, Mar Artigau, Rosa López, Núria Morales
Xarxa Sanitària i Social Santa Tecla
ABS Torredembarra (Tarragona)
C/ Mainada, 2, Altafulla (Tarragona)

CONCLUSIONES

Tenemos un alto porcentaje de pacientes diabéticos fumadores, muchos de los cuales no están incluidos en el PAF. Resulta preocupante la alta proporción de fumadores consonantes entre nuestros pacientes diabéticos (debe considerarse que no es del total de diabéticos, sino de los incluidos en el PAF). Es necesario intensificar sobre ellos el consejo y la oferta de ayuda.

Índice

Un año con menos humos / <i>El editorial</i>	1
Medicina Basada en la Evidencia / <i>La experiencia</i>	1
He dejado de fumar / <i>Cien sin humo</i>	2
Tabaco y humor	2
Hoy dejo de fumar / <i>Crítica literaria</i>	2
Valoración de la ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo... / <i>Nuestro colaborador opina</i>	3
Papel de los profesionales / <i>Nuestro experto opina</i>	4
Impacto de la información de profesionales sanitarios ¿Incidimos lo suficiente sobre el tabaco en nuestros diabéticos? / <i>Investigación de actualidad</i>	5
Cine y tabaco / <i>La actualidad de la filmoteca</i>	6
Recursos de Internet	6
Contacto y suscripción gratuita	6

Cine y tabaco

La actualidad de la filmoteca



Título: "Un mes de abstinencia"

Título original: "Cold Turkey"

Dirección: Norman Lear

Guión: William Price Fox Jr. y Norman Lear

Montaje: Charles F. Wheeler

Música: Randy Newman

Duración: 98 min.

Género: comedia

Nacionalidad: EE.UU.

Año: 1970

Actores: Bob Newhart, Tom Poston, Graham Jarvis, Barnard Hughes, Jean Stapleton, Pippa Scott, Vincent Gardenia, Dick Van Dyke, Edward Everett Horton.

Sinopsis:

Un experto en relaciones públicas convence al propietario de una empresa tabacalera para patrocinar un concurso, en el que se ofrecen 25 millones de dólares a cualquier pueblo de EE.UU. que consiga que sus habitantes dejen de fumar durante 30 días.



Título: "Gracias por fumar"

Título original: "Thank you for Smoking"

Dirección: Jason Reitman

Fotografía: James Whitaker

Guión: Jason Reitman, **basado en un guión de:** Christopher Buckley

Montaje: Dana E. Glauberman

Música: Rolfe Kent

Duración: 92 min. **Género:** drama / comedia

Nacionalidad: EE.UU. **Año:** 2005

Actores: Maria Bello, Cameron Bright, Adam Brody, Aaron Eckhart, Sam Elliott, Katie Holmes, David Koechner, Rob Lowe, William H. Macy, J.K. Simmons, Robert Duvall.

Sinopsis:

Nick Naylor es el portavoz jefe de las grandes tabaqueras y se gana la vida defendiendo los derechos de los fumadores y los fabricantes de tabaco en la cultura neopuritana tan en boga hoy en día. Enfrentándose a los fanáticos de la salud que desean prohibir el tabaco y a un oportunista senador que pretende poner etiquetas con la palabra *veneno* en las cajetillas de cigarrillos, Nick emprende una ofensiva de relaciones públicas, refutando los peligros de los cigarrillos en programas de televisión y contratando a un agente en Hollywood para que promueva el hábito de fumar en las películas. La nueva notoriedad de Nick llama la atención tanto del mandamás de la industria tabaquera como de una reportera de investigación de un influyente diario. Nick dice que sólo está haciendo lo que debe para pagar la hipoteca, pero el creciente análisis de su hijo y una amenaza de muerte muy real podrían obligarle a ver las cosas de forma diferente.

Recursos de Internet

Toda la información en un clic

www.ensp.org/index.cfm

El objetivo de European Network for Smoking Prevention (ENSP) es desarrollar una estrategia para la acción coordinada entre las organizaciones activas en el control del tabaco de Europa, compartiendo la información y experiencia a través de actividades y proyectos comunes y coordinados. La ENSP pretende crear mayor coherencia entre actividades en la prevención del fumador y promover políticas comprensivas del control del tabaco en el ámbito nacional y europeo.

www.vidasintabaco.com

Vida sin Tabaco es un programa gratuito de ayuda a distancia para cesar el consumo de cigarrillos. A través de esta web y de su correo electrónico (e-mail), un grupo de expertos de la Unidad de Tratamiento del Tabaquismo del Hospital Carlos III de Madrid le ofrecerá tratamiento psicológico y recomendaciones sobre medicamentos útiles en su batalla particular contra el tabaco.

www.smokefreefamilies.org

Smoke Free Families es un programa nacional apoyado por la fundación The Robert Wood Johnson con el objetivo de descubrir las mejores maneras de ayudar a las fumadoras embarazadas a dejar el tabaco con tratamientos eficaces basados en la experiencia.

www.mayoclinic.org/stop-smoking/

La Clínica Mayo ofrece ayuda para dejar de fumar. Más de 30.000 personas han usado los servicios de los Centros de Dependencia a la Nicotina de la Clínica Mayo para abandonar la adicción. Los profesionales utilizan el asesoramiento y la medicación para ayudar a la población a controlar su dependencia a la nicotina, con un éxito del 23 al 45%, dependiendo del programa aplicado.

Edita



HOSPITAL
DE SANTA MARIA



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



Colaboran

Nicotinell®
NICOTINA



www.vidasintabaco.com



Universitat de Lleida