Posicionamiento del Grupo de Abordaje al Tabaquismo de la SEMFYC respecto a la Financiación del tratamiento

La intervención sobre el consumo de tabaco desde el sistema sanitario es muy eficiente, considerándose la intervención breve una de las actividades preventivas más coste-efectivas[1].

Fármacos para ayudar a dejar de fumar

A día de hoy no tenemos dudas sobre que el tratamiento farmacológico de apoyo para la cesación tabáquica es efectivo. Los resultados de ensayos clínicos y metaanálisis[2] nos indican que el empleo de los tratamientos de primera línea como mínimo duplicarían las tasas de abandono y existe evidencia rotunda de que se consigue la máxima eficacia cuando existe la combinación de asesoramiento de perfil conductual y medicación[3]. Consecuentemente, las Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia[3], son contundentes cuando afirman que los fármacos para el tratamiento del tabaquismo se deberían recomendar a todos los pacientes que dejan de fumar, excepto cuando estén contraindicados, o en poblaciones específicas para los cuales los datos de su seguridad o eficacia son insuficientes (Grado A de evidencia).

Son tres los fármacos considerados de primera línea por haber demostrado eficacia y seguridad en distintos ensayos y metaanálisis: Terapia sustitutiva de nicotina (TSN), vareniclina y bupropion[2]. Además, todos los tratamientos de primera línea han demostrado ser coste-efectivos[4]. A la hora de prescribirlos hay que tener en cuenta una serie de consideraciones:

- Si bien la TSN combinada (forma de liberación sostenida a la que se le añade una forma de dispensación rápida) y la vareniclina han mostrado mayor eficacia que la TSN en monoterapia o el bupropion[2,5,6] las guías de práctica clínica sitúan a estos tres fármacos como de primera línea al mismo nivel[3,7].

- Los criterios de elección de un fármaco concreto quedarían a criterio del profesional que presta la asistencia sanitaria y del fumador, y vendrían determinados por las características clínicas de éste (posibles contraindicaciones), la experiencia del profesional a la hora de manejar el fármaco, y las preferencias del paciente, muchas veces basadas en experiencias previas[3].

Financiar fármacos para ayudar a dejar de fumar

Financiar los fármacos para cesación tabáquica es una medida que complementa otras de mayor impacto sobre la prevalencia de los fumadores, como el aumento de precios o los espacios sin humo[8].

Una revisión Cochrane[9] constata que la financiación de los tratamientos de cesación aumenta el número de intentos de dejar de fumar, el empleo de fármacos y las tasas de abstinencia. La mayoría de los estudios estaban realizados en aseguradoras privadas, contextos muy diferentes al de sistemas públicos de salud como el nuestro. Sin embargo, un estudio recientemente publicado y realizado en la Comunidad de Madrid[10] confirma los resultados conocidos de revisiones previas de que la financiación de los tratamientos aumenta las tasas de abandono del tabaco a largo plazo, también en un sistema público de salud como el nuestro.

La financiación permitiría también normalizar la intervención en tabaco, que aún se aplica de manera escasa y heterogénea[11].

A la luz de estas evidencias, y considerando que el tabaquismo es el factor riesgo prevenible que genera más morbimortalidad, resulta lógico financiar los fármacos para la cesación tabáquica, sobre todo si tenemos en cuenta que la mayor parte de los tratamientos para otros problemas de salud, como la hipertensión arterial, la diabetes o la hipercolesterolemia están financiados, incluso siendo en ocasiones fármacos que aportan poco o nada a los ya existentes.

En cualquier caso, no conviene olvidar que el tratamiento básico del tabaquismo es de orientación conductual y, aun siendo el tratamiento farmacológico un facilitador muy importante, debemos evitar reducir al tratamiento a una mera prescripción farmacológica, como así queda reflejado en las recomendaciones PAPPS en estilos de vida[12].

En vista a las evidencias existentes, el Grupo de Abordaje al Tabaquismo de la SEMFYC considera que un buen programa de Financiación de Fármacos para la Cesación tabáquica debería incluir:

a) Financiación de los tres fármacos de primera línea:

- Terapia sustitutiva con nicotina (TSN), tanto en sus presentaciones de liberación prolongada, como en sus presentaciones de liberación rápida (chicles, spray bucal y comprimidos bucodispersables).
- Vareniclina.
- Bupropion.

Los tres tratamientos han demostrado eficacia y seguridad, son fármacos de primera elección, y resultan coste-efectivos[4]. Además, la financiación debe permitir elegir, en igualdad de condiciones, la medicación más adecuada para cada paciente, en función de sus características y preferencias, tal y como indican las Guías de Práctica Clínica de referencia[3].

Creemos firmemente que es un error no considerar la financiación de la TSN, dado que se trata de un fármaco básico en el abordaje del tabaquismo. Es el que cuenta

con la mayor evidencia y experiencia de uso, y en terapia combinada ha conseguido la máxima efectividad (similar a la de vareniclina). Los ensayos clínicos y las experiencias sobre financiación de fármacos incluyen siempre la TSN, y las pruebas disponibles sobre la eficacia y eficiencia de la financiación de fármacos se han establecido sobre todo en relación con la TSN.

Defendemos que la financiación debería incluir las formas rápidas de TSN, para promover su uso combinado con TSN de liberación sostenida, dadas las consistentes evidencias de mayor efectividad de la TSN combinada frente a la TSN en monoterapia[6].

b) Financiación de carácter universal:

Desde el Grupo de Abordaje al tabaquismo consideramos que la financiación debe ser universal, sin quedar reservada para pacientes con determinadas patologías relacionadas con el tabaco, puesto que es altamente coste-efectivo en todo paciente fumador, independientemente de su situación clínica basal.

Consideramos también que no debería restringirse a pacientes en función de su puntuación en el Test de Fagerström, puesto que se trata de un test sólo orientativo del grado de dependencia, con escaso valor discriminatorio para el abordaje clínico. Un punto de corte de 7 u 8 podría dejar excluidos a pacientes que se beneficiarían claramente de la medicación.

Aunque la falta de evidencia no significa que estos fármacos no sean eficaces o seguros en estos grupos, y algunas revisiones aconsejan su uso[13], en caso de necesidad podría ser razonable excluir de la financiación a aquellos grupos de pacientes en los cuales no existe evidencia de efectividad y seguridad por no haber sido incluidos en ensayos clínicos (Fumadores de menos de 10 cigarrillos al día, embarazadas y menores de 18 años)[3].

c) Financiación en función del nivel de renta:

En base a criterios de justicia y equidad, creemos adecuado que la financiación se realice en función del nivel de la renta, de forma similar a cualquier otro fármaco incluido en la prestación del SNS, teniendo en cuenta que el tabaquismo es más prevalente en los grupos más desfavorecidos socioeconómicamente, por lo que son éstos los que más se beneficiarían de esta prestación.

d) Como mínimo un tratamiento por persona y año:

Aunque algunos fumadores realizan varios intentos con motivación suficiente en un mismo año, y se beneficiarían de más de un tratamiento anual, en caso de necesidad nos parece razonable limitar la financiación a un tratamiento por persona y año.

e) Que la persona que acceda a la medicación esté recibiendo conjuntamente intervención conductual.

La mayor efectividad para la cesación tabáquica se consigue con programas multicomponentes[14] que incluyen intervención conductual y terapia farmacológica, dado que la evidencia apoya que funcionan mejor cuando se usan conjuntamente. Así queda reflejado en la Guía de bolsillo para el tratamiento del tabaquismo de semFYC[15], que incluye un protocolo fácil de usar en las consultas de Atención Primaria. Puede ayudar que los pacientes elaboren su plan personal para dejar de fumar[16].

f) Para optimizar los resultados y rentabilizar al máximo la inversión en estos fármacos, defendemos como un punto fundamental, del cual puede depender el éxito del programa **que esta financiación venga acompañada de un programa formativo para los sanitarios proveedores de la asistencia**[17], que promueva asimismo la normalización de la intervención en tabaquismo por todos los profesionales sanitarios.

Bibliografía:

1. Maciosek MV, Coffield AB, Edwards NM, Flottemesch TJ, Goodman MJ, Solberg LI. Priorities among effective clinical preventive services: results of a systematic review and analysis. Am J Prev Med. 2006; 31:52-61.
2. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. En: The Cochrane Collaboration, Cahill K, editors. Cochrane Database Syst. Rev., Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013.
3. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update - NCBI Bookshelf s. f.
4. Parrott S, Godfrey C. Economics of smoking cessation. Bmj. 2004;328:947–949.
5. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. Lancet Lond Engl. 2016;387:2507-20.
6. Lindson N, Chepkin SC, Ye W, Fanshawe TR, Bullen C, Hartmann-Boyce J. Different doses, durations and modes of delivery of nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2019;4:CD013308.
7. Siu AL. Behavioral and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Women: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2015;163:622.
8. World Health Organization. WHO Report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package 2008.
9. van den Brand FA, Nagelhout GE, Reda AA, Winkens B, Evers SMAA, Kotz D, et al. Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment. Cochrane Database Syst Rev. 2017;9:CD004305.
10. Minué-Lorenzo C, Olano-Espinosa E, del Cura-González I, Vizcaíno-Sánchez J, Camarelles-Guillem F, Granados-Garrido J, et al. Subsidized pharmacological treatment for smoking cessation by the Spanish public health system: A randomized, pragmatic, clinical trial by clusters. Tob Induc Dis. 2019;17.
11. Bartsch A-L, Härter M, Niedrich J, Brütt AL, Buchholz A. A Systematic Literature Review of Self-Reported Smoking Cessation Counseling by Primary Care Physicians. PloS One. 2016;11:e0168482.
12. Córdoba García R, Camarelles Guillem F, Muñoz Seco E, Gómez Puente JM, José Arango JS, Ramírez Manent JI, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualizacón PAPPS 2018. Aten Primaria. 2018;50:29-40.
13. Fiore MC, Baker TB. Treating smokers in the health care setting. N Engl J Med. 2011;365:1222–1231.

14. Martín Cantera C, Puigdomènech E, Ballvé JL, Arias OL, Clemente L, Casas R, et al. Effectiveness of multicomponent interventions in primary healthcare settings to promote continuous smoking cessation in adults: a systematic review. BMJ Open. 2015;5:e008807.
15. Camarelles-Guillem F, Barchilón-Cohen V, Clemente-Jiménez L, Iglesias Sanmartín JM, Martín-Cantera C, Minué-Lorenzo C, et al. Guía de bolsillo para el tratamiento del tabaquismo s. f.
16. Sociedad española de Medicina Familiar y Comunitaria, 2018. Plan para dejar de fumar. Semana sin Humo. s. f. . https://semanasinhumo.es/wp-content/uploads/2017/02/Plan-para-dejar-de-fumar.pdf
17. Olano-Espinosa E, Matilla-Pardo B, Minue C, Anton E, Gomez-Gascon T, Ayesta FJ. Effectiveness of a Health Professional Training Program for Treatment of Tobacco Addiction. Nicotine Tob Res. 2013.