

El papel de los médicos en el control del tabaquismo

M. L. CLEMENTE JIMÉNEZ, A. PÉREZ-TRULL, I. HERRERO

INTRODUCCIÓN

Es bien conocida la gran trascendencia que el consumo de tabaco representa en la civilización actual, teniendo importantes repercusiones en los ámbitos sanitario, económico y social.

Desde el punto de vista *sanitario* constituye el principal problema de salud pública y la patología más prevalente de las sociedades desarrolladas como la española, donde afecta a 12.000.000 de personas. Se calcula que cada año, los productos del tabaco son responsables de 4,9 millones de muertes en todo el mundo, y de 1,2 millones (14% de todos los fallecimientos) en la Región Europea de la OMS, 550.000 ciudadanos de los 15 países miembros de la Unión Europea y de 130 fallecimientos al día en España. Se prevé que, a menos que se adopten medidas más estrictas, estos productos serán responsables de 2 millones de muertes anuales (20% de todos los fallecimientos) para el año 2020¹.

El consumo de tabaco, además de las más de 25 enfermedades que directamente provoca, es desde el punto de vista *económico* el responsable de unas pérdidas netas en el mundo, de al menos 200.000 millones de dólares al año. Y en España según un estudio realizado en el año 2001 por la Universidad Pompeu Fabra, los costes sanitarios directos, generados por el consumo de tabaco, en seis enfermedades (cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y bajo peso al nacer), se encontraban entre 2.600 y 3.600 millones de euros (según las distintas fracciones atribuibles al consumo de tabaco, en las enfermedades estudiadas)¹.

Socialmente ha pasado de ser una costumbre o hábito a ser considerado una drogodependencia, declarado como tal entre otras entidades, por el Real Colegio de Médicos Británico, la Asociación Americana de Psiquiatría y la Organización Mundial de la Salud, que considera el tabaquismo como una enfermedad adictiva crónica, incluida con el código F-17 en su Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10). Drogodependencia que hace que casi 10 millones

de fumadores deseen abandonar el tabaco sin conseguirlo.

Esto hace que los clásicos argumentos justificantes de la baja intervención en tabaquismo de los sanitarios, como la falta de tiempo, incompetencia y la percepción de que los porcentajes de éxito son bajos, no sean válidos, dado que su aceptación implicaría considerar el tabaquismo como un problema de "mínima prioridad", circunstancia totalmente inaceptable en la actualidad, por los argumentos anteriormente comentados y afirmaciones como la de la Oficina Regional Europea de la OMS, que destaca que la reducción en el consumo de tabaco es la más importante medida de Salud Pública que los países pueden adoptar para beneficio de su salud y su economía¹.

De este modo los sanitarios deben integrar dentro de sus funciones asistenciales, docentes, investigadoras, de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la actuación integral sobre el tabaquismo comprendiendo la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del mismo de un modo institucionalizado, incluyendo estas actividades entre los objetivos a alcanzar dentro de los programas de gestión o programas de asistencia sanitaria, ligándose a los incentivos y a la productividad variable, para con ello garantizar su implantación y puesta en marcha.

¿QUÉ SANITARIOS DEBEN ACTUAR FRENTE AL TABAQUISMO?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Boletín Oficial, dentro de la iniciativa "Liberarse del Tabaco", consideró a los profesionales sanitarios, los agentes preferentes para la actuación sobre el tabaquismo. Por otro lado, se ha observado que cuantos más profesionales interactúan en el fumador, mayores son las posibilidades de que éste se mantenga abstinentemente (Evidencia A)².

Se van a considerar tres perspectivas complementarias: la Atención Primaria realizada en los centros de salud, la Atención Especializada prestada tanto en el

hospital como en los centros de especialidades, y la Atención Farmacéutica realizada en las oficinas de farmacia.

Se considera *Atención Primaria* como la actuación simple o compleja capaz de prevenir, reparar o aliviar el deterioro del estado de salud del individuo, considerado aisladamente o en comunidad. Así según Stewart y cols.³ la Medicina de Familia tiene los siguientes componentes:

1. Explorar la enfermedad (la patología) y el padecimiento (la experiencia del paciente).
2. Comprender al paciente como una persona total con una historia de vida única.
3. Encontrar una base común con el paciente para explicar y tratar la enfermedad.
4. Incorporar la prevención y la educación de la salud.
5. Reforzar la relación médico-paciente.
6. Ser realista acerca del tiempo y los recursos.

La Medicina de Familia potencia la imagen del *médico humanista* que además de realizar la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, se preocupa por los problemas de los pacientes, realizando una medicina comprensiva orientada a las personas, que tiene como base de actuación en España el "Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud" (PAPPS), creado en el año 1988, organizado estructuralmente por grupos de trabajo constituidos por expertos en distintos ámbitos de la medicina (cardiólogos, neumólogos, dermatólogos, pediatras, psiquiatras...), que anualmente revisan y evalúan las nuevas aportaciones en prevención y promoción de la salud.

A través de estos instrumentos la Atención Primaria puede y debe abordar los distintos problemas de salud, aunque éstos no den síntomas, como puede ser la hipertensión arterial, las dislipemias, la diabetes mellitus y por supuesto el tabaquismo.

Así la Atención Primaria reúne las condiciones idóneas para plantear acciones preventivas frente a enfermedades evitables y defunciones prematuras como el tabaquismo, estas condiciones son⁴:

La accesibilidad: En España a raíz del artículo 43 de la Constitución (1978), y de la Ley General de Sanidad, 14/1986 de 25 de abril, la atención sanitaria es universal y gratuita. Prácticamente toda la población (en territorio INSALUD 14,6 millones de personas frente a 15,6) tiene asignado un médico de familia y una enfermera, constituyendo ambos la puerta de entrada al sistema sanitario, lo que permite que a lo largo de los años el médico de familia haya atendido –en alguna ocasión– a la mayor parte de la población. Así se calcula que más del 70% de la población acude a la consulta una vez al año por algún motivo, pudiendo llegar de este modo, no únicamente al paciente anciano con plu-

ripatología, sino también a los sujetos jóvenes que habitualmente aún no han desarrollado enfermedades como consecuencia de su consumo de tabaco⁵. Del mismo modo, según la última memoria publicada del INSALUD (31 de diciembre de 2000), el número medio de visitas de los pacientes a su médico de cabecera es de 6,7 visitas al año, lo que constituye una rica fuente de oportunidades para practicar la medicina preventiva y la promoción de la salud.

La continuidad: que favorece tres aspectos muy importantes como son:

1. *La receptividad:* dado que las personas que acuden a la consulta se hallan en una situación de especial preocupación por su salud, estando más receptivos y permeables a un consejo o a intervenciones sobre la misma.
2. *El tipo de relación entre el paciente y su médico:* los pacientes esperan que su médico se preocupe por sus hábitos y estilos de vida y les aconseje sobre cómo mejorarlos.
3. *Posibilidad de seguimiento a lo largo del tiempo* (en ocasiones años) lo que permite conocer al paciente, realizar un trato individual y personalizado basándose en su entorno social, priorizar la conducta a modificar y elegir el momento más adecuado para fijar una fecha para dejar de fumar.

El abordaje del tabaquismo se debe realizar en una doble vertiente, la prevención de la enfermedad en los no fumadores y el tratamiento de la deshabituación en los fumadores. Las características anteriormente mencionadas de la Atención Primaria la convierten en el marco idóneo para realizar prevención del tabaquismo tanto primaria, secundaria como terciaria desde sus consultas.

Otro ámbito fundamental de actuación en tabaquismo es la *Atención Especializada* en el hospital y los centros jerarquizados de especialidades. Ambos constituyen la entidad sanitaria por excelencia, donde además de realizar el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, se debería llevar a cabo la prevención de las mismas, y primordialmente la modificación de los estilos de vida como es el tabaquismo. Se ha visto que las intervenciones realizadas sobre el consumo de tabaco desde la Atención Especializada, consiguen mayores tasas de abandono que en Atención Primaria ya sea porque generalmente los pacientes que acuden a las consultas de especialistas presentan patologías más graves estando más sensibilizados, o bien porque se les puede dedicar más tiempo, 15-20 minutos por consulta en Atención Especializada, frente a los 4-6 minutos de la Primaria. Por otro lado, reseñar que entre los especialistas, no son exclusivamente los neumólogos los responsables de la actuación ante el tabaquismo, sino que los profesionales encargados de tratar

las más de 25 enfermedades directamente relacionadas con el tabaquismo, son los responsables de dicha actuación, entre ellos cabe destacar a pediatras, ginecólogos, gastroenterólogos, otorrinolaringólogos, urólogos, psiquiatras, psicólogos, etc.

En tercer lugar se encuentran los *Farmacéuticos*, que como profesionales sanitarios expertos en medicamentos, están concienciados de la trascendencia socio-sanitaria-económica que representa el tabaquismo. Se caracterizan por ser profesionales de la salud muy accesibles y próximos a la población, ampliamente distribuidos geográficamente tanto en el ámbito urbano como rural, y con una amplia disponibilidad horaria de atención al público. De este modo pueden actuar en todas aquellas personas sanas o enfermas que acuden a la oficina de farmacia⁶. Las actuaciones realizadas por los farmacéuticos se centran, en primer lugar, en la administración de información sobre los perjuicios del tabaco y especialmente de los beneficios que reporta dejar de fumar, información sobre las alternativas terapéuticas, y en algunos casos informan de la oportunidad de consultar o derivar a un médico para la deshabitación tabáquica, o la resolución de problemas relacionados con la medicación en los que es imprescindible la actuación médica.

En segundo lugar, puede realizar una Atención Farmacéutica centrada en el seguimiento de la medicación antitabaco, detectando los problemas relacionados con la misma, prestando especial interés en las reacciones adversas a medicamentos, realizando así mismo, una valoración integral de toda la medicación del paciente, para alcanzar la máxima efectividad y seguridad de la farmacoterapia⁷. De este modo el farmacéutico representa un importante papel social y sanitario en el control del tabaquismo⁸ que será más extensamente tratado en el capítulo 41 de este libro.

La colaboración entre todos los sanitarios en la erradicación de la llamada "Epidemia del siglo XXI el tabaquismo", contribuirá a alcanzar los parámetros de calidad asistencial que una sociedad desarrollada como la nuestra precisa.

NIVELES DE ACTUACIÓN DE LOS MÉDICOS EN EL TABAQUISMO

Aunque son múltiples y muy diversos los posibles niveles de actuación de los médicos en el tabaquismo, cuando se plantea la necesidad de realizar un abordaje efectivo del mismo se debe plantear desde un punto de vista multifactorial, partiendo inicialmente de la Prevención Primaria, pasando por la Secundaria y finalizando por la Prevención Terciaria⁹.

Según Stokes¹⁰ la "Prevención Primaria" tendría como fin evitar la incorporación de nuevos fumadores y en consecuencia disminuir su incidencia, estando formada la población diana a la que van destinadas las medidas preventivas por los jóvenes y adolescentes.

La "Prevención Secundaria", cuyo objetivo es la interrupción de la progresión de la enfermedad y/o su cese, está dirigida a los fumadores activos que no presentan patología asociada. Este tipo de prevención es llevada a cabo mediante los llamados "cribados o screenings" a través de la búsqueda activa de casos realizada durante cualquier actividad sanitaria, aunque no tenga relación directa con la patología consultada. Siendo la Atención Primaria, en colaboración con la farmacia, el marco ideal para este tipo de prevención, porque proporciona acceso a toda la población, permite la integración de las actividades preventivas con las curativas, y favorece el seguimiento del problema hasta su resolución.

Finalmente la *Prevención Terciaria* cuya misión es la de frenar la evolución natural del consumo de tabaco, disminuyendo la morbi-mortalidad derivada de la misma. El objetivo diana será todo aquel fumador con patología relacionada con su consumo, momento en el cual será trascendental la actuación coordinada de la Atención Primaria y Especializada.

EL PAPEL DE LOS MÉDICOS EN LA PREVENCIÓN PRIMARIA DEL TABAQUISMO

Para ser efectivos en la Prevención Primaria del tabaquismo son precisos programas preventivos, correctamente estructurados, continuados en el tiempo y contemplados dentro un contexto adecuado, que tengan como fin la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

Así, los profesionales sanitarios de medicina, enfermería y farmacia deben mentalizarse de que su papel en la lucha antitabáquica no se basa únicamente en la intervención terapéutica individual de ayudar a los pacientes a dejar de fumar, sino que también deben tomar conciencia de que constituyen el colectivo social con mayor capacidad para influir positiva o negativamente sobre la prevalencia del hábito tabáquico en la población, ejerciendo un triple papel:

1. *Papel modélico o ejemplar*: Los profesionales sanitarios, y en especial los médicos, pueden desempeñar una labor muy importante en la sensibilización social sobre la importancia de evitar y disminuir el consumo de tabaco, para lo cual es fundamental ofrecer a los pacientes y a la sociedad en general una imagen de no fumadores¹¹. Los sanitarios que no fuman inducen, únicamente con este gesto y de forma pasiva, a que el resto de la población no fume, ayudando a afianzar la idea que el tabaco resulta perjudicial para la salud, dado que, mal que pese, en temas de salud-enfermedad constituyen modelos a seguir. Si el médico fuma es como si hiciera una receta de cigarrillos, pues con esa actitud está "prescribiendo comportamiento". El médico del mismo modo que receta un medicamento, al consumir tabaco está recetando la conducta de fumar, tal

como si la prescribiera en recetario¹². Si los pacientes ven a los sanitarios fumar automáticamente interpretan: "...si el médico, la enfermera, el farmacéutico fuman, no será tan malo como dicen".

En países como EE.UU., Gran Bretaña y Suecia la disminución del hábito tabáquico en los médicos fue imitada rápidamente por la población. Distintas investigaciones demostraron que las opiniones y actitudes de los médicos frente al tabaco están influidas por su propio consumo. Su adicción a la nicotina influye sobre el consumo de la sociedad. Señalar a este respecto el gran avance que en este sentido se está produciendo en España, donde ha descendido significativamente el número de sanitarios fumadores pasando de un 49,2% en 1985¹³, a un 34,7% en 1998¹⁴, así mismo se ha hallado un importante descenso de los estudiantes de medicina fumadores (12,2% en 2001) lo que revela una clara tendencia a la disminución del hábito tabáquico en los futuros médicos¹⁵. Del mismo modo según una encuesta realizada por el CIS en 1985, el 31% de los médicos fumaban delante de sus pacientes, frente al 97,7% de médicos del INSALUD que en 1998 señaló la importancia de que los sanitarios nunca fumen en presencia de sus pacientes¹⁴.

Los profesionales sanitarios deben seguir unas pautas mínimas de actuación en relación con el tabaco en su práctica diaria resumidas en la tabla I.

2. *Un papel de educadores sanitarios:* Dirigido a dos áreas fundamentalmente, en primer lugar a la comunidad, a la que informará de los riesgos del consumo de tabaco y en especial de los beneficios de su abandono, aconsejando la deshabituación tabáquica. Y en segundo lugar, siguiendo los dictados del título VI de la Ley General de Sanidad 14/86 de 25 de abril, según la cual, la docencia y la investigación deben ser fomentadas en todo el sistema sanitario, los médicos impartirán docencia pre y posgrado en tabaquismo, a los distintos colectivos que pueden influir en la evolución del consumo de tabaco en la población.

Para ello, se definirá la población diana sobre la que se va a actuar en cada uno de los niveles de prevención, de este modo, se formará a los profesionales que con mayor efectividad van a actuar en la prevención y/o tratamiento del tabaquismo dentro de cada uno de los posibles niveles o escalones de intervención en la lucha antibotáquica.

Se comenzará por formar a las personas cuya actuación va a ser clave en la Prevención Primaria del tabaquismo, evitando el paso de persona no susceptible al consumo de tabaco, (joven que considera que en un futuro él no fumará) a joven susceptible (que no descarta la posibilidad de que en un futuro más o menos lejano pueda llegar a fumar). Así, la población diana a la irán dirigidas las actuaciones en Prevención Primaria serán principalmente los niños, jóvenes y adolescentes que todavía no han comenzado a fumar. Por lo que los médicos deberán formar en tabaquismo

TABLA I

FUNCIÓN MODÉLICA DE LOS SANITARIOS

- No fumar en la consulta-farmacia, retirando cenicerros, encendedores y paquetes de cigarrillos.
- Señalizar adecuadamente la restricción del uso del tabaco.
- Crear un ambiente limpio de humo en el lugar de trabajo, colocando pósters en las salas de espera promoviendo hábitos de vida saludables, sin humo.
- No fumar en las áreas destinadas al público. Creando áreas de fumadores para el personal no accesibles ni visibles para el usuario.
- No ofrecer tabaco a los pacientes, ni aceptar obsequios relacionados con el mismo, razonando el motivo.
- Mostrarse siempre partidarios de la deshabituación tabáquica.
- Hacer cumplir la reglamentación sobre los lugares en los que está prohibido fumar.

Tabla extraída y modificada de Solbes A, Torres A, Marco MT, Gonzalo JL. Algunos aspectos sobre el abordaje del paciente fumador en las consultas de Atención Primaria. En Ruiz de Adana R, editor. Libro del Año 1996 de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid SANED; 1996 pp. 176-97.

a los grupos de población que tienen mayor capacidad de influir en la conducta y toma de decisiones de dichos jóvenes¹⁶.

Para conocer quienes son los formadores clave en tabaquismo de los adolescentes, es necesario considerar previamente cuales son los condicionantes que hacen que un adolescente, en un momento determinado, decida encenderse un cigarrillo. Entre dichos condicionantes están la infravaloración de las consecuencias negativas de fumar, porque el joven piensa que dado que la mayor parte de las personas adultas que admira (padres, profesores, grupo de amigos, deportistas, cantantes, actores...) fuma y/o hace publicidad de tabaco, quizá no sea tan malo como pretenden hacerle creer. Por otro lado, se encuentran condicionantes como la publicidad, la contrainformación o contraformación, la gran facilidad para la adquisición de cigarrillos y el escaso cumplimiento y vigilancia de la legislación existente en materia de tabaquismo, que favorecen el inicio del consumo de tabaco¹⁷.

Por ello, los profesionales sanitarios deberían formar a los primeros educadores de los posibles futuros fumadores, esto es a los padres. Los niños aprenden lo que ven, considerando como normales las actitudes que han visto realizar repetidamente, durante años, a sus padres y hermanos de mayor edad. Del mismo modo asocian consumir tabaco con ser "mayores", circunstancia que motivará, en ocasiones, comenzar a fumar para parecerse a ellos.

Los sanitarios aprenderán a clarificar las ideas de los jóvenes, que reciben mensajes contradictorios en relación con el tabaco, encontrándose por un lado la información relativa a los posibles perjuicios que aparecen como consecuencia del consumo de cigarrillos, frente a los mensajes provenientes de la publicidad, que pretende hacer creer que fumar es algo normal, asociándolo además con valores muy importantes en esa etapa de la vida como son la sensualidad, el misterio, la solidaridad o el deporte, ocultando la realidad del tabaco asociada con disminución de la calidad de vida, importante gasto económico, pérdida de libertad por adicción a la nicotina, enfermedad, incapacidad funcional, sufrimiento y muerte.

Por otro lado, los médicos concienciarán y facilitarán formación a los docentes, líderes juveniles, formadores en actividades deportivas, y a los educadores de tiempo libre (tipo scout, monitores de colonias, campamentos), sobre las ventajas y beneficios de no fumar, publicidad y técnicas de resistencia a la presión, puesto que la mayor parte de las veces están más próximos a los jóvenes y por lo tanto poseen mayor capacidad de influir en sus conductas, especialmente fuera del ámbito lectivo.

Así, en los últimos 30 años se ha demostrado que para evitar que los niños se conviertan en fumadores habituales, tanto los médicos, como cualquier profesional con capacidad de influir en la toma de decisiones de los jóvenes deben realizar los siguientes puntos clave¹⁸:

- *Cumplimentar la historia de consumo de tabaco en la historia clínica o informe escolar y la aplicación y registro sistemático del Consejo Sanitario Antitabaco*: Siendo éste el punto de partida para la actuación sobre tabaquismo, pues si no se interroga a los niños sobre si fuman o han fumado, difícilmente se podrá actuar en este sentido.
- *Disuadir a los jóvenes que todavía no han fumado, de que prueben el primer cigarrillo*. Aunque no todos los jóvenes que prueban el tabaco van a ser necesariamente fumadores en la edad adulta, la realidad es que la mayor parte de ellos pasarán de la etapa de experimentación a la de habituación y posteriormente a la de adicción. Además que se ha observado que si esta experiencia no es muy desagradable acompañándose de tos, lagrimeo, etc. y tan sólo experimenta una sensación de mareo, las posibilidades de que ese joven pruebe un segundo y tercer cigarrillo son mayores, aumentando significativamente la probabilidad de que definitivamente se convierta en un fumador.
- *Aconsejar a los niños que rechacen los cigarrillos cuando se los ofrezcan*: Se comienza a fumar principalmente durante la transición a la pubertad, la mitad de todos los niños fumarán un cigarrillo hacia los 10 años y uno de cada 4 fumará más de 6 cigarrillos a la semana hacia los 15, estimándose que cuando han fumado al menos 100 cigarrillos, ya se ha establecido en ellos el inicio de la dependencia al tabaco.
- *Motivar a los padres para que comiencen a hablar a sus hijos a los cinco años de edad acerca de la importancia de ser no fumador*: Los niños se sienten motivados para abstenerse de fumar si perciben que el tabaco amenaza su aspecto físico (dientes y uñas amarillos, mal aliento, olor desagradable, etc) y su rendimiento deportivo inmediato, no siendo sensibles a las posibles enfermedades a largo plazo.
- *Informar a los padres que el consejo a sus hijos sobre no fumar es efectivo*: Tanto los fumadores como los no fumadores pueden dar consejos efectivos a sus hijos acerca de no fumar. Se ha visto que con padres no fumadores que mostraban a sus hijos la desaprobación de fumar, el 69% de niños no fumaron nunca. Mientras que aquellos que no mostraban su desaprobación verbalmente, el porcentaje de niños no fumadores descendió al 53%. Con padres fumadores que mostraban desaprobación, el 55% de niños fueron no fumadores, y en aquellos que no mostraban desaprobación solo el 24% de los niños no fumaron.
- *Identificar a los miembros fumadores de la familia y pedirles que lo dejen*: Los médicos deben informar a los padres que si no fuman, sus hijos tendrán la mitad de posibilidades de comenzar a fumar, que aquellos hijos de padres fumadores. Así mismo, debe estimularse a los niños mayores de la familia a que no fumen, dado que el riesgo de los más jóvenes se reduce también a la mitad. Por otro lado, debe de informarse a los padres que fuman que el humo del tabaco llega a cada habitación de la casa en 15 minutos, y que el fumador pasivo puede llegar a padecer las mismas enfermedades que provocan los cigarrillos inhalados.
- *Realizar intervenciones en colaboración con las Asociaciones de Madres y Padres del Alumnado*, dirigidas a reforzar sus conocimientos sobre tabaquismo, incidiendo especialmente en los beneficios del retraso del inicio y la experimentación.
- *Se debe de animar a los niños a que tengan amigos no fumadores*: Si el amigo de un niño no fuma el riesgo de que comience a hacerlo se reduce entre una mitad y dos tercios. Dado que el factor que mejor sirve para predecir si un niño comenzará a fumar o no, es si sus mejores amigos estimulan este hábito (en las tres cuartas partes de las ocasiones en las que se fuma un cigarrillo por primera vez los amigos del niño están presentes y han sugerido que el niño fume).
- *Es conveniente decir a los niños que las compañías tabaqueras quieren su dinero*: Se les puede pre-

guntar si quieren dejarse influenciar por las astutas maniobras de la publicidad, que han logrado que un 30% de los niños de 3 años y el 91% de los de 6 años en California puedan identificar correctamente el logotipo de los cigarrillos Camel.

- *Se les debe preguntar sobre las razones por las que creen que otros niños y adultos fuman:* Decir a los niños que la mayoría de ellos argumentan que han probado el tabaco debido a la presión de sus compañeros, por curiosidad, por parecer independientes y mayores, para parecer “más duros” y en un intento de divertirse convencidos de que pueden dejarlo siempre que quieran, no percibiendo la gran adicción que puede provocar el tabaco (se ha estimado que el tabaco tiene un poder de adicción similar al de la heroína). Se les debe explicar que los adultos aunque quieren dejar el tabaco no pueden, así un 80% de la población general ha intentado dejar de fumar al menos una vez, en EE.UU. 15 millones de adultos intentan dejar el tabaco cada día, cada uno de ellos lo intentará de 5 a 10 veces⁴. Para algunos adultos el éxito en conseguir dejar el tabaco les puede llevar de 20 a 30 años, y muchos sufrirán un ataque al corazón antes de lograrlo.
- *Los médicos pueden decir a los niños que a ellos les gustaría ayudarles a no ser fumadores:* Para dirigirse a los adolescentes es conveniente hacerlo de manera informal, adoptar una actitud de no establecer juicios y no tomar notas.

De este modo, los sanitarios deben esforzarse tanto en poner en práctica como en asesorar en los puntos anteriormente comentados, a educadores (maestros y profesores), tanto de educación preescolar, infantil, primaria como secundaria, dado que ellos son los segundos formadores en orden cronológico de los posibles fumadores, con los que en muchas ocasiones los adolescentes se identificarán o en los que buscarán patrones de conducta a imitar.

Por último, en el ámbito docente, no se deben olvidar aquellos profesionales sanitarios que se dedican a la docencia, tanto pregrado como postgrado, que serán formados en tabaquismo, debiendo estar incluida esta materia en los programas curriculares de todos los sanitarios, entre los que destacan médicos, DUE, fisioterapeutas, psicólogos, farmacéuticos, etc., dado que al impartir sus enseñanzas dentro del propio currículum universitario hacen que el tabaquismo se convierta en una enfermedad más, de la misma categoría que el úlcus, el infarto de miocardio, la EPOC o las enfermedades infecciosas, que no sólo hay que tratar, sino también prevenir, siendo ésta una labor habitual en la práctica diaria de cualquier sanitario.

Además, los médicos deben desempeñar un papel de liderazgo de todas aquellas iniciativas que tengan

como fin disminuir la prevalencia del consumo de tabaco, como por ejemplo, restringir la accesibilidad y disponibilidad del mismo, unificando en todo el territorio nacional la prohibición de venta de tabaco a la población menor de 18 años, prohibir la publicidad directa e indirecta y del patrocinio de los productos del tabaco, promover la supresión de las máquinas expendedoras, delimitando como única forma de adquisición de estos productos la venta personalizada, establecer medidas fiscales nacionales de aumento del precio del tabaco, etc.

Los médicos colaborarán en hacer cumplir y respetar la legislación vigente en materia de tabaquismo, comenzando por los propios centros de trabajo, centros de salud, hospitales, oficinas de farmacia, etc., donde se debe proteger a los trabajadores y en especial a las mujeres de los efectos nocivos del humo, dado que se ha observado que en los últimos 5/6 años, se está produciendo una feminización de los lugares de trabajo, donde un 80% de las mujeres trabajan en el sector servicios, muchas en restaurantes y bares, habiendo según las estadísticas, hasta un 73% de mujeres no fumadoras que se ven obligadas respirar aire contaminado por el humo de tabaco, factor contaminante que además, se ha demostrado particularmente perjudicial para las mujeres embarazadas, y que en dependencia del lugar de trabajo los niveles de nicotina pueden llegar a alcanzar niveles de hasta 77 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, incluso si la sala está bien ventilada¹⁹ (tabla II).

Del mismo modo los médicos y en especial los de medicina laboral, velarán por la salud de los trabajadores de industrias que manipulen productos que al interactuar con las sustancias del tabaco actúen aumentando su toxicidad, como puede ser el amianto, informándoles de este riesgo añadido. La exposición al amianto incrementa el riesgo de cáncer de pulmón debido al consumo de tabaco, y el consumo de tabaco incrementa el riesgo de la exposición al amianto. Los trabajadores expuestos al amianto presentan un riesgo de cáncer de pulmón cinco veces mayor al de los no expuestos, pero el riesgo para los trabajadores expuestos al amianto, que además fuman, se multiplica por cincuenta. Así pues, el consumo de tabaco y la exposición al amianto se suman para provocar cáncer de pulmón, multiplicando el riesgo propio de cada factor por separado. El consumo de tabaco también aumenta los riesgos para la salud que representa la exposición a otras sustancias, tales como el etanol, el silice y la radiación¹⁹. Por ello según la Declaración de la Conferencia de Berlín 2001 sobre entornos laborales libres de humo²⁰, el tabaco constituye una amenaza para la salud de primer orden en el ámbito laboral, siendo una necesidad la creación de entornos laborales libres de humo, para prevenir la discapacidad y la mortalidad prematuras. Así el médico de empresa informará a directivos y empleados de los riesgos de la exposición a dichos tóxicos y sus interacciones con el tabaco, y además velará por la creación de zonas específicas

TABLA II

MEDICIONES DEL AIRE CONTAMINADO POR HUMO DE TABACO EN DISTINTOS ESPACIOS

Lugar	Nicotina en el aire (mg/m ³)	Cotina en las personas expuestas (mg/L)
Clubes nocturnos	37,1 (28-50)	3,4 (1,7-5,0)
Servicios	3,0	
Lugares de trabajo en el sector industrial	2,7	
Oficinas	0,6	
Lugares de trabajo con prohibición de fumar	0-0,39	
Lugares de trabajo con restricción de fumar	1,3-5,9	
Lugares de trabajo donde se permite fumar	8,6-10	
Hogares con ambos padres no fumadores	0,15	0,29
Hogares con padre fumador	2,5	1,17
Hogares con madre fumadora	5,5	2,20
Hogares con ambos padres fumadores	12,1	4,1

Entornos laborales libres de humo de tabaco: Mejora de la salud y el bienestar de las personas en el trabaj. Informe de la situación en europa. 2001. European Network for Smoking Prevention (ENSP). <http://www.ensp.org/reports.cfm#passive>.

aisladas para los fumadores, respetando el derecho a fumar de los mismos. Se ha comprobado que tan solo con esta medida además de disminuir el potencial tóxico de dichos productos, aumentan las cesaciones entre los trabajadores.

Por otro lado, los médicos en la Prevención Primaria del tabaquismo investigarán la motivación, causas del inicio del hábito de fumar, y los factores influyentes del mismo en jóvenes y adolescentes, según género y edad, a través de encuestas, desarrollando posteriormente sistemas de información y monitorización que permitan la evaluación de las actividades realizadas¹.

En la Prevención Primaria del tabaquismo los médicos deben formar y asesorar a otros profesionales sanitarios, responsables de empresas, abogados, políticos, legisladores y juristas, responsables de la coordinación entre los poderes legislativo, ejecutivo y judicial, cuyo fin será tanto legislar en materia de tabaquismo, como hacer cumplir lo legislado. Siendo trascendental hacerles ver la importancia de evitar la aprobación de nuevas formas de consumo de tabaco como puede ser el tabaco de sabores, la aprobación de cajetillas de mayor contenido de cigarrillos, que favorecerán la creación de una mayor dependencia nicotínica, o la de cajetillas de 10 cigarrillos, o de marcas más económicas, más accesibles a los jóvenes habitualmente con menor poder adquisitivo, que facilitan la adquisición y afianzamiento del hábito tabáquico. Además formarán a cualquier educador con capacidad de influir sobre la conducta y toma de decisiones de los jóvenes, entre los que se encuentran padres, profesores de educación preescolar, infantil, primaria, secundaria, formación profesional y

universitaria, así como a monitores de tiempo libre y deportivos y educadores sanitarios. Por otro lado, si realmente los sanitarios quieren ser efectivos, deben formar y sensibilizar a periodistas y a responsables de los medios de comunicación de masas, para que no emitan programas en los que los invitados o protagonistas fumen, para que no trasmitan precisamente aquellas secuencias en las que los políticos o personas destacadas se encuentren fumando, haciendo ver que esa es la conducta "normal" de las personas poderosas y que han alcanzado el éxito. El gran poder de influencia de los medios de comunicación puede modificar las conductas de la población tanto positiva como negativamente, por lo que con las actividades anteriormente comentadas se conseguiría la disminución del consumo de tabaco, fundamentalmente a costa de los más jóvenes.

3. *Un papel de liderazgo:* el Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2003-2007¹, se ha planteado como objetivo para el año 2007, que al menos el 65% de la población se considere protegida de la exposición al aire contaminado por humo de tabaco¹, para ello los médicos respaldarán y promoverán las iniciativas legislativas, publicitarias... que constituyan un beneficio para la comunidad colocando el tema del tabaco entre los asuntos de interés para los medios de comunicación de masas, dado que con ello, el tabaco puede llegar a convertirse en un asunto de preocupación para autoridades y políticos (tabla III).

Desde 1986 un total de 14 informes bien documentados, elaborados por instituciones médicas y medioambientales, así como agencias oficiales en Europa,

TABLA III

PROPUESTAS DE PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO 2003-2007
PARA EVITAR EL TABAQUISMO INVOLUNTARIO Y POTENCIAR LOS ESPACIOS SIN HUMO

Estrategias	Actuaciones
Estrategia Informativa	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar campañas de información sobre los beneficios que conlleva la creación de ambientes sin humo y los riesgos que provoca estar en ambientes contaminados por humo de tabaco. - Fomentar los hogares y espacios de ocio sin tabaco. - Facilitar la normativa existente sobre el derecho a respirar aire no contaminado por humo del tabaco, a la población general y a colectivos y sectores de la sociedad directamente afectados: centros docentes, sanitarios, sociales, deportivos, de ocio, empresas de transporte, administraciones públicas, etc. - Promover iniciativas que faciliten la información y respeto de los espacios sin humo.
Estrategia Educativa Formativa	<ul style="list-style-type: none"> - Impulsar que la norma socialmente más aceptada sea la de no fumar. - Enfatizar que las molestias las provoca el humo de tabaco, no las personas que fuman. - Centrarse en los derechos de los individuos a disfrutar un ambiente saludable y seguro. - Desarrollar programas formativos dirigidos a médicos y personal de enfermería actualizando sus conocimientos sobre tabaquismo; al personal encargado de velar por el cumplimiento de la normativa (vigilantes, guardias de seguridad, celadores, etc.), para que la transmisión de sus mensajes sea adecuada y asertiva, y a las organizaciones sindicales y empresariales para que contribuyan a respetar y hacer cumplir la legislación vigente. - Facilitar formación a profesionales docentes, a madres y padres, sobre los perjuicios de la exposición involuntaria al aire contaminado por humo del tabaco, motivando su intervención activa. - Elevar el nivel de concienciación, difundir los datos científicos y servirse de argumentos pragmáticos de relevancia en el contexto cotidiano de la realidad laboral.
Estrategia Asistencial	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar entre profesionales sanitarios de Atención Primaria y Especializada la "intervención mínima o intervención breve". - Incentivar la intervención de los sanitarios, consiguiendo hacer realidad que los centros sanitarios sean espacios sin humo.
Estrategia Legislativa	<ul style="list-style-type: none"> - Promover la inclusión del humo ambiental del tabaco en el listado de sustancias nocivas ambientales. - Favorecer la creación de una medida comunitaria para clasificar el humo ambiental del tabaco, como agente carcinógeno del lugar de trabajo, a través de la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo. - Elaborar una política realista sobre lugares de trabajo libres de humo de tabaco involucrando a todos los interesados en el proceso. - Facilitar los cambios legislativos necesarios para que toda persona vea respetado su derecho a respirar un aire sin humo en todos los espacios públicos. Estos cambios pueden incluir medidas como las de la legislación italiana que contempla la imposición de multas de 25 a 250 euros si se fuma bajo un cartel de "no fumar" y del doble si en las proximidades hay niños menores de 12 años o mujeres embarazadas, y de hasta 2.000 euros para el responsable del local, ya sea un restaurante, oficina o agencia bancaria. - Velar por el cumplimiento de la normativa sobre espacios sin humo diseñando mecanismos ágiles de inspección y respuesta a reclamaciones. - Prohibir fumar en todos los ámbitos laborales salvo en las áreas específicamente destinadas a ello, debido a que no existe un nivel seguro de exposición al ACHT, porque los sistemas de ventilación no pueden asegurar ambientes laborales libres de humo y, por tanto, no constituyen una opción aceptable. - Potenciar una señalización adecuada en todos los espacios sujetos a regulación (prohibición de fumar o zonas para fumadores). - Asegurarse de que las restricciones son iguales y que se aplican con el mismo rigor en todos los niveles de la organización. - Prever plazos suficientemente amplios para anunciar la política, realizar la planificación y poner en práctica el nuevo sistema.
Estrategia Coordinación Participación	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar iniciativas de colectivos comunitarios que promuevan el derecho de no fumar obligadamente. - Brindar a los empleados la oportunidad de participar en la elaboración y puesta en marcha de la política antitabaco. - Buscar alianzas entre políticos y líderes de opinión, para que se manifiesten a favor de una sociedad libre de tabaco. - Fomentar que todos los actos en lugares cerrados promovidos o subvencionados por la administración pública, y que las celebraciones privadas con asistencia de población infantil, sean sin tabaco.
Estrategia Investigación Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> - Promover la investigación y estudios epidemiológicos acerca del tabaquismo involuntario y su repercusión en la salud de la población. - Fomentar los estudios sobre la toxicidad del aire contaminado por humo de tabaco. - Crear un sistema de información sobre infracciones y sanciones que recoja las actuaciones de las autoridades locales, autonómicas y estatales, con el objeto de conocer y evaluar el cumplimiento y seguimiento legislativo sobre espacios sin humo en España.

Tabla extraída y modificada del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2003-2007. Documento Técnico, Mayo 2002. Ministerio de Sanidad y Consumo y de Conferencia de Berlín. Entornos laborales libres de humo de tabaco: mejora de la Salud y el bienestar de las personas en el trabajo. Rev Esp Salud Pública 2003; 77: 7-9

Norteamérica y Australia, han establecido que el consumo involuntario del tabaco constituye un riesgo para la salud pública. De este modo, algunas de estas instituciones, como por ejemplo el National Institute on Occupational Safety and Health (Instituto Nacional de la Seguridad y Salud en el Trabajo-NIOSH) de los EEUU, ha clasificado el aire contaminado por humo de tabaco (AHT) como factor cancerígeno reconocido, dado que contiene más de cuarenta sustancias químicas que producen cáncer en los animales y en el ser humano, así como sustancias químicas irritantes para los ojos y las vías respiratorias superiores como partículas de acroleína, formaldehído, amoníaco, monóxido de carbono, cianuro de hidrógeno, óxidos de nitrógeno, óxido de azufre, sustancias químicas orgánicas tales como hidrocarburos policíclicos aromáticos, aminas aromáticas, nitroaminas, hidracinas, benceno y cloruro de vinilo; sustancias inorgánicas tales como arsénico, cadmio, cromo; radionucleótidos tales como polonio-210¹⁹. Por ello, los médicos harán que se respeten los derechos de los no fumadores, y en especial los derechos de los niños protegiendo y promoviendo su salud, con el fin de que tengan la oportunidad crecer libres, con hábitos saludables que les lleven a alcanzar mejor calidad de vida. En este sentido el Plan Nacional de Prevención y Control

del tabaquismo 2003-2007¹, propone la realización de algunas actividades específicas para potenciar los espacios sin humo y evitar el tabaquismo involuntario al que se le atribuyen 2.000 muertes por cáncer de pulmón al año y 20.000 por enfermedad cardiovascular, y que en los niños (las víctimas más vulnerables del consumo involuntario del tabaco) aumente el riesgo de que sufran el síndrome de muerte súbita infantil, infecciones de las vías respiratorias altas, asma bronquial e infecciones del oído medio. (ver tabla IV).

Como el consumo de tabaco es uno de los grandes peligros para la salud y la mayoría de los fumadores comienzan en la niñez, es preciso que los médicos cuando atiendan a un niño, a un adolescente, o a sus padres por cualquier motivo, les envíen los siguientes mensajes, con el objetivo de aclararles sus falsas creencias, y con ello disminuir la posibilidad de que los jóvenes se hagan fumadores^{12, 21}:

1. Aclarar la relación entre tabaco y otras drogas, diferenciándolas para lograr credibilidad por parte del adolescente. Nadie duda que el abuso de tabaco daña los pulmones, perjudica el corazón e incluso provoca trastornos en la erección, pero no opera significativamente sobre el comportamiento

TABLA IV

RIESGO DE ENFERMEDAD CAUSADA POR EL CONSUMO DE TABACO

<i>Diagnóstico</i>	<i>Riesgo relativo a los 35 - 64 años de edad</i>		<i>Riesgo atribuido al consumo actual de tabaco (%)</i>	
	<i>Consumo actual</i>	<i>Consumo anterior</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Cáncer de labio/boca/faringe	2,9	2,0	50	48
Cáncer de esófago	3,4	2,0	54	52
Cáncer de laringe	5,4	2,5	67	66
Cáncer de pulmón	11,5	5,0	83	83
Cáncer de páncreas	1,6	1,0	17	17
Cáncer de riñón	1,5	1,0	15	15
Cáncer de la vejiga urinaria	2,5	1,5	41	29
EPOC*/bronquitis/enfisema**	8,7	4,0	79	78
Cardiopatía coronaria	2,7	1,4	41	40
Otras cardiopatías	1,6	1,2	21	20
Enfermedad cerebrovascular	2,4	1,3	37	36
Hipertensión	1,6	1,2	21	20
Arteriosclerosis	4,1	1,0	52	52
Neumonía	1,8	1,3	27	26
Asma bronquial	1,8	1,3	27	26

Fuente: Kjonstad: *Liability of tobacco industry, Noruega 2000.*

* EPOC: *Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.*

** *La bronquitis y el enfisema se indican aparte de la EPOC ya que en la Clasificación Internacional de Enfermedades se atribuyen números distintos a la bronquitis, al enfisema y a la EPOC.*

- personal y social, como ocurre en el caso de abuso de alcohol, psicofármacos y las sustancias ilegales.
2. La nicotina sí crea dependencia como las otras drogas, y la fantasía del adolescente que abandona el hábito cuando él quiere debe ser conceptualizada como tal, es decir, como una fantasía.
 3. Dejar claro que fumar no es normal, la mayoría de las personas no fuma.
 4. Dejar claro que fumar no es útil.
 5. Dejar claros los peligros de fumar y del fumador pasivo.
 6. Los padres no deben fumar en la casa, ni en el automóvil, tampoco deben permitir que otros lo hagan. Si fuman, el médico les animará a que dejen el tabaco o que no fumen en presencia o cerca de los niños, o en su defecto, les recomendarán fumar fuera de casa.
 7. Los médicos aconsejarán a los padres que ni las niñas ni otras personas que trabajen en el hogar fumen dentro de la casa o cerca de los niños.
 8. Recomendarán asegurarse de que no se fume en la escuela o guardería de sus hijos, así como averiguar si se habla acerca del tabaco en la escuela.
 9. Respaldarán los esfuerzos de no fumar de la escuela y la comunidad, e informarán a los docentes que esperan que ellos hagan cumplir la política de no fumar.
 10. Averiguar acerca del consumo de tabaco por los amigos; ensalzando a los niños que no fuman.
 11. No permitir que los niños manejen los utensilios de fumar, ni jueguen con cigarrillos de chocolate. Son símbolos de cigarrillos reales y los niños pequeños que los usan tienen mayor tendencia a fumar.
 12. Destacar ante los niños las imágenes falsas y engañosas que se usan en los anuncios y películas donde presentan el acto de fumar como glamoroso, saludable, sensual y maduro.

13. Destacar los efectos negativos a corto plazo tales como el mal olor en la boca, los dedos amarillos, la ropa apestosa, la respiración corta y la disminución del rendimiento en los deportes.
14. Asegurarse de que no se fume en los Centros de Salud y lugares de atención de los niños.

En la misma línea los médicos deben actuar para evitar que los niños se vean expuestos involuntariamente al humo del tabaco, así promoverán que se respeten los derechos de los niños²² expuestos en la tabla V.

Los sanitarios promoverán iniciativas como la acreditación de Espacios Sin Humo especialmente de aquellos locales donde se realicen actividades de ocio para jóvenes y adolescentes, colaborando en el establecimiento de una política gradual de espacios sin humo (ámbito público, laboral, social y de ocio), instaurando en un principio salas para población fumadora, hasta conseguir la totalidad de los espacios libres de humo de tabaco. Además los médicos fomentarán las iniciativas y la participación en proyectos de ámbito nacional e internacional que permitan el intercambio de conocimientos y estrategias de prevención del inicio y mantenimiento del consumo (Clases Sin Humo, Quit & Win, participación de los centros hospitalarios en la Red Europea de Hospitales Sin Tabaco, estimulando el desarrollo actividades establecidas en el Decálogo Europeo, promover la participación en programas de intervención comunitaria, etc.), obtendrán el compromiso de autoridades, personalidades y otros líderes sociales, de no fumar en actos públicos; colaborarán en garantizar el cumplimiento de la legislación vigente sobre limitaciones de la venta y consumo de tabaco, etc.

Los médicos formarán parte y colaborarán con la Administración, así como con asociaciones científicas e institucionales que tengan como objetivo la prevención del tabaquismo, destacando entre ellas entidades como

TABLA V

DERECHOS DE LOS NIÑOS

- A ser liberados de los efectos del tabaco cuando se encuentran en el seno materno.
- A ser criados en un lugar libre de humo.
- A esperar que los médicos, docentes y aquellos que los cuiden, den el ejemplo absteniéndose de fumar.
- A guarderías, escuelas, clubes juveniles y lugares públicos libres de humo.
- A que se les instruya acerca del daño que sobre su salud y bienestar tiene el hábito de fumar.
- A que se les enseñe a resistir las presiones para que fumen.
- A que no se les vendan cigarrillos y otros productos derivados del tabaco.
- A estar protegidos de cualquier forma de publicidad y promoción del tabaco.
- A vivir en una comunidad donde no fumar sea la norma de vida de todos sin importar la edad.
- Y a esperar que los gobernantes, municipales, provinciales y nacionales, tomen medidas políticas más apropiadas para proteger estos derechos.

el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT), constituido por 24 organizaciones, principalmente asociaciones de profesionales sanitarios, que mantiene vínculos con otras organizaciones implicadas e interesadas en la prevención del tabaquismo y que forma parte de la Red Europea de Prevención del Tabaquismo. Con ello los sanitarios tendrán como objetivo afrontar globalmente el control y prevención del tabaquismo, evitando la dispersión de competencias, la falta de sistemas de información suficientemente sistemáticos, la relativa escasez de recursos disponibles para afrontar un problema de salud pública de tal magnitud, la falta de homogeneidad en algunos criterios de seguimiento, evaluación y atención al tabaquismo o las dificultades para realizar un seguimiento eficaz del cumplimiento de la normativa que regula la venta, el consumo, y la publicidad del tabaco¹.

EL PAPEL DE LOS MÉDICOS EN LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL TABAQUISMO

La Prevención Secundaria tiene como objetivo hacer que las personas que han comenzado a fumar dejen de hacerlo, llegando a evitar en ocasiones, que desarrollen dependencia nicotínica. Generalmente son actividades dirigidas a población joven fumadora que todavía no ha desarrollado patología asociada con el consumo de tabaco.

Así, uno de los primeros objetivos en este escalón de actuación será evitar que los jóvenes que ya han consumido su primer cigarrillo (experiencia que suele resultar bastante desagradable), sigan consumiendo tabaco, haciéndolo con frecuencia a escondidas e invirtiendo en ello gran parte de la escasa remuneración económica de la que suelen disponer. Evitar que lleguen a consumir aproximadamente 100 cigarrillos, será uno de los objetivos principales en la prevención secundaria del tabaquismo, dado que es a partir de este momento cuando se considera que el joven pasa a consumir tabaco de un modo esporádico a hacerlo a diario, estabilizándose la adicción y con ello el consumo^{23, 24}.

En segundo lugar en la prevención secundaria se ayudará a dejar de fumar a los pacientes que aún no han desarrollado patología provocada por el tabaco, dado que los ex fumadores presentan un menor riesgo de enfermedad que los fumadores actuales²⁵ (tabla IV). Las personas que dejan de fumar ven reducido el riesgo asociado al tabaquismo en comparación con las que continúan con este consumo. Desde el primer día, la abstinencia de tabaco disminuye el riesgo cardiovascular, situación que se normaliza al cabo de dos años. Al dejar de fumar también se reduce el riesgo de cáncer de pulmón. En estudios de cohortes se ha observado que las personas que habían dejado de fumar presentaban un menor riesgo de cáncer de pulmón que las que seguían fumando. En el estudio

realizado entre médicos varones, los ex fumadores vivían más tiempo que los que seguían fumando, y aquellos que habían abandonado el consumo antes de cumplir los 40 años eran los más beneficiados¹⁹.

La Prevención Secundaria del tabaquismo debe realizarse a través de la prescripción facultativa y/o terapia conductual simple sin medicación, constituyendo ésta el primer escalón del tratamiento del tabaquismo. Siendo, además de a los educadores, a los profesionales sanitarios (médicos, enfermeros-DUE, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, farmacéuticos, educadores sanitarios, en definitiva a cualquier profesional con capacidad de influir sobre la conducta de los fumadores hacia su deshabituación) a quienes se debe formar y concienciar de su importante papel en el abordaje del tabaquismo en este escalón.

El consejo médico antitabaco consiste en recomendar a un paciente dejar de fumar, empleando en dicho consejo de 3-5 minutos, pudiéndose acompañar de la entrega de un folleto o documento escrito que el fumador pueda leer y releer cuando lo estime adecuado.

Muchos sanitarios dudan de la eficacia del consejo médico en la deshabituación tabáquica, creen que el solo hecho aconsejar a un paciente dejar de fumar, no va a influir en la conducta frente al tabaco de sus pacientes; no obstante la realidad es muy distinta, dado que se ha demostrado que frente al 0,3-1% de abandonos espontáneos del tabaquismo, entre un 5% y un 10%²⁶ permanecen abstinentes después de un consejo explícito y breve acompañado de un documento escrito, y que si a esto se le suma el seguimiento, se puede alcanzar según algunos autores hasta un 20% de abstinencias. Aunque estas cifras no parecen muy altas, se ha estimado que si se realizase de un modo sistemático este tipo de intervención en una consulta de unas 1.500 personas, dejarían de fumar entre 25 y 40 fumadores, lo que representaría salvar la vida a 10 pacientes/año y ganar hasta 240 años potenciales de vida⁴. Del mismo modo, si se tienen en cuenta la escasez de recursos necesarios para implantar esta medida y el escaso tiempo de dedicación que requiere, se convierte el consejo médico antitabaco en la medida más eficiente en materia de prevención, adquiriendo su máxima rentabilidad aplicándose masivamente en Atención Primaria o en oficinas de farmacia, resultando el número absoluto de exfumadores obtenido por este método muy superior al que se podría obtener en un centro especializado (que puede obtener hasta un 40% de abstinencias) debido al mayor número de pacientes al que se podría llegar²⁷.

Por todo ello, se ha señalado el consejo antitabaco como la medida más prioritaria en Atención Primaria después del despistaje de la hipertensión arterial. La intervención mínima sobre tabaquismo tiene una excelente relación coste/efectividad, siendo aproximadamente 30 veces más efectivo que tratar una hipertensión y unas 100 veces más que el tratamiento de la hipercolesterolemia²⁸.

Es más rentable y efectivo en Atención Primaria emplear 3 minutos en aconsejar la deshabituación a un paciente asintomático, que invertir 30 minutos en intentar convencer a un paciente con pluripatología para que deje de fumar. En este sentido es importante recordar que, la limitación de tiempo y de recursos disponibles, obliga a la prioritaria selección de los pacientes a los que se les realice una intervención más avanzada, que requiera más de los 3-5 minutos de la intervención mínima, realizando previamente los test de motivación (test de Richmond o de Russell) y de dependencia nicotínica (Criterios Nosológicos DMS-IV, test Fagerström...). Pero al igual que sucede con cualquier enfermedad, siempre se tendrá en cuenta que la implicación del fumador en el tratamiento de su propia enfermedad resulta de capital importancia para conseguir un control óptimo de la misma.

Dado que el consejo médico es el método más importante y con mejor relación coste-efectividad para ayudar a los pacientes a dejar de fumar, el Instituto Nacional del Cáncer Americano propone un protocolo que incluye cuatro actividades básicas, que son ampliadas a 7 por Pérez-Trullén²⁹: Averiguar, Aconsejar o prescribir, Asesorar, Agrupar, Ayudar, Acordar y Abstinencia.

Así, el punto de partida será preguntar sistemáticamente a todo paciente que entra en la consulta sobre su hábito tabáquico, dado que si no se sabe si fuma difícilmente se le podrá aconsejar la deshabituación.

Se contará con un sistema de registro del hábito tabáquico, que se puede realizar bien directamente sobre la historia clínica, o bien en las hojas de registro específicas de historia de fumador, que pueden incluirse dentro de la propia historia o bien guardarse en un archivo diferente. En el caso de realizarse el registro en la propia historia se recomienda poner en la hoja de problemas el año en el que comenzó a fumar y el número de cigarrillos/día, apuntando en la hoja de evolución cada una de las actuaciones sobre dicho hábito, tanto si son en consulta de demanda, como si son en la consulta programada o si son simples llamadas telefónicas de seguimiento. En dicha hoja de evolución se recomienda así mismo indicar el plan a seguir en cada momento.

Dentro de los sistemas de registro específicos el más utilizado en Atención Primaria es el "Programa de Ayuda al Fumador"³⁰ basado en la administración de un consejo breve y sistemático adaptado a la actitud del paciente ante el tabaco, y un sistema de registro a través del cual se realiza la monitorización de las sucesivas visitas.

A la hora de prescribir deshabituación tabáquica siempre se deberá primero, establecer una relación de confianza con el paciente a la vez que se resuelve el o los motivos de consulta del paciente, postergando el consejo antitabaco a la llamada fase "resolutiva" de la consulta, dado que difícilmente serán atendidos los consejos si previamente no se han tenido en cuenta estas premisas⁵. Se debe tener en cuenta que en cada visita solo se debe abordar un hábito de vida a

modificar, puesto que si el mismo día se le prohíbe el tabaco, el alcohol, las grasas, los dulces... posiblemente el paciente no siga ninguna de las recomendaciones.

Del mismo modo es importante priorizar la conducta a modificar, así si un paciente es drogadicto o consume alcohol, se recomienda actuar primero sobre estos hábitos postergando la deshabituación tabáquica para cuando haya superado el resto de las drogodependencias, dado que dichos hábitos no solo perjudican al consumidor, sino que con frecuencia desestructuran las familias a corto plazo, implicando a otros individuos; mientras que con el tabaquismo se dispone de un amplio margen de tiempo para actuar. Por otro lado, se tendrá en cuenta que difícilmente se obtendrá el éxito en la deshabituación tabáquica, si antes no se actúa sobre el consumo de otras drogas que en ocasiones acompañan al consumo de tabaco⁵.

A la hora de intervenir en un momento determinado sobre el consumo de tabaco, se considerarán previamente cuatro elementos²⁷:

1. Etapa del proceso de cambio en la que se encuentra el fumador.
2. Actitud y conducta del fumador en relación con el tabaco.
3. Grado de motivación para dejar de fumar.
4. Grado de dependencia nicotínica y psicológica.

Se tendrá en cuenta que, en general, los cambios en los estilos de vida como dejar de fumar, disminuir la ingesta de alcohol o hacer régimen para bajar peso, no se producen momentáneamente, sino que son el fruto de multitud de factores micro y macro ambientales como la familia, amigos, publicidad, legislación... que condicionan el paso del fumador a través de una serie de etapas en su proceso de abandono, son las conocidas fases del fumador de Prochaska³¹.

Señalar que los médicos deben realizar una entrevista motivacional, en la que será el propio paciente el que argumente sus motivos para el cambio, siendo labor del sanitario potenciarlos y apoyarlos⁵. Para obtener el máximo rendimiento de la entrevista motivacional se recomienda utilizar preguntas abiertas en las que el fumador exprese sus sentimientos e inquietudes con relación al tabaco, resaltando los aspectos positivos de la misma, resolviendo dudas y aclarando los temores-mitos existentes alrededor del proceso de deshabituación tabáquica. No se empleará la argumentación para convencer, el fumador debe de tomar la decisión de dejar de fumar influenciado por el medio en el que se mueve, dentro del cual se encuentra el consejo breve, pero conciso y firme de deshabituación tabáquica proporcionado por el médico-enfermera-farmacéutico.

El consejo médico antitabaco ha demostrado claramente su efectividad, que se ve aumentada si se acompaña de un documento informativo o guía práctica para dejar de fumar, de apoyo por parte de otros profesionales sanitarios como farmacéuticos, personal de enfer-

mería, y de seguimiento por parte de dichos profesionales. En investigaciones realizadas por Anda y cols.³² se observó que el 44% de los fumadores refería haber recibido consejo para dejar el tabaco de su médico de familia. Datos más recientes como los de Thorndike y cols.³³ revelan que solamente al 67% de los pacientes que acudían a las consultas médicas se les identificaba o preguntaba por su hábito tabáquico y que sólo al 21% se les aconsejaba el cese. No obstante señalar que en España las cifras son bastante más alentadoras, dado que según la última encuesta publicada del INSALUD en materia de tabaquismo, el 85,8% y el 84,3% de los médicos de familia y de los ginecólogos-cardiólogos-neumólogos respectivamente preguntan por el hábito tabáquico a sus pacientes, y el 73,1% de los médicos de atención primaria y el 58,3% de los ginecólogos, cardiólogos y neumólogos afirman además registrarlo en la historia clínica¹⁴. En ambos grupos hay un 79,6% de fumadores a los que los profesionales sanitarios aconsejan que abandonen el consumo de tabaco¹⁴, siendo los pacientes de mayor edad y los de sexo masculino los que reciben con mayor frecuencia consejo antitabaco. Respecto a la relación patología/consejo es la enfermedad vascular (en un amplio concepto que incluye hipertensión arterial sistémica, dislipidemia y diabetes mellitus) la única patología que presenta una relación estadísticamente significativa con el consejo antitabaco³⁴. Por otro lado, los médicos encuestados refieren que en general, aquellos fumadores que acuden a la consulta con síntomas o problemas de salud directamente relacionados con su hábito reciben casi en su totalidad (> 95% de los casos) consejo activo de deshabitación tabáquica por parte del profesional. Si el propio paciente plantea la cuestión, aunque no presente síntomas, alrededor del 90% de los profesionales responderá activamente aconsejándole que abandone el hábito. Mientras que el porcentaje de médicos con actitud activa frente a aquellos fumadores que no plantean el tema ni presentan síntomas oscila entre el 60% y 70%³⁵.

Otra forma de ayudar a los pacientes a dejar de fumar puede realizarse a través de la oferta de teléfonos gratuitos de información y apoyo al abandono de la dependencia tabáquica, para aquellos pacientes que por su trabajo, o circunstancias personales, no puedan acudir a las consultas.

En aquellos pacientes que deseen dejar de fumar con ayuda presencial del facultativo, éste valorará la dependencia nicotínica y psicológica del fumador, para instaurar un tratamiento farmacológico y/o psicológico-conductual personalizado, que ya han sido ampliamente abordados en otros capítulos de este libro.

Por otro lado el médico realizará el seguimiento del paciente utilizando un sistema de citas concertadas en las que analizará la evolución del proceso, reforzando su motivación, enseñándole a afrontar los malos momentos o incluso las recaídas y, en definitiva, ayudándole como sanitario al servicio de la sociedad, a lograr el tan ansiado abandono definitivo del tabaco.

EL PAPEL DE LOS MÉDICOS EN LA PREVENCIÓN TERCIARIA DEL TABAQUISMO

La Prevención Terciaria del tabaquismo tiene como fin evitar o frenar la evolución natural del consumo de tabaco hacia la enfermedad, incapacidad y muerte, estando sus acciones dirigidas hacia aquellos fumadores que han desarrollado patología relacionada con el consumo de tabaco.

En este nivel de actuación se formará a todos aquellos sanitarios que traten a pacientes que han desarrollado patología como consecuencia del consumo de tabaco, entre los que se pueden señalar médicos de familia, pediatras, neumólogos, ORL, cardiólogos, ginecólogos, gastroenterólogos, urólogos y farmacéuticos, entre otros muchos.

Además, teniendo en cuenta que el tabaco no sólo provoca patología en el fumador activo, sino también en el pasivo, se debe formar a todos aquellos sanitarios que atiendan a fumadores con convivientes que han desarrollado enfermedades en cuyo inicio, desarrollo y mantenimiento ha intervenido el tabaquismo.

En este tercer nivel de actuación resaltar la importancia de contar con "Unidades Especializadas de Tabaquismo", a las que se remitirán los fumadores que reúnen una serie de requisitos como seguir fumando aún a pesar de haber realizado varios intentos serios de dejar de fumar, habiendo sido correctamente tratados por un profesional sanitario, fumadores con enfermedad psiquiátrica o enfermedades cardiovasculares graves no controladas, fumadores con otras drogodependencias y que lleven al menos dos años sin recaer, fumadoras embarazadas que no pueden dejar el tabaco por sí mismas y adolescentes con alta dependencia que realmente manifiesten su deseo de dejar de fumar^{36, 37}. En estas unidades se realizará un tratamiento multidisciplinar del tabaquismo contemplando las terapias más avanzadas como las propuestas en el tratamiento escalonado del tabaquismo²⁹ (fig. 1).

Los médicos deberán colaborar en la elaboración de protocolos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento homogéneos que permitan monitorizar y evaluar el proceso de dejar de fumar, tanto si se realiza en el paciente que ya ha desarrollado patología relacionada con el consumo de tabaco, como si se realiza en el paciente asintomático. Además elaborarán materiales de autoayuda (documentos de motivación, guías para dejar de fumar y mantenerse abstinentes, etc.) que serán distribuidos a la población fumadora. Por otro lado, los médicos fomentarán la investigación en el abandono de la dependencia tabáquica, analizando las características por grupos etáreos y de género, realizando estudios que permitan conocer los factores que influyen en el abandono, según edad y género, para con ello aumentar la eficacia de las intervenciones realizadas.

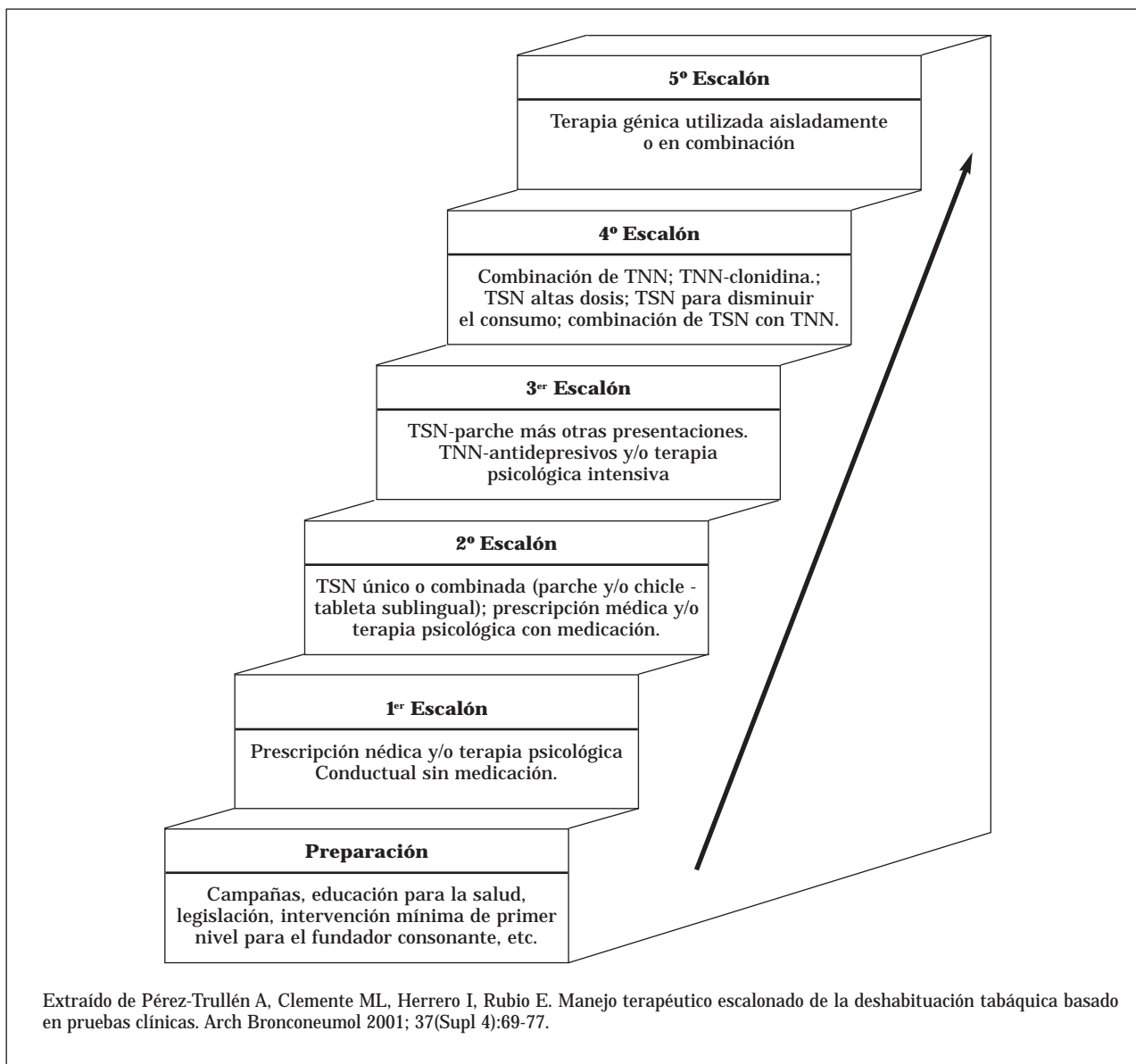


Fig. 1. Fases del proceso de abandono de tabaquismo (Prochazca y DiClemente).

Ante la epidemia del tabaquismo, adoptemos los sanitarios actitudes positivas, eduquemos a nuestros adolescentes, formemos a los profesionales con capacidad de influir en las conductas sanitarias de la población, constituyamos modelos a seguir dejando de fumar, ayudemos a nuestros pacientes a deshabituarse del tabaco y lideremos las actuaciones dirigidas a conseguir aquello en lo que realmente creemos:

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Plan Nacional de Prevención y Control del tabaquismo 2003-2007: Documento Técnico, Mayo 2002. Ministerio de Sanidad y Consumo.
2. American Psychiatric Association: Practice guideline for de treatment of patients with nicotine dependence. Washington DC. 2001.
3. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR: Patient-Centred Medicine. Transforming the clinical method. Thousand Oaks, Ca: Sage Publications. 1994.
4. Gogorcena MA: El papel de los médicos de Atención Primaria en la lucha contra el tabaquismo. *Centro de Salud* 1994; Febr: 91-5.
5. Tormo J, Lora N, Gálvez M, de la Rubia A, Bono E, Sánchez PA: Abordaje del tabaquismo en medicina familiar. *SAMFYC* 1997.
6. Colom Beltrán JF: Actitud del personal de farmacia en la prevención y deshabituación tabáquica, y características de su hábito. Estudio en la comunidad autónoma de Aragón. *Tesis doctoral* 2002. Universidad de Zaragoza.

7. Galán MD, Román J, Galán IR, Juárez J, Vaquero JP: Resultados parciales de un programa de colaboración médico-farmacéutico (MEFARTABAC) en la farmacia comunitaria de Sevilla. *Prev Tab* 2002; 4(3):129-135.
8. Álvarez FJ: Programa médico-farmacéutico de tratamiento del tabaquismo (MEFARTABAC). *Prev Tab* 2002; 4(3):122-123.
9. Pérez-Trullén A, Clemente ML, Hernández MA, Morales C: La autoeficacia como método de deshabitación tabáquica. *Anales de Psiquiatría* 2001; 7(1): 22-29.
10. Stokes J, Noren J, Shindell S: Definition of terms and concepts applicables to clinical Preventive Medicine. *J Comm Health* 1982; 8:33-41.
11. Nebot M, Martín C, Cabezas C: Tabaquismo. En: Curso a distancia de prevención en Atención Primaria. Renart Editions, Barcelona 1996.
12. El pediatra y el tabaco. http://www.tabaquismo.freehosting.net/PEDIATRIA/pediatra_y_el_tabaco.htm
13. Sánchez Agudo L, Calatraba Requena JL, Escudero Bueno C, García Hidalgo A, Marco Martínez V, Esteras Sierra A: Prevalencia del tabaquismo en la profesión médica. *Med Clin (Barc)* 1988; 90:404-407.
14. Ministerio de Sanidad y Consumo: Dirección General de Salud Pública. Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del INSALUD 1998. España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
15. Montero A, Gómez CJ, López JA, Linares E, Pinel MD, Maldonado JA: Estudio comparativo sobre el consumo de tabaco entre médicos y estudiantes de medicina. *Prev Tab* 2001; 3(4):224-231.
16. Marrón R: Factores socio demográficos del inicio de consumo de tabaco en los adolescentes. *Tesis doctoral* 2002. Universidad de Zaragoza.
17. Pérez-Trullén A, Clemente ML, Marrón R: La intervención antitabáquica del médico en la escuela: Dilema entre voluntariado versus gabinete técnico. *Prev Tab* 2001; 3(2):86-93.
18. Roger E, Thomas MD: Diez pasos para hacer que los niños no se conviertan en fumadores. *Am Fam Physician* 1997; 4:173-6.
19. Entornos laborales libres de humo de tabaco: Mejora de la salud y el bienestar de las personas en el trabajo. Informe de la situación en Europa. 2001. European Network for Smoking Prevention (ENSP). <http://www.ensp.org/reports.cfm#passive>.
20. Declaración de la Conferencia de Berlín: Entornos laborales libres de humo de tabaco: mejora de la Salud y el bienestar de las personas en el trabajo. *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77:7-9.
21. Amato R. Consumo de tabaco en la adolescencia: ¿Qué puede hacer el pediatra? <http://www.qdm.com.ar/iracian/Archivos/Tabaco%20Mary.doc>
22. Nogales M: La tentación de empezar a fumar. "La Voz del Interior". Suplemento de "Salud", 13/03/2003. Córdoba-Argentina. www.lavozdelinterior.com.ar
23. Clemente ML. Estudio de la dependencia nicotínica en escolares fumadores de Zaragoza. Tesis doctoral 2000. Universidad de Zaragoza.
24. Clemente ML, Pérez-Trullén A, Rubio E, Marrón R, Rodríguez ML, Herrero I: Aplicación en jóvenes fumadores de una versión de los criterios nosológicos DSM-IV adaptada para adolescentes. *Arch Bronconeumol* 2003; 39(7):15-21.
25. Kjønstad A, Birkeland V, Dybing E, Lund KE, Sanner T, Skjerdal NV: Product liability of the tobacco industry. Review by a group of experts with mandate from the Ministry of Health and Social Affairs January 23, 1998 (Tobakkindustriens erstatningsansvar. Utredning fra en faggruppe med mandat fra Social- og helsedepartementet 23. januar 1998. Avgitt 28. juni 2000.). Oslo, Norway: 2000; 17-661.
26. Russell MAH, Wilson C, Taylor C, Baker CD: Effect of general practitioner's advice against smoking. *BMJ* 1979; 2:231-235.
27. Solbes A, Torres A, Marco MT, Gonzalo JL: Algunos aspectos sobre el abordaje del paciente fumador en las consultas de Atención Primaria. En: Ruiz de Adana R (ed.): *Libro del Año 1996 de Medicina Familiar y Comunitaria*. Madrid: SANED; 1996:176-97.
28. Cummings SR, Rubin SM, Oster G: The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. *JAMA* 1989; 261(1):75-79.
29. Pérez-Trullón A, Clemente ML, Herrero I, Rubio E: Manejo terapéutico escalonado de la deshabitación tabáquica basado en pruebas clínicas. *Arch Bronconeumol* 2001; 37(Supl 4):69-77.
30. Nebot M, Solberg LI: Una intervención integral sobre el tabaquismo desde la atención primaria: el Proyecto de Ayuda a los fumadores. *Aten Primaria* 1990; 7:689-702.
31. Prochaska JO, Diclemente CC: Stages and processes of self-change of smoking: Toward and integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983; 51:390-395.
32. Anda RF, Remington PL, Sienko DG y cols.: Are physicians advising smokers to quit? The patient's perspective. *JAMA* 1987; 257:1916-1919.
33. Thorndike AN, Rigotti NA, Staford RS, Singer DE: National patterns in the treatment of smokers by physicians. *JAMA* 1998; 279:604-608.
34. Carrión F, Furest I, Pascual JM, Marín J: Intervención mínima en tabaquismo en España. *Arch Bronconeumol* 2000; 36:124-128.
35. Pardell H, Saltó E, Tresseras R, Salleras L: Tabaco y profesionales de la salud en España. Libro blanco sobre el tabaquismo en España. Ed Glosa, SL. Barcelona, 1998; 191-209.
36. De Granda Orive JI, Hernández del Rey I: Función del profesional de la salud frente al tabaquismo. En: *Manual de Tabaquismo*. Segunda Edición. Editorial Masson SA. Barcelona 2002.
37. Jiménez Ruiz CA, Solano S, Barrueco M y cols.: Recomendaciones para la organización y funcionamiento de las Unidades Especializadas en Tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2001. 37:382-387.