



Actuaciones de los médicos y asociaciones científicas en el control del hábito tabáquico

C. Escudero Bueno y M. T. Casamitja Sot*

Servicio de Neumología. Hospital Covadonga. Oviedo. *Centro de Atención Primaria Güell. Gerona.

Introducción

En el Libro Blanco *El futuro de la Neumología en España. Tendencias para el periodo 1993-2010*¹, los neumólogos y cirujanos torácicos creemos que hasta el año 2015 no comenzará a descender la incidencia de los dos problemas sanitarios que más nos preocupan: la EPOC y el carcinoma broncogénico, ambas entidades en estrecha relación con el hábito de fumar cigarrillos.

La situación del hábito tabáquico en España sigue siendo preocupante pues, aunque en estos últimos años parece existir una tendencia a su reducción, no es tan evidente como en otras naciones de nuestro entorno. Este descenso se ha producido fundamentalmente a expensas del sexo masculino, ya que de un 70% de fumadores varones en 1972 se ha pasado a un 51% en 1989. Según los datos aportados por el Ministerio de Sanidad y Consumo² la población fumadora en España era de un 35,9% en 1989 (51,5% varones y 21,4% mujeres).

El grueso de los estudios para controlar el hábito tabáquico se ha dirigido hacia los programas de abandono, aunque la mayoría de los ex fumadores lo consiguen por sus propios medios (hasta el 85%)³.

Si bien existe una tendencia al descenso, ello se debe fundamentalmente a los logros conseguidos en su abandono más que en la prevención de su inicio. Se están produciendo incorporaciones al hábito tabáquico a expensas del sexo femenino y de los jóvenes de ambos sexos.

Estos hechos son los que hacen que el tabaquismo constituya en nuestro país un problema sanitario de primera magnitud fundamentalmente por una serie de condicionantes, entre los que destacan:

a) La facilidad con que cualquier ciudadano puede acceder al tabaco debido al gran número de puntos de venta.

b) Por otra parte, la promoción tan agresiva de su venta que implanta la industria tabaquera.

c) La gran aceptación y permisividad social que todavía tiene el fumar.

Los médicos en la cesación del hábito tabáquico

Los médicos, y en general cualquier profesional de la sanidad, si interviene de una manera activa, pueden reducir de forma significativa la prevalencia del tabaquismo.

Los profesionales de la salud en general y los médicos, fundamentalmente neumólogos, cirujanos torácicos, médicos generales y pediatras, tienen, como profesiones modélicas, la grave responsabilidad de mantener una actitud ejemplar en cuanto a lo que debe ser un estilo de vida saludable. Por lo tanto, el sanitario que no fume, simplemente por esta actitud, y de forma pasiva, crea un estado de opinión en la población sobre lo perjudicial para la salud que supone el consumo de cigarrillos. Todo lo contrario ocurre cuando, irresponsablemente, fuma en público y, sobre todo, en el ejercicio de su profesión.

De todos es conocida que la función ejemplar de los médicos debe conducirles a adoptar una postura beligerante en cualquier situación en que haya que explicar de forma clara y directa los motivos por los que se rechaza el uso del tabaco. La batalla contra el tabaco se ganará o perderá en cada casa, escuela, lugar de trabajo y comunidad local⁴.

El 70% de las personas fumadoras de más de un paquete de cigarrillos al día reconocen que podrían dejar de serlo si su médico se lo aconsejara⁵.

Entre el 10 y el 25% de los fumadores logran reducir o abandonar el consumo de cigarrillos si son informados por sus médicos⁶. Sin embargo, no todos los médicos son conscientes de la importancia que tiene su papel informador. Ya hace más de 10 años, la American Medical Association recomendó a sus médicos

Correspondencia: Dr. C. Escudero Bueno.
Servicio de Neumología.
Celestino Villamil, s/n. Hospital Covadonga.
33006 Oviedo.

(Arch Bronconeumol 1995; 31: 133-136)

constatar el hábito tabáquico de sus pacientes e incitarles a abandonarlo, si fumaban, ofreciéndoles además una ayuda para dejarlo, o bien información sobre dónde la podrían conseguir⁷.

Las razones para ello son diversas y entre las no menos importantes se encuentran: *a)* al menos el 70% de las personas fumadoras consultan a su médico cada año⁸, y *b)* los pacientes que fuman se encuentran más receptivos a dejarse aconsejar por su médico, por lo que una intervención mínima suya puede desencadenar un aumento en el porcentaje de abandono del hábito tabáquico⁹.

Si bien muchos médicos piensan que su advertencia sobre los problemas que origina el tabaco a las personas fumadoras no es eficaz, Rusell demostró que frente al 0,3% de abandonos espontáneos del tabaquismo, un 5,1% conseguían un año de abstinencia después de un mensaje explícito y breve, acompañado de un folleto explicativo¹⁰. Los programas de cesación del consumo de tabaco serán tanto más eficaces cuanto más claros, repetidos e individualizados sean.

The National Cancer Institute's Smoking, Tobacco and Cancer Program, en un esfuerzo de síntesis, ha publicado un importante documento donde recoge las recomendaciones más interesantes para los médicos con el fin de incitar a sus pacientes a dejar de fumar¹¹. Estas directrices se basan en los siguientes principios: en primer lugar, los médicos deben preguntar a cada paciente y en cada visita médica si son o no fumadores. Más del 50% de los pacientes¹² dicen no haber sido nunca interrogados en este sentido. Si así fuera, hubieran intentado abandonar el hábito⁵. En la práctica clínica, el primer paso para disminuir el hábito tabáquico es identificar a los fumadores. Una manera muy simple de no obviar este dato en una historia clínica es consignarlo como un signo vital más junto con la presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.

El segundo paso es advertir a los fumadores de forma sencilla, inequívoca y personalizada de los problemas que para la salud comporta el fumar.

Con todo, no ha terminado la función del médico sino que, para impulsar a las personas fumadoras a dejar de serlo, es necesario una ayuda rápida. El medio más eficaz es concertar una cita con el paciente fumador al mes siguiente de la primera visita como muy tarde. En el centro de trabajo, el médico debe institucionalizar un ambiente sin humos, lo que incluye retirada de ceniceros, colocación de carteles antitabaco, y crear zonas de fumadores muy estrictas.

Los médicos en la prevención del inicio del hábito tabáquico

Debido a que los fumadores comienzan a serlo regularmente antes de los 17 años de edad², la prevención debe ir dirigida a los jóvenes. Esta actuación debe comenzar en la escuela primaria, ya que de todos es conocida la adicción que para la nicotina produce el fumar. Una vez que la persona fumadora se ha hecho adicta, la deshabituación es muy difícil, de

manera que fracasan más del 90% de los fumadores que lo intentan¹³. Y estas medidas de prevención deben ir acompañadas de otros cambios, como es su aceptación social, así como el consumo de alcohol.

No sólo los médicos neumólogos y los cirujanos torácicos, sino fundamentalmente los pediatras y los médicos de familia tienen un papel destacado en inducir el cambio de estos hábitos sociales y convencer a los jóvenes de los peligros del fumar cigarrillos. Para los adolescentes, los médicos pueden ser un apoyo así como un ejemplo. Su ayuda y consejo es inapreciable a la hora de resistir las presiones ejercidas para comenzar a fumar¹⁴. Los adolescentes son muy influenciados para el impacto negativo inmediato del tabaco, más que por los efectos perjudiciales a largo plazo. Por lo tanto, la estrategia a seguir con ellos incluye sobrevalorar las consecuencias sociales y fisiológicas inmediatas del fumar, como puede ser la disnea, taquicardia, mal olor y mal sabor de boca, etc. Por supuesto, es necesario ayudarles a idear tácticas para resistir la presión social. Se ofrecerán como alternativas actividades como el ejercicio físico, que están dificultadas por el hábito de fumar cigarrillos.

Los médicos en el control del tabaquismo

Los médicos han ejercido un papel capital en la vigilancia de la salud pública, fundamentalmente de las enfermedades transmisibles. La epidemia tabáquica, propia de nuestro siglo, tiene unas connotaciones similares de desafío a la medicina actual. No cabe duda que, evidenciando todas las enfermedades relacionadas con el tabaco, podremos controlar la causa de mortalidad y morbilidad prevenible más importante actualmente en el mundo occidental.

Las estadísticas de mortalidad deducidas de los certificados de defunción probablemente constituyen la información más importante sobre los procesos que afectan a la salud pública. De ellos se han extraído los datos de las enfermedades relacionadas con el tabaco y su tendencia en el tiempo¹⁵. La expresa inclusión del hábito tabáquico en los certificados de defunción como causa, bien fundamental, bien subyacente o coadyuvante al fallecimiento, puede constituir un paso dramático en el control del tabaquismo¹⁶.

Sin embargo, los médicos, en general, somos remisos a la hora de citar al tabaquismo como causa de muerte en un certificado de defunción. Entre otras, una razón importante puede ser la falta de recogida de datos en las historias clínicas. No más del 4% de los certificados de defunción relacionan al tabaco con la enfermedad fundamental⁹. Una solución sería la modificación de dicho documento incorporando expresa información sobre el uso del tabaco con preguntas como: ¿ha sido el tabaco causa o ha contribuido al fallecimiento del paciente?

Los médicos como miembros de la sociedad

El hecho de que cualquier persona comience a fumar o continúe fumando, se encuentra relacionado



con su entorno social. De tal manera que, entre otras, es responsabilidad de los médicos el crear un entorno propicio para no fumar.

Por lo tanto, deben, no sólo colaborar, sino además apoyar y presionar en este sentido a las organizaciones no médicas, a las comunidades sociales y a los gobiernos a fin de estructurar las bases sociales y legales para ir aislando cada vez más el consumo de cigarrillos y otros derivados del tabaco.

En este sentido nuestra conducta ha ido evolucionando en estas últimas décadas. Al comienzo de los años setenta, la posibilidad o no de fumar era considerada como un acto de estricta libertad individual. Las personas deciden si quieren o no fumar y, por lo tanto, también deciden o no abandonarlo y cuándo. Como consecuencia, los programas de prevención del tabaquismo se basaban fundamentalmente en la información. Se asumía que los fumadores lograrían dejar de serlo si poseían suficiente información acerca de los riesgos del tabaco⁹.

A pesar del entusiasmo despertado por los programas de educación sanitaria, muchos médicos descubrieron que eran insuficientes. Se demostró que lograr un cambio en la conducta del individuo sin conseguirlo en su entorno social era muy difícil, por lo que se comienza a aceptar la importancia del mismo¹⁷, que incluye tanto unas normas en cuanto al consumo del tabaco, extremar el control de su uso en los lugares de trabajo, como elevar el precio de los cigarrillos.

Para incrementar la eficacia de la intervención de los profesionales de la salud en el control del tabaquismo, su actuación debe influir en cuatro aspectos¹⁸: individual, laboral, comunitario y gobierno.

Individual

Suficientemente comentado, esta acción incluye el apoyo personalizado a cada fumador.

Laboral

Los médicos pueden y deben promover el conseguir que sus centros de trabajo sean considerados libres de humos. Para ello, es imprescindible la creación de Comités de Prevención de Tabaquismo tanto en los hospitales como en ambulatorios y centros de salud. Estos Comités deben ser muy consensuados, incluyendo a todos los grupos de empleados del centro así como a fumadores¹⁹. Así mismo debe estar inmerso en una serie de medidas que, todas juntas, podrían constituir una campaña de prevención de tabaquismo básica:

1. Conocer el problema mediante encuestas que nos demuestren el número de fumadores.

2. Implicar a la Dirección Administrativa. Su apoyo económico y táctico debe ser requerido para poder ser eficaces.

3. Crear un Comité de Prevención de Tabaquismo en el centro de trabajo, incluyendo a representantes de todos los estamentos y a fumadores.

4. Introducir reglas de "no fumar" con profusión de carteles alusivos, claros y estratégicamente colocados.

5. Divulgación, mediante resúmenes de artículos e ideas precisas, de los efectos perjudiciales del fumar cigarrillos.

6. Actitud modélica de todo el personal logrando que los fumadores no lo hagan públicamente.

7. Designar áreas estrictas de fumadores.

8. Aconsejar a los pacientes. En este sentido, más que aconsejar, los pacientes deberían percibir nuestro rechazo al tabaquismo como una prescripción facultativa.

9. Publicaciones periódicas elaboradas por el comité sobre situaciones puntuales ocurridas en el centro de trabajo sobre el control del tabaquismo.

10. Prohibir la venta de cigarrillos en el mismo centro.

Cada uno de estos 10 puntos es susceptible de diversos tratamientos de acuerdo con las posibilidades reales con que se cuente.

Comunitario

A este nivel los médicos y sanitarios pueden trabajar para conseguir un entorno libre de humo escribiendo cartas, publicando artículos y participando en acciones sociales tanto en colegios como en las comunidades de vecinos, medios de comunicación, etc.

Gobierno

Cada médico debe adoptar como suya la obligación de informar a los gobernantes, tanto locales como nacionales, de los riesgos que comporta el fumar, instándoles a que no lo hagan en público, así como que lleven adelante el cumplimiento de la legislación vigente antitabaco.

A este respecto, nuestro objetivo como médicos es mejorar el ambiente consiguiendo un entorno libre de humos, influyendo en la política de los gobernantes y en la redacción de leyes al respecto. Esta labor se puede plasmar apoyando la legislación vigente, mejorando las leyes ya existentes y promoviendo la edición de otras nuevas.

Asociaciones médicas

La Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud²⁰ expone una serie de acertadas medidas que, para el control del tabaquismo, deben ser adoptadas por las asociaciones médicas:

1. Usando el cuestionario modelo de la OMS, llevar a cabo encuestas regulares sobre los hábitos de fumar de los miembros. Divulgar los resultados.

2. Desarrollar y poner en práctica programas para dejar de fumar a fin de que los médicos las usen con sus pacientes.

3. Informar a los representantes electos en el Gobierno nacional o local de la importancia de un medio ambiente limpio y de las consecuencias en la salud del uso del tabaco.

4. Informar a la población de las consecuencias médicas del uso del tabaco.



5. Suministrar información a los medios de comunicación sobre las ventajas en la salud y el bienestar de vivir y trabajar en ambientes de aire puro y libre del humo del tabaco, y que constituyen demandas de la población.

6. Cooperar con otros profesionales sanitarios para asegurar la comunicación eficaz de un mensaje sencillo sobre las consecuencias en la salud del uso del tabaco.

Las ideas expuestas en estas páginas solamente serán eficaces si las ponemos en práctica todos los médicos especialmente los neumólogos a la vez y de forma continuada.

BIBLIOGRAFÍA

1. El Futuro de la Neumología en España. Tendencias para el período 1993-2010. Madrid: Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief, 1993.
2. Estudio de los estilos de vida de la población adulta española. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1992.
3. Fiore M, Novotny T, Lynn W et al. Smoking cessation: Data from the 1986. Adult Use of Tobacco Survey. En: Aok M, Hisammichi S, Tominage S, editores. Smoking and Health 1987. Proceedings of the 6th World Conference on Smoking and Health, Tokyo, noviembre 9-12, 1987. Amsterdam: Excerpta Medica, 1988; 189-194.
4. Asvall JE, Opening Speech MD, Asvall JE. First European Conference on Tobacco Policy. November 1988. Citado por: Sánchez Agudo L. El neumólogo ante la dependencia tabáquica. PAR 1990; 87: 31-50.
5. Sherin K. Smoking cessation: The physician's role. Postgrad Med 1982; 72: 99-106.
6. Smoking and Health: A Report of the Surgeon General U.S. Dept. of Health, Education, and Welfare, Office of the Assistant Secretary for Health, Office on Smoking and Health. DHEW Publication, 1979; n.º (PHS) 79-50066.
7. Council on Scientific Affairs: Smoking and Health. JAMA 1980; 243: 779-781.
8. Ockene JK. Smoking intervention: The expanding role of the physician. Am J Public Health 1987; 77: 782-783.
9. Fiore M, Pierce J, Remington P et al. Cigarette Smoking: The Clinician's Role in Cessation, Prevention, and Public Health. Ed. Emeriti. Year Book Medical Publishers Inc. Chicago: Dis. A Month, 1990; 180-242.
10. Russell M, Wilson C, Taylor C et al. Effect of general practitioners' advice against smoking. Br Med J 1979; 2: 231-235.
11. Glynn TJ, Manley MW. How to Help Your Patients Stop Smoking: A national Cancer Institute Manual for Physicians. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Cancer Institute, Division of Cancer Prevention and Control. Smoking, Tobacco, and Cancer program. NIH Publication, 1989, n.º 89-3064.
12. Anda RF, Remington PL, Siend DG et al. Are Physicians advising smokers to quit? The patient's perspective. JAMA 1987; 257: 1.916-1.919.
13. Fiore M. Trends in cigarette smoking in the United States: The epidemiology of tobacco use. Med Clin North Am 1992; 76: 289-303.
14. Sivis GL, Perry CL. Understanding and deterring tobacco use among adolescents. Pediatr Clin North Am 1987; 34: 363-379.
15. McFarlane MJ, Feinstein AR, Wells CK et al. The "epidemiologic necropsy": Unexpected detections, demographic selections, and changing rates of lung cancer. JAMA 1987; 258: 331-338.
16. Last JM. Controlling the smoking epidemia. Am J Prev Med 1985; 1: 1-3.
17. Nutting PO. Community-oriented primary care: An integrated model for practice, research, and education. Am J Prev Med 1986; 2: 140-147.
18. Morton-Simons DG, Morton Simons BG. Health promotion and disease prevention: Roles for the primary care physician. Postgrad Med 1987; 81: 235-242.
19. Knapp JM, Kottke TE. The Achievement of clean an health care. Is it appropriate? Is it feasible? Arch Intern Med 1991; 151: 32-35.
20. Se puede lograr. Una Europa libre de tabaco. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1992; 60.