

Diagnóstico y tratamiento no farmacológico del tabaquismo

Miguel Barrueco Ferrero

Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Salamanca.

Área de tabaquismo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica

Introducción

La Organización Mundial de la Salud considera el tabaquismo como la principal epidemia del siglo XX en los países desarrollados, y cifra en 1100 millones el número actual de fumadores en todo el planeta (aproximadamente un tercio de la población mayor de 15 años). En los países desarrollados y en los subdesarrollados su prevalencia es del 42% y el 48% en los hombres, y del 24% y el 7% en las mujeres, ambos respectivamente (1, 2). Se prevé que en el año 2025 el número de fumadores alcanzará los 1600 millones (3), y que esta adicción causará 10 millones de muertes anuales (4).

La problemática del tabaquismo se podría resumir en los siguientes puntos (5):

- Es una enfermedad crónica, según la OMS.
- Es una cuestión de salud pública, aunque apenas se le dedican recursos.
- Está infradiagnosticada y no recibe el tratamiento suficiente.

Según la Encuesta Nacional de Salud (6), en España el 35,7% de la población mayor de 16 años es fumadora. La prevalencia es del 42% en los hombres y del 25% en las mujeres, a pesar de que, respecto a encuestas anteriores, se ha registrado un descenso en su consumo entre los hombres y, al contrario, un incremento entre las mujeres. El tabaco constituye ya la principal causa de muerte en la población masculina. La conciencia social

empieza a desarrollarse y las políticas restrictivas se están implantando, aunque aún no con la celeridad que sería de desear. Por tanto, es indudable el peligro que para nuestro país aún supone su falta de control (7), así como el beneficio que se derivaría de éste (8).

Las medidas que se adopten para tratar de prevenir el consumo de tabaco deben ir destinadas a disuadir del inicio a los que aún no han empezado a consumirlo, especialmente entre las poblaciones de riesgo: niños, jóvenes y mujeres. Pero independientemente de esto, también es preciso ayudar a los que ya son fumadores, para que se planteen dejarlo. El diagnóstico y el tratamiento del tabaquismo es multidisciplinar, y son numerosos los especialistas de diferentes disciplinas que están consiguiendo situarlo entre las prioridades de salud pública.

Diagnóstico del tabaquismo

El diagnóstico del tabaquismo debe hacerse mediante la historia clínica de tabaquismo, la cual se debería elaborar a todo paciente que acude a cualquier médico, independientemente del nivel asistencial. El mero hecho de que en ésta se incluya la condición de fumador hace que los profesionales estén más predispuestos a actuar sobre este hábito.

A modo de ejemplo, tomamos un paciente fumador de un paquete diario desde hace 20 años,

en fase de contemplación, con dependencia nicotínica alta (Fagerström 8) y en el que se realiza la intervención mínima. En este caso concreto, la anamnesis de tabaquismo deberá incluir como mínimo la edad de comienzo, los intentos previos de abandono, los motivos de recaída, el consumo medio diario, el índice de paquetes por año, el grado de dependencia, si existe predisposición para dejar de fumar y si las personas con las que convive son fumadoras.

Otros aspectos a tener en cuenta en el proceso diagnóstico del tabaquismo son los instrumentos destinados a valorar la dependencia del fumador, así como su motivación para abandonar el tabaco. La valoración de la dependencia se realiza mediante distintos cuestionarios, entre los cuales el más utilizado es el test simplificado de Fagerström (9), para valorar la dependencia de la nicotina, o el de Richmond (10), que determina la motivación del paciente para dejar de fumar.

La utilización de métodos analíticos destinados a comprobar la abstinencia de tabaco durante el proceso de abandono son también fundamentales. La determinación del monóxido de carbono en aire espirado mediante cooximetría es un procedimiento fácil que, además de informarnos de la abstinencia o no del paciente en las revisiones sucesivas, actúa también como factor motivador para él, al poder comprobar el descenso en la concentración de monóxido de carbono de forma casi inmediata a la suspensión del consumo de tabaco (11). Otros métodos, como la medición de cotinina en diversos fluidos biológicos, también son de utilidad, aunque por su complejidad técnica resultan poco accesibles. La cotinina puede determinarse en la saliva, en la orina y en la sangre. Sus concentraciones en plasma y en suero son las más estables, aunque las muestras de saliva son las de más fácil obtención, por lo cual suelen emplearse en intervenciones a gran escala (12).

Una vez elaborada la historia de tabaquismo del paciente, debe emitirse un diagnóstico de fase, siguiendo el esquema propuesto por Prochaska y Di Clemente (13). Esta clasificación divide a los fumadores en precontempladores (los que no se plantean abandonar el consumo en los próximos seis meses), contempladores (los que están pensando en dejarlo durante los próximos seis meses),

en preparación (los que se lo plantean en el próximo mes), en fase de acción (los que ya están dejando de fumar) y en fase de mantenimiento (los que llevan más de seis meses sin fumar). El interés del análisis de fase viene determinado por la necesidad de ajustar nuestra intervención sobre el paciente a sus necesidades, que son variables en función de la fase en que se encuentra.

Tratamiento no farmacológico del tabaquismo

En los fumadores con dependencia leve o moderada puede ser suficiente con un tratamiento no farmacológico adecuado a sus necesidades y ajustado a la fase en que se encuentra el fumador. Por el contrario, en los que tienen dependencia moderada o grave suele ser preciso reforzar la intervención conductual con un tratamiento farmacológico. Así pues, este tipo de terapia es opcional, en función del grado de dependencia, mientras que la intervención conductual se hace obligatoriamente en todos los fumadores.

Una vez analizada la fase de abandono del tabaco en que están los pacientes, el tratamiento no farmacológico se puede emprender mediante el denominado consejo médico, una intervención aislada no mayor de tres minutos, o de forma sistemática, con la intervención mínima sistematizada.

El consejo médico

El consejo médico antitabaco debe realizarse a todos los pacientes fumadores que acuden a la consulta, independientemente del motivo de ésta. El 70% de los fumadores van al médico al menos una vez al año, y como mínimo el 60% desea abandonar el tabaco, por lo cual consideran que el consejo de un profesional puede ser importante para la toma de su decisión.

El consejo médico debe tener unas características concretas: ser una intervención puntual; amable, pero serio y firme; sencillo y breve (de duración no superior a tres minutos); personalizado, es decir, ajustado a cada fumador, pero también estandarizado, según la fase de abandono en que se

encuentra éste; relacionado con la enfermedad que ha motivado la consulta, y acompañado de información escrita. En efecto, los resultados que se obtienen mediante este tipo de intervención mejoran si el paciente dispone de datos por escrito, y especialmente si se le ofrece soporte y seguimiento al que decide dejar de fumar.

En general, se ha demostrado que el consejo médico incrementa la tasa de abandonos (*od ratio* 1,3; IC95% 1,1-1,6).

La intervención mínima sistematizada

El siguiente paso es la intervención mínima sistematizada. Este concepto incluye el consejo antitabaco sistemático, acompañado de la entrega de documentación escrita y apoyo psicológico, además del seguimiento del paciente en su proceso

de deshabituación. Al igual que el consejo médico, la intervención debe ser también amable pero seria, firme y breve (no más de tres minutos), ajustada a las características del fumador y en función de la fase de abandono del tabaco en que se encuentre éste (14). Cuanto más continuado sea el consejo y más sistematizada la intervención, más eficaces resultarán estos dos tipos de tratamiento no farmacológico (Tabla 1).

Dentro del plan de intervención sistematizada y del seguimiento del proceso de abandono del tabaco por el paciente, se deben incluir diversos aspectos conductuales. Algunos, como la realización de una lista de motivos para dejar de fumar, la fijación del día elegido para abandonar el consumo de tabaco o el registro diario de cigarrillos, son fundamentales. Más adelante, la identificación de las situaciones de riesgo y el desarrollo de estrategias que ayuden a evitar la recaída también resultarán útiles. Por

Tabla 1. Intervención mínima sistematizada. Proceso de abandono del tabaco.

Fase de abandono del tabaco	Características del fumador	Intervención
Precontemplación	No quiere dejar de fumar No conoce los efectos secundarios del tabaco Desconoce las ventajas del abandono del tabaco	<ul style="list-style-type: none"> • Consejo sanitario de abandono del tabaco • El consejo debe ser informativo, no impositivo • Entrega de un folleto con información sobre el tabaquismo
Contemplación	Muchos intentos previos fallidos Frustración ante un nuevo intento	<ul style="list-style-type: none"> • Consejo sanitario que aumente su autoconfianza • Oferta de apoyo personal y/o terapéutico • Entrega de folleto informativo sobre el tabaquismo y guía práctica para dejar de fumar
Preparación	Quiere hacer un serio intento de abandono cuanto antes	<ul style="list-style-type: none"> • Racionalizar el proceso • Oferta de apoyo psicológico • Oferta de tratamiento
Acción	Está en proceso de abandono del tabaco, pero no lleva seis meses de abstinencia	<ul style="list-style-type: none"> • Oferta de apoyo psicológico • Seguimiento • Oferta de consejos para prevenir recaídas
Mantenimiento	Lleva seis meses de abstinencia	<ul style="list-style-type: none"> • Oferta de apoyo psicológico • Seguimiento • Oferta de consejos para prevenir recaídas
Finalización	Lleva cinco años de abstinencia del tabaco	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la vigilancia y la presión • Oferta de apoyo psicológico • Oferta de consejos para prevenir recaídas

último, se debería considerar la modificación temporal de las situaciones asociadas al consumo de tabaco, el aumento de la ingesta de líquidos, frutas y verduras, la reducción de los hidratos de carbono y las grasas o la realización de ejercicio.

La eficacia de este tipo de intervención es muy controvertida. Una reciente revisión Cochrane identificó 12 ensayos clínicos con diversos grados de intervención, desde la breve individual hasta la grupal, pasando por distintas intensidades de consejo (15). En este trabajo no se hallaron pruebas de que un consejo más intensivo tuviera mayor eficacia que un consejo breve, ni tampoco diferencias entre el consejo individual y el grupal.

El consejo médico se incluye en distintas guías con orientaciones consensuadas (14, 16). La publicada en JAMA (14) valora que el efecto del consejo produce un incremento del 2% al 3% sobre la tasa de abandono espontáneo del tabaco (2%). Otros autores que estudian tanto el seguimiento oportunista como el programado constatan aumentos en el porcentaje de éxitos próximos al 12%.

Los consejos impartidos directamente por el médico, con una duración de tres a cinco minutos, junto con el aporte de material de autoayuda, pueden lograr porcentajes de abstinencia del 5% al 10% al año de seguimiento (cociente de posibilidades 1,3; IC95% 1,1-1,6)

La eficacia de la intervención mínima sistematizada y el seguimiento posterior se demuestra en las siguientes proporciones:

- A más intensidad, mayor eficacia (cociente de posibilidades 1,3 e IC95% 1,1-1,6 para tres minutos; cociente de posibilidades 2,3 e IC95% 2-2,7 para diez minutos).
- A mayor número de sesiones, más eficacia (cociente de posibilidades 1,4 e IC95% 1,1-1,7 para dos sesiones; cociente de posibilidades 2,3 e IC95% 2,1-3 para más de ocho sesiones).
- A mayor duración total de la intervención, mejores resultados (cociente de posibilidades 1,3 e IC95% 1,1-1,6 para tres minutos; cociente de posibilidades 3 e IC95% 2,3-3,8 para noventa minutos).

Los profesionales deberíamos incluir el consejo médico y la intervención mínima sistematizada como actividades habituales dentro de la labor

asistencial, lo que sin duda produciría tasas de abandono del tabaco con gran impacto sobre la salud pública.

La potencial eficacia de la intervención mínima sistematizada y el seguimiento en nuestro país se demuestra en cifras. De los 40 millones de españoles, el 36% de los mayores de 16 años son fumadores. Si el 70% acude al médico una vez al año, con este tipo de tratamiento se lograría que el 5% a 10% dejara de fumar, lo que supondría un total de 478.000 a 957.000 ex fumadores.

Seguimiento del proceso de abandono

Una vez realizado el diagnóstico e instaurado el tratamiento, es fundamental el seguimiento del paciente, verificando que cumple las recomendaciones conductuales.

Conviene incluir dentro de las revisiones la determinación de monóxido de carbono en aire espirado, tanto para verificar la abstinencia (sólo durante un corto periodo de tiempo) como por su utilización como refuerzo positivo del paciente.

Es recomendable realizar estas visitas de seguimiento una vez por semana durante el primer mes y cada quince días durante el segundo. Posteriormente, puede ser suficiente con visitas a los tres, a los seis y a los doce meses, si bien en los casos de mayor dificultad se deben hacer visitas adicionales. La realización de llamadas telefónicas de refuerzo también es conveniente. En todo caso, la frecuencia estará también condicionada por la presión asistencial del medio donde el tratamiento tenga lugar.

Consideraciones finales

Incluir el diagnóstico y el tratamiento del tabaquismo en la práctica asistencial rutinaria debería ser un objetivo de todos los profesionales sanitarios. Más aún cuando no se trata de un proceso sofisticado, que requiera de complicadas tecnologías; por el contrario, constituye más bien un cuerpo teórico y una práctica clínica sencilla que exige pocos recursos, aunque también mucho rigor metodológico. A través de internet hay suficientes normativas o guías de práctica

clínica (<http://www.semergen.es>, <http://semfyc.es>, <http://www.separ.es>, <http://www.ahrq.gov>) como para poder realizar una práctica asistencial de calidad y permanentemente actualizada.

Bibliografía

1. World Health Organization. Tobacco or Health: a global status report. Geneva: WHO; 1997.
2. Ramström LM. Prevalence and other dimensions of smoking in the world. In: Bolliger CT, Fagerström KO, eds. The tobacco epidemic. Progress in respiratory research. Basel: Karger; 1997: 64-67.
3. Curbing the Epidemic: Governments and the economics of tobacco control. Washington DC: Banco Mundial; 1999.
4. Peto R, López AD, Boreham J, Thun M, Heath C. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimations from national vital statistics. *Lancet* 1992;339:1268-78.
5. López AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control* 1994;3:242-7.
6. Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud de España 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
7. González J, Rodríguez F, Banegas JR, Villar F. Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España. Corrección y actualización de datos. *Med Clin (Barc)* 1989;93:79.
8. Banegas JR, Rodríguez F, Martín JM, González J, Villar F, Guasch A. Proyección del impacto del hábito tabáquico sobre la salud de la población española y de los beneficios potenciales de su control. *Med Clin (Barc)* 1993;101:644-9.
9. Fagerström KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström tolerance nicotine questionnaire. *J Behav Med* 1989;12:159-82.
10. Richmond RL, Kehoe L, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction* 1993;88:1127-35.
11. Jarvis MJ, Russell MAH, Saljee Y. Expired air carbon monoxide: a simple breath test of tobacco smoke intake. *BMJ* 1980;281:484-5.
12. Abrams DB, Follick MJ, Biener L, Carey KB, Hitti J. Saliva cotinine as a measure of smoking status in field settings. *Am J Public Health* 1987;77:846-8.
13. Prochazka J, Diclemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychology* 1983;51:390-5.
14. The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. *JAMA* 1996;275:1270-80.
15. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation (Cochrane Review). In: the Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update software; 1999.
16. Row M, Mc Neil A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking interventions in the health care system. *Thorax* 1998;53(Supl 1):S1-S19.

Lecturas recomendadas

- Barrueco M, Hernández Mezquita M. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Madrid: Paudan; 2001.
- Torrecilla M. Guía para el abordaje del tabaquismo en Atención Primaria. Valladolid: SCLMFYC; 2001.