

Tabaquismo: tiempo de actuar

Víctor López García-Aranda

Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Macarena. Sevilla.

La muerte por consumo de cigarrillos está tan asumida por nuestra cultura que se considera consuetudinario que alrededor de 140 personas fallezcan cada día en España por inhalación de humos propios o ajenos de cigarrillos sin que la sociedad en general, o las autoridades sanitarias en particular, se rebelen ante un hecho absolutamente prevenible y controlable (aunque es de justicia resaltar que en estos últimos meses el Ministerio de Sanidad está proponiendo unas medidas de control de tabaquismo que, si se consensuan con las sociedades científicas y se implantan con rigor y la debida meditación, pueden dar importantes frutos).

El riesgo de mortalidad global es 2 veces mayor en los fumadores de cigarrillos comparado con los no fumadores y el de enfermedad coronaria producido por fumar es mayor en los más jóvenes que en los grupos de más edad. Tanto para los varones como para las mujeres de menos de 65 años, el riesgo de padecer una enfermedad coronaria es 3 veces mayor que entre los no fumadores. Cuando se deja de fumar el riesgo se reduce tanto en los varones como en las mujeres de todas las edades. El exceso de riesgo debido a esta enfermedad disminuye aproximadamente a la mitad después de un año de abstinencia.

Las mujeres que utilizan anticonceptivos orales y fuman presentan una probabilidad 10 veces mayor de padecer un infarto de miocardio y/o un proceso tromboembólico. Dejar de fumar elimina ese riesgo.

Las encuestas a los fumadores indican que alrededor del 70% desearían abandonar el hábito¹ y los médicos generales, pero especialmente los especialistas que tratan enfermedades relacionadas con el consumo del tabaco (cardiólogos, neumólogos y oncólogos), gozan de una oportunidad única para facilitar a sus pacientes el abandono del hábito. El papel del cardiólogo en el proceso de deshabituación del tabaco tiene múltiples

facetas que comprenden: *a)* suscitar la conversación sobre el tema, demostrando que es un problema que interesa enormemente al especialista por incidir de forma muy directa sobre la salud del paciente; *b)* evaluar el interés del enfermo por abandonar su adicción; *c)* aconsejar al paciente la deshabituación (y motivarle con recompensas de salud); *d)* explorar las barreras para la deshabituación y las estrategias para vencerlas; *e)* informar que muy posiblemente su enfermedad ha sido causada o potenciada por el consumo de cigarrillos y que su probabilidad de recurrencia es mucho mayor si continúa fumando; *f)* ayudar al paciente a aproximarse a un plan específico de deshabituación (indicando una fecha concreta si el paciente es ambulatorio y desde ese mismo momento si el paciente está ingresado); *g)* recomendar tratamiento farmacológico a aquellos fumadores que no han tenido éxito en intentos previos no farmacológicos de deshabituación, ya que la terapia medicamentosa al uso –sustitutos de nicotina y/o bupropión– ha demostrado ser efectiva para aumentar las tasas de abandono e inocua en la generalidad de los pacientes cardiovasculares, con aisladas excepciones, y *h)* organizar un seguimiento adecuado, por parte del mismo cardiólogo, si dispone de tiempo, o de un colaborador, con el objetivo de lograr una abstinencia mantenida. Este enfoque general y abierto de la deshabituación se ha denominado de las 5 A (en inglés, *Address, Assess, Advise, Assist and Arrange follow-up*; abordar, evaluar, aconsejar, asistir y organizar el seguimiento)².

No cabe ninguna duda de que un cardiólogo fumador puede desarrollar perfectamente una labor de prevención y tratamiento del tabaquismo ante sus pacientes, pero la experiencia y la bibliografía nos enseña que los no fumadores son más activos, están más interesados y tienen una valoración de la función médica que debe desempeñar el personal sanitario respecto al tabaquismo, muy superior a la que presentan sus colegas fumadores³, y de ello resultan beneficios adicionales en el control del tabaquismo de los pacientes cardiópatas.

La prevalencia del tabaquismo entre los médicos ha disminuido al 10% en algunos países del norte de Europa⁴. Lamentablemente, en España el consumo de tabaco entre los profesionales sanitarios no sigue esta favorable tendencia, ni con la intensidad ni con la rapidez

VER ARTÍCULO PÁGS. 1271-1276

Correspondencia: Dr. V. López García-Aranda.
Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Macarena.
Avda. Dr. Fedriani, 3. 41008 Sevilla.
Correo electrónico: victor.lopez@eresmas.net

(*Rev Esp Cardiol* 2001; 54: 1254-1255)

que sería de desear. Datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1997⁵ indican que los sanitarios varones fuman menos que la población masculina en general (34,4 frente al 44,8%), siendo esta proporción inversa entre las mujeres (fuman el 42,2% de las sanitarias y el 27,2% de las mujeres de la población general).

Estos datos se encuentran confirmados en otro estudio más reciente realizado con personal sanitario del Insalud⁶, en el que el 38,9% de los encuestados son fumadores activos: fuman el 34,7% de los facultativos y el 43,2% del personal de enfermería. Son fumadores el 39,8% de los médicos de atención primaria, y el 30,5% de los ginecólogos, cardiólogos y neumólogos (valorados conjuntamente), así como el 40,8% del personal de enfermería de atención primaria y el 44,6% de atención especializada.

No tenemos estudios globales sobre la prevalencia de tabaquismo entre los profesionales de salud en Latinoamérica, pero si el consumo de la población general es un reflejo bastante aproximado de lo que hacen sus médicos, como sucede en España, el porcentaje de fumadores debe ser alto, pues países como República Dominicana, Bolivia, Cuba, Jamaica, Perú, Uruguay y Argentina presentan una prevalencia de fumadores varones por encima del 40%, mientras la media de la de las mujeres (21%) es algo inferior a la española en los países de América Latina y Caribe⁷.

En los últimos años, los avances en el tratamiento del tabaquismo se han centrado tanto en el aspecto farmacológico como en el desarrollo de programas multifactoriales de deshabituación, en los que la participación de los profesionales sanitarios desempeña un papel determinante.

Si tenemos en cuenta que al menos el 70% de los fumadores va al médico cada año, que el 70% ha hecho, al menos, un intento de dejar de fumar y que las enfermedades cardiovasculares, por su impacto psicológico, hacen al paciente más receptivo a recibir el consejo de abandono, es fácil deducir que el cardiólogo no debería desaprovechar la oportunidad de aconsejar a su paciente e intervenir de forma más decidida en la lucha contra un factor de riesgo que, si se mantiene, marcará el devenir de su paciente.

En este sentido, el análisis de las actitudes de los profesionales sanitarios ante el tabaquismo ofrece datos de enorme interés. En 1990, en una encuesta que evaluaba la opinión de los sanitarios acerca de la función modélica que debe desempeñar el personal sanitario respecto al tabaquismo se pudo observar cómo el 41% la consideraba como de escasa importancia y hasta el 21% la catalogaba como de nula³, a pesar de que conocemos la influencia que tiene el médico sobre su paciente y que la actitud y el consejo médico es el factor motivador más importante para dejar de fumar⁸.

En el excelente trabajo que se presenta en este número⁹ sobre la efectividad de una intervención de deshabituación tabáquica en pacientes con enfermedad cardiovascular se demuestra que los cardiólogos que aconsejan dejar de fumar a su paciente durante su ingreso hospitalario consiguen unas tasas de abstinencias al cabo de un año del 55%, frente al 34% del grupo control, y en pacientes con infarto los éxitos de abandono al año oscilan entre el 66,5 y 66,0% con independencia de que el consejo haya sido mínimo (minutos) o exhaustivo (entrevista estructurada más refuerzo durante 4 semanas).

Si no se aprovecha la receptividad psicológica por la que pasa un paciente cuando ingresa en un centro hospitalario por un problema cardiológico para exponerle la importancia del tabaco en su vida, el fumador que desea fervientemente que el tabaco no sea tan nocivo como se comenta, al no ser expresamente el cigarrillo «condenado» por su cardiólogo, minusvalora su riesgo y en futuros programas de deshabituación se comporta erróneamente como un individuo «sano», sin amenazas expresas sobre su salud, y presenta entonces tasas menores de abandono incluso que los individuos sin verdaderas enfermedades.

A estas alturas del conocimiento ya no es aceptable que algunos cardiólogos permanezcan pasivos o indiferentes ante el tabaquismo y consideren que el deber es lo que esperamos que hagan los demás, no lo que hacemos nosotros mismos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fiore MC, Novotny TE, Pierce JP, Giovino G, Hatzidreou E, Newcomb P et al. Methods used to quit smoking in the United States. Do cessation programs help? *JAMA* 1990; 263: 2760-2768.
2. Prochaska JO, Golstein MG. Process of smoking cessation: Implications for clinicians. *Clin Chest Med* 1991; 12: 727-734.
3. Martínez de la Iglesia J, Rodríguez A, Calderón de la Barca JM, Santos F, Jiménez J. Encuesta sobre el hábito tabáquico en una población de médicos hospitalarios. *Rev Clin Esp* 1998; 182: 429-443.
4. Tobacco and health in European Union. An overview. Bruselas: European Bureau for action on smoking prevention; 1994.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998.
6. Gil López E, Robledo de Dios T, Rubio Colavida JM, Bris Coello MR, Espiga López I, Sáiz Martínez-Acitores I. Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del Insalud 1998. España. *Prev Tab* 2000; 2: 22-31.
7. Tobacco or health: a global status report. Ginebra: World Health Organization, 1997.
8. Pederson LL. Compliance with physicians advice to quit smoking: a review of the literature. *Prev Med* 1982; 11: 71-84.
9. Morchón S, Blasco JA, Rovira A, Arias CN, Ramón JM. Efectividad de una intervención de deshabituación tabáquica en pacientes con patología cardiovascular. *Rev Esp Cardiol* 2001; 54: 1271-1276.