

Cómo los doctores pueden ayudar a disminuir el daño a la salud causado por el cigarrillo

Dr. Leonardo Véjar

Especialista en Enfermedades Respiratorias. Programa de Tabaquismo Hospital Sotero del Río, SSMSO. MEDEF Chile. USACH.

Resumen

La participación de los médicos en disminuir los daños que el tabaco provoca a la salud de las personas es muy importante y de una gama amplia. Preguntar a las personas si fuman y dar un consejo adecuado de cesación tiene un impacto importante, que aumenta si el médico sabe cómo dar apoyo medicamentoso o sabe a dónde referir el paciente a tratamiento. En otro orden de cosas, el médico debe estar en condiciones de dar apoyo a los profesores de los colegios y universidades para orientar la formación de los alumnos y eventualmente apoyar a los políticos para modificar las leyes y aumentar su impacto en bajar las tasas de tabaquismo. El apoyo de los médicos a las personas es más potente cuando el médico no fuma, de manera que si el médico fuma y quiere ayudar debe empezar por dejar de fumar.

Palabras Claves: tabaquismo, cesación, educación, capacitación.

INTRODUCCIÓN

Chile tiene una tasa de fumadores preocupante y con tendencia a aumentar. La encuesta del CONACE del año 2004⁽¹⁾, nos permite ver la tendencia del consumo de tabaco en Chile en población general en los últimos 10 años (1994-2004), la que se mantiene estable hasta hoy en población general y presenta un aumento de 5 puntos en mujeres de 35% en 1994 a 40,3% el año 2004 (Figura 1).

La encuesta de consumo de tabaco realizada en funcionarios de la salud el año 2004, mostró un consumo promedio de 40% en funcionarios y de 30% en médicos⁽²⁾. Las metas 2000-2010 planeadas por el MINSAL con relación a tabaco señalaba que las tasas debían bajar 20%⁽³⁻⁵⁾ (Tabla 1). Las tasas se han mantenido estacionarias a pesar de la implementación de la ley del tabaco. La traducción de estas tasas es la muerte de 15.000 personas/año consecuencia de enfermedades cardiovasculares, respiratorias y cánceres, sea directamente por fumar o como consecuencia de inhalar el humo producido por los fumadores^(6,7).

En la mujer embarazada, se produce daño al feto traducido como menor peso al nacer. En los niños, el tabaquismo pasivo induce asma y otitis media aguda y empeora las enfermedades respiratorias existentes y dificulta su manejo⁽⁸⁾. También se ha demostrado asociación con muerte súbita infantil^(9,10). Por eso, es legítima la preocupación del gremio médico y de las sociedades científicas por actuar en este campo.

Ahora bien; si nos planteamos como actuar, lo primero que los médicos deben hacer es dejar de fumar si fuman. Ya leímos antes que en Chile el 30% de los médicos fuman y

se sabe que los médicos que fuman son poco efectivos a la hora de actuar⁽¹¹⁾. Por otra parte la imagen que proyectan no es buena. Para dejar de fumar los médicos deben saber cómo hacerlo, ya que las recaídas de la cesación espontánea es decir sin ayuda, son superiores al 95% luego de un año. Los doctores que nunca han fumado y los que dejaron de fumar están en buenas condiciones para dar una ayuda efectiva a otros funcionarios de la salud que quieren dejar de fumar. La forma de ayudar es aplicando estrategia ABC en la cual la A es averiguar; la B es dar un breve consejo y la C es ayudar la cesación.

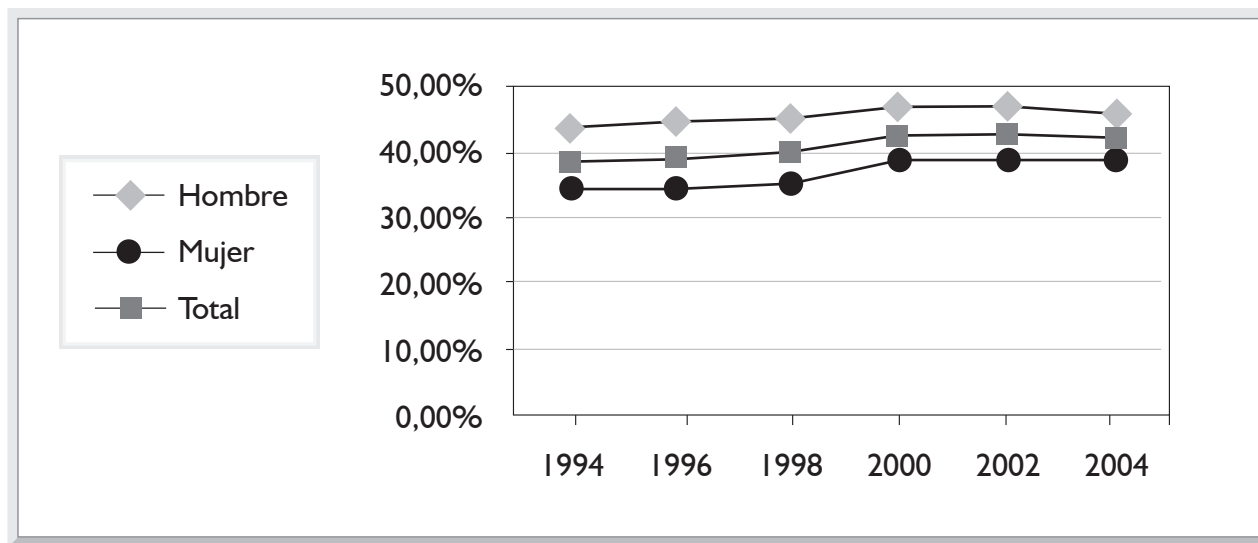
Luego de ayudar a los funcionarios de la salud el rol del profesional es ayudar a sus pacientes adultos o niños a dejar de fumar y para ello deben preguntarles siempre si fuman o no. Y a los que fuman deben aconsejarles que dejen de fumar siguiendo el ABC. Para ayudar a un paciente más allá del consejo breve se requiere entrenamiento en terapia y uso de medicamentos y si no se sabe hay que saber adónde referir al paciente. En otro aspecto no distante en objetivos los doctores deben estar en condiciones de dar información suficiente sobre control de tabaquismo a las escuelas de enseñanza básica, a las escuelas de ciencias médicas, escuelas de educación, a las sociedades científicas, a la prensa y a los legisladores.

La participación de los médicos en las mejoras en las leyes actuales es una actividad necesaria e indispensable. Gran parte del fundamento legal se apoya en proteger a los ciudadanos expuestos al humo producido por los fumadores y la evidencia científica que respalda esta información es fundamentar para contrarrestar el lobby de las tabacaleras que tratan de proteger las ventas.

En este artículo se intenta bosquejar en forma sucinta, los temas antes señalados que se ordenan en la forma siguiente.

Correspondencia: Dr. Leonardo Véjar. Especialista en Enfermedades Respiratorias. Email: drvejar@gmail.com

Figura 1.- Evolución del consumo de cigarrillos en población general de 12 a 64 años (CONACE). Prevalencia/mes, según sexo. Periodo 1994-2004.



1. Sistemas para dejar de fumar basados en evidencia
2. Consejo breve y ABC
3. Terapia cognitivo conductual
4. Farmacoterapia de tabaquismo
5. Actividades en las universidades para que los egresados tengan conocimientos sobre tabaquismo.
6. Apoyo a profesores de los colegios para contribuir a impedir inicio del consumo.

1.- SISTEMAS PARA DEJAR DE FUMAR BASADOS EN EVIDENCIA

Se acepta actualmente que el tabaquismo es una adicción relacionada con la nicotina pero se reconocen en la dependencia una serie de procesos tanto o más importantes que la dependencia química. Esto se produce porque el cigarrillo en la vida de una persona introduce una serie de cambios que deben ser revertidos al dejar de fumar. El proceso comienza cuando el fumador obtiene placer del cigarrillo y aprende a utilizarlo para calmar ansiedades, obtener efecto

estimulante o en roles sociales. El sujeto establece costumbres, automatismos, ceremonias en torno al cigarrillo y esto genera una dependencia de espectro amplio que se describe como triple dependencia del fumador: química, psicológica y social. Dentro de la dependencia química se produce el problema que al no tener cigarrillo (nicotina) el fumador experimenta una serie de efectos muy desagradables o síndrome de abstinencia debido a descarga de noradrenalina, con deseo imperioso de fumar y necesidad de encontrar la droga y se considera un individuo es adicto al cigarrillo si tiene entre otros criterios por conducta de búsqueda (DSCM IV). A esto se suma, tolerancia, que es la necesidad de subir la dosis para mantener el efecto.

¿Cómo se identifica al adicto a la nicotina?

Se identifica mediante el test de Fagerström⁽¹²⁾, mediante el cual hay dos preguntas básicas que lo pueden reemplazar: tiempo que se demora en fumar el primer cigarrillo de la mañana y dosis que consume. Existiendo muchos criterios, el adicto a nicotina, sin lugar a duda, es el que necesita fumar antes de media hora luego de despertar o que consume dosis promedio de 10 o más cigarrillos/día. Las personas que

Tabla 1.- Metas Sanitarias en Control del Tabaco MINSAL Chile 2010⁽³⁾ y prevalencias consumo ENCV 2006⁽⁴⁾ y CONACE 2008⁽⁵⁾

Población	1999 prevalencia (%)	Meta 2010 prevalencia (%)	Prevalencia según año 2006-7
General	40	30	39,5% 2206 ⁽³⁾
Escolar 8° Básico	27	20	35% 2007 ⁽⁴⁾
Mujer en edad	45	41	49,4% 2006 ⁽³⁾

tienen alto grado de adicción son el 20% de los fumadores en Chile. A esas personas les cuesta más dejar de fumar y tienen alta tasa de recaídas. Por eso, habitualmente necesitan un tratamiento intensivo para dejar de fumar.

Tipos de tratamiento

Por lo antes señalado, existen diferentes perfiles de fumadores que se pueden enfrentar con base científica con diversos tipos de tratamientos de los cuales se distinguen:

Tratamiento no farmacológico

Consejo breve (ABC) 2 consejería telefónica 3 consejería internet (nuevo y poco estudiado) y 4 terapia cara a cara.

Tratamiento Farmacológico

De primera línea: Terapia de reemplazo de nicotínica, bupropión, vareniclina; de segunda línea: aminotriptilina, clonidina.

2.- CONSEJO BREVE Y ABC DE LA NEW ZEALAND GUIDELINES

Hay sólida evidencia que el consejo del médico produce cambios de conducta del fumador que lo conduce a dejar de fumar o a pedir ayuda para hacerlo⁽¹³⁾. Se piensa que el resto del equipo de salud desarrolla una influencia similar. Una de cada 40 personas deja de fumar por consejo médico sin ningún otro tipo de acción⁽¹⁴⁾. El peso de esta intervención está en la posibilidad de su utilización masiva por todos los médicos y todos los funcionarios de la salud para producir efectos importantes. Sabemos que 70% de los fumadores contactan un médico una vez por año y que el número de consultas anuales en nuestro país es de muchos millones; hay entonces oportunidades únicas de lograr modificar la tasa de consumo. Si cada médico sólo aconseja una persona por día, ocupando para ello 30 segundos, en 40 días, habrá aconsejado a 40 personas y una dejara de fumar. Al año, 6 personas dejan de fumar, 3 muertes que se evitan puesto que la mitad de los fumadores mueren como consecuencia del cigarrillo⁽¹⁴⁾. El impacto aumenta si los otros profesionales de la salud participan.

¿Cuáles son las condiciones del consejo breve?

Debe ser firme, claro, preciso, personalizado, repetido.

Firme: No dar lugar a ambigüedad; preciso: sin medios tonos; personalizado: quiere decir referente al problema de salud actual del fumador o daño potencial. Ejemplo, Si el paciente tiene EPOC - el consejo es: idéje de fumar porque el daño que tiene su pulmón lo produjo el cigarrillo!. Para el médico fumador el consejo es: la imagen de un médico fumador no es muy buena. A la embarazada: -deje de fumar porque su guagua se va a dañar. Al adolescente: evita el cigarro porque produce impotencias, arrugas precoces y da

mal olor, etc; repetido: en todas las oportunidades de contacto con el médico y el equipo de salud: Perdone que insista pero dejar de fumar es lo mejor que usted puede hacer por su salud. ¿A quienes se dá? Se da a todos los fumadores con independencia de si declaran querer dejar de fumar o no. ¿Cómo se organiza el consejo breve?: el consejo breve se establece dentro del sistema ABC.

CONSEJERÍA BREVE CON EL SISTEMA ABC

¿Qué es ABC? El sistema ABC de consejería es un sistema muy simple de ordenar acciones para dejar fumar de fue introducido desde las Guías Clínicas de Nueva Zelandia. Tiene la ventaja de ser un sistema breve y fácil de retener⁽¹⁵⁾. Ha sido incorporado ya en las Guías Clínicas de Uruguay 2009 y Argentina 2010.

ABC para la cesación tabáquica (Ask, Brief advice, Cessation support)

(A) Preguntar

Pregunte y documente sobre el consumo de tabaco a todas las personas (actualizar en forma periódica el consumo de tabaco de los que fuman o han dejado). Por ejemplo: usted podría preguntar, ¿Usted fuma cigarrillos actualmente?

(B) Breve Consejo

Dar el consejo breve en la forma antes explicada a todas las personas que fuman y ofrecerles ayuda para dejar de fumar aceptando es difícil y reconocer que algunas personas deben hacer varios intentos para dejar de fumar antes de detenerse para siempre.

(C) Apoyar la cesación

Hay dos opciones para prestar apoyo a la cesación: Tratar o referir

1.- Los doctores y trabajadores de la salud que son capaces de prestar apoyo deberían hacerlo. El apoyo puede incluir el establecimiento de una fecha para la cesación; asesorar al fumador para que complete la abstinencia de fumar; prescribir medicamentos para dejar de fumar y la organización de un seguimiento y consulta posterior. La evaluación del grado de dependencia a la nicotina puede ayudar al tratamiento.

2.- Referencia: Los trabajadores de la salud sin la experiencia o el tiempo para ayudar a las personas a dejar de fumar deben asesorarse para tratar a estos pacientes o referir a los lugares adecuados donde les prestaran apoyo.

Consejería telefónica

Se trata de un tipo de tratamiento basado en evidencia, de bajo rendimiento, pero muy costo efectivo. Por esto se ha implementado en casi todos los países del mundo. Para ser eficiente debe tener un seguimiento proactivo. Puede combinarse con otros métodos. En Chile ha tenido escaso desarrollo. Para una ayuda telefónica llamar al teléfono 6003607777.

3.- TERAPIA CARA A CARA

Terapia cognitivo conductual

Se trata de una intervención intensiva basada en información y modificación de conductas. Se realiza directamente a los pacientes en forma personal o grupal. Se trata primero en lograr que el paciente deje de fumar y en segundo lugar que se mantenga sin fumar evitando recaídas. Para que el paciente deje de fumar se trabaja en aumentar la motivación para la cesación, aumentar auto eficacia, analizar ambivalencias, reducir la resistencia⁽¹⁶⁾. Para que el paciente se mantenga sin fumar y prevenir recaídas se trabaja en gatillantes especialmente en desencadenantes psicológicos y estrés y también en una red de apoyo.

La técnica más en boga para dimanzar el proceso es la entrevista motivacional utilizada especialmente en la Clínica Mayo que se ha demostrado efectiva en aumentar el número de personas que paran de fumar, no siendo tan claro su efecto en prevenir recaídas⁽¹⁷⁾. No hay evidencia que una técnica en especial de mejores resultados que otra. Lo que sí está claro es que la intensidad de la intervención intensiva se relaciona con los resultados.

El rendimiento de estas técnicas es de 15-20% de cesación al año. Su asociación con medicamentos duplica el rendimiento⁽¹⁸⁾. Se planifica en 6 sesiones de 1-2 horas de duración. Las evidencias indican que el número mínimos de sesiones para producir efecto son 4 sesiones de 15 minutos⁽¹⁵⁾.

4.- FARMACOTERAPIA DE TABAQUISMO

El uso de fármacos en la terapia se fundamenta en que duplican las posibilidades de éxito asociado a cualquier tipo de intervención. Los medicamentos usados por tiempo y dosis suficientes disminuyen los síntomas de abstinencia y mejoran las tasas de cesación⁽¹⁸⁾.

Terapia de remplazo de nicotina (TRN) fue el primer tratamiento que apareció. En nuestro país hay chicles de 2 mg (Nicorette J & J) y parches. (Nicotinell TTS) de 7, 14 y 21 mg. Pueden usarse combinados y su efecto aumenta. Bupropión 150 mgr (Welbutrin, GSK) se ha usado extensamente en programas de salud con buenos resultados y efectos secundarios aislados (Uruguay 4000 pacientes tratados). Vareniclina (Champix Pfizer) 0,5 y 1 mg es el último medicamento en aparecer. Se obtiene de la planta Citysine usada para dejar de fumar por más de 40 años en Europa del Este.

Pautas comunes a todos los medicamentos

Se inician en dosis progresivas una semana antes del cese; la duración del tratamiento es de 3 meses.

Tratamiento en los adolescentes

La FDA no ha licenciado medicamentos en uso para adolescentes y embarazadas. Eso por existir escasa información sobre efectos perjudiciales y eficacia. Eso no significa que no se puedan tratar.

¿COMO LOS MEDICOS PUEDEN APOYAR LA DOCENCIA DE PREGRADO EN LAS UNIVERSIDADES?

Los contenidos que se pueden insertar en la enseñanza de medicina o enfermería son enseñar a identificar el problema de tabaquismo y su carácter adictivo y las estrategias de enfrentamiento a través del ABC y terapia farmacológica.

¿COMO APOYAR A LOS PROFESORES DE LAS ESCUELAS?

La entrega de contenidos educativos a los profesores es una obligación en Chile del Ministerio de Educación establecida por la ley del tabaco. El problema es que los programas desarrollados en las escuelas para prevenir el desarrollo de tabaquismo en los niños no han mostrado resultados en reducir el número de niños que egresan fumando de la enseñanza media.

Las razones de esta falta de éxito son muchas, una de ellas que los padres de los niños, sus profesores y el grupo de adultos jóvenes fuman en alto porcentaje. Y los niños empiezan a fumar imitando a sus padres y profesores, incentivados por sus pares, imitando a los actores de cine que aparecen fumando en las películas. Señalemos que esta es una propaganda no controlada en nuestro país y que produce el 60% de los ingresos a fumar⁽²¹⁾.

¿Qué se puede entonces hacer?

La simple información sobre el daño que hace el tabaco en la salud no ha demostrado efectos. Los profesores pueden enseñar a los alumnos el daño inmediato que hace el tabaco (estética, olor, otros) pero dan mejores resultados las intervenciones multicomponente. Entre ellas enseñar a rechazar ofertas de fumar de sus pares y elevar la autoestima de los educandos. Los profesores deben desarrollar en los niños habilidades críticas para pensar problemas del mundo real.

Es necesario vincular los temas del tabaco a ciencias sociales, matemática, biología, ciencia y economía y entregar información científica sobre adicción, el efecto del humo de segunda mano, el rol del mercadeo en la venta de cigarrillo, estrategias de la industria del tabaco y costo del uso de tabaco. Tampoco podemos olvidar que se puede ayudar a los profesores a dejar de fumar y eso puede ser muy importante. Una actividad rentable en resultados han demostrado ser los concursos escolares "déjalo y gana" que se puede ver en www.laclasesinhumo.cl. Son concursos escolares de probada eficacia cuando se realizan en forma bien organizada.

REFERENCIAS

1. Consejo Nacional Para El Control De Estupefacientes (CONACE). Ministerio del Interior. Gobierno de Chile. Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile. 1994-2004.
2. Bello S, Soto I, Michalland A. National survey on smoking habit among health care workers in Chile. *Rev Med Chile* 2004; 132: 223-32.
3. Metas Sanitarias Programa Control del Tabaco MINSAL Chile 2010. <http://www.minsal.cl/ci/tabaco/nuevo/tabaco.html>. revisado el 20 Oct del 2010.
4. Encuesta Calidad de Vida Chile 2006 .Informe de Resultados Total Nacional <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/InformeFinalEncuestadeCalidaddeVidaySalud2006.pdf>. revisado el 30 oct del 2010.
5. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). Ministerio del Interior. Gobierno de Chile. Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile. 1994-2004. http://www.minsal.cl/ci/tabaco/Estudios_CONACE_1994_2004.doc. revisado 20 oct 2010.
6. Ministerio de Salud 2002. www.minsal.cl
7. Anderson HR, Cook DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax* 1997; 52: 1003-9.
8. Surgeon General http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/index.htm. revisado el 20 Oct del 2010.
9. Milerad J, Vege A, Opdal SH, Rognum T. Objective measurements of nicotine exposure in victims of sudden infant death syndrome and in other unexpected child deaths. *J Pediatr* 1998; 133: 232-6.
10. Anderson HR, Cook DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax* 1997; 52: 1003-9.
11. Sánchez Lisanti N. *Rev Panam Salud Publica* 2003; 14: 2003;14(1):25-30
12. Bello S, Flores A, Bello M, Chamorro H. Smoking cessation. Diagnosis and psicosocial interventions. *Rev Chi Resp* 2009; 25: 218-30.
13. Lancaster T, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews*. 2006; 3CD002850.
14. - Sociedad Americana del Cáncer, Atlas del Tabaco n° 3. http://www.cancer.org/downloads/AA/TobaccoAtlas3/TA3_Chapt_10.pdf
15. New Zealand Smoking Cessation Guidelines [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/6663/\\$File/nz-smoking-cessation-guidelines-v2-aug07.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/6663/$File/nz-smoking-cessation-guidelines-v2-aug07.pdf).
16. Rundmo T, Smedlund G, Gottestm K. Motivation for smoking cessation among Norwegian. *Public Addict Behav* 1997; 22: 377-86.
17. Health Behavior Change. Rolinick S, Mason P, Butler C. Editorial Churchill Livingstone.
18. Smoking cessation. Diagnosis and psicosocial interventions. Bello S, Flores A, Bello M, Chamorro H *Rev Chi Resp* 2009. 25: 4 ; 218-30.
19. Di Fiore 2008 Clinical Guidelines Treating Tobacco Use and Dependence. http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use.pdf
20. Bello S Flores, M Bello. Pharmacotherapy for tobacco dependence. *Rev Chil Enf Respir* 2008; 24: 127-37.
21. Glantz S. Smoking in teenagers and watching films showing smoking. *BMJ* 2001; 323: 1379-80.