

# El consejo para dejar de fumar: por qué, cuándo y cómo debemos darlo a nuestros pacientes

E. Olano Espinosa<sup>a</sup>, B. Matilla Pardo<sup>b</sup>, M. González Díaz<sup>c</sup> y S. Martínez González<sup>c</sup>

## Introducción

La dependencia de la nicotina se considera un trastorno del comportamiento, es decir, una enfermedad crónica (décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Organización Mundial de la Salud 1992, Asociación Americana de Psiquiatría 1995), que causa la muerte prematura a más de la mitad de aquellos que la padecen<sup>1</sup>. El tabaquismo se considera una gran epidemia mundial y es el principal problema de salud pública prevenible en los países desarrollados, donde causa 2 millones de muertes anuales. Uno de cada 3 adultos fuma, lo que equivale a más de 1.100 millones de fumadores en todo el mundo. Se prevén por ello 450 millones de muertes en los próximos 50 años<sup>1,2</sup>.

En España la prevalencia es del 34% en la población adulta<sup>3</sup>, una de las mayores de Europa, y el tabaquismo es la causa de más de 55.000 muertes al año (el 16% del total), cifra que seguirá aumentando en ausencia de intervención, sobre todo en mujeres. Se estima que genera de forma directa cerca de un 15% del gasto sanitario total anual y causa, entre otras enfermedades, el 87% de los cánceres de pulmón y el 93% de los casos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica<sup>1</sup>.

## Definición del problema

Más del 70% de los fumadores manifiestan su deseo o intención de dejar el tabaco, y citan el consejo médico como una de las intervenciones más motivadoras para ello<sup>1</sup>. Sin embargo, el personal sanitario no está aprovechando esta

## Puntos clave

- El tabaquismo es la principal causa de muerte prevenible en nuestro entorno.
- Más del 70% de los fumadores quieren dejar de fumar y citan el consejo médico como una de las intervenciones más motivadoras.
- El porcentaje de abstinencias conseguido con el consejo es del 4,5% anual, en comparación con el 1,2% en su ausencia (*odds ratio* = 1,69), por lo que, de aplicarlo masivamente en atención primaria, el impacto poblacional sería enorme.
- El coste-efectividad de la intervención propuesta es muy favorable, mucho más que el tratamiento de la hipercolesterolemia o de la hipertensión.
- Es de suma importancia realizar una intervención sobre el tabaquismo en todo fumador y en toda visita al médico.
- El consejo para dejar de fumar debe ser veraz, sencillo y comprensible, motivador, empático, respetuoso, personalizado, breve y adaptado a la fase de cambio del paciente; debe impulsar la autonomía personal informando de los beneficios que comporta dejarlo y de los riesgos que entraña el consumo, y aportar soluciones para los problemas que ello implique.

<sup>a</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Especialista universitario en Tabaquismo. CS Guayaba. Área 11. Madrid. España.

<sup>b</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS. Área 10. Getafe. Madrid. España.

<sup>c</sup>Médico interno residente de tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Guayaba. Área 11. Madrid. España.

Correspondencia:  
Eduardo Olano Espinosa.  
Parque Bujaruelo, 33, 7.º A. 28924 Alcorcón. Madrid. España.  
Correo electrónico: e\_oeeoee@hotmail.com

Manuscrito recibido el 9 de junio de 2004.  
Manuscrito aceptado para su publicación el 7 de julio de 2004.

**Palabras clave:** Tabaco. Atención primaria. Consejo.

oportunidad de influir positiva y poderosamente sobre la salud de sus pacientes. En España, según Cabezas et al<sup>4</sup>, sólo consta el registro de consumo de tabaco en el 49% de las historias de atención primaria, y según la evaluación del PAPPs (Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud) del año 2001, en el 54% de las historias clínicas de los centros de salud adheridos a este programa, lo cual concuerda con estudios realizados en otros países de nuestro entorno<sup>5</sup> y confirma que los médicos y enfermeras de atención primaria no ejercemos todo nuestro potencial preventivo. Si preguntamos a los pacientes si han

recibido consejo para dejar de fumar por parte de su médico, las cifras bajan aún más<sup>6</sup>.

Probablemente influyan en este hecho varios factores: la nula o escasa formación que hemos recibido sobre el tema (que genera un déficit de recursos específicos en este campo), la falta de tiempo en consulta, el falso convencimiento de la baja eficacia del consejo o la frustración ante su falta de efectividad percibida<sup>7</sup>, la convicción de algunos de que el tabaquismo no es un problema de salud relevante o el temor a que tratar el tema pueda comprometer la relación médico-paciente. A todo ello se suma la importante prevalencia del consumo de tabaco entre los profesionales sanitarios, que podrían verse tentados a minimizar los riesgos para autojustificarse y no enfrentarse al problema<sup>8</sup>. Errores como la preocupación de que la ansiedad generada por el abandono del tabaco sea más perjudicial que el propio consumo en mujeres embarazadas, sobre lo que no existe evidencia científica alguna, deben desterrarse de inmediato.

Debido a la explosiva mezcla de alta morbilidad, prevalencia e impacto socioeconómico, desinterés de las autoridades y de los profesionales, junto al hecho de que, como vamos a ver, existan intervenciones útiles, breves, efectivas y al alcance de cualquier profesional sanitario sustentadas en datos con máximo nivel de evidencia, consideramos que el problema está servido.

### ¿Es útil aconsejar a nuestros pacientes para que dejen de fumar?

En los últimos 30 años se han acumulado evidencias científicas que demuestran los inmensos beneficios para la salud que supone dejar el tabaco. No es éste el tema.

Ya desde el estudio de Russell et al<sup>9</sup> publicado en 1979 se sabe que el consejo médico es eficaz para abordar el tabaquismo desde una perspectiva de salud pública, además de ayudar a que los profesionales acepten el problema como suyo. Más recientemente diversas guías de práctica clínica han indicado la necesidad de incorporar esta intervención a la práctica habitual de todos los profesionales sanitarios e individualizarla de modo que sea adecuada a la fase de abandono de cada paciente<sup>10</sup>. En un reciente estudio realizado en nuestro país, la abstinencia a los 3 años tras consejo sanitario antitabaco en atención primaria fue del 4,5% en comparación con el 1,2% del grupo control<sup>11</sup>.

En España el 75% de los fumadores acude a su médico de atención primaria al menos una vez al año. Si todos los médicos de atención primaria incorporaran el consejo para dejar de fumar sistemáticamente a su actividad habitual, dejarían de fumar 450.000 personas cada año, una cifra similar a la que se conseguiría con 10.000 unidades especializadas o, dicho de otra forma, el triple de los que lo han dejado en la última década en nuestro país<sup>1</sup>.

En el metaanálisis de Silagy y Stead<sup>12</sup> sobre 34 ensayos clínicos se demuestra este incremento en la probabilidad de cesación con una *odds ratio* (OR) de 1,69 (intervalo de

confianza [IC] del 95%, 1,45-1,98), aumentando su eficacia según aumenta su duración con una relación dosis-respuesta. También se demuestra eficaz el asesoramiento para dejar de fumar facilitado por enfermería en la revisión de Rice y Stead<sup>13</sup> sobre 16 ensayos clínicos, con una OR de 1,5 (IC del 95%, 1,29-1,73), con las potenciales ventajas que ello implica.

No olvidemos tampoco el beneficio obtenido en cuanto a la progresión del fumador inmerso en el proceso de abandono de la dependencia descrito por Prochaska y DiClemente<sup>14</sup>, con fases caracterizadas por la distinta sensibilización y motivación para dejar de fumar de estos pacientes y cuya progresión duplica sus posibilidades de convertirse en ex fumador en la fase de precontemplación cuando progresan a contemplación y lo quintuplica en los contempladores que pasan a la fase de preparación. En un estudio realizado en nuestro país, se logró que un 21% de los precontempladores y un 19% de los contempladores pasasen a una fase más avanzada, lo cual es un éxito parcial nada desdeñable<sup>15</sup>.

### ¿Es coste-efectivo?

Los estudios de coste-efectividad también son favorables. En la revisión sistemática de Law y Tang<sup>16</sup>, tras el análisis de 188 ensayos aleatorizados y controlados, se encuentra que tras un único consejo médico en una visita de control el 2% (IC del 95%, 1-3%) de los fumadores dejan de fumar. Este efecto, aunque modesto, es muy eficiente, pues el coste de salvar una vida asciende tan sólo a 1.500 dólares. Otros estudios nos hablan de un coste muy inferior al de otras enfermedades que atendemos y tratamos habitualmente, como la hipertensión arterial moderada, que cuesta 15 veces más por año de vida ganado, o la hipercolesterolemia, con un coste más de 100 veces superior<sup>17</sup>. En España, otro trabajo lo sitúa entre las intervenciones sanitarias más eficientes<sup>18</sup>. Todo ello sin olvidar que algunas estrategias basadas en el consejo individualizado y repetido han llegado a demostrar porcentajes de éxitos cercanos al 20%<sup>19,20</sup> y que en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica u otras afecciones crónicas su eficacia es superior, al igual que en embarazadas, en quienes puede duplicar e incluso cuadruplicar su efecto<sup>16</sup>.

En cuanto al resto de las intervenciones terapéuticas que han demostrado efectividad en este problema (material de autoayuda, tratamiento farmacológico y tratamiento especializado multicomponente), el consejo es la más coste-efectiva en términos de coste por año de vida ganado<sup>1,20</sup> y debe formar parte, junto a las anteriores, de las medidas sanitarias básicas, que ya se consideran en conjunto una referencia frente a la que pueden compararse otras intervenciones preventivas y asistenciales.

### Entonces ¿qué debemos hacer?

En virtud de todo lo anterior, hemos de pasar de una actitud expectante a otra intervencionista ante el paciente fu-

mador, haya manifestado o no su intención de dejar de serlo, reforzando la autoridad pedagógica que se nos supone y superando nuestro propio convencimiento sobre la falta de utilidad de esta intervención (que ya debería estar vencido a estas alturas del presente artículo). Por lo tanto, es de suma importancia realizar una intervención sobre el tabaquismo en todo fumador y en toda visita al médico.

La masificación de las consultas de atención primaria puede impedir una atención más intensiva en muchos casos, pero deberían asumirse en un primer paso estas breves intervenciones en la práctica habitual, que además soslayan la condición socioeconómica del paciente (recordemos que los diversos tratamientos farmacológicos hoy día aceptados para el tratamiento del tabaquismo no están financiados para la inmensa mayoría de los usuarios del Sistema Nacional de Salud) y permiten incorporar al personal de enfermería a esta labor.

### ¿Cuándo y cómo se debe dar un consejo para dejar de fumar?

El consejo es, pues, una intervención breve, útil y asequible, y debe darse a todos los pacientes fumadores y ex fumadores que acuden a cualquier consulta de medicina por cualquier motivo<sup>1</sup>. La atención primaria es un marco indispensable para llevar a cabo estas primeras fases del tratamiento por su accesibilidad y el carácter integral y continuado del abordaje al paciente que se le supone, todo ello sin detrimento del resto de las especialidades médicas y profesionales sanitarios.

El consejo en sí mismo consiste en una información personalizada sobre los beneficios de dejar de fumar y/o los riesgos de seguir fumando, así como una propuesta cuyo objetivo principal es motivar para el cambio, sea de actitud o de conducta («Si dejaras de fumar, mejorarían todos tus problemas. ¿Has pensado en dejarlo?». «El tabaco podría estar asociado a este problema. ¿Te has planteado dejarlo?». «Mejorarías mucho si lo dejaras, ¿por qué no lo intentas?»).

La información ofrecida debe ser:

- Veraz y actualizada según el conocimiento científico más actual.
- Comprensible y sencilla («Sería importante que lo dejaras. Yo puedo ayudarte»).
- Motivadora, nunca culpabilizadora, pero firme. («Como médico tuyo, debo decirte que dejar de fumar es lo mejor que puedes hacer para mejorar tu salud»).
- Clarificadora, impulsando la valoración personal beneficio/riesgo («Sabes que te sienta mal. ¿Has pensado en lo que mejorarías si lo dejaras?»).
- Empática y respetuosa con el paciente. El tabaco no es un vicio ni un hábito, sino una enfermedad crónica, una adicción de la que puede ser difícil salir («Ánimo. Por supuesto que es difícil, pero tú puedes, como pudiste

con...»). Además, el fumador puede no sentirse enfermo y entendernos mal al no haber demandado la intervención, por lo que es preciso huir de expresiones «antitabaco» que pueden producir rechazo e identificarnos con el «Doctor No» (no bebas, no fumes, no comas, no...).

– Personalizada, no sólo en cuanto al registro lingüístico empleado, sino también en cuanto a los motivos esgrimidos y los cambios propuestos («besar a un fumador es como besar a una chimenea», como ejemplo para una adolescente; o «¿le gustaría que sus hijos fumasen?» para un padre o madre fumadores; o «¿por qué crees que te han salido esas arrugas tan pronto?» a una persona preocupada por su imagen, etc.).

– Oportunista, relacionándola con el problema o motivo de consulta, aprovechando aquellos momentos en los que el paciente es más receptivo, como en el embarazo, al recoger una prueba complementaria, etc. («Todas las alteraciones de tu análisis perderían importancia si lo pudieras dejar», o «Para tener un niño sano y fuerte, sería muy importante que lo dejaras cuanto antes»).

– Breve: 3 minutos son más que suficientes si sabemos qué decir, aunque la evidencia demuestra que, al aumentar la intensidad y la duración de la intervención, aumenta su eficacia<sup>21</sup>.

Así pues, puede ser de utilidad evitar el uso del verbo «ser» y cambiarlo por «estar» (no es lo mismo decir «el tabaco es la causa de tu tos» que «el tabaco puede estar influyendo en tu tos»), no usar imperativos, verbos de obligatoriedad o adverbios absolutos («debes dejarlo ya» frente a «deberías pensar en dejarlo cuanto antes»). No se trata de presionar, obligar, culpabilizar o acorralar al paciente, sino de motivar, invitar, sugerir y facilitar un cambio. Si no hay motivación, no habrá cambio<sup>22</sup>.

Las áreas en las que debemos ayudar al paciente a reflexionar de forma prioritaria son:

- Relevancia personal de los beneficios de dejar de fumar.
- Riesgos específicos que comporta seguir fumando.
- Recompensas obtenidas al dejarlo (salud, estética, autoestima, etc.).
- Soluciones para afrontar los problemas (miedo al fracaso, aumento de peso, falta de apoyo, síndrome de abstinencia, etc.).

### Adaptar el consejo a la fase de abandono del paciente

Si la persona aconsejada tiene recursos y está preparada (fase de preparación), una información motivadora puede bastar para que haga un intento serio por sí misma. Otras veces, sirve para que introduzcan pequeños cambios de conducta y/o actitud que desemboquen en un futuro intento (contempladores), o para que comiencen a reconocer los riesgos si antes no lo habían hecho y empiecen a tomar conciencia de que tienen un problema (precontemplado-

res). Así pues, el enfoque debe variar según la fase en que se encuentre el fumador<sup>14,23</sup>.

### Precontemplación

El 35% de los fumadores no reconocen el problema y no tienen intención de dejar de fumar en los próximos 6 meses. En ellos se recomienda un consejo corto y relacionado, si es posible, con el problema de consulta, que verse por lo tanto sobre las consecuencias de fumar sobre su salud y la de las personas de su entorno. Podemos añadir información sobre los modernos métodos de apoyo para dejarlo.

El objetivo es que sean conscientes del riesgo y que progresen a fases más avanzadas. Si no lo conseguimos, se puede volver a intentar pasados 6 meses.

### Contemplación

El 50% de los fumadores son conscientes de su problema y quieren resolverlo en los próximos 6 meses. En estos casos, debemos ser un poco más incisivos y, si fuera posible, acompañar el consejo con un material escrito apropiado con información específica sobre cómo dejar de fumar, además de intentar que el paciente fije una fecha para ello y fomentar su autoconfianza. El objetivo es la progresión mediante la toma de decisiones.

Un comentario aparte merecen los «contempladores crónicos», subgrupo de los anteriores que no progresa durante largos o muy largos períodos. Debemos intentar identificarlos y revalorarlos con detalle, para emplear un enfoque muy personalizado y reiterado.

### Preparación

En el 15% de los fumadores aparecen pequeños cambios de comportamiento: lo intentarán en el próximo mes.

En éstos hay que reforzar esta motivación, añadiendo a lo anterior estrategias para conseguir apoyo externo (pedir ayuda), identificación de momentos de riesgo y desarrollo de conductas alternativas. Se debe intentar que fijen una fecha para abandonar el tabaco.

### Acción

Primeros 6 meses sin fumar...

Deberemos felicitar y reforzar la abstinencia, aportar información sobre situaciones de riesgo (estados emocionales negativos o muy positivos, presión social, etc.) debido al todavía alto riesgo de recaídas, fomentar la autoeficacia, el apoyo social y el afrontamiento del estrés, e intentar que verbalicen las ventajas, los problemas y los miedos con preguntas abiertas.

### Mantenimiento

Más de 6 meses sin fumar.

Felicitar. Motivar. Insistir en el apoyo social y la prevención de recaídas. Información sobre opciones saludables (ejercicio, ocio, etc.).

### Epílogo

La eficacia de cualquier intervención en tabaquismo va ligada a la función modélica o ejemplarizante respecto al tabaco del profesional sanitario que la administra y que la propia sociedad nos atribuye. Si a ello añadimos las dudas y el conflicto que el hecho de ser fumador causa al profesional de la salud respecto a la actitud frente al tabaco, vislumbramos la importancia que tendría facilitar y posibilitar el abandono del tabaco de esta singular población de fumadores, además de potenciar una serie de actitudes mínimas, como no fumar en el centro de trabajo ni permitir fumar en él y la propia intervención sobre el tabaquismo. Con la generalización del consejo daríamos un paso adelante para cerrar este doble círculo vicioso.

### Bibliografía

1. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Madrid, septiembre de 2003; n.º 40.
2. Peto R, López AD, Boreham J, Thun M. Mortality from smoking in develop countries. 1950-2000. Oxford: Oxford University Press; 1994.
3. Encuesta Nacional de Salud. Dirección General de Salud Pública. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
4. Cabezas C, Vives A, Balvé JL, Berengué MD, Monteverde X, Calero S. Validez del registro de las actividades preventivas en las historias clínicas: consumo y consejo antitabaco. Aten Primaria. 1996;18:309-13.
5. Jaen CR, Stange KC, Tumiel LM, Nutting P. Missed opportunities for prevention: smoking cessation counseling and the competing demands of practice. J Fam Pract. 1997;45:348-54.
6. Carrión F, Furest I, Pascual JM, Marín J. Intervención mínima en tabaquismo en España. Arch Bronconeumol. 2000;36:124-8.
7. Sullivan P, Kothari A. A right to bill may affect amount of tobacco counselling by MDs. CMAJ. 1997;156:241-3.
8. Carrión F, Fernández J, Plaza P. Tabaquismo en sanitarios. Identificación de factores asociados. Arch Bronconeumol. 1998; 34; 379-83.
9. Russell MA, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of a general practitioner's advice against smoking. Br Med J. 1979;2:231-5.
10. Torrecilla M, Domínguez F, Torres A, Cabezas C, Jiménez CA, Barrueco M. Recomendaciones para el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador. Documento de consenso. Aten Primaria. 2002;30:310-7.
11. Comas A, Suárez R, López ML, Cueto A. Efectividad a largo plazo del consejo antitabaco en atención primaria: el proceso de recaída. Rev Esp Salud Pública. 1996;70:283-93.
12. Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation (Cochrane review). Oxford: The Cochrane Library, Update Software; 2003. Issue 2.
13. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation (Cochrane review). Oxford: The Cochrane Library, Update Software; 2003. Issue 2.
14. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and process of self-change of smoking: towards an integrative model of change. J Clin Psychol. 1983;3:390-5.
15. Jiménez CA, Barrueco M, Carrión F, Cordovilla R, Hernández I, Martínez E, et al. Intervención mínima personalizada en el

- tratamiento del tabaquismo. Resultados de un estudio multicéntrico. *Arch Bronconeumol*. 1998;34:433-6.
16. Law M, Tang JL. An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Arch Intern Med*. 1995;155:1933-41.
  17. Cummings SR, Rubin SM, Oster G. The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. *JAMA*. 1989;261:75-9.
  18. Plans P, Navas E, Tarín A, Rodríguez G, Galí N, Gayta R. Coste-efectividad de los métodos de cesación tabáquica. *Med Clin (Barc)*. 1995;104:49-53.
  19. Martín C, Jané C, Nebot M. Evaluación anual de un programa de ayuda al fumador. *Aten Primaria*. 1993;12:86-90.
  20. Parrott S, Godfrey C, Raw M, West R, McNeil A. Guidance for commissioners on the cost-effectiveness of smoking cessation interventions. *Thorax* 1998;53 Suppl 5:1-38.
  21. Lancaster T, Stead L, Silagy CH, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ*. 2000;321:355-8.
  22. Instituto de Salud Pública. Gobierno de Navarra. Ayudar a dejar de fumar. Programa de ayuda al fumador. Pamplona: Instituto de Salud Pública; 1998.
  23. Barrueco M, Hernández M, Torrecilla M. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. 2.ª ed. Madrid: Ergón; 2003.