

## Actitudes éticas en el tratamiento del tabaquismo

R. Córdoba García y C. Sanz Andrés

Carmen es una mujer de 42 años, madre de 2 hijos de 8 y 6 años, que acude a su médico de familia por primera vez después de trasladarse de domicilio. La paciente refiere tener algunos esputos con sangre. El médico hace una anamnesis completa que incluye también exploración del consumo de tabaco. La paciente consumía 40 cigarrillos diarios desde hacia al menos 20 años y presentaba con frecuencia bronquitis con sibilancias. Se practica una radiografía de tórax que revela una masa pulmonar. En pocas semanas se hace un diagnóstico definitivo: «carcinoma broncopulmonar». Es un carcinoma en fase avanzada y el pronóstico es sombrío, dado que la supervivencia media a los 5 años es < 15%.

En la fase resolutiva de la entrevista clínica le comentó, entre otras medidas, que era muy importante que dejara el tabaco inmediatamente si se quería mejorar el pronóstico. En el curso de la entrevista el médico de familia le pregunta si fue advertida de los efectos del tabaquismo en su embarazo. Carmen no recordaba haber sido aconsejada sobre el particular, pero sí recuerda que su obstetra fumaba antes de entrar a la consulta. Le preguntó si el pediatra le había aconsejado con firmeza que no fumara en casa delante de sus hijos, pero tampoco recordaba ningún mensaje en ese sentido. Por último, le preguntó si su anterior médico de cabecera le había insistido en que dejara el tabaco cuando tenía sus bronquitis y comentó que no, pero que le daba un tratamiento muy bueno con inyectables, pastillas y jarabes.

El caso de Carmen es, desgraciadamente, similar al de muchas de las 700 mujeres que fallecen cada año en España por cáncer de pulmón o muchos de los 14.000 varones que padecen también este drama<sup>1</sup>.

La primera cuestión se plantea desde el punto de vista clínico. No es aceptable, ni desde el punto de vista profesional ni desde las responsabilidades clínicas, una historia de inhibición, neutralidad y negligencia como en el caso comentado más arriba. No sería razonable tener una actitud de inhibición frente a una hipertensión arterial franca o frente a una glucemia claramente elevada con criterios de diabetes mellitus. Sin embargo, se sigue aceptando en muchos casos que los médicos pasen de puntillas sobre un factor de riesgo que causa más de 56.000 fallecimientos cada año y es la primera causa aislada de enfermedad y muerte prematura en nuestro medio<sup>1</sup>.

En cualquier caso, otro aspecto que se debe considerar es la naturaleza adictiva del tabaco. Podría asumirse que la paciente permaneciese fumando y no se hubiera evitado su enfermedad, pero no sería lo mismo si se hubiera intentado proporcionar todos los elementos cognitivos, emotivos, persuasivos y farmacológicos de forma adecuada. Por lo tanto, lo primero que debemos preguntarnos es: ¿se valoraron en el pasado los aspectos culturales, emocionales y psicológicos necesarios para transmitir de forma clara y comprensible al paciente la relación entre el tabaco y el riesgo de enfermedad?<sup>2</sup>.

Suponer que todo el mundo conoce la naturaleza y la magnitud de los daños del tabaco es mucho suponer. Se sabe que hasta el 40% de los fumadores jóvenes minimiza o ignora los riesgos del tabaco y, en cualquier caso, no tiene una percepción de riesgo y no cree que personal e individualmente esté bajo ese riesgo. Por otra parte, el abandono del tabaco no es en muchos casos una decisión voluntaria, incluso con una motivación muy poderosa para recuperar la salud. Es aún más difícil cuando el paciente se siente subjetivamente bien, aunque su enfermedad esté en fase preclínica y asintomática. Muchos fumadores presentan serios obstáculos para dejar de fumar a pesar de varios intentos, de muchos consejos médicos e incluso de tratamientos farmacológicos. La media de éxitos en los tratamientos efectivos del tabaquismo se sitúa entre un 25 y un 30%, lo que quiere decir que en la mayoría de casos, incluso los intentos más serios de abandonar el consumo de tabaco pueden no tener éxito a largo plazo. Esos datos pueden ser desesperanzadores, pero hay que tener en cuenta que entre los fumadores que lo intentan dejar por sí mismos

Centro de Salud Universitario Delicias Sur. Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria. Zaragoza. España.

Correspondencia:  
Rodrigo Córdoba García.  
C.S. Universitario Delicias Sur.  
Dronca, 1. 50009 Zaragoza. España.  
Correo electrónico: rcordobag@papps.org

Manuscrito recibido el 22 de octubre de 2004.  
Manuscrito aceptado para su publicación el

sólo alcanza el éxito un 2%. La siguiente pregunta que podríamos hacernos es la siguiente: ¿han puesto los profesionales que han entrado en contacto con la paciente todos los medios disponibles para ayudarla a dejar de fumar? Es obvio que no sólo no se pusieron todos los posibles, sino que, probablemente, no se puso ninguno, todo lo más algún comentario poco convincente del tipo de «no fume», que no merece siquiera ser recordado por la paciente porque ese comentario no alcanza siquiera la categoría de intervención breve<sup>3</sup>.

En la actualidad se acepta que si un paciente fumador manifiesta que desea verdaderamente dejar de fumar, que está interesado en hacer un intento serio en un futuro próximo y que está interesado en recibir ayuda de su médico cuando lo intente, se le debería ofrecer ayuda terapéutica por parte del médico. Esta ayuda puede oscilar desde un tratamiento intensivo con apoyo farmacológico de deshabituación de nicotina en una consulta programada hasta al menos una derivación a una unidad de tabaquismo o servicio especializado. Es la motivación, más que cualquier otra característica del hábito tabáquico, lo que determina el tipo de intervención<sup>4</sup>. Naturalmente, dado que en ocasiones sólo la oferta induce demanda, hay que hacer oferta de ayuda a todos los fumadores que no sean capaces de dejarlo por sí mismos, sin excepción. No hay otra opción correcta desde el punto de vista de la ética clínica.

En ocasiones, algunas de estas personas fumadoras argumentan que su problema respiratorio obedece a causas más o menos inevitables, como su antiguo trabajo, la contaminación ambiental o cualquier otra. Sin embargo, la experiencia ha mostrado que pueden responder positivamente y de forma inesperada a una indicación muy firme y clara de su médico: «como médico responsable de su salud debo prohibirle totalmente que siga fumando un solo día más». En general, esta estrategia, basada en una pequeña catarsis, tiene sus riesgos, pero sería aceptable en caso de riesgo de enfermedad grave con mal pronóstico a medio plazo y debe entenderse como una actuación excepcional y nunca como una norma general. Negar esta posibilidad sería como pretender solicitar a un paciente anestesiado consentimiento para solventar una complicación quirúrgica. Esta táctica es un ejemplo de la necesaria flexibilidad de la actuación profesional, que no puede quedar encorsetada por reglas o principios dogmáticos que nos alejen de las necesidades reales y sentidas del paciente.

La intervención en el tabaquismo requiere huir de la culpabilización y utilizar las estrategias de la persuasión y la deliberación. Es cierto que en algunos casos las estrategias que se utilizan son inadecuadas, ya que a menudo se utiliza el miedo o la culpabilización. El recurso al miedo no siempre funciona porque, en muchos casos, sobre todo en personas jóvenes, la adicción es más poderosa que el miedo. Conviene recordar que muchos pacientes con enfermedades graves, como infarto, carcinoma de laringe o enfermedad pulmonar obstructiva crónica con oxigenoterapia,

siguen fumando a pesar de su precaria situación presente y de tener un sombrío futuro<sup>5</sup>. En otras ocasiones se apela a la acusación, recriminando al fumador su incapacidad para abandonar un hábito tan lesivo, amenazándole con darle de alta o dejar de atenderle si persiste en su actitud. Las actitudes culpabilizadoras, al igual que las de neutralidad, son desaconsejables desde el punto de vista práctico y no tienen un sólido fundamento ético, ya que denotan una insuficiente comprensión del carácter adictivo crónico de la conducta de fumar o de los verdaderos riesgos del tabaco. Evidentemente, al médico no se le juzga por los resultados sino por los medios, pero lo grave es que no se pongan a disposición del paciente todos los medios posibles cuando, además, éstos no precisan alta tecnología ni caros procedimientos con listas de espera interminables.

La persuasión es una de las aproximaciones más aceptables hacia el paciente fumador, con el objetivo de ayudarlo a replantear su actitud personal respecto al tabaco. Los mensajes persuasivos pueden tener distinto carácter. La persuasión individual basa su mensaje en una buena relación previa: «dado que nos conocemos hace años le comunico que me gustaría que dejara de fumar porque el tabaco perjudica seriamente a sus bronquios». Por último, la persuasión grupal apela al grupo para llevar al paciente a nuestro terreno: «en el último año muchos de nuestros pacientes han dejado de fumar y se sienten mucho mejor que antes»<sup>6</sup>.

La estrategia de la deliberación sería la más próxima a la excelencia clínica, tanto en su dimensión técnica como ética<sup>7</sup>. Naturalmente, se parte de la seguridad de que los aspectos cognitivos están resueltos y se trata de avanzar en la negociación con el paciente, procurando actuar como facilitador o catalizador para que surja poco a poco la motivación intrínseca para el cambio. Se trata de poner el énfasis en la elección personal y en la responsabilidad para elegir la conducta futura. El terapeuta intenta provocar las propias preocupaciones del paciente y trata de trabajar las resistencias a partir de la reflexión, evitando la confrontación. Jamás se culpabiliza al paciente («no está motivado») y considera que la participación del paciente y la aceptación de los objetivos fijados son los aspectos cruciales. Se trata de una técnica centrada en el paciente que intenta huir de modelos directivos y paternalistas, no sólo porque éstos son éticamente dudosos, sino porque se entiende que con este procedimiento se pueden obtener cambios más estables a largo plazo<sup>8</sup>.

A menudo se alude a la presencia de numerosos problemas y obstáculos para llevar a la práctica las intervenciones en tabaquismo. Se puede hablar de «obstáculos internos» relacionados con la actitud y la conducta personal del médico frente al tabaco. Los profesionales fumadores aconsejan a menos fumadores y con menos intensidad, aunque cuando lo hacen logran resultados similares a los de los profesionales no fumadores. Los fumadores pueden tener la suerte de ser más o menos ayudados en su deseo de dejar

**TABLA  
1**

A. Inhibición	El profesional raramente hace comentarios acerca del tabaco y cuando le piden ayuda para dejar de fumar se encoje de hombros
B. Neutralidad	El profesional da mensajes del tipo «no fume» sin asertividad ni intención persuasiva en pacientes con enfermedades graves relacionadas con el tabaco, pero no da ningún mensaje a los fumadores asintomáticos
C. Consejo breve ocasional	El profesional ofrece consejo breve (de al menos 3 min) en los pacientes fumadores con síntomas o enfermedades crónicas
D. Consejo breve sistemático	El profesional ofrece consejo breve (de al menos 3 min) en la mayoría de pacientes fumadores, incluso los asintomáticos. En determinados casos deriva al fumador a servicios especializados del tipo de unidades de tabaquismo
E. Consejo y tratamiento intensivo	Además de lo anterior, el profesional ofrece consultas programadas, tratamiento farmacológico y seguimiento a fumadores dispuestos a dejar de fumar
F. Apoyo de políticas activas de prevención del tabaquismo	El profesional, además de lo anterior, se implica en grupos de trabajo de docencia e investigación en tabaquismo y colabora con organizaciones profesionales de prevención del tabaquismo

de fumar en función del profesional que les caiga en suerte<sup>9</sup>. Los obstáculos externos suelen estar relacionados con la disponibilidad de recursos, tanto de tiempo como de formación. Sin embargo, es probable que la intervención en tabaquismo esté más relacionada con la actitud profesional que con los recursos. Por otra parte, un análisis de la evidencia científica nos dice que la intervención en tabaquismo es 3 veces más coste-efectiva que la intervención en hipertensión arterial y unas 9 veces más que la intervención en la hipercolesterolemia; sin embargo, casi nadie parece plantear problemas para intervenir en estos otros factores de riesgo, mientras que muchos plantean obstáculos con el tabaquismo. Esto también es una cuestión ética de equidad sobre la que todos los profesionales de la salud deberíamos reflexionar<sup>10</sup>.

En la tabla 1 se describen los diferentes grados de implicación ética que puede adoptar el profesional respecto al tratamiento y prevención del tabaquismo. Sería aceptable que la mayoría de los profesionales se encuadrara en los grados C y D. Los grados A y B no serían aceptables y los grados E y F estarían próximos a la excelencia clínica (horizonte deseable en la lucha de todos los profesionales sanitarios contra el tabaquismo).

En los países anglosajones se están planteando seriamente la responsabilidad civil del médico en caso de omisión de intervenciones preventivas. También tiende a considerarse el tabaquismo como «una enfermedad crónica de carácter adictivo»<sup>11</sup>, por lo que no hablaríamos solamente de omisión de un deber preventivo, sino que podría considerarse, según este nuevo concepto, una omisión de un deber curativo (terapia de deshabitación) hacia una enfermedad crónica.

El marco legal que obligaría de algún modo a los profesionales a intervenir en todos los casos en los pacientes fumadores se remonta a la Constitución española de 1978, que en su artículo 43 hace una mención a la competencia de los poderes públicos en la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas, de las presta-

ciones y servicios necesarios, así como del fomento de la educación sanitaria. Por otra parte, la Ley General de Sanidad de 1986, en su artículo 3, reconoce que el sistema sanitario estará orientado prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad.

El Real Decreto de 1995 sobre ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud hace explícita la referencia a los programas de prevención, exámenes de salud y detección de factores de riesgo cuando haya medidas de eficacia comprobada para reducirlos o eliminarlos. En el caso del tabaquismo no debe dudarse de que esas medidas existen y que tienen un alto nivel de efectividad demostrada. Pero no sólo el marco legal obliga a los profesionales de la sanidad pública, implícitamente, a la intervención en el tabaquismo, sino también a los que trabajan en el sistema privado. Y todo ello se ve reforzado por los códigos deontológicos profesionales, como el del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya cuando, en su artículo 21 en referencia a estilos de vida, dice que el médico debe informar a la persona que atiende de los riesgos ligados a hábitos y al entorno sociolaboral.

Es especialmente preocupante la presencia de cierta relación entre las conductas de los médicos y la prevalencia de tabaquismo en la población general. Se ha observado que en los países con baja prevalencia de tabaquismo entre los médicos es donde más ha descendido la prevalencia de fumadores en la población general, mientras que en los que ocurre lo contrario, la prevalencia de la población general permanece alta. Por ejemplo, Bélgica, Irlanda o Reino Unido tienen bajas prevalencias de tabaquismo entre los médicos y también bajas prevalencias en la población general, mientras que en España y Dinamarca ocurre exactamente lo contrario. Todo ello nos lleva a la relevancia del papel modélico del médico en esta conducta de alto riesgo y la prioridad de que los médicos dejen de fumar masivamente y se impliquen de manera más activa en las intervenciones en el tabaquismo<sup>12</sup>.

## Bibliografía

1. Banegas JR, Díez L, Rodríguez F, González J, Graciani A, Villar F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:692-4.
2. Córdoba R, Altisent R. Tabaco y ética clínica. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:262-6.
3. Córdoba R, Nerin I. Niveles de intervención clínica en tabaquismo. *Med Clin (Barc)*. 2002;119:541-9.
4. West R. ABC of smoking cessation. Assessment of dependence and motivation to stop smoking. *BMJ*. 2004;55:987-99.
5. Moreno A, Ochoa FJ, Ramalle-Gomara E, Saralegui I, Fernández MV, Quintana M. Eficacia de una intervención para dejar de fumar en pacientes con infarto agudo de miocardio. *Med Clin (Barc)*. 2000;113:209-10.
6. Borrell F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma; 1989. p. 135-70.
7. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:18-23.
8. Rollnick, Heather N, Bell A. Negotiating behaviour in medical setting: the development of brief motivational interviewing. *J Mental Health*. 1992;1:25-37.
9. Gil E, Robledo T, Rubio JM, Bris MR, Espiga I, Sainz I. Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del Insalud. 1998, España. *Prev Tab*. 2001;2:22-31.
10. Plans-Rubio P. Cost-effectiveness analysis of treatment to reduce cholesterol levels, blood pressure and smoking for prevention of coronary heart disease: evaluative study carried out in Spain. *Pharmacoeconomics*. 1998;13:623-43.
11. AHCPR. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff and Consortium representatives. A clinical Practice Guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Report. *JAMA*. 2000;283:3244-54.
12. Huber GI. En: Bollinger CT, Fagerström, editores. The tobacco epidemic. *Prog Resp Res*. 1997;27:28-45.