

Los problemas de sueño de Mr. Blair y las pesadillas del Sr. Aznar

F. Camarelles Guillem

Médico de familia. Centro de Salud General Moscardó. Madrid. Grupo Abordaje Tabaquismo Madrid.

El epidemiólogo británico Richard Peto, una autoridad mundial en epidemiología del tabaquismo, utiliza una analogía para explicar los riesgos que asumen los fumadores por fumar. Coge una moneda, la tira al aire y la recoge con la palma de la mano. Cara o cruz: ese es el riesgo (50%) que tienen los fumadores inveterados de morir por el tabaco. Así de sencillo y contundente.

También es sencillo y contundente el editorial de *The Lancet* del 6 de diciembre de 2003, titulado ¿cómo duerme por las noches, Mr. Blair?, en el que se pide a Mr. Blair que prohíba el tabaco. Dieciocho Colegios de Médicos del Reino Unido han criticado abiertamente la política de salud pública gubernamental, condenando la ineficacia para introducir legislación que prohíba fumar en lugares públicos, algo que han hecho otros países. Si tenemos en cuenta que el porcentaje de fumadores en nuestro país es mayor que en el Reino Unido (27% frente al 34,5%), nuestro presidente no sólo no debe dormir bien, sino tener pesadillas (si es consciente del gran problema de salud que representa el tabaquismo).

Tampoco el colectivo de médicos de familia españoles podemos dormir tranquilos y debemos plantearnos cómo podemos intervenir desde la Atención Primaria, cuál es el fundamento científico, y cuáles las expectativas de éxito, frente a este grave problema de salud.

Hay que distinguir entre nuestro carácter modélico como profesionales sanitarios, y la responsabilidad asistencial con respecto a los fumadores que atendemos en nuestras consultas.

Con respecto al carácter modélico, destacar que el porcentaje de médicos fumadores era hasta hace poco tiempo superior al de la media de la población española general; si lo comparamos con el porcentaje de médicos fumadores en otros países de nuestro entorno la comparación puede ser aleccionadora. En España nos movemos en porcentajes de médicos fumadores en alrededor del 34%, frente a un 5%-10% de médicos fumadores en el Reino Unido ¿Realmente los médicos hemos tomado conciencia del problema de salud que supone el tabaquismo?

Con respecto a las responsabilidades asistenciales, es necesario preguntarnos sobre qué estrategia operativa es la mejor para abordar este problema de salud desde nuestras consultas, qué métodos terapéuticos hay disponibles para

lograr la deshabituación tabáquica, y las mejores estrategias de apoyo asistencial para dejar de fumar que podemos implantar en nuestros centros de salud.

ESTRATEGIA DESDE NUESTRAS CONSULTAS

Tenemos evidencia de grado A (sustentada en muchos ensayos clínicos de buena calidad que aportan resultados consistentes) de que:

- Los equipos de Atención Primaria deben registrar y actualizar el consumo de tabaco de los pacientes. El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) recomienda una periodicidad mínima de la detección del consumo de tabaco cada dos años, considerando que no es necesario reinterrogar a las personas mayores de 25 años en los que se tenga constancia en la historia clínica que nunca han fumado.

- Los médicos de familia deben aconsejar de manera oportunista a sus pacientes que dejen de fumar, ayudarles, y fijar un seguimiento. El consejo debe ser claro, firme y personalizado. Un ejemplo de consejo claro: “Como su médico le aconsejo que deje de fumar”; fuerte: “Dejar de fumar es lo mejor que puede usted hacer por su salud actual y futura”.

La evidencia es insuficiente y se catalogan como de grado C (recomendaciones de expertos) en:

- El papel de la entrevista motivacional para acelerar el proceso de cambio en el proceso de dejar de fumar.

- El papel de los profesionales de Atención Primaria para realizar intervenciones de ayuda más intensiva.

MÉTODOS TERAPÉUTICOS

Para ayudar a los fumadores a dejar de fumar podemos utilizar tratamiento farmacológico, que es considerado un complemento del apoyo motivacional y psicológico, especialmente útil en las primeras fases de la intervención para afrontar los síntomas de abstinencia y el deseo de fumar, con lo que aumenta la probabilidad de éxitos. Disponemos de evidencia grado A para usar sustitutos de nicotina y el antidepresivo bupropión. Sin embargo, es necesario disponer de información de calidad sobre la efectividad a medio y largo plazo (mantenimiento de abstinencia en periodos superiores a un año). La ayuda farmacológica es especialmente útil en fumadores dependientes (aquellos que fuman 15 o más cigarrillos cada

día, los que fuman su primer cigarrillo en los primeros 30 minutos después de levantarse, y los que han hecho intentos previos con recaídas en las primeras semanas). La elección del fármaco debe estar orientada por la familiaridad del médico con los fármacos disponibles, las contraindicaciones en los pacientes seleccionados, y las preferencias, experiencias previas y características del paciente.

ESTRATEGIA A IMPLANTAR EN NUESTROS CENTROS DE SALUD

Alrededor del 70% de la población pasa anualmente por las consultas médicas de Atención Primaria, y el promedio de veces que se les atiende anualmente está entre 5 y 6. Lo que nos da una oportunidad única, específica de la Atención Primaria, de poder intervenir. Por otro lado, más del 60% de los fumadores quieren dejar de fumar y la mayoría han hecho algún intento por conseguirlo.

El problema que nos encontramos los profesionales sanitarios que trabajamos en Atención Primaria es la limitación del tiempo de que disponemos para intervenir sobre los fumadores, la gran variedad de pacientes fumadores a los que atendemos, que tienen muy distintos niveles de motivación para dejar de fumar o comprometerse en un plan para el abandono del tabaco, y que los resultados que se consiguen en las intervenciones para ayudar a dejar de fumar son mas bien modestos.

Estas consideraciones han sido tenidas en cuenta por distintas guías de práctica clínica para recomendar la realización de intervenciones breves (no más de 30 minutos de intervención total) en nuestro ámbito de trabajo, aunque intervenciones más intensivas pueden conseguir resultados mejores. El objetivo principal de la intervención breve es asegurarse de que todo fumador es identificado cuando acude a consulta y se le ofrece tratamiento, a la par que se pretende que los fumadores logren avances en su proceso de dejar de fumar y hagan intentos para conseguirlo. Además, debemos considerar que muchos fumadores son reticentes a acudir a programas intensivos para dejar de fumar.

La intervención breve como estrategia de intervención se sustenta en parte en evidencia científica disponible y en parte en la opinión de expertos en tabaquismo, y consta de los siguientes pasos: *Preguntar y Registrar* el consumo de tabaco, *Aconsejar* el abandono, *Valorar* la disponibilidad para hacer un intento de abandono, *Ayudar* al paciente que quiere dejar de fumar y, por último, *Seguir* al fumador que deja de fumar.

Hay en estos momentos en nuestro país un estudio de investigación sobre la efectividad de una intervención escalonada para ayudar a dejar de fumar en Atención Primaria (Proyecto ISTAPPS) que nos va a aportar evidencia sobre cómo intervenir desde nuestras consultas.

Lo más prudente es que los fumadores que atendemos en nuestras consultas puedan acceder al tratamiento más adecuado a sus necesidades y características individuales, estableciendo prioridades en el acceso a las intervenciones más intensivas. Estas intervenciones intensivas deben ir dirigidas especialmente a fumadores con alta dependencia, graves problemas de salud y alto riesgo que no han logrado dejar de fumar con intervenciones de menor nivel de intensidad.

Algunos autores propugnan la creación de unidades dispensarizadas de tabaquismo en Atención Primaria para el tratamiento intensivo de fumadores seleccionados, mientras otros opinan que la mejor forma de intervención es la integrada en cada unidad asistencial. No disponemos aún de evidencia científica definitiva que nos permita, sin lugar a dudas, elegir la mejor forma de organizar la intervención intensiva sobre tabaquismo en nuestros centros de salud.

De lo que no tenemos duda es de que los análisis de coste-efectividad realizados sobre las intervenciones para dejar de fumar, han mostrado que es una de las actividades preventivas con una mejor relación coste-efectividad.

Para finalizar, nada mejor que una moraleja: si no queremos tener problemas de sueño, como les debería pasar a nuestros gobernantes, debemos empezar, cuanto antes, a intervenir sobre los fumadores que atendemos en nuestras consultas.