

TABAQUISMO

Dr. Alfredo Darío Espinosa Brito *
Dr. Alfredo Alberto Espinosa Roca **

Palabras claves: Tabaquismo, Hábito de fumar, Adicción nicotínica, Cesación, Riesgo.

Definición

Adicción a fumar productos manufacturados del tabaco en cualquiera de sus presentaciones (cigarrillos, tabacos o picadura para pipas), ocasionada por su contenido en nicotina. Los alquitranes, en especial el benzopireno, son los responsables de los efectos cancerígenos del tabaco. Entre otros de los componentes nocivos del humo del tabaco, se encuentran: el monóxido de carbono, los radicales libres y múltiples sustancias irritantes.

Por razones de que el tabaquismo, como problema de salud está centrado fundamentalmente en el fumador de cigarrillos, en la mayor parte de este documento nos referiremos a este grupo.

Clasificación

- I. Fumador regular: Persona que refiere fumar cigarrillos, tabacos o pipa, actualmente al menos una vez al día, o que ha dejado de hacerlo, pero hace menos de un año. Según el número de cigarrillos consumidos, el fumador se clasifica en:
 1. Ligero: hasta 10 cigarrillos al día.
 2. Moderado: de 11 a 20 cigarrillos al día.
 3. Gran fumador: más de 20 cigarrillos al día.
- II. Ex-fumador: persona que alguna vez fue fumador regular pero que ha dejado de fumar desde hace un año como mínimo.
- III. Fumador ocasional: persona que refiere fumar uno o más cigarrillos, pero no de forma diaria.
- IV. Fumador pasivo: persona, que no siendo fumadora, inhala involuntariamente el humo de productos manufacturados del tabaco que consumen otros fumadores a su alrededor, con mayor peligro en locales cerrados (incluye hijos, cónyuges, compañeros cercanos de trabajo, entre otros).
- V. No fumador: persona que nunca ha fumado.

* Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Titular y Consultante de Medicina Interna. Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos. Cuba.

** Especialista de II Grado en Medicina Interna. Diplomado en Medicina Intensiva. Profesor Asistente. Dirección Municipal de Salud de Cienfuegos. Cuba. Correspondencia a: Dr. Alfredo Darío Espinosa Brito. Calle 37, No. 5404. Cienfuegos 55 100. Cuba.
 E-mail: espinosa@perla.inf.cu

Tipos de riesgos

1. Riesgo de comenzar a fumar: Aquellas personas que están incluidas en «grupos vulnerables» (menores de 20 años o fumadores pasivos), en los que el medio social y familiar en que viven es favorable para iniciar el tabaquismo por tener vínculos estrechos con fumadores.
2. Riesgo de recaída: Es el que tiene todo fumador cuando deja de hacerlo. Este es directamente proporcional al tiempo de adicción. También a menor tiempo de haber dejado de fumar, mayor es el riesgo de volver a hacerlo. Hay un grupo de especial interés médico, que es el de los fumadores que presentan alguna afección grave relacionada con el tabaquismo. El ejemplo más típico es el de los que sufren un infarto miocárdico agudo. Por lo general, debido al «gran susto» que reciben, los pacientes dejan de fumar por un tiempo que se prolonga hasta alrededor de los seis meses, pero a partir de entonces, se encuentran en alto riesgo de recaída, sobre todo cuando la evolución clínica de la complicación ha sido buena.

Identificación de la persona fumadora o en riesgo y su manejo en la comunidad

El riesgo del tabaquismo, percibido por la población en general y por los fumadores en particular, en muchas ocasiones, dista del riesgo objetivo que esta adicción produce, lo cual es un obstáculo en su prevención y control. Sin embargo, cuando se interrogan activamente, más del 80% de los fumadores refieren su deseo de dejar el hábito, muchos lo han intentado y están en disposición de que los ayuden. De aquí la importancia de las intervenciones individuales de los profesionales de la salud, tanto en los servicios médicos como en la comunidad. Se ha comprobado que el consejo del profesional sanitario, incluso breve, pero convincente, puede ser altamente eficaz y eficiente.

Más del 90% de los fumadores que han dejado el hábito lo alcanzaron sin una asistencia formal, generalmente de forma súbita. No pierda tiempo, ¡aconséjelo!

En todo contacto médico se debe interrogar al paciente sobre la presencia o no de tabaquismo, para luego proceder a tomar la conducta adecuada en cada caso. Hay que priorizar a los que se han identificado como grupos de riesgo para iniciar o recaer en el tabaquismo.



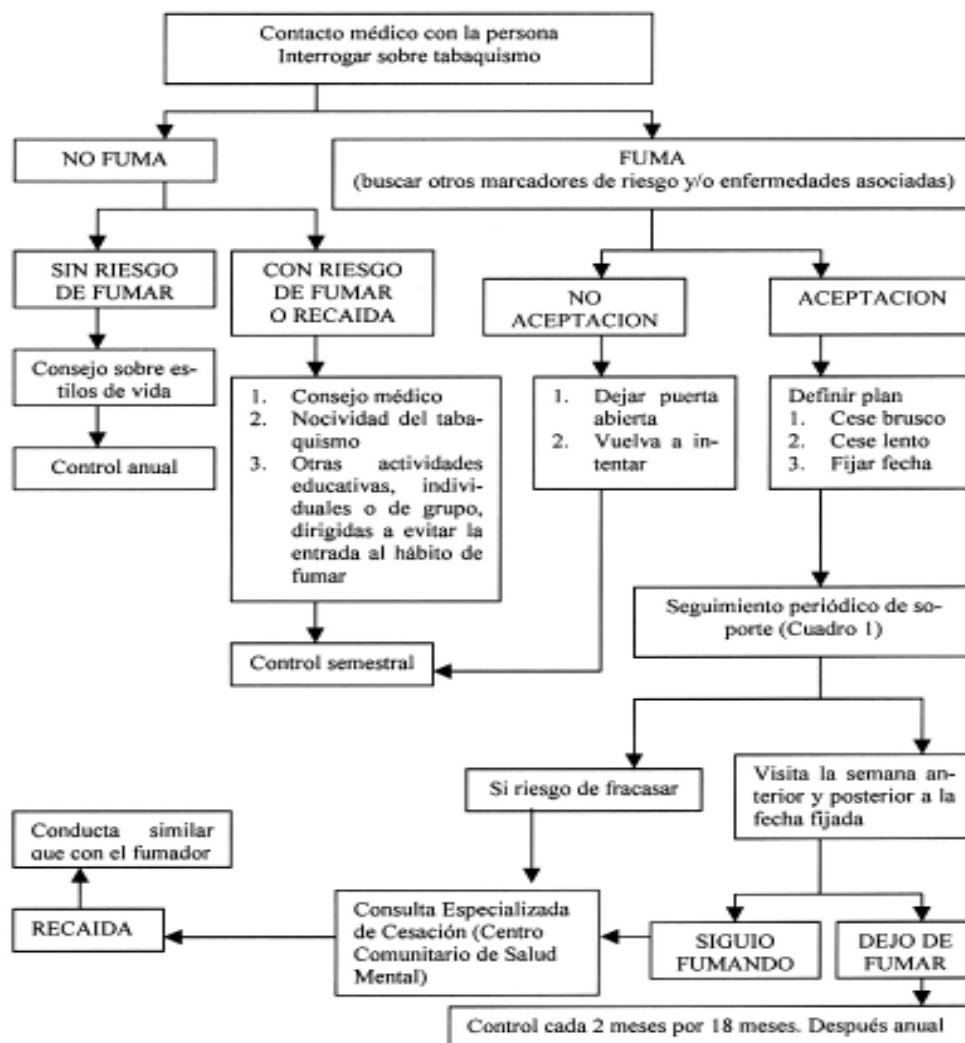
El personal de salud tiene un importante papel como modelo de estilos de vida saludables. Por tal razón, de ser fumador debe considerar el abandono del tabaco.

Tipos de intervenciones médicas individuales en tabaquismo

1. Consejo médico de cesación o por otro personal de la salud entrenado y visitas de seguimiento posteriores, a partir de los controles periódicos a sanos o consultas por cualquier motivo. En los centros de salud y de educación está prohibido fumar, por legislación.
2. Consultas especializadas de cesación tabáquica.

3. Capacitación, por parte del personal de salud a los maestros de las escuelas, para que éstos implementen acciones preventivas vinculadas al currículo, con el propósito de evitar el inicio del tabaquismo en niños y adolescentes, según lo establecido por el Ministerio de Educación al respecto.
4. Consejo a líderes de la comunidad sobre los efectos adversos del tabaquismo, la necesidad de una presión social por un ambiente más sano, estimular un estilo de vida sin fumar, incrementar el ejercicio físico, hacer cumplir las regulaciones con relación a la propaganda, venta y el consumo de tabaco, así como los lugares con prohibiciones para fumar (locales cerrados, escuelas, instituciones de salud, entre otros).

Esquema 1. Tabaquismo
Identificación de la persona fumadora o en riesgo de fumar



Situaciones que pueden encontrarse en las visitas de seguimiento en los fumadores que han aceptado la cesación y aspectos a considerar

1. El paciente ha dejado de fumar.
 - Felicítelo: es el paso más importante que ha tomado para que él y su familia lleven una vida más sana.
 - Ayúdelo a anticiparse a las situaciones que pudieran conducirlo a reincidir.
 - Revise las técnicas que con éxito lo hayan ayudado a eliminar los síntomas por haber dejado de fumar y el ansia por los cigarrillos.
 - Demuéstrele, con la propia mejoría de su estado de salud que valió la pena dejar de fumar y recomiéndele como mejorar aún más su salud en general (ejemplos: ejercicios, dieta adecuada, etc.).
 - Siga felicitándolo en los meses siguientes.
2. El paciente que dejó de fumar y reincidió (recaída):
 - Felicítelo por intentarlo. Aprenda de la experiencia.
 - Pregúntele ¿dónde sucedió?, ¿qué aprendió de este intento que le servirá para la próxima ocasión?.
 - Si desea volver a intentarlo, negociar otras alternativas de cesación.
 - Remítalo a consulta especializada.
3. El paciente no ha dejado de fumar:
 - Ofrézcale la posibilidad de contar con su ayuda. Recuerde: la mayor parte de las personas que dejaron de fumar no lo lograron en su primer intento.
 - Remítalo a consulta especializada si está de acuerdo.

Tener presente en todo programa de cesación que:

1. El tabaquismo es una forma grave de adicción.
2. Las tasas de éxito de diversas técnicas de intervención para dejar el hábito son muy bajas.
3. El manejo debe individualizarse.
4. Los mejores resultados se obtienen al combinar varias estrategias (Ver Cuadro 2).

Anexo 1. Síndrome de abstinencia o de retirada

Los fumadores que están en mayor riesgo de presentarlo son los que tienen una real adicción. Una pregunta relativamente sencilla, que discrimina bien si tiene o no adicción es: ¿Qué tiempo demora Ud. en encender un cigarrillo cuando se despierta por la mañana? Cuando hay adicción, el tiempo no sobrepasa la media hora.

El síndrome de abstinencia se observa en fumadores de más de 10 cigarrillos diarios, se inicia en las primeras 2 a 3 horas después de fumar el último cigarrillo, con un pico máxi-

mo en las primeras 24 horas siguientes, y luego disminuye hasta ser soportable. Puede durar días o semanas. Se manifiesta por: deseos de fumar, ansiedad, irritabilidad, insomnio, cefalea, sialorrea, somnolencia, fatiga, dificultad para concentrarse, palpitaciones.

Cuadro 1: Resumen de una estrategia de intervención individual de cesación tabáquica.

I. Evaluación	
a)	Historia de tabaquismo
b)	Nivel de adicción a la nicotina
c)	Estado general de salud
d)	Experiencia en intentos previos
e)	Interés en la cesación
II. Intervención	
a)	Enseñar
1)	Beneficios de la cesación
2)	Proceso de cesación
3)	Síndrome de abstinencia (Anexo 1)
b)	Consejo para la supresión
1)	Mensaje personalizado
2)	Plan de cesación (brusca o lenta)
c)	Método de cesación seleccionado
1)	Autoayuda
2)	Asistido por el médico
3)	Uso de sustitutos de la nicotina
4)	Modificación del comportamiento
5)	Terapia de grupo
d)	Implementar el método
e)	Solucionar necesidades particulares
III. Seguimiento	
a)	Medir el progreso realizado
b)	Proveer ayuda
c)	Tratar la recaída
d)	Considerar métodos alternativos
e)	Considerar referencia a consulta especializada

Anexo 2. Efectos adversos para la salud

- I. Efectos generales: empeoramiento de la memoria, de la atención, de la observación y de la apariencia externa, disminución de la capacidad laboral, manchas en los dientes y en los dedos
- II. Esfera sexual: cambios morfológicos en los espermatozoides, disminución de la potencia sexual, infertilidad, menopausia precoz.
- III. Sobre la embarazada: abortos.
- IV. Sobre el feto: muerte fetal, retraso del desarrollo del feto, bajo peso al nacer, aumento de la mortalidad perinatal, malformaciones congénitas.

- V. Sobre los niños: retardo del crecimiento y del desarrollo sexual, aumento de infecciones respiratorias en el primer año de vida.

Cuadro 2: Medidas estratégicas propuestas para aumentar la efectividad de la cesación tabáquica.

<p>I. Consejo para el cese del tabaquismo. Debe realizarse cara a cara con el paciente, utilizando la persuasión y tratando de llegar a un acuerdo con el mismo. Definir fecha exacta para el cese (se recomienda período de tiempo corto), luego buscar apoyo familiar. Este debe ser claro y breve, logrando que comprenda la necesidad de dejar de fumar. Abordar los siguientes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Daño del tabaquismo para la salud (Anexo 2). Beneficios económicos y sociales (Anexo 3). Convencimiento de que es posible dejar de fumar (Anexo 4). <p>Para cumplir el objetivo anterior es conveniente que quien impartiera el consejo no sea fumador y que conozca las posibles causas por las cuales el paciente fuma (Anexo 5). En el caso de que sea fumador, sin negarlo, no debe eludir el consejo como parte de su labor profesional. Es de señalar que, con una preparación adecuada, el consejo del personal de enfermería ha resultado tan eficaz como el del médico.</p> <p>II. Refuerzo de las medidas anteriores</p> <ol style="list-style-type: none"> Seguimiento de soporte. <ol style="list-style-type: none"> Visitas o llamadas telefónicas semanales, especialmente durante las primeras 4 a 8 semanas, luego mensuales. Visita de control la semana anterior y posterior a la fecha fijada para el cese. Adiestrar en autorregistro (Ver Anexo 6). Brindar materiales de apoyo. Remisión a consulta especializada. <p>III. Otras medidas.</p> <ol style="list-style-type: none"> Terapia sustitutiva con nicotina (chicles, parches, "sprays" nasales), con reducción gradual, especialmente en fumadores muy dependientes Tratamiento farmacológico con: Bupropion, nortriptilina y clonidina (Ver Anexo 7) Ejercicios físicos Uso del mural del consultorio, colocando materiales publicados al respecto, lista de los pacientes comprometidos a dejar de fumar. Reuniones con los fumadores, creación de círculos de no fumadores. Acupuntura. Valorar tratamiento homeopático.

VI. Aumenta el riesgo de padecer de:

- Cáncer: pulmón, laringe, cavidad bucal, faringe, esófago, vejiga, riñones y páncreas.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: enfisema y bronquitis. Infecciones respiratorias agudas. Formas graves de Influenza y otras neumonías virales (varicelas).
- Enfermedades cardiovasculares isquémicas: cardiopatía isquémica, cerebrovascular isquémica,

arteriopatía periférica (sobre todo si se asocia a otros marcadores de riesgo, como hipertensión arterial, hiperlipoproteinemias y alcoholismo).

- Enfermedades digestivas: úlcera péptica, caries dentales.
- Enfermedades metabólicas: osteoporosis.
- Ambliopía tabáquica, neuropatía epidémica.
- Cataratas.

Anexo 3. Beneficios económicos y sociales de la cesación tabáquica

- Ahorro significativo del dinero destinado a la compra de cigarrillos, el cual puede ser invertido para mejorar sus condiciones de vida en sentido general y, por tanto, su salud.
- Disminución de la morbilidad relacionada con el tabaquismo, con la consiguiente disminución del ausentismo laboral y gastos en medicamentos, lo cual reporta beneficios no sólo personales sino también al país.
- Reducción de daños, tales como: quemaduras de ropas, deterioro de los muebles del hogar, posibilidad de provocar incendios, etc.

Anexo 4. Motivaciones para dejar de fumar

Un factor imprescindible para el éxito de cualquier tratamiento es el *deseo genuino de dejar de fumar por parte del interesado*. Si el fumador carece de esta convicción, nada puede disuadirlo. Esta situación, unida a las recaídas, con frecuencia, desaniman al médico, que siente perder su tiempo al no poder modificar la situación de salud de sus pacientes y comunidad. Las motivaciones para dejar de fumar están muy influidas por:

- La edad y por el sexo de las personas.
- Otras situaciones concretas: embarazo, razones económicas, enfermedad, regulaciones, normas, presión familiar o laboral, opinión pública, «código de grupo» en jóvenes, mejorar la salud y calidad de vida, miedo a la enfermedad, mejorar autoestima, razones estéticas.
- Preocupación por el peso. La supresión del tabaco produce, generalmente, aumento de peso (hay quien conoce este efecto y se mantiene fumando por no engordar), pero también hay que preparar al que va a dejar de fumar y al exfumador para esta eventualidad.

Anexo 5. Tipos de fumadores según posibles causas

- Psicosocial*: predominan factores psicológicos y sociales. Búsqueda de aceptación, necesidad de crear imagen de personalidad como individuo adulto, interesante.

- II. *Sensorio motor*: predominan rituales asociados al fumar, tales como: manipulación al encenderlo, darle golpes.
- III. *Indulgente*: se asocia a momentos agradables tales como tomar café, comidas, ingestión de bebidas alcohólicas.
- IV. *Sedante*: para reducir tensión.
- V. *Estimulante*: el fumar da más energía, lo concentra más.
- VI. *Adictivo*: fumadores moderados y grandes fumadores, dependientes de la nicotina.
- VII. *Automático*: fumar de manera automática, por imitación a otro que fuma.

Anexo 6. Autorregistro

Consiste en el autorreporte en una tabla del consumo de cigarrillos por horas, los diferentes días de la semana, con el propósito de observar cómo va evolucionado el consumo a lo largo del período de deshabituación.

Hora	L	M	M	J	V	S	D
7-9							
9-11							
11-1							
1-3							
3-5							
5-7							
7-9							
9-11							
11-1							
1-3							
Total							

Anexo 7. Tratamiento farmacológico

Las evidencias actuales en el tratamiento de la dependencia nicotínica favorecen que el tratamiento farmacológico sea ofertado a los fumadores que quieran hacer un serio intento de abandono, exceptuando los casos en los que existan contraindicaciones. A pesar de que estos productos no han estado disponibles sistemáticamente entre nosotros, hacemos una breve referencia a ellos, insistiendo que tienen un valor complementario y nunca sustituyen a la decisión voluntaria y seria del fumador de dejar su adicción. El tratamiento farmacológico, por tanto, cuando se utilice debe ir siempre acompañado de apoyo psicológico, siendo esta combinación la reconocida como más eficaz para ayudar al fumador a dejar de serlo.

Se han identificado dos grandes grupos de tratamientos farmacológicos de primera línea: los sustitutivos de nicotina y el hidrocloreto de Bupropion de liberación prolongada. Como fármacos de segunda línea se han mostrado efi-

caces el clorhidrato de clonidina y el clorhidrato de nortriptilina, que podrían ser usados si los primeros no fueran eficaces.

La elección del fármaco de primera línea debe hacerse en base a factores como: la experiencia del profesional en su manejo, las contraindicaciones del tratamiento, las preferencias del paciente, su experiencia previa con uno u otro tratamiento o características del paciente.

Parches de Nicotina. Dosis/duración: 21 mg./día 4-6 semanas, seguidos de 14 mg./día 2 semanas y 7 mg./día 2 semanas. Efectos secundarios: Irritación cutánea, insomnio, mareo, mialgias, cefaleas. Contraindicaciones: hipertensión arterial, cardiopatía isquémica o arritmias no controladas. Dermatitis generalizada.

Chicles de Nicotina de 2 y 4 mg. Dosis / duración: 12-15 piezas/ día, por 8-10 semanas, a 8-10 piezas/ día por 3-6 meses. Efectos secundarios: dolor articulación temporomandibular, hipo, mal sabor de boca. Contraindicaciones: las mismas generales más alteraciones de la articulación temporomandibular, inflamación orofaríngea, trastornos dentarios

Spray nasal de Nicotina. Dosis / duración: 1-3 dosis / hora (1 mg. total: 0,5 mg. en cada fosa). Máximo 40 mg. al día. Durante 3-6 meses. Efectos secundarios: irritación nasal, tos, estornudos, lagrimeo. Contraindicaciones: las mismas generales más alteraciones rino-sinusales, asma, alergias

Bupropion. Dosis / duración: 150 mg. / día durante 6 días, seguir con 150 mg. dos veces al día. Duración 8-9 semanas (hasta 6 meses para mantener abstinencia). Efectos secundarios: insomnio, boca seca, convulsiones (< 0,1%), reacciones cutáneas, mareo. Contraindicaciones: historia de convulsiones, anorexia o bulimia, drogas IMAO, drogas que disminuyen el umbral para las convulsiones.

Nortriptilina. Dosis / duración: 75-100 mg. /día. Duración 12 semanas. Efectos secundarios: boca seca, sedación, mareo, vértigos. Contraindicaciones: riesgo de arritmias.

Clonidina. Dosis / duración: 0,1-0,3 mg. 2 veces al día. Duración 3-10 semanas. Efectos secundarios: hipertensión de rebote.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Cornuz J. Smoking cessation intervention in clinical practice. *Onkologi* 2002;25:413-8
- Espinosa AA. Prevalencia del hábito de fumar en el municipio de Cienfuegos. Medición Inicial del Proyecto Global de Cienfuegos (Trabajo para optar por

- el título de especialista de I Grado en Medicina Interna) 1993. Cienfuegos.
- Espinosa AA, Espinosa AD. Factores de riesgo asociados en los fumadores. Resultados de la medición inicial del Proyecto Global de Cienfuegos, *Rev Cubana Med* 2001; 40:162-168.
 - Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER et al. Smoking Cessation. Clinical Practice Guidelines No. 18. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR Publication No. 96-0692; 1996.
 - Grupo de Tabaquismo de la Asociación Gallega de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía de Tabaquismo. *Guías Clínicas* 2002; 2 (36) Disponible en [<http://www.fisterra.com>] (24/07/2002).
 - Hammond D, McDonald PW, Fong GT, Borland R. Do smokers know how to quit? Knowledge and perceived effectiveness of cessation assistance as predictors of cessation behavior. *Addiction*. 2004;99(8):1042-1048.
 - Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Tobacco use prevention and cessation for adults and mature adolescents. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2004 Jun. 42 p. Disponible en [http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=5454] (15/12/04).
 - Katz DA, Muehlenbruch DR, Brown RL, Fiore MC, Baker TB; AHRQ Smoking Cessation Guideline Study Group. Effectiveness of implementing the agency for health care research and quality smoking cessation clinical practice guideline: a randomized, controlled trial. *J Natl Cancer Inst*. 2004;96:594-603.
 - Md DA, Brown RB, Muehlenbruch DR, Fiore MC, Baker TB; AHRQ Smoking Cessation Guideline Study Group. Implementing guidelines for smoking cessation. Comparing the efforts of nurses and medical assistants. *Am J Prev Med* 2004;27:411-6.
 - Pardell H, Saltó E, Salleras LL. Manual de Diagnóstico y Tratamiento del Tabaquismo. Madrid: Ed. Médica Panamericana, 1996.
 - Rigotti NA. Treatment of tobacco use and dependence. *N Engl J Med* 2002; 346:506-512.
 - Scott Morey S. PHS Updates Smoking Cessation Guideline. *American Family Physician*. April 15, 2001.
 - Sippel JM, Osborne ML, Bjornson W, Goldberg B, Buist AS. Smoking cessation in primary care clinics. *J Gen Intern Med*. 1999;14:670-6.
 - Taylor MC, Dingle JL. Prevención de las Enfermedades causadas por el Tabaco. En: Organización Panamericana de la Salud. Prevención clínica – Guía para médicos. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1998:64-78. (Publicación científica No. 568.)
 - U.S. Public Health Service. Treating Tobacco Use and Dependence—A Systems Approach. A Guide for Health Care Administrators, Insurers, Managed Care Organizations, and Purchasers, November 2000. U.S. Public Health Service. Disponible en [<http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/systems.htm>] (15/12/04).
 - World Bank. Curbing the epidemic. Governments and the tobacco control. Washington DC: The World Bank; 1999.



“Todo esto que celebramos hoy, se ha hecho posible por la obra de la Revolución. Un sector en el que esta obra ha alcanzado notables niveles es el de la Salud”

Tomado de: NOTICIAS *

Rev. Finlay 4 (1): 101-110, 1990

* Discurso pronunciado por la Dra. Rosa Elena Simeón Negrín en la clausura del Primer Festival de la Revista Finlay en la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos el día 16 de diciembre de 1989