

# Abordaje del tabaquismo por el cardiólogo: cómo realizar una intervención efectiva

Laura Roballo<sup>1</sup>, Gustavo Valentini<sup>2</sup>, Adriana Rodríguez<sup>3</sup>, Xavier Camps<sup>4</sup>, Osvaldo Davyt<sup>5</sup>, Eduardo Bianco<sup>6</sup>

**PALABRAS CLAVE:** TABAQUISMO  
FACTORES DE RIESGO  
CESE DEL TABAQUISMO

**KEY WORDS:** SMOKING  
RISK FACTORS  
SMOKING CESSATION

## INTRODUCCIÓN

El vínculo entre tabaquismo activo y pasivo y la enfermedad cardiovascular ha sido amplia y claramente documentado<sup>(1,2)</sup>. Es el factor de riesgo cardiovascular más deletéreo luego de la hipertensión arterial y existe amplia evidencia acerca de los beneficios que conlleva la cesación en la esfera cardiovascular<sup>(3-5)</sup>. A pesar de esto el tratamiento del tabaquismo es la cenicienta de las intervenciones realizadas en la práctica cardiológica.

Esta intervención terapéutica ha sido definida como “una responsabilidad fundamental de cada especialista cardiovascular”<sup>(6)</sup> y como “la intervención aislada más poderosa en la práctica clínica cardiológica”<sup>(7)</sup>. Estas definiciones se fundamentan en que la reducción de riesgo conseguida al dejar de fumar supera ampliamente a la obtenida por otros tratamientos de la esfera cardiovascular, que son ampliamente conocidos e implementados por los cardiólogos en su práctica diaria<sup>(8)</sup> (tabla 1).

## LOS MÉDICOS Y LA CESACIÓN TABÁQUICA

Encuestas nacionales e internacionales han documentado que muy pocos médicos aplican en forma adecuada estrategias terapéuticas efectivas para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar<sup>(9,10)</sup>, habiéndose identificado varias causas que explican el bajo nivel de involucramiento de los mismos.

Una de las razones es el concepto erróneo y fuertemente arraigado de considerar al tabaquismo como un “hábito” o “estilo de vida”. Así lo aprendimos en la formación de grado y de postgrado, así se enseña todavía en muchas universidades y así lo vemos reflejado en numerosas guías nacionales e internacionales, donde el tabaquismo aparece en el capítulo de factores de riesgo ligados al estilo de vida.

Sin embargo, el conocimiento científico demostró la naturaleza adictiva de la conducta de fumar, lo que llevó a considerar al tabaquismo como una enfermedad por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por la Asociación de Psiquiatría Norteamericana en

1. Médica cardióloga, Especialista en tabaquismo. Directora del Programa de Cesación de Tabaquismo del HCFFAA. Miembro fundador y coordinadora de proyectos de CIET Uruguay.

3. Sanatorio IMPASA, Centro de Investigación para la Epidemia de Tabaquismo (CIET Uruguay).

4. Coordinador del Proyecto de Grupo de Cesación de Tabaquismo de Hospital Vidal y Fuentes y Hospital Candell, Lavalleja. Representante de FEMI en la Comisión Asesora para el Control de Tabaquismo.

5. Médico cardiólogo. Especialista en tabaquismo. Responsable del Programa de Cesación de Tabaquismo de CAMOC. Sanatorio CAMOC, Centro de Investigación para la Epidemia de Tabaquismo (CIET Uruguay).

6. Comisión de Tabaquismo del SMU, Centro de Investigación para la Epidemia de Tabaquismo (CIET Uruguay).

**Correspondencia:** Dra. Laura Roballo. Correo electrónico: laura.roballo@gmail.com

**TABLA 1**

<i>Intervención</i>	<i>Reducción de mortalidad</i>
Cesación de tabaquismo	36%
Estatinas	29%
Betabloqueantes	23%
IECA	23%
Ácido acetilsalicílico	15%

su Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales <sup>(11,12)</sup>.

Esta enfermedad de naturaleza adictiva y de carácter crónico, reúne elementos biológicos, psicológicos, sociales y tiene determinantes claramente establecidas, por lo que no se trata de un estilo de vida o un hábito.

#### **DEPENDENCIA/ADICCIÓN AL TABACO**

Con fines prácticos, es importante tener en cuenta algunos aspectos que caracterizan a esta adicción. La nicotina presente en los productos del tabaco es una sustancia altamente adictiva, incluso con mayor potencial adictivo que algunos medicamentos y las drogas ilegales de uso más común (tabla 2).

Basta que se haya inhalado el humo de unos pocos cigarrillos para que se inicien procesos de neuroadaptación en circuitos vinculados a la señal de placer, que están en la base fisiopatológica de esta adicción y que, una vez generados, persisten toda la vida.

Una vez generada la dependencia biológica, comienzan simultáneamente a generarse complejos mecanismos de condicionamiento psicológico que se establecen para toda la vida y que son responsables de hasta 80% de los cigarrillos fumados diariamente.

Suelen transcurrir muchos años de consumo diario de tabaco antes de que el fumador realice intentos serios para dejar de fumar, lo que en general ocurre luego de alcanzar la edad media de la vida.

#### **CESACIÓN Y RECAÍDAS**

El fumador pasa la mayor parte de su vida adulta (en un 10% el consumo se inicia en la infancia) bajo los efectos de la nicotina sobre circuitos neurológicos de alta complejidad. Cuando se le priva de nicotina, estos circuitos sufren una desregulación de grado variable

**TABLA 2. PROBABILIDAD DE DEPENDENCIA LUEGO DE PROBAR UNA SUSTANCIA POR LO MENOS UNA VEZ**

<i>Sustancia</i>	<i>Probabilidad de dependencia</i>
Tabaco	32%
Heroína	23%
Cocaína	17%
Alcohol	15%
Estimulantes	11%
Ansiolíticos	9%
Cannabis	9%
Analgésicos	8%

Fuente: Stahl's Essential Psychopharmacology. 3a ed. 2008

en función de la neuroadaptación previa. Este desajuste neurobiológico es el causante del síndrome de abstinencia a la nicotina, uno de los principales determinantes del fracaso en los intentos para dejar de fumar.

La mayoría de los fumadores intenta dejar de fumar varias veces antes de lograr la abstinencia mantenida. Según ITC Uruguay 2006 (International Tobacco Control Policy Evaluation Project) <sup>(13)</sup>, 65% de los fumadores había intentado dejar de fumar a lo largo de su vida. Según ENPTA 2008 (Encuesta Nacional de Prevalencia de Tabaquismo) <sup>(14)</sup>, de aquellos que intentaron dejar de fumar, 66% lo había intentado tres o más veces.

La adicción a la nicotina está presente en la mayoría de los fumadores y es una enfermedad crónica, con tendencia a la recaída y que requiere, en general, varios intentos antes de que se alcance la abstinencia mantenida.

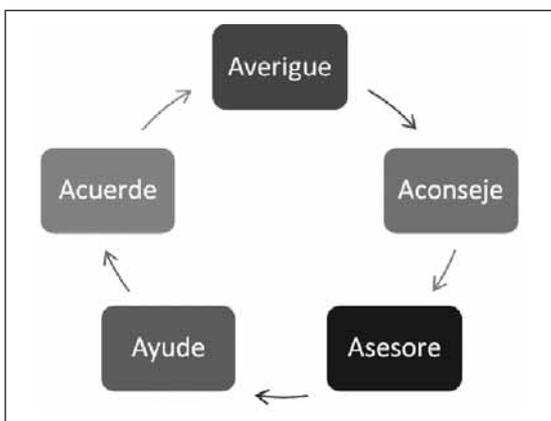
También está establecido que la recaída es parte del proceso de recuperación, por lo que el médico deberá tener esto muy presente para continuar alentando al paciente, pues la chance de volver a lograr abstinencia es mayor cuanto más rápido se realice el nuevo intento.

En nuestro medio, 89% de los fumadores aceptan ser dependientes al tabaco, con grados de dependencia variable.

Mediante políticas efectivas de control del tabaco, la prevalencia de tabaquismo ha tenido una marcada reducción en los últimos cinco años, lo que ha modificado el panorama que enfrentamos. Es razonable pensar que los

**TABLA 3.** INTERVENCIONES PARA ABORDAR EL TABAQUISMO

<i>Nivel de intervención</i>	<i>Tiempo necesario</i>	<i>Quiénes pueden realizarla</i>
Consejo breve	3 minutos	Todo profesional de la salud
Intervención	Toda una consulta (20 minutos)	Todo médico
Intervención especializada	Mínimo 12 sesiones semanales (puede llevar meses)	Profesionales a cargo de los programas de tabaquismo



**FIGURA 1.** Modelo de las cinco A

que siguen fumando constituyen dos grupos: 1) Por un lado están los fumadores más jóvenes que en virtud de su edad y del ciclo habitual de esta enfermedad, no están considerando dejar de fumar. 2) Por otro lado están los fumadores con mayor grado de dependencia que de no recibir el tratamiento adecuado, difícilmente podrán conseguir la cesación.

Dicho en palabras simples, los fumadores menos problemáticos ya han logrado la cesación, ahora nos quedan “los difíciles”. Esto plantea un gran desafío pues es necesario un mayor grado de conocimiento para ser efectivos en el abordaje de estos pacientes.

Es imperativo actualizar los conocimientos para realizar un abordaje efectivo. “Es tiempo de que los cardiólogos sean menos pasivos en relación al tabaquismo de sus pacientes” (15).

**¿CÓMO PODEMOS SER MÁS EFECTIVOS EN EL TRATAMIENTO?**

Es muy importante reconocer la responsabilidad y rol modélico que tenemos los cardiólogos en el abordaje de nuestros pacientes fumadores cuando consultan por patologías cardiovasculares que se ven agravadas por el

consumo de tabaco. Debemos tener presente que la preocupación por la salud cardiovascular está en un nivel de muy alta prioridad para nuestros pacientes, pero al mismo tiempo el tabaquismo puede estar subestimado o negado. Debe transmitirse que el tabaquismo es un factor de riesgo cardiovascular de alto impacto, personalizando el mensaje y poniendo el mismo énfasis en lograr la abstinencia que ponemos en otros factores de riesgo a los que estamos habituados a dedicarles tiempo y esfuerzo. Esta es una herramienta valiosísima con el fin de generar la motivación necesaria para el tratamiento de la dependencia al tabaco.

El abordaje en la cesación del tabaquismo incluye varios niveles: desde el consejo breve que lleva de 1 a 3 minutos, hasta la intervención especializada en los programas específicos de tabaquismo (tabla 3) (16).

“¿Qué podemos hacer desde nuestra consulta?”, puede ser la pregunta clave para abordar esta enfermedad y conseguir la abstinencia. El primer paso es averiguar la condición de fumador activo, o si ha dejado el tabaco recientemente o hace mucho tiempo. Pregunte si tuvo recaídas. Documente en la historia clínica si es fumador, ex fumador y “fumador en abstinencia”.

**CONSEJO BREVE**

Hay evidencia de que el consejo breve para dejar de fumar duplica las tasas de abstinencia (17). No hay evidencia del beneficio de agregar materiales escritos de autoayuda, aunque se puede motivar el abandono y brindar información sobre diferentes tratamientos farmacológicos (17). El consejo breve debe dirigirse a la cesación, en ningún caso a “fumar menos”, pues no existe evidencia científica que avale la existencia de riesgo mínimo.

Se debe adecuar el consejo a la situación del paciente y es útil vincularlo a la patología que motivó la consulta. Por ejemplo: “Dejar de

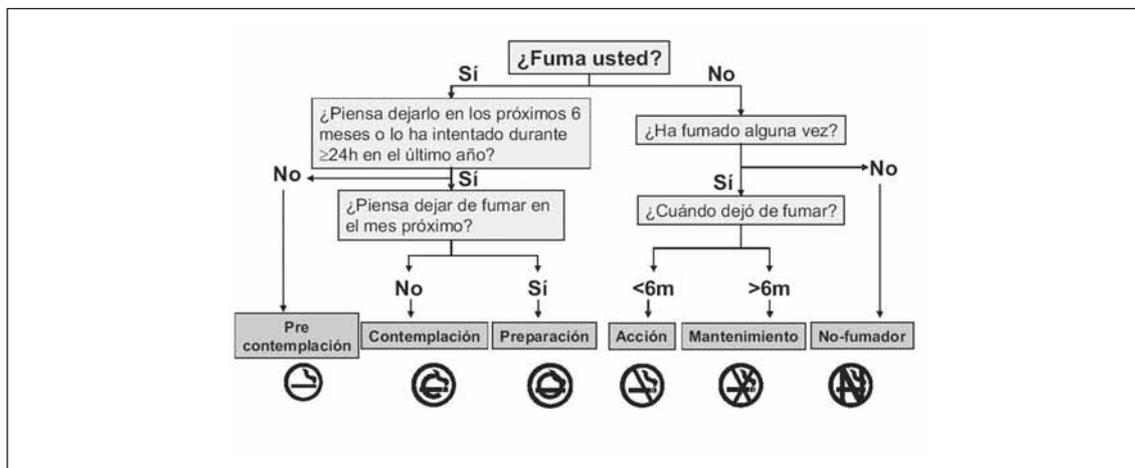


FIGURA 2. Etapas del modelo de Prochaska

fumar es la decisión más importante que puede tomar para mejorar su salud”. “Entiendo que puede ser difícil para usted pero si lo desea puedo ayudarlo”. “¿Está usted comprendiendo el daño que le produce?”. Si este consejo se da con empatía y firmeza podremos lograr cambios que no imaginamos. Todo fumador debe recibir este consejo independientemente de si desea o no dejar de fumar.

#### INTERVENCIÓN BREVE

Las intervenciones breves están constituidas por cinco componentes fundamentales (modelo de las 5 A) (figura 1).

1. ASK-AVERIGÜE: Pregunte sobre el estado de fumador.
2. ADVISE-ACONSEJE: Realice consejo sobre la cesación breve, claro y personalizado
3. ASSES-ASESORE: Evalúe la etapa evolutiva de la adicción, etapa de cambio, motivación.
4. ASSIST-AYUDE: Elabore un programa de tratamiento.
5. ARRANGE-ACUERDE: Un plan de seguimiento.

Cuando se comienza el interrogatorio del tabaquismo inmediatamente podemos valorar el grado de motivación que presenta el sujeto y documentarlo según la etapa de cambio en que se encuentre, según el modelo de Prochaska y Di Clemente, quienes proponen las siguientes etapas (figura 2) <sup>(18)</sup>.

- **Precontemplación:** el fumador tiene intención de dejar de fumar en los próximos seis meses. En esta etapa el objetivo es lo-

grar motivar para que comience a pensar en la posibilidad de dejar de fumar. Dar información de riesgos y beneficios y tratamientos. Las intervenciones realizadas en los fumadores que no están listos para dejar de fumar fortalecen la motivación y la reflexión facilitando el acercamiento a la cesación.

- **Contemplación:** es donde se encuentran 70% de los fumadores que manifiestan querer dejar de fumar en los próximos seis meses. En esta etapa se debe aumentar la motivación evitando que se cronifique este estado pasivo, transmitiendo un mensaje positivo y optimista que promueva hábitos saludables.
- **Preparación:** intentará un cambio en el próximo mes y desarrolla estrategias con respecto a su consumo. La mayoría de los sujetos que solicitan ayuda se encuentran en esta etapa, puede ser un buen momento para iniciar tratamiento farmacológico.
- **Acción:** el fumador desarrolla un plan serio con o sin apoyo profesional y logra la cesación. En este caso debe haber un seguimiento cercano fijando consultas exclusivas para tratar el tabaquismo.
- **Mantenimiento:** durante el primer semestre de cesación hay un alto riesgo de recaídas. Es fundamental el apoyo manteniendo la motivación para permanecer en este estado.
- **Recaída:** es cuando se vuelve a fumar después de un tiempo en abstinencia. Debemos entender que “la recaída es la regla y no la excepción”, ya que estamos frente a una enfermedad crónica. Los cardiólogos



FIGURA 3. Modelo transteorético de Prochaska. Estadio de cambio

que tratamos fumadores sabemos que el tratamiento instituido muchas veces no es efectivo en el primer intento, o es difícil el cumplimiento del mismo, o no es posible alcanzar los objetivos previstos.

La dependencia psicológica perdura más en el tiempo, por lo que el paciente debe evitar situaciones asociadas a la conducta de fumar, ya que aumentan el riesgo de recaída (figura 3) <sup>(19)</sup>.

#### LA ESPIRAL DEL CAMBIO

Todos estos métodos son útiles para orientarnos en el tratamiento a seguir sin desanimarnos si el éxito no se consigue, ya que el cambio puede ensayarse varias veces hasta conseguirlo y actualmente la interpretación de las etapas de cambio es más dinámica y se parece a una espiral en donde nuestro fumador se moviliza. La cesación depende de nuestro consejo efectivo, empático, firme y repetido en el tiempo.

Si diagnosticamos una recaída, que ya sabemos que es parte de este proceso, podemos volver al espiral de la motivación y mover nuevamente al sujeto para recobrar la abstinencia perdida.

En todas las etapas de cambio debemos realizar intervenciones sistematizadas y registrarlas en la historia clínica, para lo que no se necesita ninguna formación específica.

Preguntaremos sobre su enfermedad, por ejemplo grado de severidad: ¿a qué edad empezó a fumar?, ¿cuántos cigarrillos fuma? Luego de despertarse ¿cuánto tiempo tarda

en prender su primer cigarrillo? ¿Fuma estando enfermo?

Si se obtiene una respuesta positiva se puede hacer un diagnóstico de alta dependencia. Esto nos advierte sobre la mayor posibilidad de aparición de síntomas de abstinencia al dejar de fumar. En estos pacientes es beneficioso iniciar el tratamiento farmacológico que logra minimizar dichos síntomas.

Averigüe la motivación para dejar de fumar, si tuvo intentos previos, otras adicciones. Identifique barreras o impedimentos: síndrome de abstinencia, miedo al fracaso, aumento de peso.

Si es un ex fumador pregunte desde cuándo, si ha fumado ocasionalmente y si está expuesto al humo de segunda mano (HSM). Si es no fumador pregunte si está expuesto a HSM especialmente en su hogar. Transmita en ambos casos la importancia de defender su espacio libre de humo de tabaco.

Cuando ya hemos abordado el tema, podemos intentar movilizar al individuo e informarlo del tratamiento específico que existe: “¿Sabía usted que hay tratamientos farmacológicos para dejar de fumar? Estos tratamientos son seguros y eficaces. Usted puede dejar de fumar sin sufrir ese malestar que se denomina síndrome de abstinencia, no todos los fumadores que intentan dejar de fumar necesitan apoyo farmacológico, pero si es necesario yo se lo puedo indicar”.

#### CESACIÓN Y AUMENTO DE PESO

Si se llega a la cesación hay que felicitar siempre y destacar los beneficios inmediatos de este cambio, mejora el olfato, el gusto, la respi-

ración, la capacidad de realizar ejercicio y, por supuesto, el riesgo cardiovascular. Pueden aparecer efectos negativos mínimos al cesar el consumo como cierto aumento de peso, tan temido por los médicos y los pacientes, explicar que aunque se aumente algo, se puede realizar una dieta y actividad física adecuada a su condición para minimizar la ganancia de peso, pero que es más peligroso continuar fumando que tener unos kilos de más.

No debemos exigir control estricto del peso, ni indicar dietas estrictas cuando se logra la cesación, ya habrá tiempo de mejorar este aspecto. Es conveniente en el primer año de abstinencia ser flexibles con la ganancia de peso, pues los propios cambios del metabolismo basal y del apetito, que forman parte de la abstinencia, no se corrigen con la medicación. Unos 4 a 6 kg de ganancia de peso son casi siempre parte del proceso. Tener en cuenta que las medidas para controlar esa ganancia de peso, luego de alcanzada la abstinencia, son las mismas que reforzarán la abstinencia y el cambio al estilo de vida más saludable, con ejercicio físico y dietas balanceadas. De todos modos estos cambios no son fáciles de lograr en el corto plazo y por ello deben planearse para una segunda etapa. “Las batallas se ganan de a una” y “no hay peso que se compare con la libertad que tiene el sujeto al abandonar su consumo”.

#### DERIVACIÓN ESPECIALIZADA

Cuando el paciente tiene severas dificultades para lograr cambios o si pertenece a grupos especiales (enfermedad psiquiátrica, embarazadas, adolescentes), la enfermedad es más compleja, por lo que es conveniente su derivación a un servicio de tratamiento especializado. Sin embargo siempre debe apoyarse la cesación y respaldar al grupo de tratamiento desde nuestro lugar de la consulta cardiológica.

#### CONCLUSIÓN

El tabaquismo es para la enorme mayoría de los fumadores, además de un factor de riesgo cardiovascular, una enfermedad que requiere un abordaje específico. Los beneficios derivados de su correcto tratamiento superan a los beneficios derivados de otros tratamientos habitualmente instituidos por el cardiólogo. El abordaje del paciente fumador debe sistematizarse y puede ser realizado en distintos

niveles, sin que para ello se requiera formación específica en cesación de tabaquismo. De acuerdo a la evidencia disponible sobre el daño cardiovascular por tabaquismo (activo y pasivo), los beneficios de lograr la abstinencia, y la efectividad de las intervenciones terapéuticas disponibles, es tiempo de que los cardiólogos se involucren activamente en el tratamiento de sus pacientes fumadores.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. **U.S. Department of Health and Human Services.** The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.
2. **U.S. Department of Health and Human Services.** The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General—Executive Summary. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.
3. **Peto R, López AD, Boreham J, Thun M; International Union Against Cancer (IARC).** Mortality from smoking in developed countries 1950-2000 [monografía en Internet]. Geneva: Global Cancer Control, Medical Research Council; 2006. Disponible en: [www.deathsfromsmoking.net](http://www.deathsfromsmoking.net) (consultado 11/11/2011)
4. **Ockene IS, Miller NH.** Cigarette smoking, cardiovascular disease, and stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. American Heart Association Task Force on Risk Reduction. *Circulation* 1997; 96: 3243-7.
5. **Clinical Practice Guideline.** Treating tobacco use and dependence. 2008 update. US: Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2008.
6. **Pipe AL, Papadakis S, Reid RD.** The role of smoking cessation in the prevention of coronary artery disease. *Curr Atheroscler Reports* 2010; 12: 145-50.
7. **Woolf SH.** The need for perspective in evidence-based medicine. *JAMA* 1999; 282: 2358-65.
8. **Critchley JA, Capewell S.** Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. *JAMA* 2003; 290: 86-97.
9. **Tournes AL.** Una primera lectura de la encuesta médica nacional realizada por Factum [página en Internet]. Montevideo: SMU 2001. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/Factum/index.html>. (Consultado 9/11/2011)

10. **Boado M.** Encuesta 2011 de tabaquismo entre médicos de Uruguay. *Rev Urug Cardiol* 2011, en prensa.
11. **World Heart Organization.** International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD 10) version for 2010 [Página en Internet]. WHO;2010. Disponible en: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en> (consultado 11/11/2011)
12. DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Versión española de la cuarta edición. Barcelona: American Psychiatric Association; 1995.
13. **Centro de Investigación para la epidemia del tabaquismo.** International Tobacco Control Policy Evaluation Project. CIET Uruguay. En prensa 2010.
14. **Boado M, Bianco E.** Primera encuesta nacional de tabaquismo. Uruguay 2008. *Tendencias en Medicina* 2010; 17: 26-9.
15. Cardiologists should be less passive about smoking cessation. *Lancet* 2009; 373: 867.
16. **Stead LF, Bergson G, Lancaster T.** Physician advice for smoking cessation. *The Cochrane collaboration*: John Wiley; 2008.
17. **Proshaska JO, DiClemente CC, Norcoross JC.** In such of the people change, application to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992; 47: 1102-14.
18. **Fagerström KO.** Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors* 1978; 3: 235-41.
19. **Ministerio de Salud Pública.** Guía Nacional para el abordaje del tabaquismo Uruguay 2009. Montevideo: MSP, 2009.