

EL NEUMÓLOGO ANTE EL PROBLEMA DEL TABAQUISMO

Pilar de Lucas Ramos, Soledad López Martín, Jose Miguel Rodríguez González-Moro

INTRODUCCIÓN: TABAQUISMO Y SALUD

El consumo de tabaco representa en la actualidad la adicción más perniciosa en el mundo desarrollado, hasta el punto de que es la principal causa evitable de enfermedad y muerte. Las evidencias de que el tabaquismo es el factor etiológico determinante de múltiples enfermedades, tanto tumorales como no tumorales, son cada vez más acusadas⁽¹⁾. Así, procesos neoplásicos como el cáncer de pulmón y el de laringe o enfermedades crónicas como la EPOC, la cardiopatía isquémica o la enfermedad vascular periférica, podrían llegar a ser procesos infrecuentes si desapareciera el tabaquismo del mundo⁽²⁾. Los datos epidemiológicos son impactantes: a modo de ejemplo, sabemos que hay más de 1.100 millones de fumadores en el mundo (un tercio de la población mundial fuma); que, antes de los 18 años, el 80% de la población ha fumado alguna vez y el 50% fuma regularmente; y que más de 10.000 personas al día mueren en el mundo como consecuencia directa del consumo de cigarrillos. Estas cifras, lejos de amonarse, siguen incrementándose, y se estima que, para el año 2020, el tabaco ocasionará más de 10 millones de muertes.

Si hacemos referencia sólo a España, el 24% de todas las muertes tienen que ver con el consumo de tabaco, lo que supone que más de 56.000 personas fallecen cada año por esta causa (150 personas al día). En nuestro país, aunque no todo lo deseable, ha descendido la prevalencia de fumadores, desde el 40% en 1978 hasta el 34% en el año 2001 y, según los datos preliminares del 2003, al 31,1% (el 39% de hombres y el 23% de mujeres, españoles mayores de 16 años, se declaran fumadores según

la reciente Encuesta Nacional de Salud)⁽³⁾. Sin embargo, España sigue encontrándose entre los países de Europa donde existe un mayor número de fumadores (Fig. 1). Resulta llamativo que en este periodo, el porcentaje de hombres fumadores disminuyó desde el 65 al 39%, mientras que en mujeres se produjo un aumento, pasando desde el 17 al 23%⁽⁴⁾, lo que ha compensado la disminución producida.

EL MÉDICO ANTE EL PROBLEMA DEL TABAQUISMO. POSICIÓN DEL NEUMÓLOGO

En teoría, los médicos deberían tener en cuenta todos los datos expuestos, además de conocer que el tabaquismo es la primera causa de muerte prematura en los países desarrollados y que es una adicción que comporta vulnerabilidad a la recidiva durante largo tiempo, lo cual avala su reconocimiento como enfermedad crónica⁽⁵⁻⁶⁾. Este conocimiento ha de llevarles a intervenir sobre el tabaquismo de sus pacientes proporcionándoles el asesoramiento y apoyo necesarios para predisponerles a abandonar de forma definitiva el consumo de tabaco. Pues bien, a pesar de la existencia constatada de estos datos sobre prevalencia, morbilidad y mortalidad relacionadas con el consumo del tabaco, la mayoría de profesionales sanitarios no han recibido información y aprendizaje sobre técnicas y procedimientos para conseguir que los fumadores abandonen el tabaco.

Aunque muchos médicos puedan creer que no están capacitados para emprender el tratamiento del tabaquismo, evidencias científicas sugieren que todos los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, auxiliares de

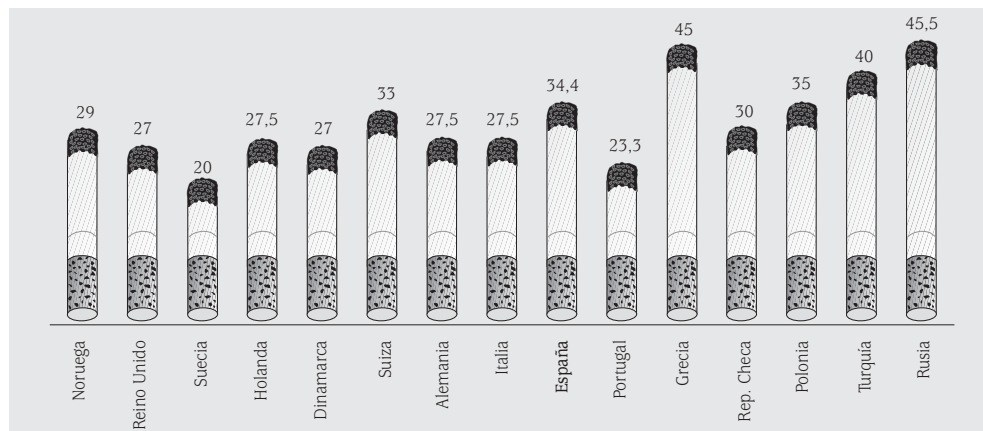


FIGURA 1. Prevalencia de tabaquismo en diferentes países de Europa.

enfermería, etc.) pueden ayudar a los fumadores a que dejen o se planteen dejar este hábito^(7,8). El papel del médico, con relación al problema del tabaquismo, no debe limitarse sólo a tratar las enfermedades derivadas del mismo, sino que debe actuar como agente activo de salud atendiendo las demandas de ayuda para dejar de fumar de quienes se lo solicitan y ofreciendo también ayuda a quienes todavía no están suficientemente concienciados del problema que supone la adicción al tabaco y, por ello, no la demandan. Por otro lado, esta petición de ayuda para dejar de fumar es cada vez más frecuente y posiblemente en el futuro lo sea aún más, de manera que los profesionales (neumólogos) deben estar capacitados para responder ante ella⁽⁹⁾.

En el contexto médico global resulta evidente que los neumólogos han liderado la lucha frente al tabaquismo desde hace muchos años. Probablemente este hecho pueda ser debido a que, de todas las enfermedades producidas por el tabaquismo, las más graves y frecuentes son las pulmonares ya que, mientras que el tabaco es el factor de riesgo único y causa directa de enfermedades como EPOC o cáncer bronquial, en los procesos no respiratorios, como los cardiovasculares, es un factor de riesgo importante pero no el único ya que coexiste con otros como hiperlipemia, hiper-

tensión arterial, estrés, sedentarismo, etc. Las primeras Unidades Especializadas de Tratamiento del Tabaquismo (UETT) han sido creadas y están lideradas por neumólogos; las normativas sobre prevención y tratamiento del tabaquismo han sido promovidas por neumólogos; por último, dentro de las sociedades científicas neumológicas más importantes (ERS, SEPAR, NEUMOMADRID), existen áreas de trabajo específicas y exclusivas dedicadas a abordar este grave problema. Recordemos que la neumología es la especialidad médica que se ocupa del estudio de la fisiología y patología del aparato respiratorio, así como de las técnicas diagnósticas, terapéuticas y preventivas que le son necesarias para conseguir sus objetivos y que, dentro de esta definición, encaja perfectamente el abordaje del problema del tabaquismo⁽¹⁰⁾. El neumólogo va a ser pieza clave en el tabaquismo, por su directa relación con las enfermedades respiratorias y la necesidad de suprimirlo como medida clave del tratamiento (Tabla 1). El tabaquismo es una excelente y novedosa área de trabajo para el neumólogo que se encuentra en la actualidad en plena expansión al aunar la importancia social y sanitaria y presentar una gran proyección hacia el futuro.

El objetivo de este capítulo es profundizar en el papel que el profesional sanitario, y en

TABLA 1. El neumólogo pieza clave en el tabaquismo

El tabaco entra en el organismo por vía respiratoria.

De forma intuitiva, fumar se relaciona con bronquios y pulmón.

Entre las enfermedades que origina el tabaco, las más frecuentes y graves son las respiratorias.

El tabaco agrava todas las enfermedades respiratorias.

Muchas de las enfermedades respiratorias producidas por el tabaco (EPOC, cáncer bronquial) se previenen o mejoran con sólo evitarlo.

La supresión del tabaco es una medida esencial, y a veces la única, en el tratamiento de muchas enfermedades respiratorias.

concreto el neumólogo, debe desarrollar en la lucha frente al tabaquismo. Para ello vamos a diferenciar como funciones básicas a desarrollar las siguientes: función modélica o ejemplar (como patrón de referencia), función educadora (informar de los riesgos y las ventajas de sus supresión), función terapéutica (ayudar a los pacientes a dejar de fumar) y, por último, función social (presión para luchar contra el tabaco y promocionar la salud) (Fig. 2). De la capacidad para desarrollar con coherencia estas cuatro funciones depende en gran medida la posibilidad que tiene el neumólogo para influir personal, profesional y socialmente sobre los fumadores y sobre la propia sociedad⁽¹¹⁾.

FUNCIÓN MODÉLICA

Los profesionales sanitarios, y de forma muy especial los neumólogos, se encuentran en el punto de mira de la sociedad como patrones de referencia en cuanto a lo que debe ser un estilo de vida saludable. Así, el neumólogo que no fuma, induce con este gesto y de forma pasiva, a que el resto de población no fume

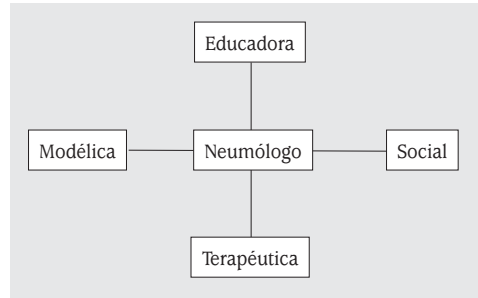


FIGURA 2. Funciones del neumólogo.

y colabora a afianzar la idea de que el tabaco resulta perjudicial para la salud. Por el contrario, cuando es fumador, sobre todo si hace ostentación pública de esta condición, contribuye de forma sustancial a disminuir la eficacia del resto de medidas dirigidas a controlar la epidemia tabáquica.

Esta función ejemplarizante debe ser asumida incluso cuando el médico es fumador, teniendo en cuenta una serie de normas, como son la de no fumar en público (ni mucho menos en recintos sanitarios), no alardear nunca de su condición de fumador y promover que no se fume en hospitales y centros de salud. Es necesario prestar atención a ciertos detalles, como supresión de signos externos (cigarrillos, colillas, encendedores, ceniceros, humo ambiental, etc.), nunca ofrecer tabaco a un enfermo o aceptarlo como obsequio (hecho que sucede con relativa frecuencia, sobre todo cajas de puros) cambiando el *slogan* clásico de “regalar tabaco es regalar amistad” por otro que diga, por ejemplo, que “regalar tabaco es regalar dependencia, enfermedad y muerte” que, aunque parezca duro, se corresponde con la auténtica realidad. El neumólogo debe aprovechar cualquier circunstancia en la que aparezca en escena el tabaco para explicar con claridad y concisión la necesidad y motivos para su rechazo, adoptando en esta explicación una actitud positiva respecto a las ventajas derivadas del hecho de dejar de fumar o, mejor, si nos encontramos en un ambiente de jóvenes y adolescentes, de no iniciarse nunca en este hábito.

Desgraciadamente, en nuestro medio, la función modélica de los profesionales sanitarios deja mucho que desear. En un estudio representativo realizado en el ámbito hospitalario, el 41 % de médicos y el 39 % de enfermeros consideraban que su comportamiento como fumadores tenía escasa influencia sobre los pacientes. España es uno de los 3 países de la Unión Europea en el que más personal sanitario fuma, aunque las últimas estadísticas señalan un descenso progresivo entre el número de fumadores entre el personal médico, situándose su prevalencia por debajo de la de la población general. En este sentido cabe preguntarnos: ¿cuál es la prevalencia de neumólogos fumadores? Para contestar a esta pregunta tenemos que utilizar los datos de varias encuestas: en 1982, el Comité de Prevención de Tabaquismo de la SEPAR observa que fuman el 47,4 % de los neumólogos encuestados. En 1985, en un estudio más amplio, también de la SEPAR, que incluía, neumólogos y otros especialistas, se observa que la prevalencia había bajado al 35,7 %, lo que concordaba con un incremento de exfumadores (los neumólogos aparentemente se estaban concienciando y se estaban retirando del hábito) y que la prevalencia entre otros especialistas era superior. En 1989, mediante encuesta telefónica, se estimó que ya sólo el 22,5 % de neumólogos y cirujanos torácicos españoles eran fumadores⁽¹⁰⁾. El estudio más reciente disponible corresponde al publicado en el año 2000 en el cual se indica que son fumadores habituales el 15,1 % de neumólogos, sin encontrarse diferencias de género. Este estudio demuestra que los neumólogos tienen una elevada concienciación de su papel como referente social, y en general toman una actitud activa frente al tabaquismo (el 87 % aconsejan siempre dejar de fumar)⁽¹²⁾. Podemos concluir que los neumólogos han puesto manos a la obra en esta función modélica y están dejando de fumar de forma mucho más rápida que el resto de médicos y que la población general. Un estudio del Ministerio de Sanidad estableció que la prevalencia del tabaquismo entre

los médicos españoles es del 34,7 y del 43,2 % entre el personal de enfermería, aspecto que dificulta notablemente la intervención de ambos colectivos⁽¹³⁾. Estas cifras resultan muy elevadas con respecto a las existentes en otros países desarrollados por lo que el camino sigue siendo largo hasta llegar al nivel del 10 % de nuestros colegas americanos.

En resumen, la actitud ejemplarizante del neumólogo debe ser la de promocionar todo aquello que favorezca un ambiente “limpio de humo”, empezando por él mismo.

FUNCIÓN EDUCADORA

Conseguir mejorar la información de la población sobre los efectos del tabaquismo es un objetivo fundamental del neumólogo. Con ello puede, por una parte, ayudar al fumador facilitándole elementos de refuerzo para adoptar o mantener la abstinencia y, por otra, sensibilizar al no fumador para que defienda sus derechos y adopte una participación activa en el control del tabaquismo. Como educadores sanitarios, debe contribuir a fomentar el conocimiento de los riesgos inherentes al tabaco y las ventajas que se derivan de su erradicación. Este aspecto de reforzar los aspectos positivos relacionados con la actitud de no fumador es incluso más importante que insistir de forma exclusiva en las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco.

Los métodos para conseguir la prevención se adecuarán al ámbito en el que se desarrollen las acciones (Tabla 2). Según esto, podemos distinguir varios procedimientos:

- *De alcance macrosocial:* entre las medidas fundamentales utilizadas para fomentar la prevención y eliminación del tabaquismo y en las cuales el neumólogo debe adoptar el papel de líder de opinión destacan las campañas masivas destinadas a informar y sensibilizar a la población a través de los medios de comunicación (TV, radio, prensa), poder influir sobre la administración sanitaria para promover medidas coercitivas sobre la publicidad del tabaco y todas aquellas publicaciones que contribuyan a divulgar los efectos noci-

TABLA 2. Función educadora del neumólogo. Prevención del tabaquismo

Niveles de actuación

Prevención primaria: no fumadores niños y adolescentes

Prevención secundaria: fumadores sin enfermedad (población general)

Prevención terciaria: fumadores con enfermedad

Procedimientos de actuación

Alcance macrosocial: población general:

Medios de comunicación

Administración sanitaria

Publicaciones divulgativas. Campañas anti-tabaco

Alcance microsocia: hospital, colegios, etc.:

Comité Hospitalario de Tabaquismo

Educación en la escuela

Alcance individual: sanos y enfermos:

Consejo antitabaco

TABLA 3. Funciones del Comité Hospitalario para prevención del tabaquismo

Aplicar la legislación en el ámbito del hospital

Preparar campañas hospitalarias

Hacer encuestas y publicarlas

Programar cursos y charlas, dirigidas a médicos, personal sanitario y pacientes

Editar folletos informativos

Coordinar protocolos de actuación conjunto en el área de salud

vos del tabaquismo. En conjunto, el objetivo debe ser mejorar la educación sanitaria respecto al tabaco.

– *De alcance microsocia:* es el impacto que se realiza en el hospital, en el área de salud, colegios, etc. En el hospital debe existir un comité local de prevención del tabaquismo, con destacada participación del neumólogo y con las funciones enumeradas en la tabla 3. Merece la pena destacar la importancia de la educación sanitaria en el medio escolar estableciendo programas educativos, en colaboración con profesores y asociaciones de padres, destinados a prevenir el consumo del tabaco.

– *De alcance individual, tanto en sujetos sanos como en enfermos.* Debemos ofrecer siempre información, consejo y apoyo. Cobra especial importancia el consejo médico impartido en el ámbito asistencial ya que es el instrumento de intervención más sencillo, más

económico y más rentable. Este consejo ha de ser breve, claro, utilizando palabras fácilmente comprensibles, firme y personalizado (tratando de relacionarlo con la patología que presenta el paciente) y siempre haciendo más hincapié en los beneficios de dejar de fumar que en los efectos negativos del tabaquismo. Una pequeña intervención de 2-3 minutos de duración con frases sencillas como “A usted le perjudica el tabaco y debería dejar de fumar” puede ser útil y hacer que un 2-4 % de personas dejen de fumar y otro tanto se planteen dejarlo. Los objetivos del consejo médico van a ser, por tanto, aumentar la motivación en los fumadores que no conozcan bien los efectos nocivos del tabaco y los beneficios que comporta dejarlo y aumentar la percepción de autoeficacia favoreciendo e incrementando la confianza en alcanzar la abstinencia. Como apoyo, es de utilidad disponer de material gráfico en forma de folletos informativos que presenten un diseño ameno y sean de fácil lectura. Puesto que alrededor de un 75 % de la población acude a la consulta médica al menos una vez al año, la visita médica ofrece una excelente oportunidad para promover la intención de dejar de fumar y proporcionar ayuda eficaz a aquellas personas motivadas para dejar el tabaco. Se estima que si cada médico general o de empresa realizara una intervención

breve, en forma de consejo sistemático protocolizado, desde las consultas de Atención Primaria y Salud Laboral, se podrían conseguir entre un 5 y un 10 % de exfumadores al año, es decir, entre 500.000 y un millón de personas podría dejar de fumar cada año en España si esta estrategia se utilizara de forma sistemática⁽¹⁴⁾. Lógicamente, en una consulta de neumología este consejo es especialmente relevante ya que la mayoría de las enfermedades respiratorias tienen el tabaco como agente causal o favorecedor de deterioro clínico. No debe olvidarse nunca realizarlo y, además, se debe dejar constancia por escrito en los informes clínicos de todo enfermo respiratorio que la primera medida terapéutica es la prohibición absoluta de fumar.

FUNCION TERAPÉUTICA

La investigación del hábito tabáquico y su reseña en la historia clínica son una práctica obligada en todos los pacientes que acuden a una consulta de aparato respiratorio. Es importante conocer si el enfermo es fumador activo (tiempo que lleva fumando y cantidad de cigarrillos) o exfumador (en este caso debe reseñarse el tiempo que hace que abandonó el hábito). Una vez conocida esta situación, uno de los objetivos que debe tener el neumólogo en relación con el tabaquismo es la posibilidad de ofertar información rigurosa y seria sobre la eficacia de las diferentes formas de tratamiento de esta adicción⁽¹⁵⁾. En este sentido es muy importante el consejo médico y la intervención mínima antes reseñada y, si es posible, debe intentarse diagnosticar la fase de abandono en que se encuentra el paciente: precontemplación (20-35 % de los fumadores), contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Hay que destacar que el proceso de abandono del tabaco no es un hecho concreto, sino más bien un proceso que se desarrolla en las fases mencionadas. El progreso por dichas fases depende fundamentalmente del propio fumador, pero también es susceptible de verse influenciado por la actitud del médico en particular y de los profesionales sanitarios en general. En un estu-

dio realizado con el objetivo de conocer la influencia del profesional sanitario en el proceso de deshabituación tabáquica se concluye que la intervención debe realizarse con el mismo hincapié en quienes solicitan ayuda y en los que todavía no se plantean el abandono del tabaquismo, y se debe contemplar el progreso de fase de abandono del tabaco como un éxito terapéutico para, con un abordaje posterior, conseguir la cesación competente del tabaquismo^(16,17).

Los niveles de actuación dependerán de la fase de abandono en la que se encuentre cada paciente y la dependencia tabáquica del mismo⁽¹⁸⁾.

– *Fumador consonante y en precontemplación*: en estos casos se realizará una intervención mínima o de nivel 1 que consiste en un consejo antitabaco, en el que se expliquen los daños del tabaco y las ventajas de dejarlo. Como se comentó anteriormente, consigue por sí sólo alrededor de un 5 % de éxitos al año (incluso mayor si ya existe enfermedad respiratoria) y, al menos, va a ayudar a que un fumador pase de ser consonante a disonante, o de una fase precontemplativa a contemplativa.

– *Fumador disonante y en contemplación*: se realizará una intervención media o de nivel 2, en la que debemos motivar y dar una guía informativa práctica para dejar de fumar. Hay que valorar la posibilidad de utilizar tratamiento de apoyo, bien psicológico o farmacológico (tratamiento sustitutivo con nicotina o bupropión).

– *Fumador con recaídas o con alta dependencia*: requiere una intervención médica especializada o de nivel 3. Se puede intentar una reducción del consumo de tabaco como paso previo a la abstinencia completa ya que, si lo consiguen, aumentará su motivación. Como se expondrá más adelante, las unidades de tratamiento especializadas de tabaquismo tienen funciones preventivas (plan integral), asistenciales (con intervención de máximo nivel, centrada en fumadores en fase de preparación o de acción, muy motivados y con alta dependencia), docentes (como área de capacitación



FIGURA 3. Lugares públicos. Espacios sin humos. Una mujer encendiendo un cigarrillo en un punto de fumadores del aeropuerto de Barajas.

específica) y de investigación (tanto básica como clínica)⁽¹⁹⁾.

FUNCIÓN SOCIAL

La magnitud que ha alcanzado la epidemia de tabaquismo en la actualidad ha hecho que haya dejado de ser un asunto estrictamente sanitario para convertirse, además, en un problema político, económico y social de primer orden. En este sentido, el neumólogo como líder de opinión debe contribuir de manera decisiva a sensibilizar a la opinión pública sobre las consecuencias de este hábito tan nocivo. Resulta importante conseguir que los movimientos populares adopten acciones contra el tabaquismo y creen un clima de opinión que esté a favor de la reducción del consumo del mismo. La sociedad civil debería recibir información clara sobre las estructuras de la industria tabaquera, sus actividades de financiación, sus estrategias y su potencial para influir en la política y en las tomas de decisiones. El neumólogo debe influir de manera decisiva sobre los partidos gobernantes para conseguir una serie de objetivos como: aumentar el precio de

los cigarrillos, prohibir la publicidad, prohibir la venta de tabaco a menores, prohibir fumar en lugares públicos (Fig. 3), restricción del consumo de tabaco en los lugares de trabajo, regulación del contenido de alquitrán y nicotina, campañas de educación sanitaria dirigidas a la población general, subvenciones a los agricultores de tabaco para plantar cultivos alternativos, restricciones a la importación de tabaco, mensajes en las cajetillas con advertencias de los riesgos del consumo de cigarrillos y, por último, proponer a la administración la creación de unidades especializadas de tratamiento de tabaquismo (UETT) .

NEUMOLOGÍA Y UNIDADES DE TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO

El correcto abordaje del problema del tabaquismo debe partir de la base de que nos encontramos ante una enfermedad crónica (OMS) y, como tal, requiere unas actuaciones diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento determinadas. Es evidente que el consejo médico y la intervención médica se pueden y deben realizar en atención primaria y en cualquier ámbito sanitario, pero el tratamiento farmacológico debe ser asumido por UETT. Estas unidades deben estar dirigidas por un neumólogo con experiencia en el problema del tabaquismo y tener un carácter multidisciplinario, es decir, contar con la participación de personal de enfermería y psicología especialmente motivado. En la actualidad, en las escasas UETT existentes en nuestro país, se atienden pacientes no seleccionados⁽²⁰⁾, pero la tendencia debe ser a que en estas unidades se aplique tratamiento de forma prioritaria a individuos que estén dispuestos a dejar de fumar en el próximo mes y que han realizado varios intentos en el último año, pero que han sufrido un cúmulo de problemas orgánicos y psicológicos que les impiden abandonar definitivamente los cigarrillos⁽¹⁷⁾. Aunque todavía son pocas las publicaciones referidas a las UETT y a las intervenciones intensivas, su eficacia se ha establecido sin discusión⁽²¹⁻²³⁾. La próxima aplicación del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo promulga-

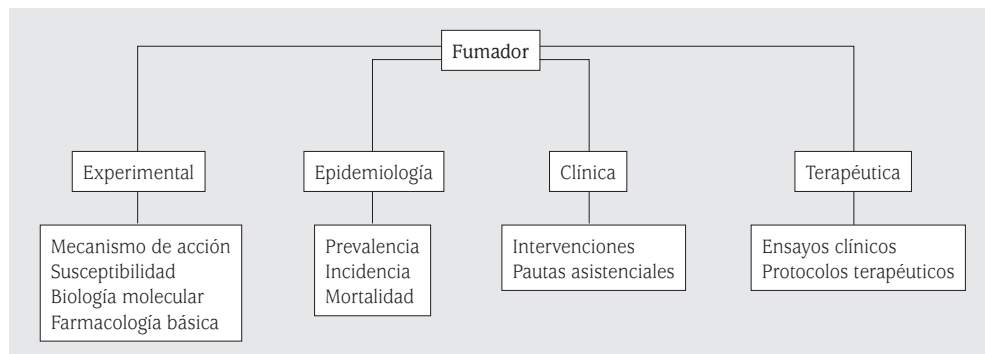


FIGURA 4. Neumólogo e investigación.

do por el Ministerio de Sanidad y Consumo va a obligar a modificar los recursos destinados para configurar los servicios de específicos de atención especializada^(24,25). En mi opinión, cada área sanitaria debería contar con una UETT dependiente del Servicio de Neumología y que idealmente se localizaría en el hospital de referencia con el fin de remarcar la importancia de la misma y poder facilitar el acceso a todos los habitantes del área. Además, resulta prioritario el tratamiento de pacientes ya afectados por enfermedades derivadas del consumo del tabaco (EPOC, neoplasias, enfermedades vasculares, etc.) que en la mayoría de casos tienen que acudir de forma regular a los hospitales.

NEUMÓLOGO E INVESTIGACIÓN

Durante años el tratamiento disponible para tratar la adicción al tabaco ha sido casi en exclusiva la terapia sustitutiva con nicotina -TSN- en sus diversas versiones (parches, chicles, *spray*), ya que los múltiples fármacos probados (ansiolíticos, antidepresivos, lobeina, clonidina, etc.) han sido poco utilizados por su menor eficacia y mayor toxicidad. En los últimos años, y gracias a los conocimientos sobre neurobiología de la adicción a la nicotina, se está planteando la utilización de tratamientos no nicotínicos. En este sentido, el neumólogo está desarrollando un papel decisivo en la investigación de nuevas aproximaciones entre las que destaca la reciente introducción del bupropión que ha mejorado el

tratamiento demostrando eficacia, comodidad y seguridad siempre que el tratamiento se realice de forma adecuada en el seno de programas multicomponentes especializados y en futuras terapias como la vacuna antinicotínica o la terapia génica.

En resumen, y como puede apreciarse en la figura 4, existen múltiples variadas posibilidades para realizar investigación en tabaquismo:

- *Investigación experimental* y básica, sobre el mecanismo de acción, la susceptibilidad al tabaco, la biología molecular y la farmacología básica.
- Investigación epidemiológica, en distintos ámbitos (local, de área, nacional, europea), con estudios de prevalencia, incidencia y mortalidad.
- Investigación clínica, en la que se valore la eficacia de intervenciones o las pautas asistenciales.
- Investigación terapéutica, con ensayos clínicos que evalúen las distintas posibilidades de tratamiento de que disponemos (consejo médico, fármacos, terapia sustitutiva con nicotina), con el objetivo de desarrollar protocolos terapéuticos.

NEUMÓLOGO Y DOCENCIA

El neumólogo debe ejercer una acción docente en relación con el problema del tabaquismo que se realizará en distintos ámbitos:

– *Pregrado*: no sólo medicina, sino también en otros estudios (enfermería, farmacia, odontología, terapia ocupacional, etc.).

– *Postgrado*: se debe incluir dentro de los programas de tercer ciclo, en el doctorado en neumología, así como en la formación especializada, dentro del programa MIR en neumología (en el programa de 1994, vigente en la actualidad, no existe nada).

– *Formación continuada*: consistirá en la realización de cursos para especialista o *master* en tabaquismo, etc.

– La *creación de un área* de capacitación específica.

Los procedimientos empleados para dicha docencia tienen que ser variados, con lecciones, conferencias, cursos, reuniones, publicaciones científicas, e incluir la enseñanza práctica (en las unidades de tabaquismo), y un programa completo en una unidad acreditada.

RESUMEN

El neumólogo debe desempeñar en la lucha contra el tabaco cuatro funciones: modélica, educadora, social y terapéutica, a las que deben añadirse las acciones en el campo de la investigación y de la docencia. La actitud del médico ante el tabaquismo como simple receptor de enfermedades derivadas del tabaco, o como agente activo que trata de identificar el problema, y los pacientes que lo sufren, y establecer un abordaje sistemático de ambos aspectos, constituye un factor decisivo. Esta actitud puede ser percibida por el paciente como una ayuda que se le ofrece, o puede ser demandada al no serle ofrecida de forma espontánea por el profesional sanitario. Aunque todos los profesionales de la salud deben implicarse en el problema del tabaquismo, el neumólogo debe seguir conservando el liderazgo en este campo, demostrando que es, y seguirá siendo, la mejor y más eficiente opción posible.

Vamos a asistir sin duda al desarrollo de niveles estructurales de intervención en tabaquismo que contemplen la asistencia a fumadores dentro de la atención primaria y espe-

cializada, como cualquier otro problema crónico de salud. Se producirá una mayor selección de la población que acuda a las UETT, incrementándose el número de fumadores con patologías (EPOC, cardiopatía isquémica, cáncer, etc.) y sumándose otros grupos de fumadores con características especiales (embarazadas, recaídas, etc.).

En conclusión, estamos frente a un problema de grandes dimensiones, con gran repercusión social, sanitaria y económica, pero la solución del mismo no es sólo de las autoridades sanitarias, sino también de los médicos en general, y, muy especialmente, de los neumólogos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Agudo L. La pandemia por tabaquismo. Arch Bronconeumol 2003; 39(supl4): 24-7.
2. Jiménez-Ruiz CA, de Granda Orive JI, Solano Reina S, Carrión Valero F, Romero Palacios P, Barrueco Ferrero M. Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo. Arch Bronconeumol 2003; 39: 514-23.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2001. Madrid.
4. Perez Trullen A, Clemente Jiménez ML. Estado actual y futuras terapias farmacológicas en la deshabituación tabáquica. Arch Bronconeumol 2001; 37: 184-96.
5. World Health Organization. The European report on tobacco control policy. WHO European ministerial conference for a tobacco-free Europe. WHO 2002.
6. Murray C, López A. WHO Informe sobre la salud en el mundo 2002. Geneva. WHO. 2002.
7. Pardell H, Jané M, Sánchez Nicolay I, Villabí JR, Saltó E, et al. Manejo del fumador en la práctica clínica. Recomendaciones para el médico español. Organización Médica Colegial. Ars Medica Editores. Barcelona 2002.
8. Rice VH, Otead LF. Nursing interventions for smoking cessation (Cochrane Review) En: The Cochrane Library, Issue 4, 2001. Oxford: Update Software.
9. Physicians urged to promote smoking cessation aids. MMWR 2000; 49: 665-9.
10. Sánchez Agudo L. El neumólogo ante la dependencia tabáquica. PAR nº 87: 1990; 31-50.

11. Solano Reina S, Alonso S, Cisneros C, Porelló O, Granda JL, Flórez S, et al. Papel de los profesionales de la salud ante el hábito tabáquico. Actualizaciones sobre el tratamiento del tabaquismo. Documento Técnico de Salud Pública nº 60. Editores Neumomadrid, Comunidad de Madrid. Insalud. Madrid 2000.
12. Romero Palacios PJ, Solano S, Jiménez CA, Barrueco M, Hernández I, Lorza JJ, et al. El tabaquismo entre los miembros de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Hacia un futuro mejor. *Prev Tab* 2000; 2: 151-65.
13. Programa de prevención de tabaquismo en profesionales sanitarios. Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del INSALUD 1998. Madrid. España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Abril 1999.
14. En compañía. Manual de intervención. Programa de Apoyo a la Intervención Sanitaria para el Tratamiento del Tabaquismo. GSK Editor. Madrid 2002.
15. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000; 55: 987-99.
16. Torrecilla M, Barrueco M, Jiménez C, Made-ruelo JA, Plaza MD, Hernández Mezquita MA. El médico y el paciente en la toma de decisión del abandono del tabaco. Repercusión de la iniciativa en el resultado de la intervención. *Arch Bronconeumol* 2001; 37: 127-34.
17. Jiménez-Ruiz CA, Solano S, Barrueco M, de Granda JI, Lorza JJ, Alonso S, et al. Recomendaciones para la organización y funcionamiento de las unidades especializadas en tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2001; 37: 382-7.
18. Coleman T. Smoking cessation: integrating recent advances into clinical practice. *Thorax* 2001; 56: 656-63.
19. Jiménez Ruiz CA, Barrueco M, Solano S, Torrecilla, Domínguez F, Díaz-Maroto JL, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. *Prev Tab* 2002; 4: 147-55.
20. Nerin I, Crucelaegui A, Mas A, Guillen. Perfil de los fumadores que solicitan tratamiento en una unidad de tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2003; 39: 298-302.
21. Evidence Based Recommendations on the treatment of tobacco dependence. WHO Regional Office for Europe. Ginebra. WHO, 2001.
22. Hajek P, West R. Treating nicotine dependence: the case for specialists smokers' clinics. *Addiction* 1998; 93: 637-40.
23. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation: evidence based recommendations for the health-care system. *Br Med J* 1999; 318: 182-5.
24. Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2002-2006. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo 2001.
25. Toledo Pallarés J. Planes de tabaquismo. Una realidad. *Prev Tab* 2002; 4: 117-9.