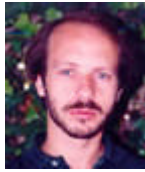


## Intervención de Enfermería en Tabaquismo



**José Ignacio Villar Navarro \***

**Unidad de Tabaquismo Area de Valme, Sevilla, España.**

Los Profesionales de la Salud (P.S.) deberían explicar a todos los pacientes fumadores los riesgos que para la salud comporta el fumar, así como la reducción de ese riesgo al cesar el hábito.

Todos los profesionales sanitarios, independientemente del nivel asistencial en el que se desarrolle nuestra actividad, debemos estimular la abstinencia, explicar los diferentes métodos disponibles para tratar el tabaquismo y ofrecer ayuda y fijar unas visitas de seguimiento a todos aquellos fumadores que manifiesten el deseo de abandonar su hábito tabáquico.

El tratamiento farmacológico para el abandono del tabaquismo está actualmente basado en la terapia sustitutiva con nicotina (TSN), que ha sido hasta la fecha la más investigada y más ampliamente utilizada, habiendo quedado demostrado su seguridad y eficacia frente a placebo.

Los P.S. constituyen el colectivo con mayor capacidad para influir de modo positivo o negativo sobre el tabaquismo en la Sociedad. Los P.S. tienen tres funciones a desempeñar para controlar y erradicar la epidemia de tabaquismo en nuestra sociedad (cerca de 3.000.000 de muertes al año en el mundo, debido a las enfermedades atribuibles al consumo de tabaco): 1. Modélica o ejemplar, 2. Educadora y 3. Terapéutica.

### **1. Función modélica o ejemplar**

Las conductas de salud de los P.S. inciden de forma importante, negativa o positivamente sobre las conductas de salud de la población. En relación con el hábito de fumar, el sanitario no fumador provoca con su conducta, que la gente no fume, reforzando el mensaje de que el tabaco es perjudicial para la salud. Sin embargo, el sanitario que fuma y lo hace públicamente, ejerce una fuerte influencia negativa sobre los mensajes sanitarios en relación con el control y prevención del tabaquismo. De ahí que todos los P.S. debemos dar la importancia que merece el "papel ejemplar" como promotor de la salud y hábitos saludables, comportándose ellos mismos, como no fumadores.

Desgraciadamente, en nuestro medio, la función modélica deja mucho que desear. En un estudio realizado en el ámbito hospitalario, se pone de manifiesto el escaso conocimiento de los P.S. de su función modélica al considerar el 41% de los médicos y el 39% de los enfermeros que su comportamiento como fumadores tenía escasa influencia ante sus pacientes.

La prevalencia del tabaquismo entre los médicos ha disminuido a cifras del 10% en algunos países de Europa, destacando el Reino Unido y algunos países Nórdicos. En otros Estados Europeos, entre los que se incluye España, los porcentajes permanecen todavía altos, entre 30% y 50%. En los últimos años, están apareciendo cambios prometedores en las actitudes de los P.S. sobre el tabaquismo, cada día se respeta más la prohibición y limitación estricta de fumar dentro de los Centros Sanitarios, fumando únicamente en las zonas autorizadas y delimitadas especialmente para ello, aunque también es una realidad que todavía nos queda mucho camino por recorrer hasta que consigamos que nadie fume en el interior de estos

Centros.

La participación de los P.S. en la prevención del tabaquismo debe ser activa y su intervención será más efectiva si actúan como modelos y se comportan como no fumadores. De hecho, en aquellos países donde las tasas de fumadores en los P.S. son bajas, los porcentajes de fumadores en la población general han decrecido y existen datos de disminución de la mortalidad causada por enfermedades derivadas del consumo de tabaco.

Así que la actitud más coherente del P.S. es la de ser no fumador y si esto no es posible por ahora, abstenerse de fumar en público, no ofrecer tabaco a los pacientes como signo de amistad, no aceptar obsequios ni objetos relacionados con el tabaco, no permitir fumar en la sala de espera, facilitar la difusión de material gráfico sobre prevención y tratamiento del tabaquismo (folletos informativos, carteles, guías prácticas, etc), en resumen, promocionar todo aquello que favorezca un ambiente "limpio de humo".

## **2. Función educadora**

Entre las medidas fundamentales utilizadas para fomentar la prevención y control del tabaquismo, destacan las campañas masivas destinadas a informar y sensibilizar a la población a través de los medios de comunicación (TV, radio, prensa, etc), la educación sanitaria en el medio escolar, estableciendo programas educativos destinados a prevenir el consumo de tabaco deteniendo o retrasando la conducta de fumar en los adolescentes y el consejo antitabaco (Intervención Mínima) impartido en el marco asistencial.

La Intervención Mínima (I.M.) destinada a los fumadores aconsejándoles el abandono de fumar, es el instrumento de intervención más sencillo y económico. La I.M. ha de ser breve, no durar más de 2-3 minutos, firme, dada con seriedad, clara, que sea fácilmente comprensible por la persona que lo recibe, y personalizada, tratando de relacionar la patología que presenta el paciente con su hábito tabáquico, destacando siempre más los beneficios del abandono que los perjuicios para la salud si continúa fumando. Los objetivos básicos del consejo médico son:

Aumentar la motivación, informando a los fumadores que no conocen bien los efectos nocivos del tabaco y los beneficios que comporta él dejarlo.

Aumentar la percepción de autoeficacia, es decir, favorecer e incrementar la confianza en el éxito para dejar de fumar.

Como apoyo de la I.M. se debe aportar material gráfico como guías prácticas y folletos informativos.

El ya clásico estudio de Russell llevado a cabo por médicos generalistas, demostró que sólo con el consejo médico más la entrega de un folleto informativo se podía conseguir hasta un 5% de abstinentes al año, frente al 0,3% del grupo control, que no recibió ni consejo ni folleto, lo que suponía 25 exfumadores al año por cada médico general. Si en nuestro país, cada P.S. incorporara a su práctica diaria la I.M. y aportara un folleto informativo para dejar de fumar, el número de exfumadores sería considerable, con mucho menor coste que en las Unidades Especializadas.

Los fumadores confiesan que el consejo es un factor muy importante de ayuda para dejar de fumar. Este hallazgo es particularmente relevante dado que aproximadamente el 70% de los fumadores visita a su médico cada año. Ya desde 1.980 la Asociación Médica Americana recomendaba a sus médicos que aconsejaran a todos sus pacientes fumadores dejar el tabaco, sin embargo existen numerosos trabajos en la literatura que revelan que un alto porcentaje de fumadores no recibe sistemáticamente el consejo antitabaco. En el estudio referido anteriormente, tan sólo el 37% de los médicos y el 14% de los enfermeros incorporan el consejo antitabaco en su práctica asistencial diaria. Una de las razones básicas para explicar este comportamiento es que muchos médicos y enfermeros tienen escasos conocimientos sobre la problemática del tabaquismo y desconfían de que su consejo para dejar de fumar pueda tener éxito. Esto puede ser debido a que la mayoría de los P.S. no fueron instruidos durante sus estudios sobre los métodos para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar. Un modo eficaz de mejorar la práctica asistencial en relación con el abandono del tabaco debería ser potenciar la inclusión de temas de Tabaquismo en el curriculum de los estudiantes de Medicina y en las Escuelas de Enfermería.

### **3. Función terapéutica**

La investigación del hábito tabáquico y su reseña en la Historia Clínica es obligada en todos los pacientes que acuden a nuestros servicios.

#### **3.1. Pautas de intervención**

Las pautas de intervención por su simplicidad y fácil aplicación deberían incorporarse como rutinarias en la práctica asistencial diaria: Preguntar en la primera visita a cada paciente si es fumador, independientemente de si la patología que presenta es secundaria al consumo de tabaco.

- Aconsejar firmemente a todos los fumadores que dejen de fumar mediante el consejo antitabaco.
- Diagnosticar la fase de abandono en la que se encuentra el fumador.
- Ayudar a los fumadores que quieran dejarlo. Proponer que fijen la fecha de abandono. Entregar material gráfico, folletos informativos y guías prácticas.
- Fijar visitas de seguimiento.

#### **3.2. Diagnóstico de la etapa de abandono y su enfoque terapéutico**

No todos los fumadores se encuentran en condiciones para dejar de fumar de forma inmediata, para ayudar con éxito a los pacientes fumadores, es útil conocer previamente en qué fase de abandono se encuentra. El proceso de abandono conlleva un cambio de conducta a través de 5 etapas: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

##### **3.2.1. Precontemplación**

Los fumadores que se encuentran en esta etapa, no tienen intención de dejarlo en los próximos 6 meses. Se encuentran en esta fase aproximadamente un 35% de todos los fumadores. La función modélica y educadora son eficaces en esta fase.

##### **3.2.2. Contemplación**

Los fumadores en esta etapa están pensando seriamente en dejarlo en los próximos 6 meses. Aquí se encuentran el 50% de los fumadores. En esta fase debemos encauzar nuestros esfuerzos en ayudarles para que cambien el "pensar" por "el actuar para dejar de fumar", brindarles nuestro apoyo para que lo intenten, favorecer y estimular su motivación para dejarlo y mostrarnos optimistas en el éxito.

##### **3.2.3. Preparación**

Aquí el fumador intentará dejarlo en el próximo mes, muchos lo han intentado previamente sin éxito. Debemos incitarle a que fijen fecha para el abandono a partir de la cual no deberá fumar ningún cigarrillo. Es beneficiosa la entrega de folletos y guías prácticas para dejar de fumar así como concertar visitas de seguimiento. En esta etapa se encuentran el 15% de todos los fumadores.

##### **3.2.4. Acción**

En esta etapa deciden dejar de fumar, este período se alarga durante los próximos seis meses y es la fase donde existe mayor riesgo para la aparición de recaídas. Aquí debemos reforzar su comportamiento en las sucesivas visitas de seguimiento, ayudarles a superar y a evitar las situaciones que puedan incitarles a recaer y de este modo facilitarles su progresión hacia la siguiente fase.

##### **3.2.5. Mantenimiento**

Cuando un sujeto ha permanecido abstinentemente por más de seis meses, decimos que se encuentra en fase de mantenimiento, en la que consigue un estilo de vida más saludable. Al mantener la abstinencia tabáquica durante 1 año pasa a ser considerado como un exfumador.

### **Tabaquismo y enfermedades cardiovasculares**

El tabaco produce alteraciones perniciosas a nivel de la agregación, coagulación, endotelio y pared vascular. También aumenta la frecuencia cardiaca, la tensión arterial y disminuye el umbral de fibrilación ventricular. Disminuye el efecto protector de algunos fármacos antianginosos. Estos efectos junto con la estimulación aguda que produce la liberación de catecolaminas, pueden precipitar un infarto agudo de miocardio o la muerte súbita en pacientes con circulación coronaria comprometida.

La mortalidad producida por coronariopatía en relación con el consumo de cigarrillos es más de tres veces superior a la producida por cáncer de pulmón.

Es el primer factor de riesgo en pacientes de menos de 40 años. En general se reduce entre un 40% y 50% el riesgo de muerte o de reaparición de la enfermedad en las personas que dejan de fumar, en comparación con las que continúan fumando después del evento coronario.

El riesgo a largo plazo en aquellas personas que dejan el tabaco, disminuye rápidamente y al cabo de 5 años se aproxima al riesgo que corren las que nunca han fumado. Las ventajas se notan inmediatamente después de dejar de fumar, reduciéndose el riesgo de muerte súbita.

El abandono total del tabaco es un componente esencial en el cuidado del paciente con enfermedad cardíaca crónica.

El concepto de fumar como hábito psicosocial o como urgencia para satisfacer la carencia oral ya no es considerado como una razón fundamental para continuar fumando. En un buen número de fumadores, los efectos farmacológicos de la nicotina conducen finalmente a la drogodependencia, y la falta de nicotina conduce a los síntomas de abstinencia. La aceptación del concepto de adicción a la nicotina requiere un esfuerzo concertado por parte de los sanitarios para comprender esta dependencia y para desarrollar técnicas duraderas que puedan ayudar a la deshabitación.

### **Enfermedades cardiovasculares**

El tabaquismo es una de las causas principales de cardiopatía coronaria (CC) y la CC prematura es una de las consecuencias médicas más importantes. Aproximadamente el 20 % de las 500 000 muertes por CC anuales en Estados Unidos se atribuyen al tabaquismo. El tabaquismo, la hipertensión y la hipercolesterolemia son los tres factores de riesgo principales de la CC. El tabaquismo actúa tanto de forma independiente como sinérgica con los otros factores de riesgo de la CC. Dos factores de riesgo pueden multiplicar por cuatro el riesgo de CC y tres factores de riesgo pueden multiplicarlo por ocho. Existe una relación dosis-respuesta entre el riesgo de CC y el tabaquismo.

Estas tasas de mortalidad por CC son un 60 a 70 % mayores en fumadores varones que en no fumadores. La muerte súbita puede ser la primera manifestación de CC, y es de 2 a 4 veces más probable en fumadores jóvenes varones que en no fumadores. Las fumadoras de cigarrillos tienen también más riesgo de padecer CC que las no fumadoras y el uso simultáneo de cigarrillos y anticonceptivos orales aumenta este riesgo al menos diez veces. Los individuos que siguen fumando después de un infarto de miocardio tienen más probabilidades de morir por CC que aquellos que dejan de fumar. Los fumadores que han sido sometidos a cirugía de derivación coronaria tienen mayor mortalidad perioperatoria que los que no fuman. El tabaquismo contribuye a producir tanto la aterosclerosis coronaria como eventos agudos coronarios isquémicos, trombóticos y arrítmicos. El consumo de cigarrillos puede interferir con la eficacia de los medicamentos utilizados para tratar la CC, como el propranolol.

El tabaquismo es una causa importante de enfermedades cerebrovasculares y origina aproximadamente un 18 % de las 150 000 muertes por ictus que ocurren anualmente en Estados Unidos. Estudios epidemiológicos extensos llevados a cabo en hombres y mujeres han mostrado un mayor riesgo de ictus entre fumadores que entre no fumadores, una relación dosis-respuesta entre fumar y riesgo de ictus, y una disminución del riesgo de ictus al dejar de fumar. En las mujeres, es más probable la hemorragia subaracnoidea en fumadoras que en no fumadoras, y el uso simultáneo de cigarrillos y anticonceptivos aumenta en gran medida este riesgo.

El tabaquismo es el factor de riesgo más importante para la arteriosclerosis ocliterante y la tromboangitis ocliterante. También agrava la isquemia periférica y puede afectar de forma adversa a los injertos de derivación periféricos. La tasa de mortalidad de los aneurismas aórticos ateroscleróticos es mayor en fumadores varones que en no fumadores.

### Ver información adicional

(Zip 633KB)

Esta presentación tiene texto acompañando cada diapositiva.  
Para verlas, utilizar la rutina "Ver" y luego "Página de Notas"

### Bibliografía

1. Altman J, Everitt BJ, Glautier S, Markou A, Nutt D, Oretti R, et al. The biological, social and clinical basis of drug addiction: commentary and debate. *Psychopharmacology* 1996;125:285-345.
2. Ayesta FJ, Camí J. Farmacodependencias. En: Flórez J, editor. *Farmacología humana*. 4.ª ed. Barcelona: Masson, 2003; p. 595-621.
3. Barrero M, Hernández MA, Torrecilla M. *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Ergon, 2003.
4. Otero M, Cortijo C, Ayesta FJ. El tabaquismo como adicción. *Cardiovasc Risk Factors* 2003;4: 222-34.
5. Becoña E. Estadios de cambio en la conducta de fumar: su relevancia en el tratamiento de fumadores. *Prev Tab* 2000;2:106-12.
6. Di Clemente CC. *Addiction and change: how addictions develop and addicted people recover*. Nueva York: Guilford Press, 2003.
7. Siqueland L, Crits-Christoph P. Current developments in psychosocial treatments of alcohol and substance abuse. *Curr Psychiatry Rep* 1999;1:179-84.
8. Abrams DB, Niaura R, Brown RA, Emmons KM, Goldstein MG, Monti PM. *The tobacco dependence treatment handbook: a guide to best practices*. Nueva York: Guilford Press, 2003.
9. Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ* 2000;321:355-8.
10. West R, McNeill, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000;55:987-99.
11. Hughes J, editor. *Guía clínica para el tratamiento de la dependencia de nicotina de la Asociación Psiquiátrica Americana*. Madrid: Ars Médica, 2001.
12. Ayesta FJ, Otero M. El tabaquismo como una enfermedad crónica. En: Jiménez-Ruiz CA, Fagerström KO, editores. *Manual de tabaquismo [en prensa]*. Madrid: Aula Médica, 2004.
13. Fiore MC, editor. *Treating tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.
14. Becoña E, Vázquez FL. *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dykinson, S.L., 1998.

- Diplomado en Enfermería, Sevilla, España.
- Licenciado en Psicología, Sevilla, España.
- Master en Terapia Familiar, Sevilla, España.
- Experto en Psicoterapia Dinámica, Sevilla, España.
- Enfermero de la Unidad de agudos de Salud Mental del H.U., de la Comunidad Terapéutica del H. U, Valme, Sevilla, España.
- Director de enfermería del H.U. de Valme, Sevilla, España.
- Unidad de tratamiento del tabaquismo del H.U. de Valme, Sevilla, España.
- Profesor asociado del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sevilla, Sevilla, España.

Publicación: Octubre 2005

[Tope](#)

Preguntas, aportes y comentarios serán respondidos por el relator o por expertos en el tema a través de la lista de Enfermería Cardiovascular  
Llene los campos del formulario y oprima el botón "Enviar"

**Preguntas, aportes o comentarios:**

**Nombre y apellido:**

**País:**

**Dirección de E-Mail:**

**Dr. Diego Esandi**  
Co-Presidente  
Comité Científico  
[Correo electrónico](#)

**Dra. Silvia Nanfara**  
Co-Presidente  
Comité Científico  
[Correo electrónico](#)

**Prof. Dr. Armando Pacher**  
Presidente  
Comité Técnico/Organizador  
[Correo electrónico](#)

©1994-2005  [CETIFAC](#) - [Bioingeniería UNER](#)

[Webmaster](#) Actualización: 10-oct-05