



05

artículo

Jesús Méndez-Cabeza Velázquez [[Buscar autor en Medline](#)]

Gonzalo Lumbreras García [[Buscar autor en Medline](#)]

Jesús Molina París [[Buscar autor en Medline](#)]



Estrategias de prevención. Abordaje del tabaquismo y de la contaminación ambiental

Introducción

La reducción de la exposición individual total al humo del tabaco, a polvos y sustancias químicas laborales y a la contaminación del medioambiente y de los espacios cerrados son metas importantes para prevenir el inicio y la progresión de la EPOC ¹.

La educación sanitaria influye en los pacientes para optimizar sus habilidades, mejorar su capacidad de sobrellevar la enfermedad y su estado general de salud. Además, la educación es eficaz para alcanzar ciertas metas específicas, incluyendo dejar de fumar ² (**Evidencia A**), la discusión y comprensión de aspectos relacionados con los deseos y decisiones sobre los cuidados médicos al final de la vida ³ (**Evidencia B**), y la mejora de la respuesta de los pacientes a las exacerbaciones ⁴ (**Evidencia B**).

Deshabitación tabáquica

El abandono del hábito de fumar es la manera más efectiva (y coste-efectiva) de reducir el riesgo de desarrollar EPOC y de detener su progresión (**Evidencia A**).

Un consejo breve, por ejemplo recomendar en tres minutos a un fumador la necesidad inminente de dejar de fumar, es efectivo, y es lo mínimo que debe hacerse con todo fumador y en cada visita ^{5,6} (**Evidencia A**).

La educación sanitaria, las políticas de sanidad pública y las técnicas de difusión de la información son componentes básicos para el abandono del hábito tabáquico. En la actualidad, el Servicio Americano de Salud Pública recomienda un programa de estrategias ⁷ (**tabla 1**) que facilita a los profesionales de la sanidad interesados en ayudar a sus pacientes a que dejen de fumar una herramienta de alta utilidad. Son especialmente eficaces tres tipos de medidas de apoyo: consejos prácticos y soporte social, como parte del tratamiento, y ayuda del entorno (**Evidencia A**).

Existen numerosos tratamientos farmacológicos eficaces para dejar de fumar ⁸ (**Evidencia A**). Se recomienda el tratamiento farmacológico cuando las medidas de apoyo no son suficientes para que los pacientes abandonen el hábito tabáquico, excepto en circunstancias especiales. Múltiples estudios concluyen que la terapia sustitutiva de nicotina en cualquiera de sus formas (chicle, inhalador, aerosol nasal, parche transcutáneo, tableta sublingual o gragea) aumenta considerablemente la tasa de abstinencia ^{7,8}. Los antidepressivos, bupropión y nortriptilina, han demostrado incrementar la tasa de abandono de fumar a largo plazo, a pesar de no llevarse a cabo suficientes estudios ^{7,8}. Antes de iniciar el tratamiento farmacológico debe prestarse especial atención a fumadores de menos de 10 cigarrillos al día, mujeres embarazadas, adolescentes y personas con contraindicaciones médicas (enfermedad coronaria inestable, úlcera péptica no tratada, infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular reciente -para el tratamiento sustitutivo de nicotina-, y antecedentes de convulsiones -para bupropión- ⁷).

La eficacia de las distintas intervenciones para dejar de fumar consiguiendo una abstinencia de 6 meses o más queda reflejada en la **tabla 2**, ⁹.

El protocolo de intervención para ayudar a dejar de fumar tiene seis puntos fundamentales **10,11,12**:

1. Todo paciente que acuda a consulta médica, independientemente de la causa, debería ser interrogado sobre consumo de tabaco, y registrarlo en su historia clínica:

bibliografía

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Lung Disease (GOLD). Global strategy for diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. U. S. Department of Health and Human Services Public Health Service National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute NIH 2003
<http://www.goldcopd.com>

2. Anthonisen NR, Connett JE, Kiley JP, Altose MD, Bayley WC, Buist AS, Conway WA Jr, Enright PL, Kanner RE, O' Hara P y cols. Effect of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV1. The Lung Health Study. JAMA 1994; 272: 1497-1505.

3. Heffner JE, Fahy B, Hilling L, Barbieri C. Outcomes of advance directive education of pulmonary rehabilitation patients. Am J Respir Crit Care Med 1997; 155: 1055-1059.

4. Clark NM, Nothwehr F, Gong M, Evans D, Maiman LA, Hurwitz ME, Roloff D, Mellins RB. Physician-patient partnership in managing chronic illness. Acad Med 1995; 70: 957-959.

5. Britton J, Knox A. Helping people to stop smoking: the new smoking cessation guidelines. Thorax 1999; 54: 1-2. **Ver más**

enlaces

No hay enlaces de interés



- Si el paciente nunca ha fumado, debe ser felicitado y animado a continuar sin fumar.
 - Si es exfumador, debe ser felicitado y animado a mantenerse en su abstinencia.
 - Si es fumador pasamos al siguiente punto.
2. Intentar averiguar el grado de dependencia y la motivación, mediante 4 preguntas:
 - ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
 - ¿Cuánto tiempo tarda en encender el primer cigarrillo del día desde que se despierta?
 - ¿Quiere dejar de fumar?
 - ¿Fijaría una fecha para dejarlo antes de 30 días?
 3. Si no fija fecha, efectuaremos una intervención mínima basada en el consejo motivador para ayudar a avanzar en el proceso de cambio, y efectuaremos un seguimiento en las sucesivas visitas.
 4. Si fija fecha, pero no cree que necesita ayuda, felicitarle por ello y animarle a intentarlo. Aclarar dudas y temores y facilitar material de apoyo para dejar de fumar.
 5. Si fija fecha pero necesita ayuda, se realizará una intervención avanzada de apoyo y se realizará un seguimiento de la abstinencia programado.
 6. Si el paciente se mantiene abstinentes durante un año, pasará a ser considerado como exfumador. Si recae, hacerle ver que esto también forma parte del proceso y animarle a realizar un nuevo intento.

Por lo tanto, el desarrollo de un plan de ayuda al fumador en el ámbito de Atención Primaria es efectivo y factible, si bien es necesario intensificar el seguimiento en los primeros meses, ayudando a aceptar las recaídas como parte del proceso ¹³.

La evidencia demuestra que la intervención conjunta, psicológica y farmacológica, tiene una eficacia superior a la intervención sólo ¹⁴.

Exposición laboral

La mayoría de las patologías respiratorias producidas por la exposición ocupacional a contaminantes pueden controlarse o reducirse disminuyendo la carga de partículas y los gases que son inhalados en el lugar de trabajo. Es importante la prevención primaria, que se consigue mediante la eliminación o la reducción de la exposición a varias sustancias en el lugar de trabajo, junto a la prevención secundaria, mediante la vigilancia epidemiológica y la detección precoz de nuevos casos.

Contaminación ambiental y de espacios cerrados

Diariamente, los individuos se desenvuelven al aire libre y en ambientes cerrados, cada uno de los cuales presentan sus propios agentes contaminantes aéreos, creando así en conjunto el concepto de "exposición individual total". La reducción de la exposición individual total depende del esfuerzo combinado de políticas generales públicas y medidas de protección propias de cada individuo.

