

LA MEDICINA FAMILIAR COMO EJE CENTRAL DEL ABORDAJE DEL TABAQUISMO A PARTIR DE LOS DIFERENTES NIVELES DE PREVENCIÓN

El médico de Familia considera cada contacto con sus pacientes como una ocasión ideal para aplicar medidas de prevención o educación sanitaria. Puesto que como media ve a sus pacientes unas 4 veces al año, tiene muchas oportunidades para practicar la medicina preventiva.¹

La US Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)³ afirma que el tratamiento del tabaquismo es el gold standard de las intervenciones preventivas, y propone realizar las mismas en 3 niveles, siguiendo la propuesta de Stokes⁴. En cada uno de los niveles de prevención se valora el tipo de intervención, el lugar y la forma más adecuada de realizarla, y la implementación a cabo por los más idóneos.

La atención primaria reúne las condiciones ideales (accesibilidad, continuidad de cuidados, seguimiento longitudinal, manejo de la relación médico-paciente) para plantear acciones preventivas frente a las enfermedades evitables y las defunciones prematuras, como las causadas por el tabaquismo, y posibilita el seguimiento longitudinal^{1,5}. Se ha publicado que cerca del 70% de los fumadores de un país desarrollado visita a su médico de familia al menos una vez al año y el 50% realiza una consulta al dentista^{3,6}; según el NHS inglés⁷, el 80% de la población a su médico de familia una vez al año y el 90% de los contactos con los pacientes sucede en las consultas de atención primaria. En la memoria publicada del Insalud el 31 de diciembre de 2000, el número medio de visitas de los pacientes a su médico de cabecera es de 6,7 al año. Con respecto a otros profesionales sanitarios, el NHS estima que el 68% de la gente visita a su farmacéutico mensualmente.

El programa de capacitación dirigido al equipo de Salud (de la ahora Secretaría de Salud de la Nación) Abordaje Integral del Tabaquismo, está dirigido a todo el equipo de Salud en su conjunto y basado en el modelo de Redes asistenciales y comunitarias^{11,12}.

Las acciones de prevención secundaria están dirigidas a realizar el diagnóstico temprano y la inmediata interrup-

ción de la progresión y/o su cese temprano; se direcciona a las personas que están en contacto con el tabaco cualquiera sea su nivel y frecuencia de consumo y que todavía no han desarrollado una enfermedad asociada. Se utilizan los screenings o rastreo, mediante los cuales se realiza una búsqueda activa en los miembros de un grupo poblacional con factores de riesgo y que se da en el marco de un contacto, tenga o no que ver con el motivo de consulta⁸ mediante la realización de prescripción facultativa o consejo médico⁹, en un intento de modificar el patrón de consumo. Este consejo debe ser personalizado e incluir, al menos, información, asesoramiento, oferta de ayuda y seguimiento (regla de las 5 A para motivados, regla de las 5 R para no motivados). Cualquier personal sanitario de las consultas de atención primaria (esto incluye a todos los miembros del equipo de salud)¹⁰ son el marco idóneo, pero no exclusivo, para este tipo de prevención, porque proporciona acceso directo a toda la población, permite la integración de las actividades preventivas con las curativas y favorece el seguimiento del problema hasta su completa solución.

La prevención terciaria es el objetivo de todo fumador con enfermedad producida por su adicción. Consiste en el tratamiento de la enfermedad, que incluye la desintoxicación y el abordaje de los trastornos asociados con el tabaco. En esta etapa se trabaja la deshabitación de la dependencia tabáquica (terapia psicológica intensiva y/o farmacológica) y el aprendizaje de las formas de convivencia social, laboral y familiar, sin consumo de tabaco. La responsabilidad en este nivel preventivo, inicialmente, debe ser compartida por los diferentes niveles, para finalmente, si el caso lo precisa, ser remitido a las unidades especializadas dirigidas por personal altamente calificado.

Concluimos que la figura de un profesional formado con estas competencias y que pueda desenvolverse en los 3 niveles de prevención, es una herramienta potente en el tratamiento de esta adicción.

Como vemos y volviendo al principio de la cuestión, el médico de familia atiende a sus pacientes en su consultorio, en su domicilio y en el Hospital¹, situándose como parte de una red de atención sanitaria, y ocupando un lugar privilegiado en el equipo de salud, siendo el actor principal y coordinando a aquellos intervinientes en el abordaje de esta problemática adicción- por la cantidad de contactos, el seguimiento longitudinal y el conocimiento del contexto de la persona¹.

Dentro del arsenal terapéutico disponible, la terapia de sustitución nicotínica tiene buena evidencia de su uso en diferentes formatos -chicles, caramelos de disolución o parches, incluso spray nasal- duplicando la tasa de éxito de los tratamientos. En estos casos, la experiencia del profesional va a ser la que decida cual sustituto usar y por cuanto tiempo^{13,14,15}.

Dr. Andrés Tomasone

Especialista en Medicina Familiar Asociado al Servicio de Medicina Familiar, Hospital Italiano de Buenos Aires. Integrante del Programa de Control del Tabaco, Hospital Italiano de Buenos Aires. Miembro de la Comisión Directiva AsAT

Bibliografía: 1. McWhinney, Ian R. Medicina de Familia. Mosby/Doyma. 1996 capítulo 2. Principios de la Medicina de Familia. Pág 12-15. 2. Pérez Trullén A, et al. Abordaje de la prevención y el tratamiento del tabaquismo: ¿a quién, cuándo y cómo realizar la deshabitación tabáquica? Arch Bronconeumol 2004;40(Supl 3):63-73. 3. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence. Rockville: US Department of Health and Human Services. Agency for Health Care Policy and Research, 2000. Publication n.º 2000-0032. 4. Stokes J, Shindell S. Definition of terms and concepts applicable to clinical Preventive Medicine. J Comm Health 1982;3:33-41. 5. Gogorcena MA. El papel de los médicos de atención primaria en la lucha contra el tabaquismo. Centro de Salud 1994;9:1-6. 6. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SC, et al. Smoking cessation: clinical practice guideline. n.º 18. Rockville: Agency for Health Care Policy and Research, 1996. Publication n.º 96-0692. 7. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals: a guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. Thorax 1998;52:1S-19S. 8. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation: evidence based recommendations for the healthcare system. BMJ 1999;318:182-5. 9. Pérez Trullén A, Marrón R. Guías prácticas de deshabitación tabáquica: ¿qué son, por qué y cómo utilizarlas? Arch Bronconeumol 1999;35:84-8. 10. Colom Beltrán JF. Actitud del personal de farmacia en la prevención y deshabitación tabáquica, y características de su hábito. Estudio en la Comunidad Autónoma de Aragón [tesis doctoral]. Universidad de Zaragoza, 2002. 11. Abordaje Integral del Tabaquismo. MSN. 2016. 12. Dabas, Elina Nora. Red de Redes. Las prácticas de las intervenciones en redes sociales. Ed Paidós. 1993. 13. Michol C, Fiore MD, MPH Treatment Tobacco Use and Dependence 2008 Update U.S. Department of Health and Human Services May 2008. 14. Guía Nacional del Tratamiento de la Adicción al Tabaco - Ministerio de Salud de la Nación 2011- 2014. 15. Shiffman S, Ferguson SG. Nicotine patch therapy prior to quitting smoking:meta-analyses Addictio2008;103(4):557-63.4. JiménezRuizC-FagerströmK:Tratado Tabaquismo - 3era Edición. Cap. 33 395-403