

Atención Primaria de Calidad

GUÍA de BUENA PRÁCTICA CLÍNICA en

*Abordaje
del tabaquismo*

Atención Primaria de Calidad

Guía de Buena Práctica Clínica en

Abordaje del tabaquismo

- Coordinadores**
- Dr. Francisco Toquero de la Torre
Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén.
 - Dr. Julio Zarco Rodríguez
Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria del IMSALUD. Profesor Honorífico de la Facultad de Medicina de la UCM.
- Asesor en la especialidad**
- Dr. Rodrigo Córdoba García
Médico de Familia. Profesor Asociado de la Facultad de Medicina. Centro de Salud Universitario Delicia Sur. Zaragoza. Presidente del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT).
- Autores**
- Dr. Ricardo Abengózar Muela
Facultativo de Área de Alergología. Complejo Hospitalario de Toledo. Hospital Virgen del Valle. Toledo.
 - Dr. Francisco Camarelles Guillem
Médico de Familia. Centro de Salud General Moscardó. Madrid.
 - Dr. José Luis Díaz-Maroto Muñoz
Médico de Cabecera. Centro de Salud Guadalajara-Periférico.

© IM&C, S.A.

Editorial: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C)

Alberto Alcocer, 13, 1.º D. 28036 Madrid

Tel.: 91 353 33 70. Fax: 91 353 33 73. e-mail: imc@imc-sa.es

Esta obra se presenta como un servicio a la profesión médica. El contenido de la misma refleja opiniones, criterios, conclusiones y/o hallazgos propios de sus autores, los cuales pueden no coincidir necesariamente con los de GlaxoSmithKline.

Algunas de las referencias que, en su caso, se realicen sobre el uso y/o dispensación de los productos farmacéuticos de los que es titular GlaxoSmithKline pueden no ser acordes en su totalidad con la correspondiente Ficha Técnica aprobada por las Autoridades Sanitarias competentes, por lo que aconsejamos su consulta.

ISBN: 84-690-2628-3

Depósito Legal: M-48568-2006

ÍNDICE

Prólogos	7-9
Introducción	11
El tabaquismo, un problema de salud pública	13
Valoración del fumador	23
Estrategia de intervención breve	49
Estrategia de intervención intensiva	65
Tratamiento farmacológico	83
Tratamiento en situaciones especiales	105
Organización de la consulta	113
Anexos	119

PRÓLOGO

La formación continuada de los profesionales sanitarios es hoy una actividad ineludible y absolutamente necesaria si se quiere realizar un ejercicio profesional acorde con la calidad exigida. En el caso del ejercicio médico, una forma de mantener ese alto grado de calidad y responder a las exigencias de la Medicina Basada en la Evidencia es el establecimiento de unas normas de actuación acordes con el conocimiento científico.

Ello es lo que pretenden las «Guías de Buena Práctica Clínica» en los distintos cuadros médicos. Han sido elaboradas por médicos pertenecientes al ámbito de la Atención Primaria, que vierten en ellas la experiencia de su trabajo y larga dedicación profesional y se dirigen a médicos que ejercen en ese mismo medio; por tanto, su contenido es eminentemente práctico y traduce lo que el profesional conoce de primera mano, ayudándole a la toma de la decisión más eficiente.

Dr. Alfonso Moreno González
Presidente del Consejo Nacional
de Especialidades Médicas

PRÓLOGO

Como presidente de la Organización Médica Colegial, quiero destacar la importancia de la realización y uso de las «Guías de Buena Práctica Clínica» (GBPC), que se están realizando por esta Institución.

Es necesario formar e informar al médico, siempre respetando su *lex artis*, pero estableciendo unos criterios mínimos de actuación consensuados científicamente y avalados por los especialistas en la materia, que nos permitan, como profesionales de la Medicina, dar la calidad asistencial que la sociedad demanda.

Las GBPC ayudan al médico en el ejercicio diario de su profesión, proporcionándole, de manera precisa y esquemática, opciones de actitudes diagnósticas y terapéuticas, basadas en evidencia científica y criterios exclusivamente profesionales.

Deseo que esta iniciativa logre la finalidad de facilitar al profesional su actuación clínica sobre patologías prevalentes, unificando criterios para ser más resolutivos, y dando argumentos para defender con criterios profesionales nuestro trabajo diario.

Dr. Isacio Sigüero Zurdo
Presidente del Consejo General
de Colegios Oficiales de Médicos

INTRODUCCIÓN

El tabaco es el único producto de venta legal que usado según las recomendaciones del fabricante acaba con la vida de uno de cada dos consumidores. Siendo así resultaría sorprendente que tanta gente siguiera consumiendo este producto si no hubiera algún motivo muy poderoso que impulsara a los individuos a mantener la conducta a pesar del conocimiento genérico del riesgo que implica. Ese impulso poderoso se llama adicción. La adicción supone la búsqueda de placer inmediato ignorando los riesgos futuros. Es muy importante enfatizar que los factores de adquisición de la conducta de fumar son diferentes de los factores que explican su mantenimiento a lo largo del tiempo. Los motivos que explican el inicio en la conducta de fumar son muy complejos e incluyen una combinación de factores sociales, de mercado e individuales de tipo genético y psicológico. El único motivo para seguir fumando es la adicción a la nicotina y el apego a la conducta de fumar. La extensión de la conducta de fumar tanto en varones como en mujeres no se explicaría sin la fuerte presión del mercado y de todas las técnicas de publicidad, patrocinio y promoción directas e indirectas. Cada año comienzan a fumar en España 170.000 chicas y chicos adolescentes reclutados hábilmente por una industria sin escrúpulos que necesita reemplazar a los fumadores que han fallecido (a menudo a causa del taba-

co) o han dejado de fumar para mantener sus beneficios económicos. La evaluación de la conducta de fumar incluye la valoración de diferentes rasgos psicológicos, motivaciones, creencias, expectativas y desviaciones conductuales. La epidemia de tabaquismo supone un reto sanitario de proporciones gigantescas. Sin la implicación de todos los profesionales de la medicina no va a ser posible controlar esta epidemia y reducir su espectacular impacto sanitario, económico y social.

Dr. Rodrigo Córdoba García

Médico de Familia

Profesor Asociado de la Facultad de Medicina

Centro de Salud Universitario Delicia Sur. Zaragoza

Presidente del Comité Nacional

para la Prevención del Tabaquismo (CNPT)

El tabaquismo, un problema de salud pública

Dr. Rodrigo Córdoba García

Médico de Familia. Profesor Asociado de la Facultad de Medicina. Centro de Salud Universitario Delicia Sur. Zaragoza. Presidente del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT).

En los últimos cincuenta años se han acumulado un conjunto de evidencias muy consistentes sobre la asociación del consumo de tabaco con un exceso de riesgo de mortalidad por numerosas causas, entre las que se encuentran varios tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares y procesos respiratorios crónicos de elevada prevalencia. Debido a esto, el tabaco ha sido reconocido por la comunidad científica como la causa aislada más importante de morbilidad y mortalidad prematura prevenible. El tabaco ocasionó 621.678 muertes en varones y mujeres españoles en el período 1978-1992 y una de cada tres de todas estas defunciones ocurren en personas menores de 65 años, con elevada esperanza de vida. En estos momentos se estima que una de cada cuatro muertes en los varones y una de cada 40 en las mujeres se debe al consumo de tabaco. En España, en 1998 el tabaco causó 55.613 muertes; la mayoría ocurrieron en población masculina (92,5%), mientras que en población femenina se alcanzó el 7,5% (4.182 muertes). El 16 % de las muertes ocurridas cada año en

nuestro país se deben al tabaco, pero este porcentaje puede llegar a alcanzar el 20% de toda la mortalidad como ha venido ocurriendo en alguno de los países más desarrollados. En 2003, la prevalencia de tabaquismo (fumadores diarios y ocasionales) estimada en nuestro medio es del 30,97% en población de más de 16 años, siendo en varones el 37,56 y en mujeres el 24,70 %. Traducido en cifras, se estima que hay 10 millones de fumadores en nuestro país, de los cuales 3 millones intentan dejarlo al menos una vez al año y sólo lo consiguen alrededor del 5%, es decir, 150.000, aunque es posible que este porcentaje aumente significativamente a partir de 2006 con el impulso de la Ley del Tabaco. Una cifra parecida deja de fumar cada año con consejo médico y tratamiento de deshabituación. Pero podría duplicarse con un consejo sistemático y acceso a los tratamientos para todos los intentos de abandono del tabaco.

El grupo de ex fumadores constituye el 17,34% de la población española. Este hecho supone que cada vez nos encontramos con fumadores más resistentes a dejar de fumar, puesto que van quedando aquellos que nunca han intentado dejar de fumar o los que han fracasado repetidamente. Es previsible que los fumadores activos que persistan en su conducta sean aquellos de mayor nivel de dependencia y que requieran cada vez tratamientos más intensivos. Sin embargo, la elevada prevalencia que tenemos en nuestro país nos hace suponer que existe todavía un enorme trabajo para todos los niveles de interven-

ción clínica disponibles. En realidad, la mayoría de fumadores pueden considerarse «disonantes», es decir, no se sienten cómodos en su condición de fumadores. Se acepta actualmente que el 70% de los fumadores desean dejar de fumar definitivamente. Ello no significa que la mayoría de fumadores estén dispuestos y preparados para dejar de fumar, pero sí con una actitud de intentar dejarlo a medio o largo plazo. En España se estima que en un momento dado, solamente el 7% de los fumadores de la población general desean dejar de fumar en las próximas cuatro semanas, aunque esta cifra supera el 12% en los mayores de 45 años y en población consultante estas cifras pueden ser más elevadas. Más de la mitad de los fumadores que dejan de fumar lo hacen por sí mismos, sin ayuda de profesionales sanitarios y sin utilizar los tratamientos disponibles que actualmente son reconocidos como altamente efectivos. Las deficiencias del sistema sanitario público en la atención al fumador dan como resultado un alto coste sanitario directo que en España se ha estimado que puede llegar a los 6.870 millones de euros de 2005 para las cinco principales enfermedades relacionadas con el tabaco, al que habría que sumar los costes sociales por bajas laborales, invalidez y muerte prematura. La tasa anual mínima de fumadores que consiguen dejar el tabaco por sí mismo es del 1%, pero si consideramos los intentos de los pacientes que lo intentan durante varios años llega al 7%. Sin embargo, con ayuda profesional específica se alcanzan tasas del 15 al 30% de media aplicando los tratamientos

más modernos, tanto psicológicos como farmacológicos. El grado de dependencia puede variar entre diferentes fumadores y presenta una gran variabilidad, por ello no puede considerarse a cualquier fumador como un enfermo crónico sin tener en cuenta su grado de dependencia. Los fumadores no se consideran enfermos (el 60% perciben que gozan de buena salud) aunque técnicamente muchos tengan la consideración objetiva de «dependientes de la nicotina». Todo ello justifica una intervención de partida breve y prudente en la mayor parte de ellos.

La OMS y el consenso americano son partidarios de denominar el consejo básico como intervención breve, o muy breve, por lo que utilizaremos preferentemente este término antes que «intervención mínima». El marco ideal es la Atención Primaria, por accesibilidad y continuidad de la asistencia, teniendo en cuenta que el 70% de los fumadores entran en contacto con el ámbito sanitario cada año, lo que implica que existen numerosas oportunidades que no se deben desaprovechar para emitir mensajes motivadores a los fumadores. Los fumadores citan el consejo de un médico como un aspecto motivador importante para dejar de fumar. Sin embargo, la realidad es que fuera del ámbito de la investigación muy pocos profesionales mantienen esfuerzos sistemáticos de consejo y ayuda a los fumadores. Con los datos disponibles se acepta que, en España, solamente el 30-40% de los fumadores son aconsejados por sus médicos de cabecera. Estas cifras están en sintonía con las observadas

cuando se analizan las intervenciones sobre el estilo de vida. En Estados Unidos se ha observado que solamente el 36% de los médicos de cabecera aconsejan sobre estilo de vida mientras que en el Reino Unido este porcentaje se sitúa en el 27%. Por lo tanto, podemos afirmar que la intervención breve es una intervención infrautilizada con grandes posibilidades de desarrollo y de mejora en su cobertura y efectividad. Entre las estrategias para mejorar estos parámetros se han propuesto los métodos informáticos recordatorios, pero requieren que esta tecnología esté disponible para la gestión clínica de las consultas. Sin embargo, los resultados pueden mejorarse si se toman diversas medidas para promover la actividad de los profesionales. Kottke *et al.*, a través de una intervención específica sobre los profesionales, consiguió aumentar el porcentaje de intervención en fumadores desde el 26 al 39,8%. Spences *et al.* encontraron que con un programa orientado a la formación de los profesionales, el porcentaje de fumadores que recibían intervención mínima para dejar de fumar pasaba del 17,1 al 48,3%. Otro hecho que se ha podido constatar en diversos estudios es que la mayoría de médicos sólo aconsejan a fumadores con patología y/o con alto grado de dependencia, por lo que tiende a aumentar en el profesional la percepción de fracaso y baja efectividad de estas intervenciones que se ve incrementada por la habitual falta de evaluación de las intervenciones en estilo de vida (la falta de evaluación tiende a minimizar los éxitos y aumenta la percepción subjetiva de fracaso). Paradójicamente,

la intervención breve se practica a veces más en Atención Primaria que en especializada. Un estudio realizado en un distrito de Londres reveló que el 34% de los fumadores que acudían a servicios hospitalarios recibían intervención breve frente al 62% de los que acudían al médico de Atención Primaria. La intervención breve tiene una efectividad modesta (3-10%) pero su impacto poblacional y su coste-efectividad resulta altamente favorable.

Diversos estudios muestran que actualmente las tasas de abandono del consumo de tabaco son más altas en los grupos socioeconómicos más favorecidos. También la tasa de inicio al consumo de tabaco en los adolescentes presenta un marcado gradiente social, tanto en hombres como en mujeres, ya que la prevalencia del tabaquismo más alta se encuentra en los individuos con menor nivel de estudios y la más baja en aquéllos con estudios universitarios. Los datos disponibles en este sentido indican que si la probabilidad de abandono del tabaquismo sin ayuda es baja en la población fumadora en general, dejar de fumar es más difícil para aquellas personas que viven en condiciones materiales adversas y/o que tienen que hacer frente a acontecimientos estresantes de la vida. También se han observado mayores niveles de dependencia de la nicotina en esos grupos de población. Una hipótesis para explicar por qué los individuos de nivel socioeconómico bajo presentan actualmente menos probabilidad de dejar de fumar se basa en la idea de que están menos informados y preocupados

por los efectos perjudiciales para la salud y, por tanto, eso les lleva a intentar dejar de fumar en pocas ocasiones. Sin embargo, en nuestro país se ha visto que el 61% de los fumadores de clase media y de clase baja había intentado dejar de fumar, mientras que en la clase alta este porcentaje era del 56%.

Esta intervención se ha considerado una referencia frente a otras intervenciones preventivas y asistenciales con las que puede compararse, por ejemplo, es varias veces más eficiente que la detección y manejo clínico de la hipercolesterolemia y la hipertensión arterial o el cribado de cáncer de mama. Los fumadores presentan de media un 25% más de gasto sanitario, por lo que es fácil deducir que, en un determinado plazo, los que dejen de fumar, además de mejorar su salud y evitar muertes y sufrimiento evitables, van a contribuir a una contención del mismo. Por sus características y dimensiones actuales, el tabaquismo es el problema sanitario que mayor mortalidad y morbilidad causa en España. Por ello, se trata del problema de salud que ocasiona el coste sanitario y social más elevado al que debe hacer frente la sociedad española. En su Dictamen sobre el anteproyecto de la recientemente aprobada Ley 28/2005, el Consejo de Estado se hace eco de que —de acuerdo a la memoria económica que acompañaba el texto del anteproyecto que le fue remitido al Consejo por el Gobierno— los gastos del Estado en sufragar el coste sanitario y social derivado del tabaquismo exceden a lo recaudado en impuestos especiales asig-

nados a los productos de tabaco. En la última década se han publicado numerosos estudios de coste-efectividad e impacto económico del tratamiento del tabaquismo, la mayor parte de ellos realizados en el Reino Unido y en Estados Unidos. Estos estudios muestran que determinadas intervenciones de apoyo y asistencia a la cesación muestran una relación coste-efectividad muy favorable. Tanto las intervenciones de baja intensidad (consejo médico y oferta de tratamiento farmacológico), dirigidas a amplios grupos de fumadores que desean dejar de fumar, como las intervenciones más intensivas de tratamiento psicológico y farmacológico, dirigidas a grupos de especial necesidad, se han mostrado coste-efectivas. Del conjunto de estudios de coste-efectividad disponibles se puede concluir que, comparada con otras intervenciones preventivas o asistenciales, la detección y tratamiento de la dependencia del tabaco a través de los servicios asistenciales se considera una acción preventiva y coste-efectiva, en términos de coste por año de vida ganado.

BIBLIOGRAFÍA

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Evaluación de la Eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Madrid: AETS del Instituto de Salud Carlos III, 2003. Disponible en: <http://www.isciii.es/htdocs/index.jsp>

Becoña E. Estadios de cambio en la conducta de fumar: su relevancia en el tratamiento a fumadores. *Prevención del Tabaquismo* 2000; 2: 106-12. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud, Madrid 2003.

Becoña E, Córdoba R, Díaz-Maroto JL, López V, Jiménez Ruiz C, Planchuelo MA, et al. Guía de procedimientos para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Madrid, 2001.

Cummings SR, Rubin SM, Oster G. The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. JAMA 1989; 261: 75-9.

Goldstein MG, DePue JD, Monroe AD, Lessne CW, Rakowski W, Dube CE. A population-based survey of a physician smoking cessation clinic, Prev Med 1998; 27: 720-9.

López Nicolás A, Pinilla Domínguez J. Evaluación del impacto de la Ley de Medidas Sanitarias Contra el Tabaquismo sobre los costes empresariales y los costes sanitarios. Informe del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Diciembre de 2005. Disponible en: http://www.cnpt.es/Informe_fiscalidad_01.pdf

Subias P, García-Mata JR, Perula L y Grupo de Evaluación del PAPPS. Efectividad de las actividades preventivas en el ámbito de los centros de salud adscritos al Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS) de la semFYC. Atención Primaria 2000; 25: 383-9.

The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff and Consortium representatives. A clinical Practice Guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Report. JAMA 2000; 283: 3244-54.

West R, Mc Neill A, Raw M. Smoking cessation guidelines of health professionals: an update. Thorax 2000; 55: 987-999.

Valoración del fumador

Dr. Ricardo Abengózar Muela

*Facultativo de Área de Alergología.
Complejo Hospitalario de Toledo.
Hospital Virgen del Valle (Toledo).*

Teniendo en cuenta que el tabaquismo es una enfermedad crónica, de alta prevalencia, y que constituye la principal causa de mortalidad en los países desarrollados, es imprescindible que desde la Atención Primaria se dé un correcto abordaje al mismo. No existe ninguna otra enfermedad crónica de las tradicionalmente atendidas en los programas de salud desde la Atención Primaria (hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, obesidad...), que tenga las consecuencias sobre la salud individual y colectiva que tiene el tabaquismo.

Los pacientes fumadores deben ser considerados como personas con un grave factor de riesgo sobre su salud. Si además de ser consumidores de tabaco, son dependientes del mismo (como ocurre en la gran mayoría), existe una dificultad añadida para el abandono del consumo, aumenta el potencial perjuicio sobre la salud. Para un correcto abordaje del tabaquismo ha de procederse, al igual que en cualquier otra patología, en primer lugar, a una correcta evaluación. De esta forma se podrán individualizar y optimizar las intervenciones terapéuticas.

En la valoración de los pacientes fumadores debe, por tanto, realizarse una buena historia clínica y hay que tener en cuenta, sobre todo, la historia de consumo y lo que la conducta adictiva aporta al paciente.

HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis

- Datos de filiación.
- Antecedentes personales patológicos y anamnesis por aparatos. Se orientará hacia la existencia de procesos y síntomas relacionados con el tabaquismo (cardiovasculares, digestivos, respiratorios, dermatológicos, psiquiátricos...) y a comprobar la existencia de tratamientos farmacológicos concomitantes que puedan tener interacciones con el tratamiento farmacológico que se prescriba al paciente, si fuera necesario. También es interesante conocer la posible existencia de otras adicciones (alcohol, marihuana, etc.). Nadie mejor que el médico de Atención Primaria para conocer los antecedentes patológicos de los pacientes fumadores. Lo cierto es que cada vez con más frecuencia se encuentra que las personas con depresión, ansiedad, alcoholismo y esquizofrenia fuman más. Además es conocido cómo en algunos pacientes aflora sintomatología depresiva cuando dejan de fumar. Por este motivo, si al médico de Atención Primaria le surgen dudas, puede recurrir al empleo de dis-

tintos cuestionarios para evaluar estos trastornos asociados en fumadores. Entre los más utilizados cuentan el Inventario de la Depresión de Beck, el cuestionario de ansiedad estado u ansiedad rasgo de Spielberger y el cuestionario de identificación de problemas de alcohol AUDIT, así como un amplio etcétera de instrumentos, bien generales o bien específicos de cada trastorno. Pero insistimos que en la mayoría de los fumadores no es necesario aplicar dichos recursos diagnósticos.

- Antecedentes de tabaquismo: historia familiar de tabaquismo, edad de inicio, ambiente tabáquico en el domicilio, en el trabajo o en el tiempo de ocio, número de cigarrillos que se fuman, cómo ha variado dicho número en la vida del paciente...
- Intentos previos de abandono del consumo de tabaco. Analizar si ha habido o no intentos previos serios de abandono, su número, cuánto tiempo se ha mantenido la abstinencia, si se ha utilizado algún tratamiento con o sin ayuda profesional y cuáles han sido las causas de la recaída (motivos sociales, síndrome de abstinencia, miedo a engordar, falsa idea de control...).
- Tabaquismo actual. Conviene conocer cuánto fuma en la actualidad, cuánta nicotina contienen los cigarrillos que fuma, y valorar cuál es el patrón de consumo (si inhala o no el humo,

si fuma sólo los fines de semana, si se despierta por la noche para fumar...).

- Nivel de exposición al tabaco durante la vida del paciente. El número de cigarrillos que fuma el paciente y el tiempo que lleva fumándolos se engloban en el concepto número de paquetes-año o «índice paquetes-año». Se calcula multiplicando el número de cigarrillos fumados en un día por el número de años que se lleva fumando esa cantidad y se divide por 20. Este dato es un marcador de exposición al tabaco y, por tanto, del riesgo que el paciente tiene de contraer una enfermedad relacionada con el consumo de tabaco, así como las posibilidades de éxito o de fracaso en un intento de abandono del consumo de tabaco; cuanto mayor sea el número paquetes-año, mayor es el grado de exposición al tabaco, mayor es el riesgo de padecer enfermedades relacionadas con el tabaco y menos son las posibilidades de abandono que tiene el paciente. Para su cálculo puede ser ilustrativo un ejemplo: un paciente que fuma 15 cigarrillos al día durante 5 años y que posteriormente aumenta su consumo a 30 cigarrillos al día durante 15 años, será un fumador de: $(15 \times 5 / 20) + (30 \times 15 / 20) = 3,75 + 22,5 = 26,25$ paquetes/año. De todos modos, el cálculo de este índice tiene más interés para los estudios epidemiológicos que para la práctica clínica, ya que en este caso no suele cambiar la natu-

raleza de la intervención. No hay evidencia científica de que se deban usar distintas dosis de fármacos en función de ese criterio. El riesgo varía relativamente poco en función del número de cigarrillos fumados. Es más importante la edad de inicio, la forma de fumar o la susceptibilidad genética del individuo.

Exploración física

Es similar a la de una consulta general, prestando un especial interés a:

- Tensión arterial, frecuencia cardiaca y peso corporal, que pueden variar en el proceso de tratamiento, siendo importante monitorizarlo durante el mismo.
- Pulsos periféricos y otros signos o síntomas circulatorios (disnea, claudicación en miembros inferiores...) y respiratorios (tos, expectoración, infecciones...), disfonía, trastornos del apetito, manchas cutáneas de nicotina, estado de los dientes y las encías (dientes marrones, con caries, inflamación gingival, piorrea, etc.), hidratación de la piel (arrugas) y estado del cabello (lustre, olor...), etc.

Exploraciones complementarias

No hay ninguna exploración complementaria que se considere imprescindible en la valoración de un paciente fumador. Dichas exploraciones surgirán de

forma racional en función de cada paciente individualmente y de los antecedentes patológicos que presente. Igualmente pueden surgir por la inclusión del paciente fumador en un programa más amplio de enfermedades crónicas (cardiovasculares, EPOC, etc.) en Atención Primaria.

- El hemograma, el perfil lipídico, la glucemia y algunas pruebas de coagulación pueden estar alterados.
- El estudio del funcionalismo pulmonar mediante una espirometría puede ser también conveniente en pacientes con clínica sugerente de EPOC o asma.
- La medición de CO en aire espirado (cooximetría): es un método sencillo e incruento que valora la exposición al humo del tabaco. Es útil para valorar la abstinencia, como refuerzo positivo durante la deshabituación, y como marcador del riesgo vascular del tabaquismo.

Por ello, su determinación es muy conveniente en todas las consultas en las que se aborde el tabaquismo, aunque no es imprescindible para comenzar a ayudar a pacientes fumadores. El no disponer de un cooxímetro no debe ser una excusa para retrasar el abordaje de fumadores. Las cifras de CO para diferenciar entre fumadores y no fumadores se encuentran entre cinco y diez partes por millón (ppm). Debe tenerse en cuenta que la cantidad de CO en el aire espirado

no sólo está en relación con el número de cigarrillos sino también con el patrón de consumo (número y profundidad de las inhalaciones) y tiempo transcurrido desde el último consumo. No olvidar que puede haber falsos positivos en determinadas profesiones (fundición, taller de vidrio, taller de automóviles...).

Aunque sin un sitio en Atención Primaria, existen otras determinaciones de marcadores biológicos que pueden ser útiles en la valoración de los fumadores. Así, aunque la determinación de nicotina y tiocianato tiene un valor más bien experimental, la determinación de cotinina (principal metabolito de la nicotina) puede tener aplicación clínica. Su larga semivida (11-37 h vs. 1-2 h de la nicotina) la hace un marcador ideal de exposición, tanto de exposición activa como pasiva. Puede determinarse en plasma o en saliva y sirve para valorar el consumo nicotínico, por una parte, y para precisar el grado de sustitución alcanzado cuando se utiliza terapia sustitutiva en el tratamiento. Actualmente están disponibles a bajo coste métodos semicuantitativos de determinación de cotinina en saliva.

VALORACIÓN CONDUCTUAL

Para abordar adecuadamente el tabaquismo, es importante conocer:

- Hasta qué punto el paciente está dispuesto a cambiar la conducta y cuáles son los motivos que le llevan a ello.

- Qué estímulos están intrínsecamente asociados a la conducta de fumar, la cual como todas las adicciones es una conducta aprendida.
- Qué aporta la conducta adictiva al paciente (mecanismo de enfrentamiento a las situaciones de estrés o de frustración, factor de sociabilidad, control del estado de ánimo...) y de qué recursos alternativos puede disponer éste.

Esto se puede conocer en primer lugar mediante la entrevista directa al paciente, en la que es muy importante conocer los intentos previos para dejar de fumar y, sobre todo, las causas de las anteriores recaídas. Además, se pueden aplicar test para conocer:

- La fase de abandono.
- Motivación para el abandono del tabaco. El test de Richmond puede dar una idea aproximada de ésta.
- Valoración de la dependencia. Puede usarse para ello el test de Fagerström que es un instrumento sencillo y de validez contrastada, que consta de seis ítems (que pueden reducirse a dos), con una puntuación máxima de 10. Alternativamente, la existencia de dependencia puede analizarse mediante las preguntas del manual DSM-IV-TR.
- Autorregistro de cigarrillos consumidos.
- Conviene conocer las situaciones y motivaciones asociadas al consumo, para identificar las

principales situaciones que conducen al consumo y así prever los momentos con mayor riesgo de recaída. En la mayoría de las ocasiones basta con una buena historia clínica (en unidades del tabaquismo se suele utilizar el Test de Russel). Puede convenir el nivel de autoeficacia del paciente, valorando la percepción subjetiva de control en las distintas situaciones (se puede utilizar para ello la escala de Baer y Lichtenstein).

Tanto la valoración conductual como los otros componentes exploratorios de la historia clínica del tabaquismo pueden ser más amplios. El arte de la práctica clínica consiste en saber adaptar el tiempo disponible a las necesidades de los pacientes. Aunque «lo mejor es enemigo de lo bueno», el cambio de una conducta adictiva requiere esfuerzo y dedicación; por parte del paciente sobre todo, pero también por parte del profesional sanitario.

Estudio de la fase de abandono

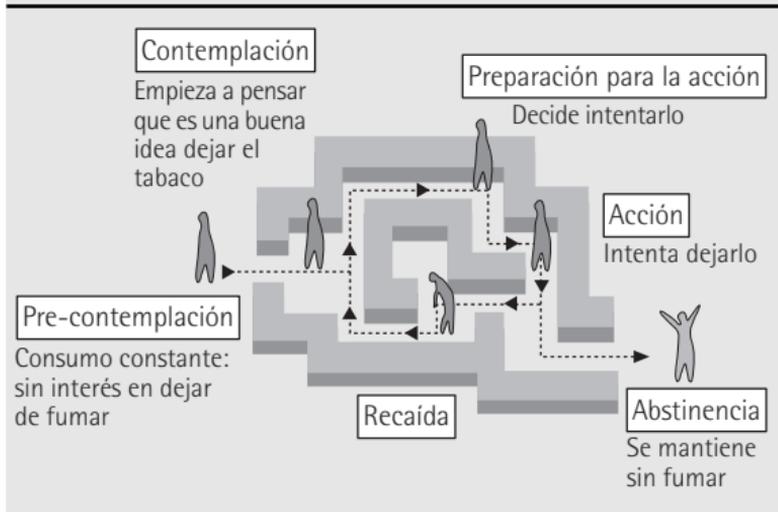
Para un mejor abordaje diagnóstico-terapéutico del tabaquismo hay que tener en cuenta que el abandono del consumo de tabaco no debe ser considerado como un hecho puntual en la vida del fumador, sino como un proceso que pasa por una serie de etapas, que fueron definidas por Prochaska y Di Clemente (1983). Estos autores propusieron un modelo transteórico de cambio, en donde los estadios de cambio han mostrado ser un elemento claramente pre-

dictivo de asistir o no a un tratamiento y sobre la eficacia del mismo (Prochaska, Norcross y Di Clemente, 1994). Su modelo y los estudios que lo sustentan han permitido entender las conductas adictivas no como un fenómeno de todo o nada, sino como un continuo en la intención a dejar una conducta adictiva, como en el mismo proceso de recuperación, el cual pasa por toda una serie de fases de recuperación y recaída hasta que finalmente se consigue la abstinencia a medio y largo plazo. Este proceso de abandonos y recaídas puede durar varios años. Aunque su modelo es tridimensional, integrando estadios, procesos y niveles de cambio, el mayor impacto del mismo está en los estadios del cambio. Estos representan una dimensión temporal que nos permite comprender cuándo ocurren los cambios, ya sea a nivel cognitivo, afectivo o conductual (Becoña y Vázquez, 1996). Los fumadores se encuentran en una fase o en otra en función de cuál sea su actitud en cuanto a realizar un intento serio de abandono del consumo de tabaco.

En su última formulación (Prochaska *et al.*, 1994), considera seis estadios de cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y finalización (figura 1).

- Fase de precontemplación. Los fumadores no tienen intención de cambiar su conducta en los próximos seis meses (se considera este plazo de tiempo porque parece un período suficiente para que la gente planee seriamente cambios en sus conductas de salud); son indi-

Figura 1. Esquema de Prochaska y Di Clemente de las fases del cambio en las adicciones, originalmente desarrollado para la dependencia nicotínica



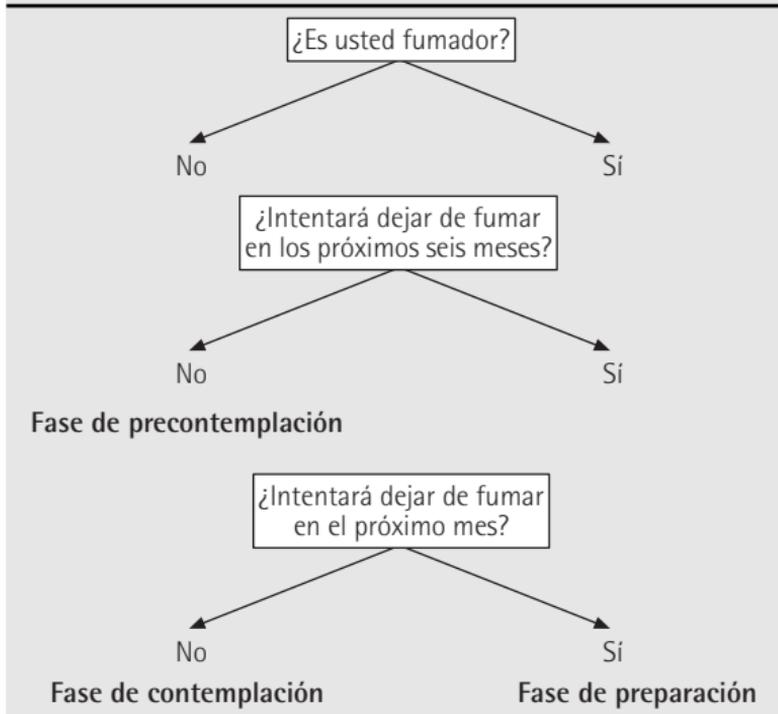
viduos que no conocen o no quieren conocer los efectos nocivos del tabaquismo. Los «pros» para continuar fumando ganan a los «contras».

- Fase de contemplación. La persona empieza a ser consciente de que existe un problema, y participa activamente buscando información y se ha planteado el cambio seriamente en los próximos seis meses. No están considerando el dejar de fumar en los próximos treinta días. Generalmente son fumadores que han intentado dejar de serlo en varias ocasiones, pero han tenido dificultades para conseguirlo. Los «pros» y los «contras» se igualan.
- Fase de preparación. El sujeto se ha planteado modificar su conducta (dejando el consumo

de tabaco) en los próximos treinta días. Los «pros» para dejar de fumar superan a los «contras».

- Fase de acción. Los individuos han iniciado activamente la modificación de su conducta, llegando a lograrlo con éxito, pero llevan aún sin fumar menos de seis meses. En esta fase es en la que existe mayor riesgo de recaídas.
- Fase de mantenimiento. El individuo lleva sin fumar un período superior a seis meses. En esta fase se ejecutan las estrategias necesarias (procesos de cambio) encaminadas a prevenir la recaída y, de este modo, afianzar las ganancias logradas en la fase anterior. La mayoría de la gente no cambia una conducta crónica siguiendo un patrón de cambio lineal, desde el estadio de precontemplación al de mantenimiento. El cambio a través de los distintos estadios implica un patrón en espiral. En este recorrido, la recaída es un evento fruto de la interrupción de la fase de acción o de mantenimiento, provocando un movimiento hacia estadios previos de precontemplación y contemplación. La recaída es un fenómeno sumamente frecuente en las conductas adictivas.
- Fase de finalización. Si después de la fase de mantenimiento no se produce una recaída, se llega a esta última fase, en la que se da por finalizado el proceso de cambio.

Figura 2. Diagnóstico de las fases de abandono



En las tres primeras fases la sensibilización y motivación que tienen los fumadores para dejar de fumar es muy distinta. La intervención terapéutica irá encaminada a favorecer la progresión del paciente dentro del proceso de abandono del consumo de tabaco hasta conseguir la abstinencia.

Puesto que el enfoque terapéutico será distinto en cada una de las fases es importante, para aumentar las posibilidades de éxito, esforzarnos por hacer un diagnóstico preciso y situar al fumador dentro de su propio proceso de abandono del consumo de tabaco. Para conocer la fase en la que se encuentra el fumador son útiles las preguntas de la figura 2.

Análisis de la motivación

Durante la valoración del paciente fumador es importante saber si el paciente está dispuesto a afrontar el esfuerzo que supone un intento serio de abandono. Cuando es el paciente quien nos demanda ayuda es importante situarle frente al problema, aclarándole que aunque es posible dejar de fumar, en función de sus niveles de dependencia y de motivación, va a requerir más o menos esfuerzo por su parte. El terapeuta durante la entrevista ha de saber si el paciente está dispuesto a realizar dicho esfuerzo. Se lo podemos preguntar directamente y valorar su actitud. Además es conveniente conocer cuáles son las razones, conscientes o inconscientes, que el fumador tiene para abandonar el consumo de tabaco. Dichas razones se pueden investigar preguntando directamente o bien ofreciéndoselas al fumador en una lista abierta o cerrada, para que marque las que son más importantes para él. En general, las razones de salud suelen ser las más poderosas, aunque hay otras como las que aparecen en la siguiente lista:

- Razones de salud, tanto para el paciente como para los que le rodean.
- Razones económicas.
- Papel modélico (considerar que constituyen un mal ejemplo para los demás, los hijos, los alumnos, los pacientes, etc.).
- Por presión social o familiar.

Figura 3. Motivos por los que... fumo y quiero dejar de fumar

Motivos por los que...	
Fumo	Quiero dejar de fumar

- Por mejorar la higiene o aseo personal.
- Por autocontrol...

Además de conocer por qué el paciente quiere dejar de fumar, es interesante enfrentarle con cuáles son los motivos por los que fuma. Puede ser útil darle un cuadro como el de la figura 3 para que nos rellene después de un proceso de reflexión.

El objetivo del médico es ayudar al paciente para que haga evidentes estas razones y esto ha de hacerse de forma personalizada. Conviene preguntar al fumador sobre cada una de estas razones, y animarle a que elabore «su lista de motivos» para dejar de fumar, a la que pueda recurrir como refuerzo psicológico si durante el tratamiento se empieza a disminuir el interés del paciente por seguir con el proceso de deshabituación.

Para conocer la motivación del fumador puede utilizarse el test de Richmond (figura 4), que consta de cuatro sencillas preguntas, y valora entre 0 y

Figura 4. Test de Richmond

1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente? 0 = No 1 = Sí
2. ¿Intentará dejar de fumar en las próximas 2 semanas? 0 1 2 3 (desde 0 = definitivamente no, hasta 3 = definitivamente sí).
3. ¿Cuánto interés tiene usted en dejarlo? 0 1 2 3 (desde 0 en absoluto, hasta 3 muy seriamente).
4. ¿Cuál es la posibilidad de que usted dentro de los próximos 6 meses sea un no fumador? 0 1 2 3 (desde 0 = definitivamente no, hasta 3 = definitivamente sí).

10 el grado de motivación. Permite clasificarla en tres niveles:

- Motivación baja: si la puntuación obtenida es entre 0 y 6.
- Motivación moderada: si la puntuación es de 7 a 9.
- Motivación alta: si la puntuación es de 10. Esta puntuación tiene un valor predictivo de éxito.

Valoración de la dependencia

No todos los fumadores son dependientes de la nicotina, ya que algunos son simples consumidores regulares de nicotina que, cuando lo deseen, pueden abandonar su consumo fácilmente. Sin embargo, esto no es lo que ocurre a la mayor parte de los fumadores, pues poco después de intentar reducir o elimi-

nar el consumo de tabaco, la mayoría de ellos vuelven a sus niveles habituales de consumo. La nicotina es la sustancia responsable de la dependencia que ocasiona el tabaco; en ocasiones, se habla de dependencia del tabaco porque la dependencia se instaura con relación a labores de tabaco concretas, a cuyas propiedades y características se asocia el consumo. Las distintas labores del tabaco no serían sino diversas formas para autoadministrarse nicotina.

El grado de dependencia que produce la nicotina es variable, dependiendo por una parte del producto que se consume y por otra de la relación que se establezca entre la persona y el tabaco.

Se acepta que el tabaco (la nicotina) produce una dependencia física al fumador, pero también le genera una dependencia social, gestual y psicológica.

Se han ideado herramientas útiles para evaluar la dependencia. La escala más conocida y más utilizada para evaluar la dependencia de la nicotina es la de Fagerström, de la que existen dos versiones. Fagerström parte de la premisa de que la nicotina es el reforzador primario de la conducta de fumar, es decir, que mientras que fumar implica eventos farmacológicos y psicosociales, el papel de la nicotina en la dependencia del individuo puede ser el factor clave en el uso compulsivo del tabaco. Los componentes conductual y sensorial pasarían a ser considerados como reforzadores secundarios. El planteamiento inicial del que partió para la elaboración de su primer cuestionario

en 1978, el Cuestionario de tolerancia de Fagerström (Fagerström Tolerance Questionnaire, FTQ) fue de que del mismo obtendría un valor equiparable a la evaluación fisiológica de la nicotina en el sujeto. Es un cuestionario de ocho ítems, de gran utilidad práctica y que ha demostrado gran correlación con los marcadores bioquímicos de niveles de nicotina. La puntuación obtenida está en un rango de 0 a 11 puntos. Se interpretaba como dependencia moderada de 0 a 6 puntos, y alta más de 6 puntos.

Sin embargo, existe una versión más actualizada que es el Test de Fagerström de dependencia de la nicotina (FTND) (Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991), que es la que más se emplea hoy en día, y que es la que recomendamos usar en Atención Primaria (figura 5). Está formado por seis ítems con dos o cuatro alternativas de respuesta. También ha sido validado con medidas fisiológicas del contenido de nicotina en sangre. Por este motivo es una herramienta útil para medir el grado de dependencia fisiológica. La puntuación oscila entre 0 y 10. Puntuaciones altas en el test de Fagerström (6 o más) indican un alto grado de dependencia; por el contrario, puntuaciones bajas no necesariamente indican un bajo grado de dependencia. Tiene un buen funcionamiento a nivel clínico. Existe una versión española del mismo (Becoña y Vázquez, 1998).

Hay suficiente información que avala la utilidad de este test como predictor de éxito en el cese tabáquico en pacientes sometidos a múltiples tratamientos.

Figura 5. Test de Fagerström de dependencia a la nicotina

¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?	Menos de 5 minutos.	3
	6-30 minutos.	2
	31-60 minutos.	1
	Más de 60 minutos.	0
¿Encuentra dificultad para no fumar en los sitios donde está prohibido (cine...)?	Sí.	1
	No.	0
¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?	El primero.	1
	Otros.	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	Más de 30.	3
	21-30.	2
	11-20.	1
	Menos de 11.	0
¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse que durante el resto del día?	Sí.	1
	No.	0
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Sí.	1
	No.	0

Aunque este test fue ideado para la valoración de la dependencia física, Dijkstra y Tromp (2002) afirman que el FTDN también es capaz de medir dependencia psicológica. Se basan en un estudio con tres muestras de fumadores en el que se analizan puntuaciones del FTDN, puntuaciones de índices psicológicos y cifras del cese tabáquico. Comprueban que los índices psicológicos explican el 20% de la variación del FTDN.

En 1991, Heatherton *et al.* sugieren utilizar sólo dos ítems del cuestionario, el que evalúa la hora del primer cigarrillo del día y el número de cigarrillos por día. En 1998, Becoña, Vázquez y Cerqueiro demuestran que la aplicación de estos dos ítems es una buena

Figura 6. Índice de dureza de fumar de Heatherton et al. (1991)

1. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

10 o menos	(0)
11-20	(1)
21-30	(2)
31 o más	(3)

2. ¿Cuánto tarda después de despertarse, en fumar su primer cigarrillo?

Menos de 5 minutos	(3)
Entre 6 y 30 minutos	(2)
Entre 31 y 60 minutos	(1)
Más de 60 minutos	(0)

Heatherton et al. (1991). Adaptación española de Becoña (1994).

herramienta para clasificar a los fumadores en tres categorías según el grado de dependencia (figura 6). La puntuación oscila entre 0 y 6. Un fumador con alta dependencia a la nicotina es aquel que tiene una puntuación de 5 ó 6 puntos, dependencia media de 3 ó 4 puntos, y baja dependencia de 0 a 2 puntos.

Además del test de Fagerström, para evaluar la dependencia física por la nicotina, pueden emplearse las preguntas del manual DSM-IV-TR (American Psychiatric Association), que recoge, dentro de los trastornos relacionados con las sustancias, los trastornos relacionados con la nicotina. Dentro de dicha categoría incluye la dependencia nicotínica, la abstinencia de la nicotina y el trastorno relacionado con la nicotina no especificado. Los criterios diagnósti-

Figura 7. Criterios diagnósticos de abstinencia a la nicotina (DSM-IV-TR)

- A. El paciente ha consumido nicotina durante, al menos, varias semanas.
- B. El cese brusco del consumo o la reducción drástica de la cantidad administrada se sigue en las veinticuatro horas siguientes del comienzo de cuatro o más síntomas o signos siguientes:
 - Disforia o humor deprimido.
 - Insomnio.
 - Irritabilidad, frustración o enfurecimiento.
 - Ansiedad.
 - Dificultad para la concentración.
 - Inquietud.
 - Descenso de la frecuencia cardíaca.
 - Incremento del apetito o ganancia de peso.
- C. Los síntomas o criterios del apartado B causan limitaciones y alteraciones significativas a nivel social, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento.
- D. Los síntomas no son debidos a enfermedades médicas generales y no se justifican por otras enfermedades mentales.

cos de abstinencia a la nicotina del DSM-IV-TR se exponen en la figura 7.

Por último, el CIE-10 o Sistema Clasificador de la Organización Mundial de la Salud para todas las enfermedades lo incluye en el apartado F17 con la denominación «Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco», incluyendo distintos estados como intoxicación, síndrome de abstinencia, síndrome de dependencia, etc.

Análisis de la dependencia psicosocial y conductual

El fumador es un individuo que está acostumbrado a enfrentarse a múltiples situaciones en su

Figura 8. Test de Glover-Nilson

Por favor, seleccione la respuesta haciendo un círculo en el número que mejor refleje su elección.

0 = nada en absoluto; 1 = algo; 2 = moderadamente;
 3 = mucho; 4 = muchísimo.

**¿Cuánto valora lo siguiente?
 (preguntas 1 y 2)**

1. Mi hábito de fumar es muy importante para mí	0	1	2	3	4
2. Juego y manipulo el cigarrillo como parte del ritual de fumar	0	1	2	3	4

**¿Cuánto valora lo siguiente?
 (preguntas de 3 a 11)**

Por favor seleccione la respuesta haciendo un círculo en el número que mejor refleje su elección

0 = nunca; 1 = raramente; 2 = a veces;
 3 = a menudo; 4 = siempre.

3. ¿Suele ponerse algo en la boca para evitar fumar?	0	1	2	3	4
4. ¿Se recompensa a sí mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea?	0	1	2	3	4
5. Cuando no tiene tabaco, ¿le resulta difícil concentrarse y realizar cualquier tarea?	0	1	2	3	4
6. Cuando está en un lugar en el que está prohibido fumar, ¿juega con su cigarrillo o paquete de tabaco?	0	1	2	3	4
7. ¿Algunos lugares o circunstancias le incitan a fumar: su sillón favorito, sofá, habitación, coche o la bebida (alcohol, café, etc.)?	0	1	2	3	4
8. ¿Se encuentra a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina, sin desearlo realmente?	0	1	2	3	4
9. ¿A menudo se coloca cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca (bolígrafos, palillos...) y los chupa para relajarse del estrés, frustración, etc.?	0	1	2	3	4
10. ¿Parte de su placer de fumar procede del ritual que supone encender un cigarrillo?	0	1	2	3	4
11. Cuando está solo en un restaurante, parada de autobús, etc., se siente más seguro a salvo o más confiado con un cigarrillo en las manos?	0	1	2	3	4

vida diaria que son estresantes para él y generalmente lo hace con la ayuda de un cigarrillo entre sus dedos. Además está acostumbrado a vivir muchas situaciones sociales (café, aperitivo, etc.) que asocia al consumo de tabaco. Incluso realiza una asociación entre las sensaciones que vive y los sabores que siente con el consumo del tabaco. «Si estoy triste, fumo para animarme. Si estoy alegre, fumo para celebrarlo». Todo esto crea una dependencia psíquica y social que hemos de tener en cuenta en la valoración de nuestros pacientes fumadores. En este sentido es útil el Test de Glover-Nilson (figura 8), que ha pasado de las 18 preguntas que tenía a las 11 actuales. Cada una puntúa de 0 a 4, y permite clasificar la dependencia según la puntuación obtenida en:

- Dependencia leve: puntuación de 0 a 11.
- Dependencia moderada: puntuación de 12 a 22.
- Dependencia severa: puntuación de 23 a 33.
- Dependencia muy severa: puntuación de 34 a 44.

Autorregistro de cigarrillos consumidos

La mayoría de las veces que un fumador enciende un cigarrillo lo hace de forma automática e inconsciente. Esto se debe a que la conducta de fumar es un hábito aprendido, debido a la multitud de veces que lo ha realizado durante su vida. Para cambiar este comportamiento mecánico, observarlo y conocerlo adecuadamente es muy útil registrar la propia conducta mediante un «autorregistro» (figura 9).

BIBLIOGRAFÍA

Abengózar R, Ayesta FJ. Tabaquismo. Biblioteca Alergológica. Fronteras de la Alergia. Publicaciones Permanyer; 2004.

Abengózar R, Manzaneque AM, Miranda C. Guía de intervención en fumadores para personal sanitario. SCMMG; 2006.

Ayesta FJ, Camí J. Farmacodependencias. En: J. Flórez, editor. Farmacología humana. 4.^a ed. Masson; 2003. p. 595-621.

Banco Mundial, Informe. La epidemia de tabaquismo: los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Organización Panamericana de la Salud; 2000.

Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. ERGON; 2003.

Becoña E, Vázquez FL. Tratamiento del tabaquismo. Dykinson SL; 1998.

Bedialauneta A, De la Rosa A, Ayesta FJ. Control del tabaquismo; perspectivas futuras. Trast Adic 2004; 4: 85-102.

Britton J (ed). Nicotine addiction in Britain. Royal College of Physicians of London; 2000.

Córdoba R, Nerín de la Puerta I. Manual de tabaquismo en Atención Primaria; 2005.

Jiménez Ruiz CA, Camarrelles Guillén F, De Granda Orive JI, Díaz-Maroto Muñoz JL. Protocolo de intervención en fumadores. EMISA; 2002.

Jiménez Ruiz CA, et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo sobre el tratamiento del tabaquismo. Prev Tab 2001; 3: 78-85.

Jiménez Ruiz CA, Fagerström KO. Tratado de tabaquismo. Aula Médica Ediciones; 2004.

Plan de Prevención y Tratamiento de Tabaquismo de Castilla-La Mancha 2003-10.

Estrategia de intervención breve

Dr. Francisco Camarelles Guillem

Médico de Familia. Centro de Salud General Moscardó. Madrid.

La intervención breve es una estrategia de abordaje oportunista en pacientes fumadores que se sustenta, en parte, en la evidencia científica y en parte en la opinión de expertos en el tratamiento del tabaquismo. La intervención breve se aplica sobre todo a un fumador que acude a la consulta, adaptándola al estadio de cambio en que se encuentra el fumador. Podemos diferenciarla de la intervención clínica intensiva por el tiempo que se dedica al fumador para ayudarle a dejar de fumar y por el número de visitas de seguimiento. La intervención breve en tabaquismo puede ser realizada por todos los profesionales sanitarios, pero va más dirigida a profesionales sanitarios que desarrollan su labor en la Atención Primaria, que atienden a una gran variedad de pacientes y que están limitados por el tiempo de que disponen, aunque intervenciones más intensivas pueden conseguir resultados mejores de abandono del tabaco. El objetivo principal de la intervención breve es asegurarse de que todo fumador es identificado cuando acude a consulta y se le ofrece tratamiento, a la par que se pretende que los pacientes logren avances en el proceso de dejar de fumar y hagan intentos para conseguirlo. Se ha podido comprobar que alrededor del 20% de los fumadores sometidos a intervención breve

progresan en su fase de abandono aunque no alcancen la abstinencia. Por último, muchos fumadores son reticentes a acudir a programas intensivos para dejar de fumar y, por lo menos, deben recibir intervenciones breves cuando acudan a consulta.

El 75% de la población pasa anualmente por las consultas médicas y el promedio de veces que se les atiende anualmente está entre 5 y 6. Esto nos da una oportunidad única, específica de la Atención Primaria, de poder intervenir en un gran número de personas, en muchas ocasiones, pero muchas veces en esos momentos clave para la prevención en que la persona aún no ha iniciado ninguna enfermedad. Por otro lado más del 60% de los fumadores quieren dejar de fumar y la mayoría ha hecho algún intento para conseguirlo pero muchos de ellos no saben dónde pedir ayuda.

Las intervenciones breves pueden ir dirigidas a fumadores que deseen dejar de fumar, a aquellos que son reticentes al abandono y a los fumadores que han abandonado recientemente el tabaco.

La intervención breve se sustenta en cinco pasos o estrategias, siendo la intervención recomendada por el US Public Health Service Report del año 2000. Es importante preguntar al paciente si fuma, aconsejar el abandono, valorar la disponibilidad para hacer un intento de dejar de fumar, ayudar al fumador en el intento de abandono y, por último, fijar visitas de seguimiento.

PREGUNTAR

Deben identificarse sistemáticamente todos los fumadores en cada visita, incluyendo la valoración del consumo de tabaco como una más de las constantes vitales. Es útil usar etiquetas-recordatorio en la historia clínica de papel y sistemas de alarma o recuerdo en los sistemas informatizados.

El preguntar sistemáticamente no es necesario en el caso de que el paciente nunca haya fumado y tenga más de 30 años o lleve muchos años sin fumar, y para aquellos que se haya documentado claramente en los registros la condición de no fumador.

ACONSEJAR

A todos los pacientes que dejen de fumar. El consejo debe ser:

- Claro: «Como su médico/enfermera, le aconsejó que deje de fumar y puedo ayudarle». «Reducir el consumo de cigarrillos mientras esté enfermo no es suficiente».
- Fuerte: «Dejar de fumar es lo mejor que puede hacer por su salud actual y futura. Nosotros podemos ayudarle».
- Personalizado: «Según la condición clínica, la historia del consumo de tabaco, la motivación/disponibilidad para el cambio, el impacto del tabaquismo sobre los niños u otros miembros de la familia, los intereses personales o los costes sociales y económicos».

Según la clásica revisión de Schwartz de las intervenciones para controlar el tabaquismo, la mediana de las tasas de abstinencia al año para el consejo médico aislado era del 6%, con un rango del 3-13%. Por otra parte, la colaboración Cochrane concluye que el consejo médico es claramente efectivo. El resultado del consejo médico puede parecer pequeño si se analiza desde el punto de vista individual, si lo analizamos desde el enfoque poblacional puede tener un impacto sustancial, además de su coste-efectividad altamente favorable. Todo fumador debería recibir consejo para que abandone el tabaco por parte de su médico.

Valorar la disponibilidad para hacer un intento de abandono y actuar según ésta:

- Si el paciente es capaz de hacer un intento sólo
→ Ayudar.
- Si el paciente quiere ayuda intensiva → Proporcionársela o derivarlo.
- Si claramente dice que no es capaz de dejar de fumar en este momento → Intervención motivacional.
- Si es adolescente o embarazada o de una minoría étnica → Información adicional.

Ayudar al paciente a dejar de fumar mediante un plan:

- Fijar una fecha. Ayudar al paciente a fijar una fecha, siendo lo ideal fijarla en las dos semanas siguientes.

- Decírselo a la familia, amigos y a los compañeros de trabajo, buscando su comprensión y apoyo.
- Prever las dificultades al dejar de fumar, sobre todo las primeras semanas, incluyendo los síntomas de abstinencia.
- Eliminar todos los productos relacionados con el tabaco del entorno habitual. Antes de dejar de fumar, evitar fumar en los sitios en que se pasa mucho tiempo (casa, trabajo, coche, etc.).
- Dar consejos prácticos sobre cómo resolver problemas o entrenamiento de habilidades: aconsejar abstinencia total («usted no se puede permitir ni un solo cigarrillo»), aprovechar experiencias anteriores (qué fue útil y qué dificultó en el intento anterior), evitar/afrontar las situaciones asociadas al consumo de tabaco, limitar/evitar el consumo de alcohol mientras se está abandonando el tabaco, buscar el apoyo y/o respeto de los otros fumadores del entorno (dejar de fumar es más difícil si hay otro fumador en casa, el fumador debería pedir a los convivientes fumadores que hicieran un intento de abandono del tabaco conjunto o que no fumaran en su presencia). Dar consejos escritos para afrontar el síndrome de abstinencia.
- Dar apoyo claro desde el centro de salud: «Mi enfermera y yo estamos disponibles para ayudarle en su abandono del tabaco».

- Ayudar al paciente a obtener apoyo social fuera del centro de salud: en su entorno.
- Recomendar ayudas farmacológicas (sustitutos de la nicotina o/y bupropion): explicar que aumentan la probabilidad de éxitos y reducen los síntomas de abstinencia, especialmente en fumadores dependientes (los que fuman 15 cigarrillos o más cada día, los que fuman su primer cigarrillo en los primeros 30 minutos después de despertarse y los que han hecho intentos previos con recaídas en las primeras semanas).
- Proporcionar material de autoayuda y ofrecerse a discutirlo con el paciente.

Fijar visitas de seguimiento:

- Fijar una visita de seguimiento enseguida después de dejar de fumar, idealmente en la primera semana y otra visita durante el primer mes.
- En las visitas de seguimiento: felicitar; si ha consumido tabaco, revisar las circunstancias y lograr de nuevo el compromiso de dejarlo totalmente. Recordarle al paciente que una recaída debe ser usada como una experiencia de aprendizaje, identificar los problemas que se han tenido y anticipar los obstáculos futuros. Valorar el cumplimiento con la farmacoterapia, los efectos adversos y los cambios en

las dosis. Considerar si se necesita un seguimiento más intensivo o una derivación.

Intervención en pacientes que desean dejar de fumar

Son aquellos fumadores que están dispuestos a realizar un serio intento de abandono en las próximas semanas. Con estos fumadores el médico, además de animarles y felicitarles por la decisión tomada, debe llevar a la práctica dos tipos de acciones: diagnósticas y terapéuticas.

Las acciones diagnósticas consisten en hacer un correcto diagnóstico del tabaquismo mediante la realización de una breve historia del tabaquismo, recogiendo datos clínicos relacionados con el tabaquismo del paciente: número de cigarrillos diarios, edad de inicio, fecha elegida para dejar de fumar, necesidad de ayuda, patología relacionada con el tabaco, exploración de los motivos para dejar de fumar y para fumar, exploración del entorno familiar, laboral y social del fumador, valorar intentos previos (duración de los mismos, tiempo máximo sin fumar, motivos de recaída, métodos utilizados en anteriores intentos) y valoración de la dependencia física a la nicotina.

Las acciones terapéuticas consisten en evitar el padecimiento de los síntomas del síndrome de abstinencia, principal causa de recaída y el tratamiento de la dependencia psicológica. Se debe elaborar un

plan para dejar de fumar en el que hay que incluir consejos para el abandono.

Intervención en fumadores que no quieren dejar de fumar en el momento de la visita

Los fumadores que no desean intentar el abandono del tabaco pueden carecer de la información necesaria sobre los efectos nocivos del tabaco, pueden carecer de los recursos económicos necesarios, pueden albergar temores o preocupaciones sobre el abandono del tabaco o pueden estar desmoralizados por haber tenido recaídas. Dichos fumadores pueden responder a una intervención motivacional apropiada.

El sanitario puede ayudar al paciente a reflexionar sobre cuatro posibles áreas de motivación, como son (tabla 1):

- **Relevancia personal** de los beneficios de dejar de fumar.
- **Riesgos específicos:** tanto agudos como a largo plazo, como para los miembros de su entorno.
- **Recompensas:** hay un gran abanico de recompensas en el ámbito de la salud, la estética, la recuperación de los sentidos, la autoestima, etc.
- **Métodos de afrontar los obstáculos:** síndrome de abstinencia, miedo al fracaso, aumento de peso, falta de apoyo, placer de fumar, depresión.

Tabla 1. Las 5 «R» para el fumador que no desea dejar de fumar

Relevancia	La intervención motivacional tiene un mayor impacto si es relevante para el estado de salud/enfermedad del fumador, de su familia o situación social (por ejemplo, si hay niños en casa), si el tabaco le produce problemas de salud en la actualidad, según la edad, el sexo y otras características del fumador.
Riesgos	El clínico debe pedir al fumador que identifique posibles consecuencias negativas del fumar, sugiriendo y clarificando aquellos problemas más relevantes para el fumador, enfatizando que fumar cigarrillos bajos en nicotina o usar el tabaco de otras formas (puros, fumar en pipa, mascar tabaco) no elimina los riesgos. Los riesgos pueden ser a corto plazo (por ejemplo, exacerbación del asma o más problemas respiratorios), a más largo plazo (trombosis, infartos, distintos tipos de cáncer, etc.) y riesgos para el entorno (repercusiones en los hijos).
Recompensas	El clínico debe pedir al fumador que identifique posibles beneficios de dejar de fumar, sugiriendo y enfatizando aquellos que son más relevantes para el fumador: mejora de la salud, ahorro de dinero, recuperación del gusto y del olfato, mejor forma física, más salud para los hijos y otros.
Reconsiderar	El clínico debe pedir al fumador que identifique barreras, impedimentos y dificultades para dejar de fumar e intentar dar una solución apropiada. Las típicas barreras incluyen: síntomas del síndrome de abstinencia, miedo a fallar en el intento, ganancia de peso, falta de apoyo, depresión y gusto por fumar.
Repetición	La intervención motivacional debe ser repetida cada vez que el fumador que no está motivado para dejar de fumar acuda a la consulta, siempre en un ambiente de empatía y de respeto hacia el fumador. A los fumadores que han fallado en intentos previos de dejar de fumar se les debería informar que muchos fumadores hacen varios intentos de abandono antes del éxito final.

Es muy importante que esta estrategia de motivación se *Repita* cada vez que un paciente no motivado acuda al centro sanitario.

Motivar a dejar de fumar a los pacientes atendidos en la consulta es una parte central e inherente a las tareas de un profesional sanitario. El clínico no debe ser un mero observador pasivo de los estados motivacionales de los fumadores a los que atiende. La «falta de motivación» es un reto en las habilidades terapéuticas del clínico, no una falta de la que culpar a los fumadores. Existe una serie de estrategias que pueden ser utilizadas por el terapeuta para aumentar la motivación del fumador para dejar de fumar.

- Ofrecer consejo. Los elementos que hacen que un consejo sea efectivo deben incluir como mínimo: identificar claramente el problema, explicar por qué el cambio es importante y recomendar un cambio. Un ejemplo de consejo motivacional puede ser: «como médico suyo, debo informarle que dejar de fumar es lo más importante que puede hacer para proteger su salud, ahora y en el futuro».
- Eliminar obstáculos. La mayoría de los obstáculos a los que se enfrenta el fumador para dejar de fumar tienen que ver con el acceso al tratamiento práctico y que el cambio produzca unas consecuencias adversas sobre su vida o le prive de la oportunidad para recibir un

refuerzo positivo. Los miedos más aludidos por los fumadores ante el reto de dejar de fumar son el miedo a ganar peso, el miedo a experimentar el síndrome de abstinencia, el miedo al fracaso, la falta de apoyo, la depresión y el disfrute del tabaco.

- Ofrecer alternativas. Un terapeuta que desee aumentar la motivación de un fumador para dejar de fumar debe tener en cuenta que tiene que ayudar a sus pacientes a sentir su libertad y su responsabilidad en el abandono del tabaco, y una buena aproximación es ofrecer alternativas al fumador.
- Disminuir la deseabilidad. Se trata de identificar los incentivos positivos del fumador para continuar fumando y buscar aproximaciones efectivas para disminuirlos, anularlos o compensarlos. Si las personas que están en la vida del fumador le facilitan continuar con el problema haciendo que este parezca normal, intentando ignorarlo o protegiendo al fumador de sus consecuencias, el cambio es menos probable que suceda. Si, por el contrario, las personas que rodean al fumador le expresan su preocupación, le ofrecen ayuda y apoyo, entonces la motivación para el cambio aumenta.
- Practicar la empatía. Se suele denominar empatía a ponerse en el lugar de las otras personas, sentir como las otras personas, comprender a

otra persona, manifestar deseo de ayuda y expresar, si es oportuno, nuestra solidaridad; ésta la podemos expresar mediante una frase empática: «comprendo cómo te sientes», o un gesto empático.

- Ofrecer *feedback*. Una tarea motivacional importante del terapeuta es la de proporcionar una respuesta al fumador sobre su situación actual y sobre sus consecuencias o riesgos. Un elemento que puede ayudar es animar al fumador a hablar sobre el proceso de dejar de fumar, preguntando sobre los motivos por los que el paciente quiere dejar de fumar, las inquietudes o preocupaciones sobre dejar de fumar, el éxito alcanzado por el paciente o por las dificultades encontradas mientras deja de fumar.
- Aclarar objetivos. Ayudar al fumador a que formule objetivos claros de cambio de conducta facilita, en gran manera, el cambio.
- Ofrecer ayuda activa. Esto implica estar interesado de forma activa y afirmativa sobre el proceso de cambio del fumador. Aunque es verdad que el cambio es algo que decide el fumador, también lo es que el terapeuta puede influir de gran manera sobre cómo tomar la decisión de abandonar el tabaco. Una simple carta o una llamada telefónica atenta pueden doblar, triplicar o cuadruplicar las posibilidades de que un paciente con un problema

adictivo continúe con la terapia y renueve sus esfuerzos para abandonar la adicción.

La entrevista motivacional es aquella que, centrada en el fumador, trata de ayudarle a desarrollar sus propias habilidades, con vistas a animarle al cambio respecto a un estilo de vida no saludable. Miller y Rollnick son los autores del texto de referencia de la entrevista motivacional para promover cambios en la conducta adictiva. Los principios de la entrevista motivacional son:

- **Expresar empatía:** aceptar que la ambivalencia ante el tabaco por parte de los fumadores es normal. Utilizar preguntas abiertas y la escucha reflexiva.
- **Favorecer la discrepancia:** promover que la persona verbalice sus propios argumentos para cambiar y visualice la discrepancia entre sus valores y objetivos personales y su conducta actual como fumador.
- **Manejar la resistencia:** evitar la confrontación y la argumentación directa. Proponer opciones, no imponer. Las soluciones han de ser encontradas por la persona. Si aparece resistencia, cambiar la forma de actuar.
- **Apoyar la autoeficacia** (o confianza en sí mismo para lograr la meta): reforzar el sentido de que es la persona la que es protagonista del cambio. Reconocer el papel de ayuda del profesional.

Intervención en fumadores que han abandonado recientemente el tabaco

El tabaquismo es una adicción, por lo que los sanitarios deberían ofrecer tratamientos preventivos breves de las recaídas, dirigidos a fumadores que han abandonado recientemente el tabaco.

Todo fumador sometido a prevención de recaídas debe recibir felicitaciones por cualquier éxito y recibir ánimos de manera convincente para seguir la abstinencia, reforzando la decisión de abandono del tabaco del fumador. El sanitario debe fomentar la discusión activa del paciente sobre los beneficios obtenidos al dejar de fumar, y ayudar al fumador a resolver cualquier problema residual que haya surgido tras el abandono o las amenazas anticipadas para el mantenimiento de la abstinencia (depresión, aumento de peso, alcohol, otros fumadores en el domicilio y otros).

BIBLIOGRAFÍA

Cabezas C. Guía para ayudar a la gente a dejar de fumar. Guía de educación sanitaria y promoción de la salud del PAPPs. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2000.

Camarelles F. Intervención Mínima. Entrevista motivacional. En: Jiménez Ruiz Carlos A, Fagerström Kart Olov. Tratado de tabaquismo. Madrid: Ed. Grupo Aula Médica; 2004.

Córdoba-García R, Nerín de la Puerta I. Niveles de intervención clínica en tabaquismo. ¿Son necesarias las consultas específicas en Atención Primaria? Med Clin (Barc) 2002; 119: 541-9.

Cummings SR, Rubin SM, Oster G. The cost-effectiveness of counselling smokers to quit. *JAMA* 1989; 261: 75-9.

Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating Tobacco Use and dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service; June 2000.

Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Barcelona: Paidós Ibérica; 1999.

Schwartz JL. Methods of smoking cessation. *Med Clin North Am* 1992; 76: 451-76.

Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). En: The Cochrane Library. Oxford: Update Software; 2002.

Estrategia de intervención intensiva

Dr. Francisco Camarelles Guillem

Médico de Familia. Centro de Salud General Moscardó. Madrid.

El tratamiento intensivo para ayudar a dejar de fumar puede ser prestado por cualquier médico formado que disponga de los recursos necesarios para llevar a cabo las intervenciones intensivas. Se dispone de evidencias importantes que indican que las intervenciones más intensivas tienen índices superiores de éxito y son más costo-efectivas que las intervenciones menos intensivas.

A causa de cierta evidencia sobre una estrecha relación dosis-respuesta, un programa de intervención intensivo debería consistir en tres o más sesiones; cada sesión debería durar más de 10 minutos, con un tiempo total de contacto superior a 30 minutos.

Puede aplicarse un asesoramiento en formato individual o de grupo, aplicando técnicas de asesoramiento y terapias conductuales, consistentes en asesoramiento práctico (resolución de problemas/formación de habilidades), así como el apoyo intratratamiento y extratratamiento.

Estos programas de intervención intensiva deberían aplicarse a todos los fumadores que desean participar en dichos esfuerzos, aproximadamente uno de cada cinco fumadores solicitarán en algún momento

una ayuda más intensiva (que la intervención breve) y se puede proponer un protocolo de visitas, en formato individual, como en formato grupal.

TERAPIA INDIVIDUAL INTENSIVA PARA AYUDAR A DEJAR DE FUMAR

Algunos autores han propuesto un protocolo de seis-siete visitas de ayuda para dejar de fumar de forma intensiva (tabla 1). En líneas generales estos protocolos consisten en una o dos visitas antes del día fijado

Tabla 1. Protocolo de seis-siete visitas de ayuda intensiva individual

Visita: fase y calendario	Contenidos
Antes del día D (uno o dos visitas)	<ul style="list-style-type: none">– ¿En qué piensa que a usted le perjudica fumar?– Valorar intentos previos/recaídas.– Explorar motivos y dependencia.– Reforzar la motivación.– Valorar sustitutos de la nicotina.– Valorar el entorno familiar/social/laboral y buscar su apoyo.– Pesar.– Fijar día D.– Recomendaciones para ↓ síndrome de abstinencia.
Fase de euforia (tres-ocho días después del día D)	<ul style="list-style-type: none">– Consejo sobre cómo afrontar situaciones difíciles.– Valorar síndrome de abstinencia.– Control de sustitutos de nicotina.– Reforzar el apoyo del entorno familiar/social/laboral.– Facilitar la verbalización de los beneficios/dificultades de dejar de fumar.– Si recaída: valorar circunstancias.– Avisar la aparición de un «duelo».

Tabla 1. Protocolo de seis-siete visitas de ayuda intensiva individual (continuación)

Visita: fase y calendario	Contenidos
Fase de duelo diez-quince días después de dejarlo	<ul style="list-style-type: none"> – Valorar la presencia de: sensación de vacío, aumento de apetito y alteraciones del sueño. – ↓ síndrome de abstinencia físico. – Facilitar la verbalización de los beneficios y reforzarlos. – Control de los sustitutos de nicotina. – Reforzar apoyo del entorno.
Fase de normalización quince-treinta días después de dejarlo	<ul style="list-style-type: none"> – Avisar sobre sensación de falsa seguridad. – Facilitar la verbalización de los beneficios y reforzarlos. – A los veintiocho días cambio de pauta en el parche de nicotina.
Fase de consolidación dos-tres meses después de dejarlo	<ul style="list-style-type: none"> – Valorar: fantasías de control. Prevenir las recaídas de tipo social. – Pesar. – Facilitar la verbalización de los beneficios a largo plazo y reforzarlos. – Cambiar/suspender la pauta de sustitutos de la nicotina. – Felicitar.
Seguimiento al año «ex fumador»	<ul style="list-style-type: none"> – Felicitar. – Facilitar la verbalización de los beneficios a largo plazo y reforzarlos. – Prevenir de las recaídas de tipo social.

Adaptado de Ballvé, 2000 sobre una propuesta previa de Marín y González, 1998.

para dejar de fumar, una visita en la llamada fase de euforia (tres-ocho días después de dejar de fumar), una visita en la llamada fase de duelo (diez-quince días después de dejar el tabaco), una visita en la fase de normalización (quince-treinta días después del abandono), una visita en la fase de consolidación (dos-tres meses) y una visita de seguimiento al año del abandono.

Antes del día D (una o dos visitas)

Se proponen dos visitas, una para realizar una historia del fumador recogiendo los datos más importantes, y otra visita dos-tres días antes de la fecha elegida para el abandono del tabaco.

En la primera visita se debe realizar una historia del consumo del tabaco, en la que deben constar datos como:

- Edad de inicio del consumo de tabaco.
- Número de cigarrillos que fuma diariamente.
- Test de Fagerström para la dependencia a la nicotina.
- Test de Richmond para valorar la motivación para dejar de fumar.
- Número de intentos previos.
- Recaídas en las primeras semanas en intentos previos.
- Tiempo máximo sin fumar.
- Métodos para dejar de fumar utilizados anteriormente.
- Motivos de recaída.
- Motivos más importantes para dejar de fumar (recomendable que se las apunte en un papel).
- Valoración del entorno del fumador: pareja, trabajo, entorno social.

- Consumo de alcohol.
- Problemas de salud activos que padece el fumador.
- Medición de la importancia que le da el fumador al abandono del tabaco, la confianza que tiene en conseguirlo, y la disponibilidad para el abandono del tabaco.

Una vez recogidos los datos en la historia clínica debemos realizar una serie de actividades con el fumador: comentar datos relevantes de la historia de consumo (consumo actual, intentos previos, recaídas); revisar datos clínicos haciendo énfasis en enfermedades relacionadas; reforzar las motivaciones mencionadas por el fumador; favorecer la verbalización de dificultades previsibles, miedos y dudas; y reforzar el apoyo del entorno familiar, social y laboral.

Además, a partir de la valoración de la dependencia se debe valorar la necesidad de tratamiento farmacológico; pactar el día D (día del abandono del tabaco); proponer actividades de preparación como llevar un registro de los cigarrillos fumados (hora en que se fuma, circunstancia en la que se fuma, importancia que se le da al cigarrillo fumado y alternativas posibles para evitar fumarlo); siendo recomendable dar un folleto de ayuda práctica para los primeros días sin fumar.

Si el fumador precisa usar fármacos para ayudar a dejar de fumar, se debe entregar información escrita sobre los mismos, en la que se especifique forma de utilización, dosis y duración del tratamiento.

En estas primeras visitas se debe pesar al fumador, tallarle y medir el monóxido de carbono si se dispone de un cooxímetro.

La visita debe finalizar concertando la fecha de la próxima cita.

En la visita de preparación al abandono del tabaco, dos-tres días antes de dejar de fumar, hay que reforzar las motivaciones para el abandono: lista de motivos a favor de fumar y en contra de seguir fumando; revisar las actividades de preparación y registros; informar sobre el síndrome de abstinencia; dar folletos de ayuda práctica para el día D e informar sobre las recaídas y su prevención.

Fase de euforia (tres-ocho días después de dejar de fumar)

En esta fase el fumador está eufórico por haber abandonado el tabaco. Debe confirmarse la abstinencia, a ser posible con medición del monóxido de carbono; valorar los síntomas de abstinencia: intensidad y frecuencia; valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico: cumplimiento y efectos adversos; preguntar por ayudas y/o dificultades del entorno (familiar/social/laboral); valorar cómo se afrontan las situaciones difíciles, favorecer la verbalización de las ventajas del abandono del tabaco por parte del paciente, y, por último, explicar la posible aparición de la llamada fase de duelo del paciente fumador que ha abandonado el tabaco.

Fijar fecha próxima visita.

Fase de duelo (diez–quince días después de dejar el tabaco)

En esta fase es frecuente encontrarse con sentimientos de sensación de vacío, aumento de apetito y alteraciones del sueño por parte del fumador.

En esta visita se debe confirmar la abstinencia, revisar el tratamiento farmacológico: cumplimiento y efectos adversos; valorar trastornos del sueño u otros problemas; hablar sobre las dificultades de esta fase; abordar los problemas de aumento del hambre, y de un posible aumento de peso; informar del riesgo de recaídas y sus causas y enfatizar las ventajas del abandono del tabaco.

Fijar próxima visita.

Fase de normalización (quince–treinta días después del abandono)

En esta fase el fumador está normalizando su situación con respecto al tabaco.

Como en la visita anterior debemos confirmar la abstinencia, revisar el tratamiento farmacológico: cumplimiento y efectos adversos; valorar los síntomas del síndrome de abstinencia; preguntar sobre ayudas/ dificultades del entorno (familiar/laboral/social); valorar cómo se afrontan situaciones difíciles; recordar las principales causas de recaída (psicosociales); favorecer la verbalización de las ventajas de no fumar por parte del paciente y explicar la posi-

ble aparición de las falsas seguridades («por uno no pasa nada»).

Fase de consolidación (dos-tres meses)

En esta fase el paciente está consolidando su intento de abandono del tabaco.

Además de confirmar la abstinencia, y valorar los síntomas del síndrome de abstinencia, se debe revisar el tratamiento farmacológico: cumplimiento, efectos adversos y pauta de abandono; favorecer la verbalización de ventajas del abandono del tabaco, recordando las ventajas a largo plazo; preguntar por ayudas/dificultades del entorno y advertir de las llamadas recaídas sociales (fiestas, celebraciones).

Visita de seguimiento al año del abandono

En esta visita se debe felicitar al fumador si se ha mantenido sin fumar, facilitándole la verbalización de los beneficios a largo plazo de haber dejado de fumar. Deben prevenirse futuras recaídas hablando sobre dificultades para mantenerse sin fumar y alternativas ante esas dificultades.

LA TERAPIA GRUPAL PARA DEJAR DE FUMAR

Se han descrito más de 100 tipos de terapias grupales en la bibliografía. Los distintos tipos de terapia grupal varían en el número de participantes, el número, duración y frecuencia de las sesiones, el contenido

Tabla 2. Propuesta sesiones terapia grupal

1.ª sesión
<ul style="list-style-type: none"> – Favorecer la formación del grupo. – Presentar el programa. – Conocer el tabaco y enfermedades asociadas. – Motivos de abandono y dependencia. – Beneficios de dejar el tabaco. – Fijar fecha de abandono. – Contrato de cese.
2.ª sesión
<ul style="list-style-type: none"> – Conocer la adicción. – Implicar al fumador en el cambio movilizando sus recursos personales. – Pautar tratamiento farmacológico individual. – Planificar estrategias para los primeros días. – Búsqueda de apoyos.
3.ª sesión
<ul style="list-style-type: none"> – Conocer el síndrome de abstinencia. – Potenciar adherencia al tratamiento farmacológico. – Aumentar la autoeficacia. – Adquirir habilidades para disminuir la ansiedad. – Aprender conductas nuevas o retomar antiguas.
4.ª sesión
<ul style="list-style-type: none"> – Control del síndrome de abstinencia. – Revisión, uso, tratamiento farmacológico. – Control de las situaciones difíciles. – Avanzar en la situación de pérdida. – Controlar el peso corporal.
5.ª sesión
<ul style="list-style-type: none"> – Reconocer situaciones habituales de recaídas. – Desarrollar estrategias de prevención de recaídas. – Promover cambios en las actividades cotidianas.

de las mismas y el personal necesario para llevarlo a cabo, aunque coinciden en lo fundamental. La mayor parte de los programas propone realizar de cinco a ocho sesiones (tabla 2).

Objetivos y técnicas empleadas

Los objetivos de los programas grupales se resumen en: analizar los motivos del comportamiento de los miembros del grupo; proporcionar una oportunidad para el aprendizaje social; generar experiencias emocionales y brindar información y enseñar nuevas habilidades. Los programas grupales pueden ser realizados por profesionales como psicólogos clínicos, educadores de salud, enfermeras, médicos u ocasionalmente por usuarios exitosos del programa.

Habitualmente las intervenciones conductuales de la terapia grupal incluyen métodos como el afrontamiento y el entrenamiento de habilidades sociales, tratamiento de contingencias, autocontrol e intervenciones cognitivo-conductuales. Las técnicas que se pueden utilizar son múltiples:

- Investigación en el aula: tormenta de ideas, rejilla, encuestas, cuestionarios y otras.
- Exposición con apoyo audiovisual: lección, lección más discusión, síntesis teórica, lectura bibliográfica y otras.
- Análisis de casos: análisis de publicidad, discusiones, etc.
- Desarrollo de habilidades: simulaciones, rol-playing, demostración con entrenamiento.

Descripción de las intervenciones. La terapia grupal para ayudar a dejar de fumar consta de una serie de fases:

- a) La primera fase, o de «preparación», centrada en la *información sanitaria* y en la motivación, con especial hincapié en los beneficios de dejar de fumar y en la eliminación de falsas expectativas y creencias erróneas. Aspectos a abordar:
- La motivación y el compromiso (razones para dejar de fumar y beneficios de lograrlo).
 - La autoeficacia.
 - La autoobservación, con registro escrito de la conducta.
 - El autocontrol, con técnicas de relajación sencillas, identificación de estímulos que evitan la conducta y programación de conductas alternativas.
 - La consecución de apoyo social para dejar de fumar, que puede ser intra o extra tratamiento.
 - Las habilidades para el cambio, creando estrategias de afrontamiento para los problemas más comunes que puedan surgir luego.
 - Fijación de la fecha de abandono del tabaco, consolidación de la decisión de dejar de fumar y organización del propio plan de abandono del tabaco.
- b) La segunda fase, o «fase de abandono». Se debe incidir en el control del síndrome de abstinencia y en el refuerzo de habilidades y cono-

cimientos enfocados al abordaje de los otros problemas que puedan surgir en las primeras fases del proceso de dejar de fumar. Aspectos a abordar:

- El contrato escrito de fecha de abandono.
- Información sobre pautas de conducta a seguir los primeros días sin fumar.
- Terapia farmacológica individualizada si es necesaria.

c) La tercera fase es la «fase de mantenimiento» o de «prevención de recaídas». En esta fase se abordan:

- Estrategias y habilidades de afrontamiento.
- Control de estímulos relacionados con el tabaco.
- Exposición gradual al estímulo con prevención de respuesta.
- Estrategias para mantener el apoyo social.
- Reestructuración cognitiva de las recaídas.
- Reequilibrio del estilo de vida, mediante la promoción de otros hábitos saludables.

Aspectos prácticos

El número adecuado de personas en cada taller es de 15-20, teniendo en cuenta que dos-tres personas

no acudirán a ninguna sesión a pesar de haber confirmado su asistencia en los días previos, y que durante el desarrollo del mismo va disminuyendo el número de asistentes. Lo óptimo es que una persona dirija el taller y otra asista de apoyo, pudiendo ser dos enfermeras o una enfermera y un médico. Lo recomendable es planificar un mínimo de cinco sesiones, de unos 90 minutos de duración cada una. La distribución temporal es variable según los distintos programas, algunos planifican una sesión semanal, otros prefieren hacer dos sesiones semanales. El ensayo previo al inicio de las sesiones y la preparación del material necesario es la clave del éxito de los talleres. Las intervenciones grupales requieren recursos materiales existentes en la mayoría de los centros sanitarios, como son: salas adecuadas (espaciosas, con sillas individuales si es posible), disponibilidad de material audiovisual para hacer las presentaciones, siendo recomendable disponer de un medidor de monóxido de carbono. Se precisan recursos humanos y tiempo de los profesionales sanitarios docentes, que deben contar con las siguientes habilidades:

- Formación en tabaquismo y en técnicas de dinámica grupal.
- Empatía y capacidad de comunicación.
- Asertividad.
- Capacidad didáctica (uso de ejemplos, evitando conceptos abstractos).

- Capacidad de mediación y de resolución de conflictos.

Por otro lado, la población diana queda restringida por unos mínimos y elementales criterios de exclusión (patología psiquiátrica severa activa, politoxicomanía, analfabetismo y desconocimiento del idioma) por su potencial interferencia en la dinámica del grupo. Si existe la posibilidad de acceder a la historia clínica de los asistentes al taller es importante evitar de antemano la asistencia de personas con alteraciones siquiátricas que puedan alterar el correcto desarrollo de las sesiones.

Ventajas e inconvenientes

El uso de un formato de grupo para la administración de una intervención conductual parece tener dos justificaciones fundamentales. Ubicado entre los métodos de autoayuda con contacto mínimo con los terapeutas y los de terapia/asesoramiento individual intensivo, un grupo podría ofrecer mejores tasas de abandono del hábito que el primero y menores costos para el fumador que el último. Puede haber un beneficio terapéutico específico del formato del grupo, al proporcionar a los fumadores la oportunidad de compartir los problemas y las experiencias con otros que intentan abandonar el hábito (refuerzo positivo desde el grupo). Además, permite la socialización de experiencias, favorece el cambio de actitudes, aporta mayor número de alternativas al tabaco, aumenta el enriquecimiento personal mediante

la comunicación entre los participantes, permite la utilización de algunos métodos y técnicas que no son posibles en la individual y economiza el tiempo de los profesionales, ya que se dirige a muchas personas a la vez. Las técnicas específicas de este tipo de intervención facilitan la exposición de miedos y expectativas de los participantes sin culpabilizar y permite «no sentirse solo» en el camino hacia la abstinencia. Es posible que esto produzca un aumento de las tasas de abandono, incluso cuando se compara con los métodos individuales cara a cara. Otras ventajas de la terapia grupal son que la publicidad con carteles informativos de los talleres para dejar de fumar permite captar fumadores que no han recibido consejo para dejar de fumar por parte de su médico o enfermera pero que están motivados y otros que se acercan al centro de salud de forma ocasional o como acompañantes. También da la posibilidad de un abordaje intensivo a pacientes cuyo médico o enfermera no lo ofrecen. Por último, el manejo de grupos de fumadores da una oportunidad excelente de aprendizaje sobre el tabaquismo a los profesionales sanitarios.

Por el contrario, el apoyo grupal presenta algunos inconvenientes: dificulta la individualización de los contenidos educativos y terapéuticos, no permite personalizar ni individualizar los objetivos y tampoco permite trabajar en problemas y necesidades muy particulares. Además, la terapia grupal adolece de ausencia de confidencialidad y precisa de habili-

dades adicionales al tratamiento del tabaquismo, necesarias para el manejo de grupos. La dificultad para el reclutamiento de los pacientes, que limita su utilidad, puede ser otro de los inconvenientes, junto con el alto índice de abandonos del tratamiento descritos en la literatura. Se estima que sólo uno de cada 20 fumadores participa en la terapia grupal a lo largo de su vida.

BIBLIOGRAFÍA

Ayudar a dejar de fumar. Protocolos de actuación para profesionales de salud. Programa de ayuda al fumador. Instituto de Salud Pública. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. Fondo de publicaciones del Gobierno de Navarra; 1998.

Ballve JL, Monteverde X, Zarza E, et al. El tabaquismo en Atención Primaria. *Medicina Integral* 2000, 35: 52-60.

Becoña E. «Monografía de tabaco: evaluación y tratamiento del tabaquismo». *Adicciones* 2004; 16 (2).

Cabezas C. Guía para ayudar a la gente a dejar de fumar. Guía de educación sanitaria y promoción de la salud del PAPPS. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2000.

Camarelles F, Asensio A, Jiménez-Ruiz C, Becerril B, Rodero D, Vidaller O. Efectividad de la intervención grupal para la deshabituación tabáquica. Ensayo clínico aleatorizado. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 53-7.

Córdoba-García R, Nerín de la Puerta I. Niveles de intervención clínica en tabaquismo. ¿Son necesarias las consultas específicas en Atención Primaria? *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 541-9.

Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating Tobacco Use and dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service; June 2000.

Grandes G, Cortada JM, Arrazola A. «¿Podemos ayudar a nuestros pacientes a dejar de fumar?: la experiencia del Programa de Abandono del Tabaco». Gac Sanit 2001; 15 (4): 312-9.

Moreno J, Herrero J. «Tabaquismo. Programa para dejar de fumar». Ayuntamiento de Madrid; 1998.

Stead LF, Lancaster T. Programas de terapia conductual grupal para el abandono del hábito de fumar. En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4. Oxford: Update Software Ltd; 2005. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

West R, McNeil A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Thorax 2000; 55: 987-99.

Tratamiento farmacológico

Dr. José Luis Díaz-Maroto Muñoz

Médico de Cabecera. Centro de Salud Guadalajara-Periférico.

El tabaquismo es la primera causa prevenible de mortalidad en los países desarrollados, además, la Organización Mundial de la Salud lo define como enfermedad adictiva crónica y, por lo tanto, como ocurre en otras patologías crónicas, necesita ser diagnosticada correctamente para instaurar un tratamiento adecuado.

El 60% de los pacientes fumadores quieren dejar de fumar, que son los que se encuentran en las fases de contemplación y preparación. Dejar de fumar se constituye como la mejor medida de salud que puede adoptar una persona en su vida. De cada cuatro pacientes fumadores regulares, dos morirán como consecuencia del consumo del tabaco y, lo que es más grave, uno morirá de forma prematura, perdiendo de 25 a 30 años de vida.

En la actualidad se dispone de tratamientos farmacológicos que ayudan a dejar de fumar, y que han demostrado ser eficaces; en los distintos metaanálisis entre los fármacos de primera línea se encuentran el bupropion y la terapia sustitutiva con nicotina (TSN), que junto al apoyo psicológico han demostrado tener evidencia científica grado A, que es el mayor grado de evidencia. Entre los fármacos de segunda línea se

pueden citar los siguientes: lobelina, clonidina, mecamilamina, clonidina, alprazolam, nortriptilina, doxepina, etc. En general son fármacos que o no son muy eficaces en el tratamiento del tabaquismo o presentan efectos secundarios importantes.

TERAPIA SUSTITUTIVA CON NICOTINA (TSN)

Se puede decir que el tratamiento con TSN ha sido utilizado por unos 30 millones de fumadores, y que ha demostrado su eficacia y su seguridad. La Organización Mundial de la Salud recomienda la utilización de la TSN en el tratamiento del tabaquismo.

Es muy interesante revisar los artículos de consenso que se publicaron en los Estados Unidos, así como las publicaciones de la Cochrane Library, en relación al tratamiento de la dependencia por la nicotina. La nicotina es la sustancia del cigarrillo que provoca la adicción del tabaco. Cuando un fumador da una calada a su cigarrillo, en tan sólo ocho segundos la nicotina hace su efecto en los receptores nicotínicos del cerebro. La nicotina que se libera del cigarrillo, y que pasa a la corriente sanguínea, tiene la particularidad de producir concentraciones plasmáticas de 25 a 30 ng/ml.

El grupo de Hughes y colaboradores demostraron que los fumadores mantienen unas concentraciones de nicotina en plasma de 20 a 40 ng/ml, y que son necesarios unos niveles de 10 a 15 ng/ml para que el fumador no desarrolle los síntomas del síndrome de abstinencia por la nicotina. Pues bien, había que buscar un tratamiento para mitigar el síndrome de abstinencia

que se produce cuando un fumador deja de administrarse la nicotina, y es cuando surge la TSN. Se define la TSN como la administración de nicotina por una vía diferente a la del consumo del cigarrillo, y en una cantidad que fuera suficiente para disminuir los síntomas del síndrome de abstinencia, pero que fuera insuficiente para crear dependencia. La administración se hace por vía oral, si se trata de chicles de nicotina, inhalador bucal, caramelos de nicotina, tabletas sublinguales; por vía transdérmica si se utilizan los parches de nicotina, y por vía nasal si se utiliza el spray nasal. En cualquiera de las formas de TSN, la concentración plasmática de nicotina nunca alcanza a los niveles que se obtienen cuando se fuma un cigarrillo.

Evaluación

En general todos los productos de la TSN han demostrado en los distintos estudios y metaanálisis su eficacia.

Evaluación de los métodos de tratamiento para dejar de fumar

Métodos farmacológicos	Odds ratio
Sustitución nicotínica total	1,73 (1,60-1,82)
Chicle	1,63 (1,49-1,79)
Chicle 2 mg frente a 4 mg	2,67 (1,69-4,22)
Parche	1,73 (1,56-1,93)
Spray nasal	2,27 (1,61-3,20)
Inhalador	2,08 (1,43-3,04)
Comprimidos sublinguales	1,73 (1,07-2,80)
Caramelos de 2 mg	2,10 (1,59-2,79)
Caramelos de 4 mg	3,69 (2,74-4,96)

Formas de administración y dosis

El tratamiento del tabaquismo con productos de nicotina debe durar un período de dos a tres meses. Es muy importante que se indique al fumador la necesidad de que cumpla el tratamiento en su totalidad, pues muchas recaídas se producen por el incumplimiento o por la mala aplicación y dosificación del mismo.

Los parches de nicotina producen una liberación transdérmica media de 0,9 mg de nicotina/hora en un período de 16 horas. Los parches de dosis más bajas 0,5 mg/hora.

Se pueden utilizar hasta 16 piezas de chicle de nicotina de 4 mg en un período de 24 horas.

El spray nasal de nicotina libera 0,5 mg de nicotina por nebulización. Se recomienda una nebulización en cada fosa nasal, que corresponde a 1 mg de nicotina en total. Se recomienda dos o un máximo de tres dosis por hora.

Correcta utilización de la TSN por el paciente fumador

En este sentido el parche de nicotina se aplicará en la piel sin pelo, fundamentalmente en brazos, hombro y espalda, cambiando cada día el lugar de aplicación. Hay que airear el parche antes de su colocación, una vez retirado el protector. Es necesario indicar al fumador que no debe fumar mientras utilice la TSN.

En cuanto al chicle de nicotina, hay que indicar al fumador que tenga paciencia para percibir sus efectos, pues no es tan rápido como la nicotina del cigarrillo. Debe masticar despacio el chicle de nicotina hasta que note su sabor o picor, en este momento dejará de masticar y lo guardará entre su mejilla y la encía hasta que desaparezca el sabor, y cuando esto ocurra volverá a masticar el chicle. La utilización del comprimido de nicotina es similar a la del chicle, en lugar de masticar la pieza de chicle, chupará lentamente el comprimido. Por último, el spray de nicotina, que es el que produce mayor concentración plasmática de nicotina de todas las formas de TSN, debe aplicarse una instilación en cada fosa nasal y no es necesario hacer una inspiración al tiempo que se instila. Sería muy farragoso y cansaría al lector detallar cada fármaco de la TSN y las dosis, por lo que hago un resumen de lo anterior, teniendo en cuenta que la TSN no necesita para su venta prescripción médica, circunstancia que apoya la recomendación de su uso para que los fumadores dejen de fumar, por los profesionales sanitarios, enfermeros, farmacéuticos, etc.

Parches de nicotina

De 24 horas de duración:

- Niquitin Clear (GSK CH). De 21 mg , de 14 mg y de 7 mg.
- Nicotinell (Novartis). TTS 30. TTS 20 y TTS 10.

De 16 horas de duración:

- Nicorette (Pfizer CH). De 15 mg, de 10 mg y de 5 mg.

Chicles de nicotina

De 4 mg y 2 mg:

- Nicotinell (Novartis).
- Nicorette (Pfizer CH).

Comprimidos de nicotina

De 1 mg:

- Nicotinell (Novartis).

Sí que resulta interesante sentar unas indicaciones para la TSN según el diagnóstico y la dependencia de los pacientes fumadores (ver tablas 1 a 4).

Tabla 1. Clasificación del paciente fumador

Dependencia leve:

- Test de Fag. 1 a 3 < 5 paquetes/año < 15 ppm CO.

Dependencia moderada:

- Test de Fag. 4 a 6. Entre 5 y 15 paquetes/año. De 15 a 25 ppm CO.

Dependencia intensa:

- Test de Fag. 7 o > 15 paquetes/año. 25 o > ppm de CO

Tabla 2. Fumadores con dependencia leve

Chicles de nicotina de 2 mg:

- Una pieza cada 90–120 minutos. Ocho a diez semanas.
- Reducir la dosis progresivamente a partir de la 6.ª semana.

Tabla 2. Fumadores con dependencia leve (continuación)

Parches de nicotina de 16 horas de liberación:

- 15 mg al día durante seis semanas.
- 10 mg al día durante dos semanas.
- 5 mg al día durante dos semanas.

Parches de nicotina de 24 horas de liberación:

- 21 mg al día durante seis semanas.
- 14 mg al día durante dos semanas.
- 7 mg al día durante dos semanas.

Tabla 3. Fumadores con dependencia moderada

Chicles de nicotina de 4 mg:

- Una pieza cada 90–120 minutos durante diez-doce semanas.
- Reducir progresivamente a partir de la 10.^a semana.

Parches de nicotina de 16 horas de liberación:

- 25 mg al día durante seis semanas
- 15 mg al día durante cuatro semanas.
- 10 mg al día durante dos semanas.

Parches de nicotina de 24 horas de liberación:

- 21 mg al día durante seis semanas.
- 14 mg al día durante cuatro semanas.
- 7 mg al día durante dos semanas.

Terapia combinada.

Para evitar el síndrome de abstinencia.

Parches más chicles.

Tabla 4. Fumadores con dependencia intensa

Chicles de nicotina de 4 mg:

- Una pieza cada 60-90 minutos durante 12 semanas.
- Reducción progresiva a partir de la 10.^a semana.
- En algunos casos mantener hasta tres, seis e incluso 12 meses.

Terapia combinada.

Parches más chicles e incluso con spray nasal:

- 2 a 3 mg por hora en tres meses.
- Reducción progresiva durante tres meses 25% mensual.
- No superar 5 mg por hora. Ni 40 mg por día.

Efectos secundarios

Los efectos secundarios comunes en la aplicación de la TSN son: cefalea, mareos, náuseas, vómitos, palpitaciones y fibrilación auricular.

Parches:

- Eritema, prurito, urticaria.

Chicle:

- Hipo, meteorismo, úlcera bucal, dolor de la articulación temporomandibular.

Comprimidos:

- Boca seca, tos, quemazón en la boca, hipo.

De forma excepcional los fumadores que utilizan la TSN pueden desarrollar dependencia por dichos tratamientos; de este modo los ex fumadores se vuelven dependientes de los preparados nicotínicos, sobre todo con el spray nasal de nicotina, y suelen seguir usando estos productos durante unos meses más.

Contraindicaciones

En primer lugar, conviene resaltar conceptos erróneos de la TSN sobre el aparato cardiocirculatorio, hay que tener en cuenta que es la nicotina del cigarrillo la que produce mayores concentraciones plasmáticas y su efecto en picos es la que verdaderamente causa daños. Además, hay que considerar el

efecto de otras sustancias en dicho aparato como es el monóxido de carbono.

Lo mismo ocurre con la administración de la TSN en la mujer embarazada.

Las contraindicaciones comunes de la TSN son:

- Infarto agudo de miocardio reciente, arritmias cardíacas, ictus reciente y angina inestable.

Las contraindicaciones relativas son:

- Hipertensión grave, insuficiencia cardíaca grave, enfermedad cerebrovascular, hipertiroidismo, diabetes insulínica, úlcera gastroduodenal y deterioro renal o hepático grave.

Las contraindicaciones para los parches de nicotina son:

- Procesos dermatológicos inflamatorios crónicos, psoriasis, urticaria.

Las contraindicaciones para los chicles de nicotina son:

- Procesos inflamatorios de la boca, faringe o esófago.

Las contraindicaciones para el spray de nicotina son:

- Hemorragias nasales y enfermedades crónicas de la nariz.

BUPROPIÓN

Bupropión es un polvo blanco amargo que se expende en forma de comprimidos de liberación sostenida que contienen 150 mg de sustancia activa.

Se han realizado más de 9 millones de tratamiento con bupropión en fumadores en 2001, demostrando su eficacia.

No se conoce con exactitud cuál es el mecanismo de acción de esta droga, aunque se sabe que actúa a nivel del núcleo accumbens inhibiendo la recaptación neuronal de dopamina; este efecto explicaría la reducción del craving que los fumadores experimentan cuando lo utilizan. También inhibe la recaptación neuronal de noradrenalina en el núcleo ceruleus, consiguiendo con ello una reducción significativa de la intensidad de los síntomas del síndrome de abstinencia a la nicotina. Recientes estudios in vitro han detectado que bupropión es un inhibidor funcional no competitivo de los receptores nicotínicos de acetil-colina. Esta actividad anti-nicotínica puede contribuir a su eficacia en el tratamiento de la dependencia nicotínica.

Evaluación

Se ha demostrado que bupropión a dosis de 300 mg día durante un período de siete semanas se asocia con un incremento significativo de la abstinencia continua a las siete semanas de tratamiento (odds ratio 2,71; 95% IC: 1,88-4,07) y a los doce meses de seguimiento (odds ratio: 2,10; 95% IC: 1,62-2,73).

La eficacia de esta medicación está relacionada con la dosis, con su concentración plasmática media y con la concentración sanguínea de sus metabolitos. Los fumadores que utilizan bupropión a dosis de 100 mg, 150 mg o 300 mg diarios tienen 1,42, 1,69 y 2,84 veces respectivamente más probabilidades de dejar de fumar que aquellos que reciben placebo.

Formas de administración y dosis

Bupropión debe ser utilizado durante un período de siete a nueve semanas a dosis de 300 mg diarios en dos tomas de 150 mg cada una. El tratamiento se iniciará de siete a quince días antes de abandonar definitivamente el consumo del tabaco. Durante los primeros seis días, el sujeto consumirá sólo un comprimido de 150 mg cada día y después de este período se incrementará la dosis a dos comprimidos de 150 mg. Conviene tomar un comprimido a primera hora de la mañana en el momento de levantarse y el segundo ocho horas después. En ocasiones, se puede prolongar el tratamiento hasta cumplir doce semanas.

Se debe advertir al fumador que utilice el bupropión que el consumo de alcohol puede disminuir el umbral epileptógeno, y que podría desencadenar la aparición de convulsiones. Hay otras drogas que se deben evitar, así la cafeína podrá actuar como desencadenante para fumar.

Según los estudios y la experiencia clínica con bupropión, este fármaco está indicado para cualquier

fumador que haga un intento serio para dejar de fumar y que consuma más de 10 cigarrillos al día y que no tenga contraindicaciones.

Efectos secundarios

Los principales efectos secundarios son: insomnio, reacción alérgica, cefalea, sequedad de boca, mareos, náuseas, ansiedad, estreñimiento, irritabilidad, alteración de la concentración y depresión.

Sin lugar a dudas, uno de los efectos secundarios más temidos con la toma de bupropión es la aparición de convulsiones. Después de la introducción de las formas de liberación retardada, junto con las nuevas dosificaciones recomendadas, el riesgo de crisis por bupropión es comparable al resto de antidepresivos. El riesgo de crisis es de una por cada 1.000 dosis de 300 mg al día con ninguna dosis individual superior a 150 mg. En muchos pacientes que presentaron crisis convulsivas refirieron algún cuadro previo de crisis o tenían factores de riesgo para sufrirlas.

Contraindicaciones

Las contraindicaciones absolutas son:

- Hipersensibilidad a bupropión o a cualquiera de los excipientes.
- Antecedentes de convulsiones o trastorno convulsivo actual.
- Tumor en el sistema nervioso central.

- Pacientes en proceso de deshabitación alcohólica o retirada de cualquier medicamento que esté asociado con riesgo de convulsiones, benzodiazepinas.
- Antecedentes de bulimia o anorexia nerviosa.
- Cirrosis hepática grave.
- Tratamiento concomitante con IMAO.
- Antecedente de trastorno bipolar.

En embarazo y lactancia se desaconseja su empleo, aun en ausencia de contraindicación absoluta.

El bupropión constituye un tratamiento eficaz para dejar de fumar, coadyuvante del consejo médico, así como del tratamiento psicológico especializado. El uso de bupropión dobla las tasas de abstinencia a los 6 y 12 meses de la intervención, cuando se compara con placebo. La eficacia del hidrocloruro de bupropión se sitúa entre el 18% y el 36% a los 12 meses de finalizar el tratamiento. Estos resultados se han comprobado mediante ensayos clínicos randomizados, a doble-ciego y muestras amplias (Hurt *et al.*, 1997; Jorenby *et al.*, 1999; Hays *et al.*, 2000).

FÁRMACOS DE SEGUNDA LÍNEA

Realmente sólo han demostrado su efectividad la clonidina, la nortriptilina y, como tratamiento coadyuvante, la mecanilamina. Se comentan otras posibilidades terapéuticas.

Clonidina

En un principio se utilizó como fármaco antihipertensivo. Es un agonista de los receptores alfa-2 del sistema nervioso central. Se ha utilizado con cierto éxito en el tratamiento del síndrome de abstinencia a opiáceos. El mecanismo de acción podría estar relacionado con la capacidad que tiene la nicotina para elevar las endorfinas del plasma sanguíneo. Las dosis son: 0,1-0,4 mg/día durante doce semanas, vía oral o transdérmica. La odds ratio conjunta de éxito con clonidina en oposición al placebo es de 1,89 (IC 95% de 1,30-2,74) con discreta mayor eficacia en mujeres. El problema es que hay elevada incidencia de efectos secundarios, tal como sequedad de boca, estreñimiento y sedación. Se podría utilizar descartados los fármacos de primera elección para disminuir la irritabilidad y el deseo urgente de fumar.

Nortriptilina

Es un antidepresivo tricíclico, tiene un papel modulador de la actividad noradrenérgica. La eficacia está demostrada. Hay que utilizarla con precaución en cardiopatas. Los principales efectos secundarios son: sequedad de boca, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria, hipotensión. Las dosis son: 25 mg/24 horas durante tres días, 25 mg/12 horas cuatro días más y 25 mg/8 horas durante doce semanas. Se considera que tienen indicación en fumadores con falta de respuesta a los fármacos de primera elección o cuando éstos estén contraindicados.

Mecamilamina

Es un antagonista de la nicotina que tiene una acción bloqueadora no competitiva de los receptores nicotínicos. Su utilización se basa en la inhibición que produce sobre la liberación de dopamina, disminuyendo el impulso o las ganas de fumar. Las dosis son: 2,5-5 mg/12 horas, iniciando el tratamiento cuatro semanas antes de abandonar el consumo de tabaco y se mantiene seis semanas después. La mecamilamina con la TSN produce un efecto sinérgico. Se necesitan más estudios para demostrar su eficacia.

Otros tratamientos

Acetato de plata

Se encuentra dentro del tratamiento farmacológico aversivo. Esta sustancia genera un sabor amargo al combinarse con el cigarrillo, al crearse sales argentícas. Se puede utilizar en chicle, comprimido y aerosol. No hay evidencia científica suficiente de su eficacia.

Lobelina

Es un agonista parcial de los receptores nicotínicos, a los que se une de forma parcial y competitiva. Se le atribuye la capacidad de disminuir la ansiedad cuando se deja de administrar la nicotina. Las dosis son: 2-4 mg/8 horas. No hay evidencia científica suficiente.

Alprazolam

Controla la ansiedad, tiene efectos miorrelajantes. Puede provocar dependencia psíquica y física. No hay evidencia científica suficiente de su eficacia.

Clorhidrato de bupiróna

Es un ansiolítico, agonista de los receptores dopaminérgicos D2. Se recomienda en fumadores con mayor grado de ansiedad. Tiene buena tolerancia y bajo poder de adicción. Se recomienda iniciar su administración tres semanas antes de dejar de fumar.

Las dosis son: 5 mg/8 horas en la primera semana y 10 mg/8 horas tres semanas más.

Doxepina

Antidepresivo tricíclico, se le atribuye cierto grado de eficacia para el control del craving. No hay evidencia científica suficiente.

Moclobemida

Es un antidepresivo inhibidor selectivo y reversible de la MAO, noradrenalina, dopamina y serotonina. No hay evidencia científica suficiente de su eficacia.

Fluoxetina

Es un antidepresivo no tricíclico, inhibe selectivamente la recaptación de serotonina.

Puede resultar eficaz en fumadores con depresión y controlaría el peso mientras se administra. Exis-

te pobre evidencia científica. La dosis recomendada es de 40 a 60 mg/24 horas durante diez semanas.

Naltrexona

Es un antagonista opiáceo puro, que bloquea los receptores nicotínicos. No hay evidencia científica suficiente. Las dosis son: 25-50 mg/día.

VACUNAS

En fase de desarrollo en humanos y con un mecanismo de acción similar al propuesto para otras drogas como la cocaína. Consiste en introducir anticuerpos antinicotina, que se consigue previa vacunación con moléculas de nicotina que están unidas a un antígeno (proteína de la toxina B del cólera e hidróxido de aluminio), este complejo reviste dos aspectos: el primero que no atraviesa la barrera hematoencefálica y así no se puede unir a los receptores nicotínicos del sistema nervioso central, y el segundo aspecto es que como consecuencia del estímulo que produce sobre el sistema inmunitario se formarán anticuerpos frente a dicho complejo bloqueando, así, la nicotina antes de su unión a los receptores específicos.

COSTE/EFFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

Las evidencias científicas disponibles permiten considerar como fármacos de primera línea para dejar de fumar a la TSN y a bupropión. La indicación debe

valorarse en fumadores que quieren hacer un serio intento de abandono de consumo de tabaco, que se encuentran, por lo tanto, en la fase de preparación/acción y con un consumo de 10 o más cigarrillos al día.

El tratamiento farmacológico es considerado como un complemento del apoyo motivacional, especialmente útil en las primeras fases de la intervención para afrontar los síntomas de abstinencia y el deseo de fumar. Es necesario disponer de estudios de efectividad a medio y a largo plazo, es decir: valorar la abstinencia pasado el año de abandono del consumo de tabaco. Del conjunto de estudios de coste-efectividad disponibles se puede concluir que comparada con otras intervenciones preventivas o asistenciales, el diagnóstico y el tratamiento del tabaquismo se considera una acción coste-efectiva en términos de coste por año de vida ganado.

Existen pocos estudios en España sobre la evaluación del coste-efectividad. En el Reino Unido se ha estimado que el coste adicional por año de vida ganado logrado con TSN sería de 1.439-2.758 euros, entre 921 y 2.158 euros para el bupropión. El coste estimado para el Servicio Nacional de Salud de un tratamiento en Inglaterra y Gales sería de 96-291 millones de euros, y conseguiría la consolidación de la abstinencia a largo plazo de 45.000 a 135.000 fumadores y lograría ganar 90.000 a 270.000 años de vida. El coste medio por año de vida ganado estaría entre 720 y 2.158 euros. Sería prioritario garantizar el acceso a las intervenciones más intensivas requeridas

especialmente por fumadores con alta dependencia, graves problemas de salud y alto riesgo que no han logrado dejar de fumar con intervenciones de nivel inferior de intensidad. Además es prioritaria la oferta de tratamiento del tabaquismo a los profesionales sanitarios, dada su responsabilidad y su carácter modélico, y teniendo en cuenta la elevada prevalencia de tabaquismo detectada en este sector en España.

El Banco Mundial es claro y rotundo en materia de prevención y tratamiento del tabaquismo, y así consideró en *Investing in Health* en 1993 que las políticas globales de control de tabaquismo basadas en el incremento de impuestos, limitación de la publicidad y promoción, información sanitaria, restricción del consumo en espacios públicos y accesibilidad a los tratamientos farmacológicos financiados, presentan una relación coste-efectividad muy favorable y deben formar parte de las medidas básicas sanitarias. El Banco Mundial refiere que el coste de la atención sanitaria imputable al tabaco en los países desarrollados representa el 6-15% de los gastos sanitarios anuales. En España, dada la prevalencia de fumadores, el coste se situaría en torno al 15%. Informes más recientes han estimado que este coste puede llegar a los 6.870 millones de euros de 2005 para las cinco principales enfermedades relacionadas con el tabaco, al que habría que sumar los costes sociales por bajas laborales, invalidez y muerte prematura.

Se sabe que el tratamiento para dejar de fumar es más coste-efectivo que tratar a un paciente hiper-

tenso o hipercolesterolémico. En este sentido, de cada 100 intentos serios para dejar de fumar con TSN o con bupropión se conoce que 30 van a tener éxito, y que se mantendrán abstinentes al año, y que un porcentaje elevado de éstos no volverán a fumar nunca.

Un trabajo referido a los Estados Unidos (Wasley *et al.*, 1997), concluye que el coste por año de vida ganado tras la utilización de parches de nicotina más consejo sanitario era de 965-1.585 dólares. Estas cifras son muy inferiores a otras prácticas médicas habituales, como por ejemplo el tratamiento de la hipertensión arterial moderada, con un coste medio por año de vida ganado de 11.300 dólares o el tratamiento de la hipercolesterolemia, de más de 65.000 dólares.

BIBLIOGRAFÍA

Haustein KO. Pharmacotherapy of nicotine dependence, *Int J Clin Pharmacol Ther* 2000; 38 (6): 273-90.

Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Torrecilla García M, Domínguez Grandal F, Díaz-Maroto Muñoz JL, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. SEMERGEN 2002.

Jiménez Ruiz CA, Granda Orive JI, Solano Reina S, Carrión Valero F, Romero Palacios P, Barrueco Ferrero M. *Archivos de Bronconeumología* 2002.

López Nicolás A y Pinilla Domínguez J. Evaluación del impacto de la Ley de Medidas Sanitarias Contra el Tabaquismo sobre los costes empresariales y los costes sanitarios. Informe del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Diciem-

bre de 2005. Disponible en: http://www.cnpt.es/Informe_fiscalidad_01.pdf.

Riesco Miranda JA, Lavilla Martín de Valmaseda MJ, Sojo González MA, Masa Jiménez JF. Tratado de Tabaquismo 2004; 29: 361-71.

Shiffman S, Johnston JA, Khayrallah M y cols. The effect of bupropion on nicotine craving and withdrawal. *Psychopharmacology* 2000; 24: 540-51.

Silagy C, Mant D, Fowler G, Lodge M. Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. *Lancet* 1994; 343 (8890): 139-42.

Wasley MA, McNagny SE, Phillips VL, Ahluwalia JS. The cost-effectiveness of the nicotine transdermal patch for smoking cessation. *Prev Med.* 1997 Mar-Apr; 26 (2): 264-70.

Tratamiento en situaciones especiales

Dr. José Luis Díaz-Maroto Muñoz

Médico de Cabecera. Centro de Salud Guadalajara-Periférico.

EMBARAZO Y LACTANCIA

La Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN) no se recomienda como primera opción durante el embarazo y la lactancia, a menos que la madre sea incapaz de dejar de fumar, y siempre bajo supervisión médica. Aquellas mujeres que fuman durante el embarazo deben saber que sus recién nacidos pueden mostrar signos de daño embriotóxico o fetotóxico. Dado que la prescripción de fármacos en el embarazo y la lactancia se halla bastante restringida, es controvertido el empleo de la TSN, ya que es difícil separar los efectos dañinos de los productos de la combustión de los cigarrillos de los de la nicotina. Se conoce la acumulación de nicotina en la leche materna, pero además pasan a la leche materna metales pesados, CO y numerosos carcinógenos. No se debe ofrecer TSN hasta que no se haya constatado que las intervenciones no farmacológicas no han sido eficaces. La nicotina no causa efectos teratogénicos ni embriotóxicos. Los carcinógenos que se detectan en la orina de los neonatos son derivados del tabaco y no son metabolitos de la nicotina. La unión de la nicotina en el tronco cerebral alcanza su máximo hacia la mitad del embarazo, lo que sugiere que los efectos adversos

de la nicotina se deben esperar que ocurran desde la mitad del embarazo hasta el final del mismo. En este sentido la SRNT recomienda que se utilice la TSN en mujeres embarazadas que no han conseguido dejar de fumar con motivación, y antes de la 18.ª semana de gestación, y que se administre mejor chicle de nicotina que parche de nicotina. El chicle también se puede administrar con precaución en la lactancia. La utilización del bupropión no está recomendada en el embarazo, y se acumula en la leche materna. En resumen, en el embarazo y lactancia hay que valorar el riesgo-beneficio del tratamiento con TSN y contar con consentimiento informado explícito de la paciente.

ADOLESCENCIA

No existen evidencias de que la utilización de TSN y de bupropión en jóvenes menores de 15-16 años para dejar de fumar incremente de forma significativa las posibilidades de éxito. La indicación de esta terapia en estos fumadores deberá ser considerada de forma personalizada.

GANANCIA DE PESO

El abandono del consumo del tabaco se sigue de incremento ponderal. Las principales causas de recaídas por las que se vuelve a fumar son tres: el síndrome de abstinencia, la depresión y el aumento de peso, éste ha sido invocado como la causa de más del 40% de las recaídas en mujeres fumadoras que quieren

dejar de serlo. La utilización de chicles de 4 mg de nicotina reduce el incremento ponderal que se sigue después del abandono. Se ha encontrado que a mayor dosis de nicotina ingerida en forma de chicles mayor reducción de la ganancia de peso. Además, se ha detectado que la utilización de bupropión retrasa el incremento ponderal debido al abandono del tabaco. Cuando bupropión es utilizado durante 7-9 semanas se aprecia aumento de peso después de su uso, pero cuando su utilización se prolonga durante más de un año, no se detecta dicho incremento. La utilización de bupropión o de chicles de 4 mg de nicotina pudiera estar indicada en fumadores que quieren dejar de serlo y que están preocupados por el posible incremento ponderal que ello les ocasione.

ANCIANOS

En principio la TSN en ancianos sanos no está contraindicada. Habrá que valorar a los ancianos con patología cardiovascular y a los que padezcan diabetes. Debido a que los ancianos suelen estar recibiendo múltiples tratamientos, habrá que tener en cuenta que la nicotina puede producir interacciones medicamentosas, como, por ejemplo, con los siguientes fármacos: teofilinas, clozapina, tacrina, imipramina, olanzapina, fluvoxamina y pentazocina. La experiencia con bupropión en pacientes mayores de 60 años indica que la eficacia no difiere al ser comparada con la de sujetos más jóvenes. Sin embargo, hay que tener en cuenta la reducción de la capacidad de eliminación

farmacológica en estos pacientes, por lo que se aconseja reducir la dosis administrada a 150 mg/día.

CARDIOPATÍA

Ningún tipo de TSN ni el bupropión están contraindicados en pacientes con enfermedad cardiovascular. En estudios realizados en individuos sanos que han utilizado el chicle durante 5 años, no se ha podido demostrar ningún incremento de las enfermedades cardiovasculares. Tampoco se han encontrado evidencias de mayor riesgo de alteraciones en el ECG, arritmias, angina, o muerte súbita en enfermos cardiovasculares que han utilizado TSN en su proceso de deshabituación tabáquica. También se señala que la TSN tiene menor riesgo de producir infarto agudo de miocardio que el consumo de cigarrillos. Por tanto, el tratamiento con TSN se puede iniciar desde el tercer día tras sufrir un infarto de miocardio. Por otro lado, bupropión se ha mostrado seguro y eficaz en el tratamiento de fumadores con enfermedad cardiovascular. Un estudio realizado en pacientes fumadores con este tipo de patología encontró similar eficacia de bupropión entre éstos y la población general sin que se detectasen efectos adversos especiales.

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS

Algún estudio ha demostrado que fumadores con antecedentes de depresión tienen menos posibilidades de dejar de fumar. No obstante, el análisis

de los estudios realizados con bupropión ha puesto de manifiesto que los fumadores con este tipo de antecedentes tienen similares posibilidades de abandono utilizando bupropión en sus intentos. En fumadores con trastorno bipolar establecido, con bulimia o anorexia o en tratamiento con haloperidol u otros psicofármacos la utilización de TSN es la recomendada.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Como ante cualquier patología crónica, el tabaquismo se debe prevenir, diagnosticar y tratar en Atención Primaria, teniendo en cuenta que es la primera causa prevenible de mortalidad prematura en nuestro país, y que constituye un grave problema de Salud Pública. Para ello, los profesionales de la salud de dicho nivel deben estar formados y motivados para intervenir. Teniendo en cuenta que el 70% de nuestros pacientes asisten por lo menos 1 vez al año a nuestras consultas y que la accesibilidad está garantizada.

Por lo tanto, médicos y enfermeros de cabecera, psicólogos y farmacéuticos deben formar un gran equipo coordinado para intervenir frente al tabaquismo. Sin embargo, hay circunstancias especiales, como ocurre con otras patologías en las que el paciente fumador se aconseja que sea derivado a las Unidades Especializadas en Tratamiento del Tabaquismo, que están dirigidas por profesionales expertos en tabaquismo.

A continuación se enumeran los criterios de derivación:

- Fumadores que han sido correctamente tratados en serios intentos de abandono del consumo de tabaco y que han fracasado.
- Fumadores con infarto agudo de miocardio reciente.
- Fumadores con arritmia cardíaca grave o hipertensión arterial no controladas.
- Fumadores con patología crónica, nefropatía, hepatopatía, cardiopatía, EPOC, etc.
- Fumadoras embarazadas o en período de lactancia.
- Fumadores con enfermedades psiquiátricas.

BIBLIOGRAFÍA

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Madrid: AETS del Instituto de Salud Carlos III; 2003. Disponible en: <http://www.isciii.es/htdocs/index.jsp>

Haustein KO. Pharmacotherapy of nicotine dependence. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2000; 38 (6): 273-90.

Jiménez Ruiz CA, Granda Orive JI, Solano Reina S, Carrión Valero F, Romero Palacios P, Barrueco Ferrero M. *Archivos de Bronconeumología* 2002.

Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Torrecilla García M, Domínguez Grandal F, Díaz-Maroto Muñoz JL, et

al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. SEMERGEN 2002.

Silagy C, Mant D, Fowler G, Lodge M. Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. *Lancet* 1994; 343 (8890): 139-42.

Shiffman S, Johnston JA, Khayrallah M y cols. The effect of bupropion on nicotine craving and withdrawal. *Psychopharmacology* 2000; 24: 540-51.

Riesco Miranda JA, Lavilla Martín de Valmaseda MJ, Sojo González MA, Masa Jiménez JF. *Tratado de Tabaquismo* 2004; 29: 361-71.

Organización de la consulta

Dr. Ricardo Abengózar Muela

*Facultativo de Área de Alergología.
Complejo Hospitalario de Toledo.
Hospital Virgen del Valle (Toledo).*

Por tratarse de una enfermedad adictiva crónica, de alta prevalencia (31% de los españoles), y responsable de altas tasas de mortalidad (50.000 muertes al año en España), el tabaquismo supone un serio reto para el Sistema Nacional de Salud. Es indudable que con esta carta de presentación, la Atención Primaria debe constituir la pieza clave en la asistencia de los pacientes fumadores.

¿QUIÉN DEBE SENTIRSE OBLIGADO A PARTICIPAR EN EL CONTROL DE ESTA EPIDEMIA?

Indudablemente todos los profesionales sanitarios. En el caso concreto de la Atención Primaria, deben verse implicados los médicos (generales y pediatras), los enfermeros, los odontólogos y los farmacéuticos. Las excusas que se ponen sobre el tapete suelen versar en un déficit de formación, y sobre todo, en una falta de tiempo. Reconociendo, por su evidencia, que en muchos lugares de España los cupos asignados son excesivos, y que las cargas de trabajo son cada vez mayores, también es cierto que no puede admitirse la neutralidad ante el gran proble-

ma de salud que para los pacientes supone el tabaquismo. Por otro lado, también es cierto que el tiempo que lleva hacer una intervención breve es pequeño (como su propio nombre indica) y quizás lo que falte sea tener clara la decisión de realizarla. Los fumadores citan el consejo de su médico como un aspecto motivador importante para dejar de fumar. Sin embargo, la realidad es que fuera del ámbito de la investigación muy pocos profesionales mantienen esfuerzos sistemáticos de consejo y ayuda a los fumadores. Con los datos disponibles se acepta que sólo el 30-40% de los fumadores son aconsejados por sus médicos de cabecera, y cifras similares se encuentran en otros países como Estados Unidos o Reino Unido. Por lo tanto, podemos afirmar que prestar atención a nuestros pacientes fumadores es una intervención infrautilizada, y que con el esfuerzo de todos va a mejorar tanto en su cobertura como en su efectividad.

ACTIVIDADES

Se pueden realizar actividades de tipo asistencial, comunitarias (prevención y promoción de la salud, de investigación y docencia).

Actividades asistenciales

Registro

Registrar en la historia clínica del paciente si es o no fumador. Por desgracia esto tan sencillo es algo

que se nos olvida con cierta frecuencia. Lo ideal sería, además, hacer constar en qué fase del proceso de fumar se encuentra el paciente, el número paquetes-año, y el test de Fageström. Es lo mismo que hacemos cuando el paciente es hipertenso, que además de anotar que tiene hipertensión arterial, también se anota si tiene o no repercusión orgánica, etc.

Captación

Hay que estar atentos para ofrecer ayuda a los pacientes que estén en fase de preparación, dispuestos a dejar de fumar.

Intervención breve

La intervención breve ha de realizarse tanto en la consulta a demanda como en las consultas programadas. Se puede aprovechar un motivo de consulta que pueda tener relación con el tabaquismo, aunque esto no es imprescindible. Las consultas de medicina de familia, odontología y pediatría son un lugar propicio para realizar este tipo de intervenciones. Si el paciente fumador acude a la consulta con una disfonía, con una piorrea, etc., hay que aprovechar la ocasión. El pediatra también tendrá que estar atento, ya que la edad de inicio del consumo es cada vez menor, y por otro lado puede dar consejo a los padres fumadores de niños pequeños, para lograr en su domicilio un ambiente libre de humo del tabaco. Ante una otitis, una infección respiratoria, una crisis de asma, etc., el pediatra tiene que intervenir. En las consultas de

los adolescentes hay que tratar el tabaquismo tanto desde el punto de vista de la prevención como del tratamiento.

Por otro lado, en las consultas programadas, no hay que olvidar la intervención breve. No es lógico que no se hable del tabaco a un paciente fumador que acude a la consulta programada de dislipemia o de hipertensión arterial, y el profesional se limite a ver la analítica o tomar la tensión arterial, a prescribirle una estatina y un betabloqueante, sin hacer ninguna mención sobre el problema del tabaco. Tampoco es lógico que se cite a un paciente para hacerle una espirometría y no se comente el asunto del tabaco, o que acuda una mujer a la consulta de control de embarazo o a la consulta de planificación familiar, o de menopausia... y no se hable del tabaco.

Intervención intensiva

La intervención intensiva se puede realizar también en Atención Primaria. Como queda explicado en el capítulo 8, es una intervención perfectamente realizable en Atención Primaria, a la que cada vez más compañeros se están incorporando a esta actividad. Ciertamente es algo conveniente para los pacientes y que resulta satisfactoria para el profesional. Tanto en la consulta individual como en grupo, se puede y se debe colaborar con el personal de enfermería, posiblemente más acostumbrado a labores de educación para la salud. Con una buena organización, la pres-

cripción de fármacos no es ningún problema para llevar a cabo esta actividad.

Actividades comunitarias

Se pueden realizar actividades de prevención y promoción de la salud en la comunidad. En colegios o institutos, empresas, asociaciones vecinales, etc., se pueden organizar charlas, coloquios, carteles, concursos relacionados con el tema del tabaco, etc. Estas actividades pueden ser realizadas por todos los miembros del equipo de Atención Primaria.

Actividades de docencia

La falta de formación en tabaquismo, que indudablemente existe, puede ser aliviada con actividades formativas. Se pueden dirigir tanto a médicos como a farmacéuticos, odontólogos o enfermeros. La colaboración con los colegios profesionales y las unidades docentes podría ser un buen objetivo.

Actividades de investigación

En un «mundo» tan nuevo como el del tabaquismo, queda mucho que investigar. Tanto en el campo de las adicciones, como en el de la prevención, como en el de los tratamientos psicológicos o farmacológicos, hay mucho que recorrer. Por esto, porque investigación en tabaquismo tiene un camino de amplio recorrido, desde aquí animamos a los médicos y al resto de profesionales sanitarios que se asomen con inquietud a los distintos aspectos que participan en este problema.

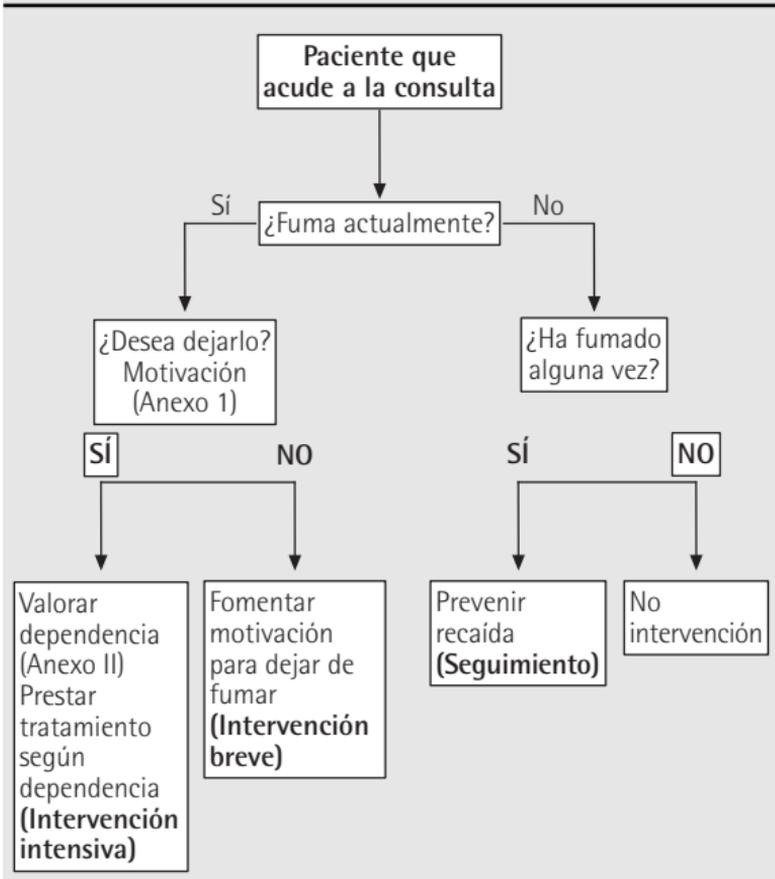
ESPACIO FÍSICO Y MATERIALES

Para la intervención breve y para la intervención intensiva basta con utilizar el espacio físico de nuestra consulta, pero para la intervención intensiva en grupo se necesita un espacio físico mayor (sala de juntas, sala de preparación al parto, sala multiusos, etc.).

Aunque no es imprescindible, conviene contar con un cooxímetro, así como materiales impresos con materiales de autoayuda para entregar a los pacientes, hojas de consejos, hojas de instrucciones para el manejo de fármacos, test de Fagerström, test de Richmond, etc.

Anexos

Anexo 1. Algoritmo del enfoque del paciente



Anexo 2. Test de Richmond para valorar la motivación para dejar de fumar

- ¿ Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?
(0 no; 1 sí)
- ¿ Cuánto interés tiene usted en dejar de fumar?
(Desde 0 nada en absoluto; hasta 3 mucho)
- ¿ Intentará dejar de fumar completamente en las próximas 2 semanas?
(Desde 0 definitivamente no; hasta 3 definitivamente sí)
- ¿Cree que dentro de 6 meses usted no fumará?
(Desde 0 definitivamente no; hasta 3 definitivamente sí)

La puntuación máxima de esta versión es 10; los fumadores que obtienen 7 o más puntos son los más motivados, y los de 4 a 6 tendrían una motivación moderada.

Puntuación: _____

Valoración subjetiva del profesional: Motivación: Baja Media Alta

Anexo 3. Tests más utilizados para el manejo del tabaquismo en Atención Primaria

1. Test de Fagerström

Preguntas	Respuestas	Puntos
• ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?	Hasta 5 minutos	3
	Entre 6 y 30 minutos	2
	Entre 31 y 60 minutos	1
	Más de 60 minutos	0
• ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde no está permitido como el cine o una biblioteca?	Sí	1
	No	0
• ¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?	El primero de la mañana	1
	Cualquier otro	0
• ¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	10 o menos	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 o más	3
• ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
• ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0

La puntuación máxima de esta versión es 10; los fumadores que obtienen 8 o más puntos son los más dependientes, y los de 4 a 7 tendrían una dependencia moderada

Puntuación: _____

Anexo 4. Tratamiento

Fármaco	Eficacia*	Dosis	Duración
Bupropión	30,3 ¹	150 mg durante los primeros 6 días, posteriormente 150 mg, dos veces al día. En mayores de 65 años, IH, IR ajustar a dosis de 150 mg/día. Hay que iniciar el tratamiento 1-2 semanas antes de dejar de fumar.	7-9 semanas
Chicle de nicotina	18% IC 95% (17-19%)	2-4 mg/ 2 h, hasta un máximo de 60 mg/día. Para fumadores con alta dependencia deben utilizarse los de 4 mg.	3 meses
Comprimido de nicotina	20% IC 95% (15-25%)	2 mg/1-2 h. Máximo: 30 comp. al día.	3 meses
Nebulizador nasal de nicotina	24% IC 95% (20-28%)	1 pulverización (0,5 mg) en cada fosa nasal cuando se tenga deseo de fumar. No deben administrarse más de 6 pulsaciones/hora ni más de 80 pulsaciones/día.	3 meses
Parche de nicotina	14% IC 95% (13- 15%) Los parches de 16 ó 24 horas tienen la misma eficacia.	Parches de 16 horas: 1 parche/día 15 mg x 4 semanas 1 parche/día 10 mg x 4 semanas 1 parche/día 5 mg x 4 semanas Parches de 24 horas: 1 parche/día 30 mg x 4 semanas 1 parche/día 20 mg x 4 semanas 1 parche/día 10 mg x 4 semanas	3 meses aunque tratamientos de 8 semanas han resultado igualmente eficaces

* Todas las tasas de abstinencia son a los 12 meses.

¹ Douglas E Jarenby, Scott PD, Larschow J, et al. A controlled trial of sustained -release Bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. N Eng J Med 1999; 340(9): 685-91.

farmacológico

	Precauciones/Contraindicaciones	Efectos Adversos
	<p>Está contraindicado en:</p> <p>pacientes con antecedentes de convulsiones.</p> <p>Antecedentes de trastornos de la alimentación.</p> <p>Trastorno bipolar.</p> <p>Cirrosis hepática grave.</p> <p>Usuarios de IMAO en las últimas 2 sem.</p> <p>Pacientes con tumor en el SNC.</p> <p>Pacientes en proceso de deshabitación alcohólica o de retirada de benzodiacepinas.</p> <p>Mujeres embarazadas y en período de lactancia.</p> <p>Precaución en menores de 18 años</p>	<p>Insomnio.</p> <p>Boca seca.</p> <p>Náuseas.</p> <p>Hipersensibilidad: erupción, urticaria, prurito, y en el 0,1% reacciones severas.</p> <p>Convulsiones en el 0,1% de los pacientes.</p>
	<p>Aunque no presenta una contraindicación absoluta, debe ser cuidadosamente valorada en:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fumadores menores de 18 años. – Mujeres embarazadas y durante la lactancia. – Personas con alteraciones cardiovasculares inestables (IAM reciente, arritmias cardíacas...). – Pacientes con diabetes mellitus, úlcera péptica, hipertiroidismo e insuficiencia renal y/o hepática. 	<p>Irritación oral.</p> <p>Dolor articulación mandibular.</p> <p>Dispepsia, hipo, mal sabor de boca.</p>
		<p>Irritación oral y de garganta.</p> <p>Aumento de salivación.</p>
		<p>Irritación nasal, de garganta y ocular.</p> <p>Congestión nasal.</p>
		<p>Irritación cutánea</p> <p>Insomnio</p>

Anexo 5. Prevención de las recaídas

La información se individualiza según los problemas encontrados para el mantenimiento de la abstinencia. Estas intervenciones más intensivas de la recaída pueden prestarse durante un contacto de seguimiento (personal o telefónicamente). A continuación se exponen los problemas específicos que probablemente manifestarán los pacientes y las posibles respuestas.

Problemas	Respuestas
Falta de apoyo para dejar de fumar	<ul style="list-style-type: none"> • Programar las visitas o las llamadas telefónicas de seguimiento con el paciente (circunstancias personales, evolución individual). • Ayudar al paciente a identificar puntos de apoyo en su entorno. • Remitir al paciente a una organización adecuada que ofrezca asesoramiento o apoyo (especificando los recursos).
Estado de ánimo negativo o depresión	<ul style="list-style-type: none"> • Si estos síntomas son significativos: prestar asesoramiento, prescribir medicación apropiada o remitir al paciente al especialista.
Síntomas prolongados o graves de abstinencia	<ul style="list-style-type: none"> • Si el paciente manifiesta un prolongado deseo de fumar u otros síntomas de abstinencia, considerar la ampliación del uso del tratamiento farmacológico o añadir/combinar fármacos para reducir los síntomas graves.
Aumento de peso	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar el inicio o el incremento de la actividad física; no fomentar dietas estrictas. • Tranquilizar e informar sobre la elevada frecuencia de un ligero aumento de peso al dejar de fumar, que parece ser autolimitado. • Destacar la importancia de una dieta sana y baja en calorías. • Mantener al paciente con fármacos que retrasan el aumento de peso (por ejemplo bupropión y sustitutivos de la nicotina, en particular chicles). • Remitir al paciente al especialista o a un programa.
Disminución de la motivación/sentimiento de privación	<ul style="list-style-type: none"> • Tranquilizar e informar al paciente sobre la elevada frecuencia de dichos sentimientos. • Recomendar actividades gratificantes. • Indagar que el paciente no haya empezado a fumar periódicamente. • Destacar que empezar a fumar (incluso una calada) incrementará el ansia y dificultará aún más dejar de fumar.

Anexo 6. Síntomas del síndrome de abstinencia y recomendaciones para disminuirlo

Síntomas	Recomendaciones
Deseo muy fuerte de fumar	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar tres respiraciones profundas reteniendo el aire el máximo tiempo posible, pensando en lo que está haciendo. • Beber agua o zumos. • Masticar chicles sin azúcar o comer una manzana, fresas, naranja o chupar una rodaja de limón. • Saber que estas ganas tan intensas de fumar cada vez serán menores y menos frecuentes y que no se acumulan.
Insomnio	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar el café, la coca cola, el té. Tomar tila o valeriana. • Hacer más ejercicio. • Intentar técnicas de relajación.
Dolor de cabeza	<ul style="list-style-type: none"> • Ducha o baño templado. • Intentar técnicas de relajación.
Estreñimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta rica en fibras (fruta con piel, verdura, legumbres). • Beber mucha agua.
Dificultad de concentración	<ul style="list-style-type: none"> • No exigirse un alto rendimiento durante las primeras semanas. • Evitar las bebidas alcohólicas.
Nerviosismo	<ul style="list-style-type: none"> • Caminar, tomar un baño, intentar técnicas de relajación. • Evitar el café y las bebidas con cafeína.
Hambre	<ul style="list-style-type: none"> • Beber mucha agua y zumos sin azúcar. • Vigilar la ingesta de azúcares refinados y de alimentos ricos en calorías.
Cansancio	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar las horas de sueño.

Anexo 7. Direcciones de interés

Páginas en castellano

- 1) www.atenciontabaquismo.com Es un espacio web que ofrece acceso gratuito a un programa de apoyo a la intervención sanitaria para el tratamiento del tabaquismo, denominado: Programa «En compañí@» de GSK.
- 2) www.cnpt.es Se trata de la página web del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Es la organización que agrupa al movimiento de prevención del tabaquismo en España.
- 3) www.atheneum.doyma.es Club Virtual de Atención Primaria (acceso revisiones Cochrane en castellano).
- 4) www.separ.es Página oficial de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica.
- 5) www.msc.es/salud/epidemiologia/ies Página oficial del Ministerio de Sanidad y consumo con datos de prevalencia.
- 6) www.gencat.es/sanitat/cat/tabac.htm Página web del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya.
- 7) www.scs.rcanaria.es/infosalud/tabaco/index.html Página web del Servicio Canario de Salud.

Páginas en inglés

- 1) www.ahcpr.gov/clinic/smokepcc.htm Ayuda para dejar de fumar: Guía para médicos de Atención Primaria.
- 2) www.who.int/tob/ Tabaco o Salud. Organización Mundial de la Salud.
- 3) www.cdc.gov/tobacco/index.htm Centro de Información y prevención sobre tabaco del CDC.
- 4) www.arf.org/ Biblioteca de la Fundación de Investigación en Adicciones.
- 5) www.tobacco-control.org Tobacco Control Resource Centre.
- 6) www.hc-sc.gc.ca (Acceder primero a Health Research y luego a Smoking/Tobacco.) Salud Canadá (acceso a páginas muy completas sobre tabaco).
- 7) www.cctc.ca/nctn National Clearinghouse de Tabaco y Salud.
- 8) www.arf.org/otru Centro de Investigación en Tabaquismo de Ontario.
- 9) www.treatobacco.net Es la página oficial del SRNT (Society for research on Nicotine and tobacco).
- 10) www.ash.org.uk Página oficial de la organización británica Action on smoking and Health.

Patrocinado por:

