



ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Mataix Sancho, J; Marín Nieto, MMC; Fernández López AJ (Grupo de Abordaje del Tabaquismo)

1. INTRODUCCION

Considerando el tabaquismo como un problema de salud pública y dada la necesidad de su abordaje desde la Atención Primaria, nos proponemos en este artículo aportar la información necesaria para poder hacer el correcto abordaje del tabaquismo en el día a día de nuestras consultas. Para ello definiremos los datos clínicos necesarios para hacer el correcto diagnóstico del fumador, y luego adaptaremos el tratamiento a las características de cada fumador, para así aumentar su eficacia y eficiencia.

2. DIAGNOSTICO

Estableceremos lo que se conoce como el Conjunto Mínimo de Datos Diagnósticos en el Fumador (CMDF) que incluye el grado de tabaquismo, el grado de dependencia y la fase de abandono en la que se encuentra el fumador y que son aspectos de obligada referencia en la historia clínica de todo fumador y la condición necesaria para pautar el tratamiento más adecuado.

a) Grado de tabaquismo: Para conocerlo tenemos tres posibilidades:

- número de cigarrillos fumados al día, aunque no existe un umbral de seguridad para el consumo de tabaco sí que se observa una relación dosis/respuesta (ver tabla 2).

- número de paquetes/año (número de cigarrillos consumidos al día multiplicado por el número de años que lleva consumiendo esa cantidad de tabaco y el resultado se divide por 20); este parámetro añade el tiempo transcurrido como fumador y nos indica por ello el riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con el tabaco (ver tabla 2)

- medición de CO en aire espirado (cooximetría): es un método sencillo e incruento que valora la exposición al humo del tabaco. Sirve para valorar el patrón de consumo (número de caladas a cada cigarrillo y profundidad de las caladas) ofreciendo una mejor aproximación al grado del tabaquismo, para valorar la abstinencia y como de refuerzo positivo durante la deshabituación (ver tabla 2).

Para facilitar el diagnóstico y el abordaje terapéutico recomendamos, en la valoración del grado de tabaquismo, utilizar “el número de cigarrillos fumados al día”, sin que ésto signifique renunciar a las otras dos opciones.

b) Grado de dependencia:

La herramienta más útil para medir el grado de dependencia física que los fumadores tienen por la nicotina es el test de Fagerström (Tabla 1), que es un test de 6 preguntas con respuestas múltiples donde se obtiene una determinada puntuación dependiendo de las respuestas dadas. Además sirve para indicar el mejor tipo de tratamiento farmacológico a realizar y para valorar el riesgo de desarrollar enfermedades asociadas al consumo del tabaco.

Tabla 1 TEST DE FAGERSTRÖM MODIFICADO

| | | |
|---|--|------------------|
| 1. ¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo? | < 5 min. 6 - 30 min. 31 - 60 min. > 60 min. | 5 2 1 0 |
| 2. Encuentra dificultad para no fumar en los sitios en que está prohibido (p. ej., hospital, cine...) | Sí No | 1 0 |
| 3. ¿A qué cigarrillo le costaría más renunciar? | Al primero A otros | 1 0 |
| 4. ¿Cuántos cigarrillos fuma cada día? | > 30 21 - 30 11 - 20 ≤ 11 | 3 2 1 0 |
| 5. ¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse que durante el resto del día? | Sí No | 1 0 |
| 6. ¿Fuma si está tan enfermo que ha estado en la cama la mayor parte del día? | Sí No | 1 0 |
| ≤ 4 Dependencia baja; 4-6 Dependencia moderada; ≥ 7 Dependencia Alta | | |

Pero a la hora de determinar la dependencia sería suficiente sólo considerar el parámetro “tiempo que transcurre desde que el fumador se levanta hasta que consume el primer cigarrillo” (TTFPC), ya que se ha establecido una excelente correlación entre el grado de dependencia medida por el test de Fagerström y TTFPC. Si el TTFPC es mayor de 30 minutos existe un bajo grado de dependencia y cuando es menor de 30 minutos existe un moderado-alto grado de dependencia.

Los intentos previos de abandono pueden ser un índice de la dependencia, y son un elemento importante a estudiar en todo fumador, siendo necesario analizarlos para programar un tratamiento con mayores probabilidades de éxito.

c) Fase de abandono:

Dejar de fumar es un cambio de conducta que responde a un proceso descrito por Prochaska y DiClemente⁶ en el que cada fumador pasa por varias etapas a lo largo de un tiempo generalmente prolongado. Los fumadores se encuentran en una u otra fase en función del menor o mayor grado de motivación para dejar de fumar.

Las fases son:

- **fase de precontemplación:** son los fumadores que no quieren dejar de fumar, son fumadores consonantes que no conocen los efectos nocivos del tabaco o al menos creen que el tabaco no les perjudica, no conocen las ventajas del abandono del tabaco (suponen el 30-35% de los fumadores)

- **fase de contemplación:** son los fumadores que quieren dejar de fumar pero no de forma inmediata, suelen albergar temores o preocupaciones sobre el abandono del tabaco o pueden estar desmoralizados por haber tenido recaídas tras haber hecho algún intento de abandono, por lo que no se atreven a hacer un nuevo intento ya que tienen un bajo nivel de autoeficacia (suponen el 60-70% de los fumadores)

- **fase de preparación:** son los fumadores que quieren hacer un serio intento de abandono a lo largo del próximo mes (suponen el 5-10% de los fumadores)

- **fase de acción:** han dejado de fumar pero llevan menos de 6 meses de abstinencia y es la fase con mayor riesgo de recaída

- **fase de mantenimiento:** han dejado de fumar y llevan más de 6 meses de abstinencia. Cuando llegan al año de abstinencia se les consideran exfumadores.

Es fundamental conocer la fase de abandono en la que se encuentra el fumador pues el tratamiento viene determinado por ella. Basta con hacer sólo dos preguntas para conocer la fase de abandono:

1ª ¿Quiere dejar de fumar?, si contesta que “No” está en FASE DE PRECONTEMPLACIÓN si contesta que “Sí”, se le hará la siguiente pregunta,

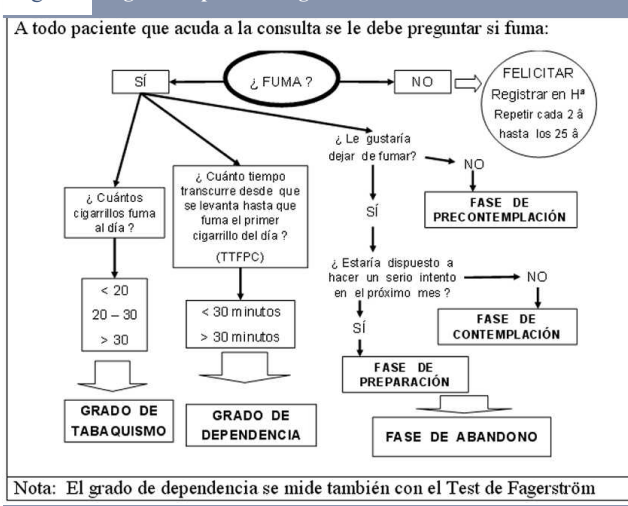
2ª ¿Estaría dispuesto a hacer un serio intento en el próximo mes?, si contesta que “No” se encuentra en FASE DE CONTEMPLACIÓN y si contesta que “Sí” se encuentra en FASE DE PREPARACIÓN.

Muy relacionado con las fases de abandono del tabaco está el grado de motivación para dejarlo, éste se puede medir mediante varios cuestionarios elaborados para dicho fin, siendo uno de los más conocidos y usados el Test de Richmond, aunque este aspecto no se encontraría dentro de los elementos indispensables para hacer el diagnóstico del fumador.

Propuesta de abordaje diagnóstico: a modo de esquema para facilitar el diagnóstico en Atención Primaria, dadas sus características asistenciales, proponemos el siguiente Algoritmo diagnóstico (Ver Fig. 1).

Como se puede apreciar con sólo 4 preguntas tendríamos diagnosticado al fumador, esto no llevaría más de 2 minutos.

Fig. 1 Algoritmo para el diagnóstico



Siempre que se describa a cualquier fumador se debería hacer de la siguiente forma: Fumador de (número) cigarrillos al día, con (bajo, moderado o alto) grado de tabaquismo y con (bajo, moderado o alto) grado de dependencia, con (número) de intentos previos de abandono y que se encuentra en la fase de abandono de (precontemplación, contemplación o preparación). Y siempre que se realice un informe de salud si el paciente es fumador, se debería incluir en el apartado de enfermedades actuales el Tabaquismo con su código de la CIE-10 (F17.1). Y esto mismo también en los partes de defunción, al menos como Causa Antecedente, cuando la causa de la defunción sea alguna de las enfermedades relacionadas con el tabaquismo.

2.1. Clasificación.

Aunque cada fumador es diferente sobre todo en cuanto a lo que la conducta adictiva le aporta, para facilitar el abordaje terapéutico y en función de los datos obtenidos en el análisis del CMDF se puede clasificar al fumador en:

- Fumador en fase de precontemplación
- Fumador en fase de contemplación
- Fumador en fase de preparación: en este grupo en función del grado de tabaquismo y de dependencia y para adaptar el tratamiento farmacológico lo subdividiremos en: bajo, moderado y alto (Ver tabla 2).

Tabla 2 GRADO DE TABAQUISMO Y GRADO DE DEPENDENCIA

| | Grado de tabaquismo | | | Grado de dependencia | |
|----------|-----------------------|--------------------|----------|----------------------|-------|
| | Nº de cigarrillos/día | Nº de paquetes-año | CO (ppm) | Test de Fagerström | TTFPC |
| Bajo | 10 - 19 | ≤ 5 | < 15 | < 4 | > 30 |
| Moderado | 20 - 30 | > 5 | 15 - 30 | 4 - 6 | < 30 |
| Alto | >30 | > 5 | > 30 | ≥ 7 | < 30 |



3. TRATAMIENTO.

El objetivo del tratamiento del tabaquismo es adaptarlo a la situación particular de cada fumador y a la mayor o menor motivación que el paciente tenga para hacer un serio intento de abandono, haciéndole progresar racionalmente por las distintas fases de abandono del tabaco y posteriormente ayudándole a consolidar su abstinencia. Debemos considerar como un éxito de la intervención, no solamente el que las personas dejen de fumar, sino también cualquier cambio de fase dentro de todo el proceso de abandono.

El consejo médico es el pilar fundamental en el tratamiento del paciente fumador y sobre todo en su prevención. Es fácil dar un consejo aunque no es tan sencillo hacerlo bien, para ello es necesario que reúna una serie de características⁷, teniendo que ser:

- Firme y serio: la seriedad y firmeza en el “debe o tiene que dejar de fumar” tiene que ser lo suficientemente convincente como para que al menos sea motivo de reflexión y además debería ir acompañado de “cómo” tiene que hacerlo. La seriedad va ligada a la función ejemplarizante del profesional sanitario respecto al consumo de tabaco. Al mismo tiempo tiene que ser amigable intentando empatizar y ganar su confianza.

- Breve: tres minutos son suficientes si se aprovechan y se sabe qué decir para informar de los inconvenientes del consumo de tabaco y de las ventajas de su abandono, sobre todo con mensajes positivos.

- Personalizado: conocer los motivos que cada fumador tiene para seguir o dejar de fumar es fundamental para realizar un abordaje eficaz. Los motivos son distintos dependiendo de cada grupo poblacional (Ver tabla 3). Y resulta lícito aprovechar la

vulnerabilidad de los distintos períodos por los que pasa cada sujeto para aumentar la eficacia de la intervención.

Ejemplos de consejo médico¹: “creo que es importante para usted que deje de fumar ahora, puedo ayudarle”, “fumar menos mientras se encuentre enfermo no es suficiente”, “como médico/enfermero suyo, debo informarle que dejar de fumar es lo más importante que puede hacer para proteger su salud, ahora y en el futuro, podemos ayudarle”.

Si al consejo médico le añadimos otras acciones tendremos la Intervención Mínima Sistematizada⁷ que engloba las siguientes etapas (las conocidas 5 A)¹: 1º Averiguar si el paciente fuma y registrarlo en su historia clínica, 2º Aconsejar con las características ya mencionadas, 3º Apreciar y valorar la disposición para intentar dejar de fumar, 4º Ayudar al fumador en el abandono del tabaquismo y 5º Acordar y programar el seguimiento y frecuencia de los controles.

En función de la intensidad en el abordaje se pueden diferenciar dos categorías de intervención¹:

3.1. Intervención clínica breve (o intervención mínima)

Está diseñada para ser breve, con su conocimiento y práctica precisa pocos minutos para su desarrollo siendo viable su aplicación en la consulta a demanda diaria. Deberá adaptarse a las características de cada paciente.

3.1.1. Fumador precontemplativo.

Nos encontramos con fumadores que no se consideran enfermos y ofrecer ayuda o consejo a veces no es bien entendido, sobretodo cuando la intervención no es demandada por el individuo. El consejo tiene que ser sobretodo informativo, haciendo especial hincapié en las ventajas derivadas del abandono del tabaco, se puede acompañar de un folleto informativo sobre tabaquismo, hay que ofertar siempre ayuda para cuando decida hacer un intento serio de abandono y, según lo comentado, no se debería repetir hasta pasados 6 meses. El objetivo es favorecer el progreso en el proceso de abandono del tabaco

3.1.2. Fumador contemplativo.

El consejo tiene que ser motivador para aumentar la confianza en ellos mismos y que sean capaces de dejar de fumar, es decir, aumentar la autoeficacia. Algunas fuentes de la autoeficacia son: las experiencias exitosas previas propias y, de otros y la persuasión del médico para influenciar sobre el paciente. Hay que ofertar ayuda para hacer un intento serio de abandono y pautar

Tabla 3 Motivos para dejar de fumar

| | |
|--|--|
| Adolescentes: - Mal aliento - Dientes amarillos - Coste - Falta de independencia-controlados por los cigarrillos - Dolor de garganta - Tos - Disnea (puede afectar al deporte) - Infecciones respiratorias frecuentes | Adultos asintomáticos: - Doble riesgo de enfermedades del corazón - Aumenta 6 veces el riesgo de enfisema - Aumenta 10 veces el riesgo de cáncer de pulmón - 5-8 años menos de vida - Coste de los cigarrillos - Coste del tiempo de enfermedad - Mal aliento - Poca conveniencia y aceptabilidad social - Arrugas |
| Embarazadas: - Mayor riesgo de aborto espontáneo y muerte fetal - Mayor riesgo de bajo peso al nacer | Padres: - Tos e infecciones respiratorias en los hijos - Rol ejemplar |
| Adultos sintomáticos: - Infecciones de vías respiratorias altas - Tos - Dolor de garganta - Disnea - Ulceras - Angina - Claudicación - Osteoporosis - Esófagitis | Fumadores recientes: - Más facilidad para dejarlo Todos los fumadores: - Dinero ahorrado - Sentirse mejor - Mayor capacidad de ejercicio - Vida más larga para disfrutar de los nietos, de la jubilación... etc. |

Adaptado de Marley MW et al.⁹



seguimiento citando al paciente en 4 a 6 semanas; se puede acompañar de un folleto informativo sobre tabaquismo y una guía práctica para dejar de fumar. En este caso el consejo tiene que ser sistemático, aprovechando todos los contactos con los pacientes. El objetivo es motivarle para hacer un serio intento de abandono.

3.1.3. Fumador en preparación.

Les podemos ayudar ofreciendo: tratamiento psicológico, tratamiento farmacológico y visitas de seguimiento.

a) Tratamiento psicológico (Asesoramiento práctico y apoyo conductual):

Hay que felicitarlo por su decisión: “es lo mejor que puede hacer para su salud” y transmitirle que dejar de fumar es difícil pero no imposible, que no existen tratamientos mágicos y que nosotros le podemos aconsejar cómo lo debe hacer pero tiene que mentalizarse que el esfuerzo lo tiene que hacer él. Se fijará la fecha para el abandono (día D) que no debería de estar más allá de 15 días (máximo 30 días); hasta ese momento seguirá fumando pero tendrá que realizar las tareas siguientes (indicadas también en la Guía práctica para dejar de fumar que se le entregará):

- autorregistro del consumo de cigarrillos: al menos durante un día laborable y otro festivo, debiendo rellenarlo antes de encender cada cigarrillo, anotando la hora, la situación en la que se encuentra y la necesidad de fumar que siente (2 máxima necesidad, 1 necesidad intermedia y 0 ninguna necesidad).

- listas de motivos: una con los motivos para dejar de fumar y otra con las razones por las que fuma. No se debe hacer de una vez, se tiene que conceder tiempo, haciéndolo día a día, tratando de encontrar algún motivo más para dejar de fumar cada día. Luego las colocará en un lugar visible

- buscar apoyo social: informar de la decisión tomada a la familia, amigos y compañeros de trabajo y pedirles ayuda. Puede ser más fácil dejar de fumar al mismo tiempo que un familiar o un amigo

- hacer ejercicio: es la mejor medida para controlar los síntomas de abstinencia

- hacer que fumar le sea un poco más difícil: no llevando tabaco ni mechero, limitando los lugares donde fume, cambiando de marca, retirando ceniceros, cambiando de mano para fumar, no aceptando cigarrillos de nadie...

- identificar las situaciones en las que suele fumar: inicialmente deberá evitarlas y luego crear estrategias de afrontamiento

Se le volverá a citar en los días previos al día D, hasta entonces cuanto más tiempo dedique a las tareas

anteriores mayor será la probabilidad de dejar de fumar el día elegido y de mantenerse sin fumar a lo largo del tiempo.

En la segunda visita se le dará consejos (indicados también en la Guía práctica para dejar de fumar) para: el día D y los primeros días sin fumar, los cuidados a tener en cuenta con la alimentación, aliviar los síntomas de abstinencia, practicar relajación y las recomendaciones en caso de desliz. A continuación se le pautará el tratamiento farmacológico.

b) Tratamiento farmacológico:

Todos los fumadores que intentan dejar de fumar deberían recibir tratamiento farmacológico, excepto en los casos en los que la utilización del mismo precise de una consideración especial (p. ej., casos de contraindicaciones médicas, fumadores de menos de 10 cigarrillos al día, gestantes/madres en período de lactancia y fumadores adolescentes)¹. Su efecto es disminuir los síntomas desagradables de abstinencia para hacer más llevadero el proceso de abandono del tabaco, pero hay que tener claro que no quita las ganas de fumar, quien tiene que decir que no a las ganas de fumar es uno mismo. Con su uso aumentamos las posibilidades de abandono^{1,12,13,14}. El tratamiento farmacológico debe ser considerado como un complemento del apoyo conductual. Son tratamientos de primera línea para la deshabituación tabáquica:

b.1. Terapia sustitutiva con nicotina (TSN): es la administración de nicotina a un fumador que quiere dejar de serlo por una vía distinta al consumo del cigarrillo y en una cantidad suficiente para aliviar el padecimiento de los síntomas del síndrome de abstinencia, pero insuficiente como para causar dependencia.

Contraindicaciones generales:

- Enfermedad cardiovascular aguda o inestable: infarto agudo de miocardio reciente (menos de 8 semanas de evolución), angina inestable, arritmias cardíacas graves no controladas, accidente cerebrovascular reciente, insuficiencia cardíaca avanzada e Hipertensión Arterial mal controlada.
- Embarazo y lactancia.
- Úlcera gastroduodenal activa e hipertiroidismo.
- Alergia conocida a la nicotina o a cualquiera de sus componentes.

Existen varios tipos, siendo los más importantes para la Atención Primaria:

- Parche de nicotina: disponibles de 24 horas (para ser usados durante todo el día) y de 16 horas (para ser usados mientras el sujeto esté despierto), son igual de eficaces. Por su seguridad, fácil manejo y el menor tiempo de adiestramiento, suele considerarse la más



apropiada para ser utilizada en Atención Primaria. Se empieza a utilizar al levantarse el día elegido para dejar de fumar y debe de colocarse todos los días en una zona limpia de la piel y sin vello de las extremidades superiores o en el tronco (pueden también colocarles en las nalgas). Alternar las zonas de colocación cada día y no repetir en 7 días. Las contraindicaciones específicas son las dermatitis generalizadas. En fumadores con dependencia alta utilizados por sí solos no han demostrado incrementar el porcentaje de éxitos. Deben de utilizarse un período no inferior a 6-8 semanas (si la supresión es anterior facilita la recaída) y no superior a 12 semanas (su prolongación más tiempo no aumenta la eficacia). La disminución progresiva de la dosis no ha demostrado ser más eficaz que la supresión brusca.

- **Chicles de nicotina:** disponibles de 2 y de 4 mgr (sabores de nicotina, menta y frutas). Debe ser utilizado correctamente: una vez introducido en la boca se mastica lentamente hasta que se sienta un fuerte sabor, momento que se detiene la masticación y se coloca el chicle entre las encías y la cara interna de la mejilla, para permitir que la nicotina liberada se absorba a través de la mucosa orofaríngea, cuando el sabor haya desaparecido se vuelve a mascar de nuevo (este ciclo hay que repetirlo hasta unos 30 minutos). Es fundamental que se ajuste a la dosis recomendada. Las contraindicaciones específicas son los trastornos en la articulación temporomandibular y la inflamación orofaríngea.

- **Comprimidos para chupar de nicotina:** disponibles de 1 mg. El mecanismo de absorción y su farmacocinética son equiparables a los chicles de 2 mg, pero en este caso no se mastica.

B.2. Bupropión: disponible en comprimidos de liberación retardada de 150 mg. No se conoce exactamente su mecanismo de acción. El tratamiento se

iniciará de 7 a 15 días antes de abandonar definitivamente el consumo del tabaco, durante la primera semana se pautará 1 comprimido de 150 mg. al día y luego se pasará a tomar 2 comprimidos de 150 mg al día. (tomando el primer comprimido nada más levantarse y el segundo ocho horas después). Está muy indicado en fumadores con antecedentes de depresión y alcoholismo. Los efectos adversos más frecuentes son: insomnio y sequedad de boca, que son dosis-dependientes (ante ello, hay que tener en cuenta que es eficaz, aunque menos, a dosis de 150 mg al día). Tiene un escaso riesgo (menos del 0,1%) de complicaciones serias (convulsiones y reacciones de hipersensibilidad).

Interacciona con: los IMAO, antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, el haloperidol y algunos antiarrítmicos (propafenona y flecaimida).

Contraindicaciones: antecedentes o historia actual de trastornos convulsivos, tumor del SNC, diagnóstico previo o actual de bulimia y/o anorexia nerviosa, trastorno bipolar, abstinencia brusca de alcohol o benzodiacepinas, cirrosis hepática grave, uso de IMAO en los últimos 14 días y alergia conocida a esta medicación.

Administrar con mucha precaución (y a dosis de 150 mg/día) si toma medicaciones que disminuyan el umbral convulsionante, en ancianos (> 65 años) y en pacientes con insuficiencia renal/hepática. La pauta de tratamiento a seguir será la indicada en la tabla 4.

En algunos pacientes con alto grado de tabaquismo y dependencia puede estar indicada la combinación de varios tipos de terapia farmacológica, sobre todo bupropión con TSN.

Las evidencias iniciales muestran una mayor eficacia del bupropión sobre la TSN, sin embargo son necesarios más estudios en este sentido para establecer esta diferencia. Por ello, para la elección del tratamiento farmacológico más adecuado para cada fumador, además de las características del tabaquismo, habrá que tener en cuenta las siguientes consideraciones: antecedentes patológicos y psiquiátricos, sexo, ganancia de peso, tratamiento recibido en intentos previos de abandono y preferencias del fumador¹².

Seguimiento: debemos realizar un seguimiento del fumador desde que abandona el tabaco para evitar las recaídas y consolidar la abstinencia. Aunque éste deberá ser individualizado para cada fumador, se propone el seguimiento indicado en la tabla 5.

3.2. Intervención clínica intensiva.

Puede ser prestado por cualquier médico formado que disponga de los recursos necesarios para

| Fármacos | Grado de tabaquismo y de dependencia | | |
|--------------------------------|--|---|--|
| | Bajo | Moderado | Alto |
| Chicles de nicotina | De 2 mg: 8 a 10 chicles al día (durante 8 a 10 sem. Con una dismi. progresiva a partir de la 4ª sem.) | De 4 mg: 1/90 min (mientras el sujeto esté despierto) (durante 12 sem. Con una dismi. progresiva a partir de la 6ª sem.) | De 4 mg: 1/60 min (mientras el sujeto esté despierto) (durante 12 sem. Con una dismi. progresiva a partir de la 8ª sem.)* |
| Comprimidos de nicotina | De 1 mg: 1 a 2 c./hora, (mientras el sujeto esté despierto) (durante 12 sem. con una dismi. progresiva a partir de la 6ª - 8ª sem.) | | |
| Parches de nicotina | | | |
| - 24 h.: | - TTS 30 / día / 6 sem. - TTS 20 / día / 2 sem. - TTS 10 / día / 1 sem. | - TTS 30 / día / 6 - 8 sem. - TTS 20 / día / 2 sem. - TTS 10 / día / 1 sem. | |
| - 16 h.: | - 15 mg / día / 6 sem. - 10 mg / día / 2 sem. - 5 mg / día / 1 sem. | - 25** mg / día / 6 - 8 sem. - 15 mg / día / 2 sem. - 10 mg / día / 1 sem. | |
| Bupropión | 2 comp. (separados entre sí 8 horas)/día/ 7 - 9 sem | 2 comp. (separados entre sí 8 h.) / día / 7 - 9 sem | 2 comp. (separados entre sí 8 h.) / día / 9 - 12 sem |

* Su uso puede prolongarse hasta 6 - 12 meses; ** Se colocarán dos parches: uno de 10 y otro de 15



llevarla a cabo. Existe evidencia que indica que las intervenciones más intensivas son más efectivas¹. Se debería garantizar el acceso a intervenciones más intensivas a fumadores con alta dependencia, graves problemas de salud y alto riesgo que no han logrado dejar de fumar con intervenciones de menos intensidad (al menos un intento previo correctamente tratado por un profesional sanitario). Una pequeña proporción de fumadores podría beneficiarse de tratamientos intensivos en unidades especializadas o en grupos de apoyo intensivo ofrecidos desde Atención Primaria, así los fumadores de alto riesgo (con enfermedades debidas o agravadas por el tabaquismo, mujeres embarazadas...) deben constituir una prioridad en la facilitación del acceso a los tratamientos más eficaces¹³.

Debería consistir en cuatro o más sesiones, donde la más larga dure más de 10 minutos y donde el tiempo total de contacto sea superior a 30 minutos. Puede hacerse individual o en grupo y el contenido debe basarse principalmente en la terapia conductual y el asesoramiento para la resolución de problemas y la formación de habilidades para facilitar el apoyo social, debiéndose animar a cada fumador a utilizar el tratamiento farmacológico¹.

4. RECAÍDAS.

El tabaquismo es considerado una enfermedad crónica, ya que mientras una pequeña proporción de fumadores logra la abstinencia en su intento inicial, la mayoría atraviesan múltiples períodos cíclicos de recaída y remisión. Identificada esta naturaleza crónica se comprenderá mejor la necesidad de la atención continuada del tabaquismo y no se asumirá la recaída como un fracaso¹. Ante una recaída hay que animar al

fumador por el intento fallido, en cada nuevo intento la probabilidad de dejar de fumar es mayor. Nunca culpabilizar y sí analizar los motivos que han llevado a la recaída. Siempre ofertar ayuda para un nuevo intento. La recaída se debe diferenciar del desliz (fumar en una ocasión algún cigarrillo durante la abstinencia), es una señal de aviso que aunque no anula todos los logros que se han conseguido hasta ese momento, indica que algo va mal en el proceso, por lo que hay que considerarlo como un error y también como una oportunidad de aprender.

BIBLIOGRAFIA

- 1 A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service report. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. JAMA 2000 Jun 28; 283(24): 3244-54. Review.
- 2 Torrecilla García A, Domínguez Grandal F, Torres Lana A, Cabezas Peña C, Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, de Granda Orive JI, Díaz-Maroto Muñoz JL, Alonso J, Martínez ML García S, de la Cruz Amorós E, Abengozar Muela R, Ramos Postigo F, Ayesta J. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. Aten Primaria 2002; 30: 310-317
- 3 Doll R, Crofton J. tobacco and health. Br Med Bull 1996; 52: 12-23
- 4 Fagerström KO, Schneider N. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. J Behav Med. 1989 Apr; 12(2): 159-82.
- 5 Payne TJ, Smith PD, McCracken LE, McSherry W, Antony MM. Assessing nicotine dependence: a comparison of the FTQ with the FTND in a clinical sample. Addict Behav 1994; 19: 307-17
- 6 Prochaska J, DiClemente C. Stages and process of self-change of smoking: towards an integrative model of change. J Clin Psychol 1983; 3: 390-5.
- 7 Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M. Manual de Prevención y Tratamiento del tabaquismo. Madrid: Ergon, 2003
- 8 Barrueco M. Desde el lado del paciente. Prev Tab 2001; 3 (4): 207-8
- 9 Manley MW, Epps RP, Glynn TJ. The clinician's role in promoting smoking cessation among clinic patients. Med Clin North Am 1992; 76: 477-94
- 10 Jiménez Ruiz CA. Terapia sustitutiva con nicotina: aspectos prácticos. Rev Clínica Esp 1998; 198 (3): 181-5
- 11 Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In : The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- 12 Jiménez Ruiz CA et al. Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo. Arch Bronconeumol 2003; 39 (11): 514-23
- 13 Gorgojo L, González J, Salvador T. Evaluación de la Eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitarias (AETS) del Instituto de Salud Carlos III. Septiembre 2003
- 14 NICE (National Institute for Clinical Excellence). Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation. London: National Institute for Clinical Excellence; 2002.
- 15 Guía de referencia rápida para ayudar a dejar de fumar. Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPs. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. 2003

Tabla 5 Visitas de seguimiento

| CALENDARIO tras el día D | FASE | CONTENIDOS |
|--------------------------|--|--|
| 1ª semana | Euforia: estado de ánimo con cierta euforia, predominan los síntomas de abstinencia | <ul style="list-style-type: none"> - Consejo sobre cómo afrontar situaciones difíciles - Valorar síndrome de abstinencia - Control del tratamiento farmacológico - 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" |
| 2ª semana | Duelo: sensación de vacío, aumento de apetito y trastornos del sueño | <ul style="list-style-type: none"> - Valorar la presencia de: Sensación de vacío, aumento de apetito y alteraciones del sueño - Aliviar el síndrome de abstinencia físico - Facilitar la verbalización de los beneficios y reforzarlos - Control del tratamiento farmacológico - Reforzar apoyo del entorno |
| 1 mes | Normalización: falsa seguridad; disminuye el deseo de fumar | <ul style="list-style-type: none"> - Avisar sobre sensación de falsa seguridad - Facilitar la verbalización de los beneficios y reforzarlos - Control del tratamiento farmacológico |
| 3 meses | Consolidación: fantasías de control y recaída "social" | <ul style="list-style-type: none"> - Valorar: fantasías de control. Prevenir de las recaídas de tipo social - Pesar - Facilitar la verbalización de los beneficios a largo plazo y reforzarlos - FELICITAR |
| 1 año | EXFUMADOR | <ul style="list-style-type: none"> - FELICITAR - Facilitar la verbalización de los beneficios a largo plazo y reforzarlos - Prevención de las recaídas de tipo social |

Adaptado de PAPPs 2.003¹⁵