

el tabaquismo en Atención Primaria

El tabaquismo es un problema sanitario de una relevancia indudable sobre el que los profesionales de Atención Primaria tienen una responsabilidad y una capacidad de actuación claramente demostrada. Actualmente, sin embargo, todavía no se adopta en las consultas de médicos y enfermeras de cabecera un papel activo en este tema de un modo generalizado. En el presente artículo se presenta un protocolo de actuación frente al tabaquismo que ofrece a cada fumador la intervención más adecuada según el estadio que se encuentre en su proceso de dejar de fumar dentro del marco habitual de las consultas de Atención Primaria. Para ello se ha utilizado, por un lado, el programa conocido como PAF (Programa de Ayuda al Fumador) y por otro las pautas de la Unidad de Tabaquismo del Clínic de Barcelona para visitas de seguimiento en los pacientes que solicitan ayuda del profesional sanitario para dejar de fumar.

J. L. Ballvé, X. Monteverde, E. Zarza, C. Fernández, J. Pérez, C. Murillo, M. Costanza y D. Oliver
ABS Florida Nord. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Introducción

La mortalidad atribuible al tabaquismo en España durante un período de quince años desde 1978 a 1992 se estima en 621.678 muertes con un ascenso anual medio del 0,1% (-0,2% en varones y +6,7% en mujeres)¹.

En Atención Primaria tanto el consejo del médico como el de la enfermera se han mostrado eficaces y más coste-efectivos que la intervención sobre otros factores de riesgo como la hipertensión o la dislipidemia². Además, la Atención Primaria posee unas características de accesibilidad, credibilidad y continuidad en la atención que la convierten en un marco muy adecuado para la intervención contra el tabaquismo³⁻¹⁰. Sin embargo, aún hay una resistencia por parte de médicos y enfermeras de Atención Primaria a conceder al tabaquismo la misma consideración que a otros factores de riesgo como la hipertensión, la dislipidemia o la obesidad sobre los que se actúa de una forma más rutinaria y normalizada aunque menos coste-efectiva. Las razones que suelen aducirse son la falta de tiempo, de formación y las escasas perspectivas de éxito. Martín¹¹ hace referencia a la poca participación de enfermería en la aplicación del Programa de Ayuda al Fumador (PAF) en su centro. Existen experiencias muy interesantes de médicos y enfermeras de Atención Primaria que aplican tratamientos contra el tabaquismo, pero que suelen desarrollarse en el seno de consultas especializadas que acogen a los fumadores que les remiten el resto de profesionales del centro. Desde nuestro punto de vista es preferible el abordaje integral de los pacientes y, por tanto, igual que no se recomiendan consultas específicas de hipertensión o diabetes; tampoco el tratamiento del tabaquismo consideramos que requiera de la existencia de consultas especializadas. Para ello deben facilitarse instrumentos fáciles de integrar en la práctica diaria y a la vez una formación mínima que permita aplicarlos con agilidad y seguridad.

En ese sentido se han diseñado algunas estrategias como la del Proyecto *Doctors Helping Smokers* que se viene desarrollando en Minnesota desde 1985. En 1990 este programa fue adaptado por el Institut Municipal de la Salut y traducido al castellano y catalán como Programa de Ayuda al Fumador (PAF) y desde entonces existen experiencias piloto en Barcelona y Zaragoza^{11, 12} (tabla 1). Nuestra propuesta consiste en una adaptación del Programa de Ayuda al Fumador que consideramos

muy adecuado para intervenciones breves en las consultas espontáneas. Este programa permite, como veremos más adelante, la clasificación de los fumadores según el momento en que se encuentran en el proceso de dejar de fumar y realizar de una forma muy ágil un seguimiento individualizado de dicho proceso.

En los pacientes que solicitan ayuda para dejar de fumar (un 7,3% según Martín et al) proponemos un seguimiento en visitas programadas de cada médico de cabecera o enfermera. Para el desarrollo de dichas visitas hemos seguido las pautas de actuación propuestas por Dolors Marín y Joaquín González, de la Unidad de Tabaquismo de la Corporació Sanitària Clínic de Barcelona, que han sido publicadas recientemente^{13,14}. Introducir un tipo de intervención más profunda en el ámbito de la Atención Primaria con visitas programadas ha sido un tema debatido. Pensamos que al hacerlo se proporciona a los pacientes con más dificultades una ayuda más adecuada, y a los profesionales una mayor dotación de recursos y de experiencia que puede ser motivadora y que puede luego emplearse en todas las visitas de fumadores, incluso en las de las consultas espontáneas.

Inicio y mantenimiento del tabaquismo y el proceso de dejar de fumar

Antes de seguir con las pautas concretas del protocolo es conveniente repasar algunas consideraciones teóricas

del inicio y mantenimiento del hábito tabáquico, así como del proceso de dejar de fumar. La mayor parte de los fumadores empiezan a fumar antes de los 20 años. El 1,1% de los escolares de 11 años, el 5,5% de los de 13 y el 10,6% de los de 14 son fumadores diarios o semanales. En general, según recientes estudios, un 33,5% de los jóvenes escolarizados entre 14 y 19 años fuma. Muy pocos jóvenes se inician en el consumo después de los 21 años¹⁵. El adolescente empieza a experimentar con el tabaco por varios factores, entre los que destacan la actitud positiva hacia las conductas de riesgo propias de la edad, la utilización del tabaco como recurso social, incapacidad para resistir la presión del grupo, la necesidad de incorporarse al mundo adulto («parecer mayor»), la influencia de los padres si fuman, la de la publicidad del tabaco y la gran disponibilidad del mismo¹⁶. Finalmente se consolida la fase de fumador regular para lo que va a ser determinante el poder adictivo de la nicotina.

Después de un tiempo como fumador consonante pueden empezar a aparecer ideas de abandonar el hábito. Efectivamente dejar de fumar no es un acto puntual, sino un proceso con varios estadios: *precontemplación*, *planteamiento*, *acción* y *mantenimiento* según un modelo descrito por Di Clemente y Prochaska en 1982. El primer estadio incluye la situación de *fumador consonante*, que está de acuerdo con su hábito y no se ha planteado dejar de fumar. En la *fase de planteamiento* empiezan a aparecer ideas de abandono del tabaco («sería conveniente dejar-

TABLA 1
Proyecto de Ayuda a los Fumadores (PAF). Abordaje global del tabaquismo desde la Atención Primaria

GRUPO	EXPLICACIÓN	PLAN DE ACCIÓN	SEGUIMIENTO
G	<i>Ganador</i> . Ex fumador	¡Bravo! Darle la enhorabuena. Pedirle si necesita ayuda	Organizar el seguimiento si hace poco que ha dejado de fumar
S	Lo quiere dejar durante las próximas una a cuatro semanas y prefiere hacerlo él <i>solo</i> , sin ayuda	¡Bravo! Darle la enhorabuena. Fijar una fecha para dejarlo y darle material de soporte	Organizar el seguimiento cuando hayan pasado de tres a siete días de la fecha fijada para dejar de fumar
A	Lo quiere dejar durante el próximo mes y quiere <i>ayuda</i>	¡Bravo! Darle la enhorabuena y material de soporte	Concertar una cita con la enfermera o con el médico
R	Motivado para dejarlo, pero quiere atrasarlo para más adelante	Informarle de nuestra disposición a ayudarlo cuando se decida	Si el enfermo fija una fecha aproximada para dejar de fumar, organizar el seguimiento en el momento oportuno
?	<i>Dudoso</i> . No está seguro de que necesite o quiera dejarlo	Darle información y motivarlo	Plantear el tema en todas las visitas por cualquier motivo
↓	Dispuesto a <i>disminuir</i> la cantidad de tabaco que fuma	Informarlo de la poca utilidad de esta medida y de nuestra disposición a ayudarlo cuando se decida	Plantear el tema en todas las visitas por cualquier motivo
N	No quiere dejar de fumar	Informarlo de nuestro deseo de ayudarlo si cambia de opinión	No plantear el tema hasta pasados seis a doce meses
P	<i>Pendiente</i> . El médico no ha hablado del tabaco porque cree que no era el momento		No olvidar plantear el tema en la próxima visita

Tarjeta adaptada en el Instituto Municipal de la Salud de Barcelona a partir del proyecto *Doctors Helping Smokers*, financiado por el *National Institutes of Health* de EE.UU.

lo», «lo dejaré»), se trata ya de un *fumador disonante*. La fase de acción se define por los primeros intentos de abandono y por último la *fase de mantenimiento* implica el éxito en el intento de abandono y la consolidación de la abstinencia. Después de un intento fallido no se vuelve normalmente al estadio de fumador consonante, sino como mínimo a la fase de planteamiento o a la de acción con nuevos intentos. Conseguir que un paciente avance en este proceso ya debe considerarse un éxito^{6, 11}. Marín y González^{13, 14} proponen un sistema de diagnóstico del fumador que puede resultar muy útil en el seguimiento de fumadores. Según el binomio motivación-dependencia, clasifican a los fumadores en tres grupos: *no preparados*, *preparables* y *preparados* para dejar de fumar. Los *no preparados* son todos los que tienen una motivación baja para dejar de fumar, independientemente de que tengan una dependencia alta o baja. En este grupo debemos dar información sobre tabaquismo, personalizándola y tratando de enfatizar los aspectos positivos del mensaje sin entrar en discusiones con los pacientes. Se debe efectuar un seguimiento a medio-largo plazo para observar posibles cambios en la actitud del paciente respecto al tabaco.

Los *preparables* son pacientes motivados para dejar de fumar que no se atreven a intentarlo por miedo al fracaso, al síndrome de abstinencia, al aumento de peso o por otros temores infundados. En este grupo puede ser contraproducente intentar aumentar la motivación que ya de por sí es alta y en cambio es útil dar información que tienda a clarificar todas esas dudas y desentrañar falsos miedos. Los *preparados* son capaces de fijar una fecha para dejar de fumar y debe hacerse en un plazo inferior a un mes, dándoles información material de soporte y si procede, indicarle sustitutos de la nicotina. Con intervenciones mínimas muy breves en las visitas espontáneas podemos conseguir que los pacientes evolucionen en su proceso de dejar de fumar de forma que vaya aumentando la motivación en los no preparados y así pasen a ser preparables. Algunos preparables y preparados con estas breves intervenciones pueden ir dejando de fumar. Finalmente existe un grupo de fumadores con motivación elevada y con dependencia física y psíquica también altas que van a solicitar nuestra ayuda para poder abandonar el tabaco. A estos pacientes debemos ofrecerles entrar en un protocolo de ayuda para dejar de fumar que requiere una dedicación más intensiva y debe realizarse en visitas programadas.

A continuación exponemos el protocolo que utilizamos para gestionar las intervenciones antitabaco primero en las consultas espontáneas y, en los casos necesarios, en las programadas.

Programa de Ayuda al Fumador

El primer paso en este programa es preguntar a todos los pacientes si fuman y si estarían dispuestos a dejarlo.

Según la respuesta se puede averiguar la actitud del paciente respecto al tabaco y dar un breve mensaje educativo, además de un plan a seguir que incluya una oferta de seguimiento. Para los que solicitan dejar de fumar con ayuda aplicamos un protocolo de intervención más intensiva que se lleva a cabo en visitas programadas de medicina o enfermería.

Los pacientes pueden responder de diferente forma a la pregunta sobre si les interesaría dejar de fumar. Según la respuesta hemos de clasificarlos en distintos grupos y efectuar distintos abordajes. Es importante que todo ello quede reflejado en la historia de una forma clara y ágil. Por este motivo es útil utilizar unos códigos preestablecidos para registrar en qué actitud respecto al tabaco se halla cada fumador. El PAF prevé la utilización de unas fichas específicas de fumadores. En nuestra experiencia la utilización de papeles aparte de la historia clínica habitual se convierte en un obstáculo más que en un elemento facilitador, por lo que proponemos hacer el seguimiento en las hojas de curso habituales de la historia clínica. Cuando detectamos un fumador anotamos en el margen derecho las siglas CAT (consejo antitabaco) seguidas de una letra que representa una actitud respecto a la posibilidad de dejar de fumar según un código preestablecido por el PAF. Tal como sugiere Martín¹² hemos agrupado (fig. 1) las categorías D (dudoso) y R (retrasar) en una sola. Y además hemos eliminado la categoría P (pendiente) porque pensamos que cuando no figure el CAT es evidente que el consejo ha quedado pendiente (tablas 2 y 3).

¿Le interesaría dejar de fumar?

En algunos casos el paciente puede haber dejado de fumar recientemente (menos de un año). En estos casos debemos darle la enhorabuena, preguntarle si necesita alguna ayuda y considerar algún tipo de seguimiento. Se le debe advertir sobre las posibles falsas seguridades y la posibilidad de recaídas, sobre todo si el abandono es muy reciente. Debe registrarse en el curso clínico un CAT- G.

Quieren dejarlo ellos solos

Cuando el fumador se muestra dispuesto a fijar una fecha en el próximo mes se le debe preguntar si quiere intentarlo él solo o si cree que necesitará nuestra ayuda. Si prefiere hacerlo solo lo registraremos en la historia (CAT-S) y después de darle la enhorabuena trataremos de concertar algún tipo de seguimiento en la primera semana después de la fecha fijada (visita a cita previa o llamada telefónica). Se le debe proporcionar un folleto y considerar la indicación de chicle o parches de nicotina. Puede ser útil realizar un test de Fagerstrom para conocer el grado de dependencia a la nicotina. En caso de producirse una visita de seguimiento en los primeros días después de la fecha concertada para dejar de fumar se le debe advertir

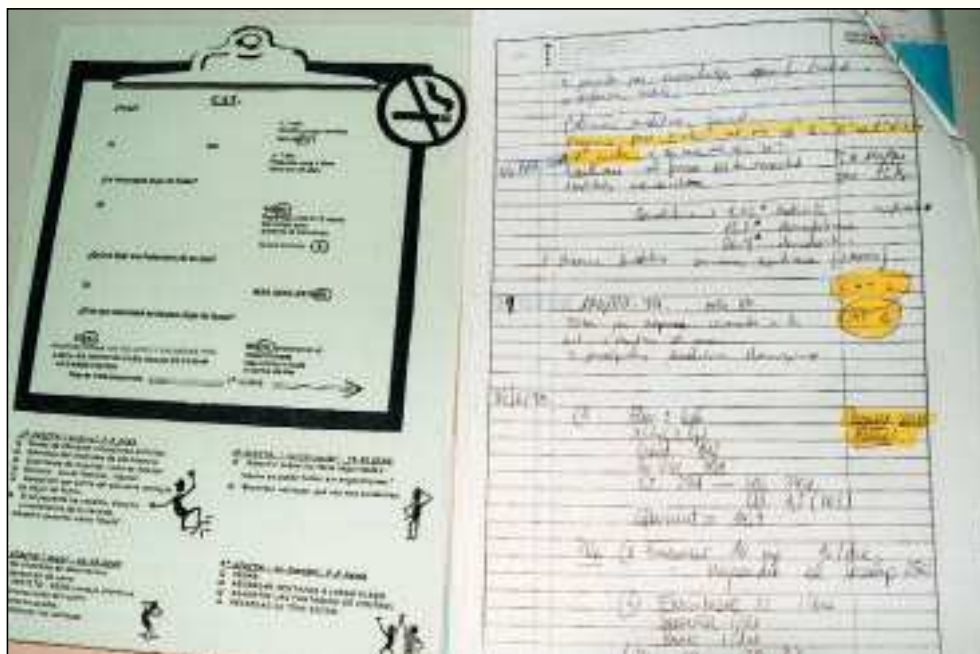


Fig. 1. Hoja resumen del protocolo de tabaco (izquierda). Anotaciones del Programa de Ayuda al Fumador (PAF) en el margen derecho de una hoja de curso habitual (derecha).

de la posibilidad de una recaída. Si ésta ya se ha producido es conveniente animarle a intentarlo de nuevo cuanto antes, recordando que la mayoría de los que consiguen la abstinencia lo hace después de varios intentos (de tres a cinco) y que puede aprenderse de la experiencia de cada recaída. En cualquier caso conviene fijar una nueva fecha de seguimiento al cabo de uno o dos meses.

TABLA 2
Adaptación del Programa de Ayuda al Fumador para el consejo breve a fumadores en consultas espontáneas

¿Fuma?	
Sí	No
	1 año: advertir riesgos recaídas Felicitación (CAT-G)
	>1 año Preguntar cada dos años hasta los 30 años
¿Le interesaría dejar de fumar?	
Sí	No (CAT-N)
	Replantear a los seis a doce meses Dar folleto para aumentar la motivación Quiere disminuir (CAT-↓)
¿Quiere fijar una fecha antes de un mes?	
Sí	Más adelante (R)
¿Cree que necesitará ayuda para dejar de fumar?	
Sí	No (S)
↓	Proporcionar un folleto y ofrecer seguimiento y ayuda si cambia de idea
Citar una visita programada	

Quieren dejar de fumar con ayuda

Cuando el paciente solicita ayuda para dejar de fumar (CAT-A) se le cita para una consulta programada previamente a la fecha escogida para dejar de fumar. Más adelante se concretan las pautas de seguimiento.

TABLA 3

QUIEREN DEJARLO ELLOS SOLOS (S)	QUIEREN DEJAR DE FUMAR CON AYUDA (A)
Se muestra dispuesto a fijar una fecha en el próximo mes	Proporcionar folleto (guía práctica para dejar de fumar)
Se le da la enhorabuena	Encargar lista de motivos para dejar de fumar
Se trata de concertar seguimiento (en la primera semana de la fecha fijada, en consulta o por teléfono)	Registro de cigarrillos que se fuman, las circunstancias y el grado de motivación
Valorar dependencia	Citar para consulta programada, previa a fecha escogida (tabla 4)
Indicación sustituto nicotina	
En caso de producirse una visita, advertir de recaídas	
Si recaída: animarlo a intentarlo de nuevo cuanto antes. Se puede aprender de la experiencia de cada recaída. Fijar nueva fecha de seguimiento (uno a dos meses)	
En caso de producirse una visita, advertir de recaídas	

to de los pacientes que veremos en consultas programadas.

Prefieren retrasar la decisión

El paciente puede preferir dejarlo para más adelante o puede mostrarse indeciso sobre la actitud a tomar, si es así debe registrarse en la historia (CAT-R) y manifestarle nuestra disposición a ayudarlo si lo precisa y avisarle de que se irá haciendo un seguimiento de su posición respecto al tabaco. En estos casos puede resultar útil ir dando información, algún folleto motivador o desentrañando falsos temores.

Dispuestos a disminuir pero no a dejarlo

En estos casos se debe informar de la poca utilidad de esta medida, aunque no se le debe desanimar, ya que muestra una cierta motivación. Debe interrogarse en cada visita sobre el proceso de «fumar menos» y animarle a dejarlo del todo. Registramos (CAT-↓).

No quieren dejarlo

Son los fumadores consonantes. Están de acuerdo con su hábito tabáquico y no quieren abandonarlo. Debe registrarse en la historia (CAT-N), informarle de nuestra disposición a ayudarlo si cambia de opinión y no plantear nuevamente el tema hasta pasados seis o doce meses. Sin entrar en discusiones con el paciente se puede intentar dar algún mensaje motivador o un folleto para aumentar la motivación.

Abordaje de los pacientes que solicitan ayuda para dejar de fumar

Primera visita

Dado que a los pacientes que solicitan ayuda para dejar de fumar los vamos a seguir en consultas programadas, lo más importante en la primera visita de este grupo es centrar el caso y efectuar un diagnóstico del fumador, es decir, saber si es un fumador preparado o preparable para dejar de fumar o, por el contrario, es un fumador no preparado en el que, por tanto, se requiere otro tipo de intervención. De esta forma puede establecerse un pronóstico y rentabilizar el esfuerzo y el tiempo (tabla 4). El diagnóstico del fumador se hace en función de dos parámetros claves: motivación y dependencia.

Motivación

Para explorar la motivación puede ser útil preguntar sobre los motivos para dejar de fumar valorando sobre todo los que se consideren motivos internos y desechando en cambio los externos (esposa, médico, sociedad, hijos, etc.) (fig. 2 y tabla 5). Deben preguntarse también los intentos previos para dejar de fumar. A mayor número de

TABLA 4
Seguimiento en visitas programadas de los pacientes que solicitan ayuda para dejar de fumar

Primera visita: «diagnóstico»

Motivos para dejar de fumar
Número de cigarrillos al día
Patología: ¿es motivadora?, ¿cree que el tabaco le perjudica?
Intentos previos. Días sin fumar. ¿Cómo fue la recaída?
Test de Richmon y de Fagerström
Entorno familiar, social y laboral
Pesar al paciente
Elaborar lista de motivos y autorregistros si no se ha hecho antes
Recomendaciones para los primeros días
Sustitutos de la nicotina
Fija día «D»

Segunda visita: «euforia» (3-8 días)

Forma de afrontar situaciones difíciles
Síntomas del síndrome de abstinencia
Sustitutos de la nicotina: ¿cómo se toleran?
Entorno familiar, social y laboral
Verbalizar ventajas
Si ha recaído, analizar circunstancias
Advertir «duelo» en la semana próxima

Tercera visita: «duelo» (10-15 días)

No síndrome de abstinencia
Sensación de vacío
Aumento de apetito y de peso
Alteraciones del sueño
Entorno
Enfatizar ventajas

Cuarta visita: «normalización» (15-30 días)

Advertir falsas seguridades: «ahora ya puedo fumar sin engancharme»
Recordar ventajas que ahora son más evidentes

Quinta visita: «ex fumador» (2-3 meses)

Pesar
Recordar ventajas a largo plazo
Advertir fantasías de control
Recaídas de tipo social

intentos, más motivación, preguntar cuántos días se mantuvo sin fumar, cómo fue la recaída. La patología relacionada con el tabaco puede ser un factor motivador o no. El paciente puede no relacionar su patología con el tabaco o responder que ya lo sabe, pero se resigna o que hay cosas peores, que también perjudica la contaminación. En estos casos la motivación relacionada con la patología se considera baja. El paciente puede que no sepa que su enfermedad está relacionada con el tabaco y solicite información, lo que indicaría una posibilidad de aumentar la motivación, o finalmente al preguntarle sobre la patología relacionada se puede mostrar preocupado, decir que es uno de los motivos por los que hace tiempo que quiere dejarlo y en estos casos podría hablarse de una motivación más alta. Finalmente si ya se ha fijado



Fig. 2. Mural en una consulta de enfermería con mensajes positivos para aumentar la motivación.

un día D para dejar de fumar o se fija en los próximos días también es un indicador de motivación alta. Para explorar la motivación también resulta útil el test de Richmon (tabla 6).

Dependencia

La dependencia puede valorarse mediante el test de Fagerström (tabla 7). Puede aproximarse preguntando el número de cigarrillos, siendo un indicador de dependencia si es mayor de 15 ó 20. También indica dependencia si tarda menos de 30 minutos en fumar el primer cigarrillo y también si las recaídas en los intentos previos han sido precoces. Una regla nemotécnica para recordar cómo se detecta la dependencia es la frase veinte-veinte-intentos (> 20 cigarrillos/día, < 20 minutos para encender el primero, intentos previos).

Otros factores que debemos tener en cuenta, ya que van a influir en el pronóstico, son el entorno, las habilidades y las dificultades. El entorno familiar, social o laboral que puede ser favorable o no. En general, los familiares, compañeros de trabajo o amigos fumadores se consideran un entorno más desfavorable que los no fumadores o ex fumadores. La habilidad del paciente para resolver anteriores metas que se haya propuesto en su vida (ganar unas oposiciones, alcanzar un puesto concreto en su trabajo o tener un hijo) también va a influir en el pronóstico, y se puede utilizar para reforzar positivamente al paciente en el curso del tratamiento. Las dificultades que espera encontrar el fumador en el curso de la deshabituación influyen en el pronóstico y también es conveniente ponerlas de manifiesto en estas fases iniciales del tratamiento.

En casos en que el diagnóstico del fumador sea de no preparado, no se debe programar al paciente, sino en todo caso hacer un seguimiento en visitas espontáneas. Tampoco si se considera que el paciente no es candidato a un tratamiento antitabaco por tener otras drogodependencias activas o patología psiquiátrica grave o una enfermedad terminal. Si el diagnóstico de fumador es preparado o preparable para dejar de fumar se sigue adelante y se fija un día D. Se le deben dar y explicar las recomendaciones para los primeros días (tabla 8). En los que presentan dependencia física es conveniente indicar sustitutos de la nicotina (parche de nicotina, chicle o ambos) (tablas 9 y 10). La dosis de nicotina debe calcularse según el número de cigarrillos/día. Cuando predomine la actividad bucomanual («no sabré qué hacer con las manos», «me gusta tener el cigarrillo entre las manos o en los labios») se preferirá el chicle, pero en general si se quieren conseguir dosificaciones altas de nicotina es mejor utilizar parches añadiendo o no chicles para momentos puntuales. Debe advertirse sobre el síndrome de abstinencia (tabla 11) y explicarlo brevemente. Se debe pesar al paciente y se puede practicar un *peak flow*. Si no se ha hecho antes deben proporcionarse unas hojas para autorregistros de cigarrillos.

Segunda visita

Debe programarse dentro de la primera semana después de dejar de fumar. En esta visita los pacientes que se mantengan abstinentes pueden atravesar un estado de ánimo de cierta «euforia». El síndrome de abstinencia se encuentra en pleno apogeo. Hay que preguntar por la forma en que se afrontan las situaciones difíciles, por

TABLA 5
Lista de motivos para dejar de fumar

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

Tomada de C. Cabezas.

los síntomas del síndrome de abstinencia, por los sustitutos de la nicotina, cómo se toleran, si se toman adecuadamente y finalmente por la forma en que influye el entorno social, familiar y laboral. Debe advertirse que en la próxima visita es probable que el estado de ánimo haya decaído y se entre en una etapa de «duelo».

Tercera visita

Normalmente se hace a las dos o tres semanas del primer día sin fumar. El síndrome de abstinencia ya debe

TABLA 6
Test de Richmon para valorar la motivación

¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?
No: 0; Sí: 1
¿Cuánto interés tiene en dejarlo?
Desde nada en absoluto: 0; hasta muy seriamente: 3
¿Intentará dejarlo en las tres próximas semanas?
Desde definitivamente no: 0; hasta definitivamente sí: 3
¿Cree que dentro de seis meses será usted un no fumador?
Desde definitivamente no: 0; hasta definitivamente sí: 3
< 7: motivación baja.

Tomada de Richmon RI, Keoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction* 1993; 88:1.127-1.135.

haber cedido por completo. En este momento se atraviesa una fase de «duelo», de sensación de vacío. Suele aumentar el apetito y el peso, por lo que se debe insistir en los consejos dietéticos y monitorizar el peso. Los trastornos del sueño, somnolencia o insomnio son frecuentes. Se debe preguntar de nuevo por el entorno y enfatizar las ventajas por haber dejado de fumar.

Cuarta visita

Se efectúa aproximadamente al mes del día D. En este momento es muy importante advertir sobre las falsas seguridades y las «pruebas» («ahora ya puedo fumar

TABLA 7
Test de Fagerström

PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Cuánto tiempo pasa desde que se levanta hasta que enciende el primer cigarrillo?	Hasta 5 minutos Entre 6 y 30 minutos	3 2
¿Encuentra difícil no fumar donde está prohibido?	Sí No	1 0
¿Qué cigarrillo le desagradaría más dejar de fumar?	El primero de la mañana Cualquier otro	1 0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	10 o menos 11-20 21-30 31 o más	0 1 2 3
¿Fuma más las primeras horas después de levantarse que el resto del día?	Sí No	1 0
¿Fuma cuando está enfermo aunque tenga que guardar cama?	Sí No	1 0

<4 puntos: dependencia baja; 4, 5 y 6: dependencia, y >6: dependencia alta.

TABLA 8
Recomendaciones para los primeros días

Evitar el café, ya que su sabor se asocia fuertemente al tabaco
Evitar también el alcohol, que además disminuye la fuerza de voluntad
Evitar comidas copiosas y muy condimentadas
Ingerir abundantes líquidos, especialmente zumos de frutas
Romper la rutina diaria
Practicar ejercicio físico o incluso empezar algún deporte
Cultivar aficiones manuales
Evitar la cafeína y sustancias estimulantes para combatir los posibles trastornos del sueño
Intentar técnicas de relajación, respiraciones profundas cuando se sientan deseos intensos de fumar. Pensar que los deseos irán disminuyendo en intensidad y frecuencia con el tiempo
Tomar zumos de frutas, chicles sin azúcar y alimentos sin calorías
Darse una ducha relajante o un baño
No exigirse un alto rendimiento durante una o dos semanas, pues puede haber dificultad de concentración

sin engancharme», «sólo fumaré los domingos»). Normalmente los deseos imperiosos de fumar han disminuido en intensidad y frecuencia, aunque los pacientes no siempre lo reconocen. Se deben recordar de nuevo las ventajas, que en este momento son más evidentes.

Quinta visita

Se realiza a los dos o tres meses. En esta visita deben retirar los sustitutos de la nicotina. Se debe pesar al paciente para detectar un posible aumento de peso que normalmente no supera los dos o tres kilos. Es conveniente recordar ventajas a largo plazo y advertir de nuevo sobre

TABLA 9
Recomendaciones para el uso del parche de nicotina

Existen parches de 16 y 24 horas. El de 24 horas tiene la ventaja de evitar la «ventana nocturna»
Respecto al chicle de nicotina, tiene la ventaja de que facilita el cumplimiento al dosificarse una vez al día, permitiendo alcanzar la dosis óptima de nicotina
No debe aplicarse sobre piel con pelo, ya que disminuye la absorción, ni sobre piel afeitada, ya que podría aumentarla
Los efectos adversos más comunes son los derivados de su vía de administración: picor, enrojecimiento, ardor, que aparecen en un 25%-50% de los casos. Se han comunicado otros efectos similares a los producidos por la nicotina administrada por otras vías. No hay descritos casos de dependencia o abuso
Para la dosificación debe calcularse 1 mg por cigarrillo. Un parche de 24 horas de 30 (aporta 21 mg de nicotina) durante cuatro semanas, uno de 20 (aporta 14 mg de nicotina) durante dos semanas y uno de 10 (aporta 7 mg de nicotina) durante dos semanas más

TABLA 10
Recomendaciones para el uso del chicle de nicotina

Usar sólo en pacientes con dependencia y motivación elevadas
Dar las recomendaciones habituales para dejar de fumar
Nunca usarlo si se continúa fumando
Utilizar una dosis suficiente (10-15 al día) durante un tiempo adecuado (tres meses). Adaptar la dosis y el tiempo según la dependencia del paciente. Calcular aproximadamente 1 mg de nicotina por cada cigarrillo fumado
Se puede consumir según las necesidades del paciente, pero debe considerarse la posibilidad de recomendar pautas fijas (un chicle cada hora mientras se está despierto) para conseguir una dosificación suficiente
Dar explicaciones orales y escritas sobre cómo usar el chicle. Si es posible, supervisar el primer uso del chicle al mismo tiempo que se dan las instrucciones, ya que facilita su aceptación
Si aparecen efectos secundarios (ardor de estómago, etc.), revisar si se está usando correctamente
A los tres meses disminuir gradualmente la dosis. Entre el 5% y el 10% pueden desarrollar una adicción al chicle, pero ésta es menos peligrosa que seguir fumando
Fijar alguna visita de seguimiento una vez dejado el chicle para evitar recaídas

Adaptada de C. Cabezas.

las fantasías de control y las recaídas de tipo «social» muy frecuentes a largo plazo (bodas, celebraciones).

Nuestra experiencia

El objetivo principal de nuestro protocolo era que la mayor parte de profesionales del equipo adoptara un papel activo frente al tabaquismo. En marzo de 1999, dos años después de haberlo presentado, hemos revisado las historias de los pacientes que habían solicitado ayuda para dejar de fumar y habíamos recibido en consultas programadas. Aunque suponen una pequeña parte de las intervenciones realizadas hemos escogido solamente los pacientes programados porque representan una mayor implicación de los profesionales en la actuación contra el

TABLA 11
Síntomas del síndrome de abstinencia por nicotina

Deseo imperioso de fumar
Irritabilidad, ansiedad
Trastornos del sueño, somnolencia o insomnio
Aumento del apetito
Dificultad de concentración, dispepsia, estreñimiento
El síndrome de abstinencia físico tiene una duración de quince días
El síndrome de abstinencia psicológico tiene una duración más prolongada. El tabaco se utiliza a veces como estimulante y a veces como relajante, por lo que al carecer de él el paciente tiene dificultades en los dos sentidos



Fig. 3. La medición del CO en el aire espirado permite la validación de las abstinencias y puede actuar de refuerzo positivo si se determina en cada visita de seguimiento. Las embarazadas constituyen un grupo de especial interés en las intervenciones antitabaco.

tabaquismo. En total fueron 81 pacientes pertenecientes a ocho de las once unidades básicas asistenciales del centro. La edad media era de 51,6 años (desviación estándar [DE] = 15,7), 76,5% eran varones, un 40,7% tenían alguna enfermedad relacionada con el tabaco y un 51,85% algún factor de riesgo cardiovascular. Un 26,4% consumían un exceso de alcohol (>60 g en varones y >40 g en mujeres). El test de Fagerström fue <4 en un 14,7%, de 4 a 6 en un 47,1% y >6 en un 38,2%. La motivación se consideró media o alta en un 74,4%. La media de visitas programadas fue de 2,4. Utilizamos sustitutos en un 44,4% (parache: 17,3%; chicle: 12,3%; ambos: 14,8%). Para averiguar las abstinencias efectuamos una llamada telefónica a todos los pacientes durante la primera quincena de marzo de 1999. A los pacientes que se declaraban abstinentes les citamos para efectuar una determinación de CO en el aire espirado (fig. 3). Respondieron a la llamada telefónica 72 pacientes (88,8%). Se declararon abstinentes 29 y acudieron a la cita para la cooximetría 25, de los cuales 3 mostraron cifras de fumador. En conclusión, contamos

26 abstinencias (36,6%), de las cuales 22 fueron validadas (86,2%). Un 50% de los que iniciaron el tratamiento menos de tres meses antes, un 46,7% de los que hemos seguido entre tres y seis meses y un 31,3% de los que llevan ya más de seis meses se mantienen abstinentes.

En conclusión, hemos conseguido un elevado grado de implicación en el protocolo de tabaco de los profesionales de nuestro centro. El consejo breve sistemático y personalizado, adaptado a la fase del proceso en que se encuentra cada fumador siguiendo un esquema ágil como el propuesto por el PAF, nos parece la forma más adecuada de intervenir en Atención Primaria sobre los fumadores. De esta forma podemos además seleccionar un pequeño grupo de pacientes que precisan una intervención más intensiva. Los resultados de las consultas programadas nos permiten además afirmar que estas intervenciones pueden dar resultados aceptables. En algunos pacientes con motivación elevada que fracasasen repetidamente consideraremos la derivación a un centro especializado.

Bibliografía

1. González J, Villar F, Banegas JR, Rodríguez F, Martín JM. Tendencia a la mortalidad atribuible al tabaquismo en España, 1978-1992: 600.000 muertes en 15 años. *Med Clin* 1997;109:577-582.
2. Manrique RR, Peñuelas JA, Sánchez R. Papel del médico clínico en la cesación del hábito tabáquico. *Medicina Integral* 1998; 31:135-139.
3. Russell MAH, Wilson C, Taylor C, et al. Effect of general practitioner's advice against smoking. *Br Med J* 1979; 2:231-235.
4. Nebot M, Sola Vila M. Revisión de la efectividad del consejo médico para dejar de fumar en Atención Primaria. *Rev Clin Esp* 1989; 184:260-264.
5. Marín D, Salvador T. Intervención mínima en el tabaquismo desde la Atención Primaria de salud. Monografías clínicas en Atención Primaria. Barcelona: Doyma, 1989; 31-46.
6. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Pla de Salut. Quadern n.º 6. Criteris comuns mínims per a la atenció a problemes de salut (1) Consell antitabac (13).
7. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. En 5 minuts ajudeu al vostre pacient a deixar de fumar, 1993.
8. Ballvé Moreno JL, Vives Argilagós A, Monteverde Curto X, Berengué Iglesias MD. Tratamiento actual del tabaquismo en Atención Primaria. *Medicina Integral* 1993;(5):199-206.
9. Cabezas C. Deshabitación tabáquica, nuevas estrategias. *FMC* 1994; 1:19-32.
10. Grupo de educación sanitaria PAPPs. Guía para ayudar a la gente a dejar de fumar. Noviembre 1995.
11. Martín C, Córdoba G, Jane C, Nebot M, Galán S, Aliaga M, et al. Evaluación a medio plazo de un programa de ayuda a los fumadores. *Med Clin* 1997; 109:744-748.
12. Nebot M, Solberg LI. Una intervención integral sobre el tabaquismo en Atención Primaria: el Proyecto de Ayuda al Fumador. *Atención Primaria* Dic 1990; 7:698-702.
13. Marín D. Clínica del fumador 1.-Detección y diagnóstico. *ROL* 1998; 234:11-16.
14. González J. Clínica del fumador: Terapéutica y seguimiento. *ROL* 1998; 234:17-20.
15. Díaz E, Villalbí JR, Nebot M, Aubá J, Sanz F. El inicio del consumo de tabaco en escolares: estudio transversal y longitudinal de los factores predictivos. *Med Clin* 1998; 110:334-339.
16. Casas J, Lorenzo S, López JP. Tabaquismo. Factores implicados en su adquisición y mantenimiento. *Med Clin* 1996; 107:706-710.