

Intervención mínima frente al tabaquismo

A. García Hidalgo

Facultativo Especialista de Área. Hospital Punta de Europa. Servicio Andaluz de Salud. Cádiz.

Introducción

Si consideramos que los efectos adversos que el tabaquismo provoca en la salud de los seres humanos de países tan desarrollados como Estados Unidos, en los que llega a ser la causa principal de muerte por cáncer, y que sigue siendo un responsable directo del incremento de la morbimortalidad por cáncer a pesar del avance terapéutico, es por lo que creemos más que justificado realizar un tratamiento de abandono tabáquico en todos aquellos sujetos que siendo fumadores acuden a los centros asistenciales¹. Y más aún, hemos de tomar una postura activa frente al fumador, puesto que es bien sabido que hasta hace poco el paciente tabaquista que dejaba el hábito lo hacía por sus propios medios, y es bien conocido que un gran número de estas personas lo conseguirían si supiesen cómo hacerlo y tuviesen ese apoyo que los motivase para el cambio²⁻⁷.

Hemos de pasar del médico expectante al médico intervencionista que aporte información y formas de lograr el abandono tabáquico, con lo cual se refuerza esa autoridad pedagógica que el sanitario expresa⁸.

Y una vez puestos en marcha hemos de tener presente la definición que el Dr. Orleans hizo al respecto de cuál sería el mayor obstáculo que encontraríamos en el desarrollo de estas fases de tratamiento. Así, él decía que iba a ser el propio pensamiento del médico, que cree que la mayor parte de estos pacientes no lo conseguirán. Si conseguimos obviar este sentimiento y seguimos adelante, los resultados positivos irán llegando poco a poco⁹.

Fase de conocimiento del fumador

Es pues clara la relación de los profesionales sanitarios con la dependencia tabáquica, y ya no sólo del neumólogo al que por los efectos claramente nocivos

sobre el aparato respiratorio se le relaciona directamente con los tabaquistas, sino que debería ser cualquier especialista (cardiólogos, digestopatólogos, cirujanos cardiovasculares, especialista de ORL, etc.) y quizá mejor aún, los médicos generalistas y especialistas en medicina familiar y comunitaria los que iniciarán estos tratamiento de deshabituación tabáquica. De hecho son los centros de salud el marco ideal para llevar a efecto estas primeras fases de tratamiento o de intervención mínima. En estos centros la función de información y educación sanitaria del paciente es primordial. Comenzándose con la aportación ejemplarizante del personal sanitario y no sanitario del centro respecto a su conducta frente al tabaquismo, ya que el simple gesto de estos profesionales que no fuman induce a que de una forma pasiva se les inculque el no fumar, contribuyendo de esta forma a la idea perjudicial del uso del tabaco¹⁰⁻¹².

Tras esta función ejemplarizante y modélica que el médico puede y debe aportar a sus pacientes, es necesario iniciar la función terapéutica que ayude al tabaquista a dejar el consumo de tabaco definitivamente. Por tal motivo es necesario, en toda anamnesis que se realice al enfermo, mencionar su posible hábito tabáquico, pues será en este primer contacto con nosotros cuando podamos iniciar el estudio y comprensión del fumador. Está claro que hemos de posibilitar una información seria sobre las formas de tratamiento del tabaquista que le induzca al abandono y posterior mantenimiento de la abstinencia¹³⁻¹⁶.

Podemos aportar dos tipos de ayuda a los fumadores (tabla I), una de primera fase, cual sería la llamada intervención mínima, que incluiría dos niveles (nivel I y nivel II) en función del grado de motivación y dependencia tabáquica del sujeto; y un tratamiento especializado para personas cuya dependencia nicotí-

TABLA I

Tratamiento del cese tabáquico: tipos de ayuda al fumador

Intervención mínima
Nivel I
Nivel II
Tratamiento especializado

Correspondencia: Dr. A. García Hidalgo.
Hospital Punta de Europa. Servicio Andaluz de Salud.
Ctra. de Getares, s/n. Algeciras. Cádiz.

(Arch Bronconeumol 1995; 31: 114-123)

nica sea elevada y en las que existe una predisposición positiva para el cambio de su situación como fumador, pero que no lo han conseguido con las primeras etapas del tratamiento. De este tratamiento especializado se ocupa otro apartado de esta Revista y por tanto al mismo les remitimos.

La deshabituación de los fumadores es un proceso complejo que va a pasar por una serie de fases. Estas tratarán de conseguir un cambio, en primer lugar, de la actitud del sujeto fumador hacia su concepto de tabaco, hasta llegar a lograr el cambio de conducta, referida a su situación como fumador¹⁷.

El tabaquista, en la mayoría de los casos, tiene dificultad para dejar el hábito fumador en función de dos parámetros fundamentales como son la dependencia nicotínica y la motivación que esta persona tenga para dejar el consumo de tabaco.

Este proceso de fumar hace que se clasifique al tabaquista en fumador consonante, que es aquel que está de acuerdo con su situación de fumador y que no se ha planteado nunca el abandonar esta postura; está conforme con ella y por lo tanto su motivación es baja. El otro tipo sería el fumador disonante que a diferencia con el anterior sí se planteó el abandonar el tabaco, y que o bien no lo intentó nunca, o bien si lo hizo no lo consiguió, y lo volvería a intentar hasta conseguirlo si supiese cómo hacerlo (fig. 1).

Este plan de tratamiento es un proceso eminentemente dialéctico, en el que van a participar tres partes fundamentales: el tabaquista, el médico y el personal sanitario. Junto a estos, es primordial el llevar un protocolo asistencial que consolide esa ayuda, y en el que el soporte informativo y consejo médico han de estar presentes en cualquier momento.

De lo dicho anteriormente se deduce que el abandono del tabaquista del consumo del tabaco tendría más éxito si el propio paciente tiene intención de dejarlo; es decir, si está motivado, el apoyo del médico, así como el estímulo y consejos que le aportemos, va a dar sus frutos en un mayor número de casos. Y lo que es más efectivo el porcentaje de abstinentes en el tiempo crecerá.

Lógicamente tenemos que valorar ese grado de motivación del fumador en su intento de conseguir el abandonar el tabaco; y para esto podríamos acercarnos a conocerla siguiendo a los Dres. Goldstein y Prochaska¹⁸, que aconsejan que en la primera entrevista con el paciente se le haga una serie de preguntas que nos aclaren en parte esa motivación (fig. 2). Se le preguntaría si tiene o no intención de dejar de fumar en los próximos 6 meses; si decía que no lo intentaría, podríamos considerar que el paciente está en la llamada fase de premotivación o precontemplación. En esta fase se encuentran hasta un 35% de los fumadores. Son personas que no quieren incluso hablar del tema del tabaco ni de su dependencia tabáquica, y que se sienten incapaces de dejarlo, puesto que no encuentran motivos para ello.

Si el paciente dice que intentaría y que estaría dispuesto a dejarlo, pero no en una fecha próxima (siguiente mes), estaríamos ante un tabaquista en fase de

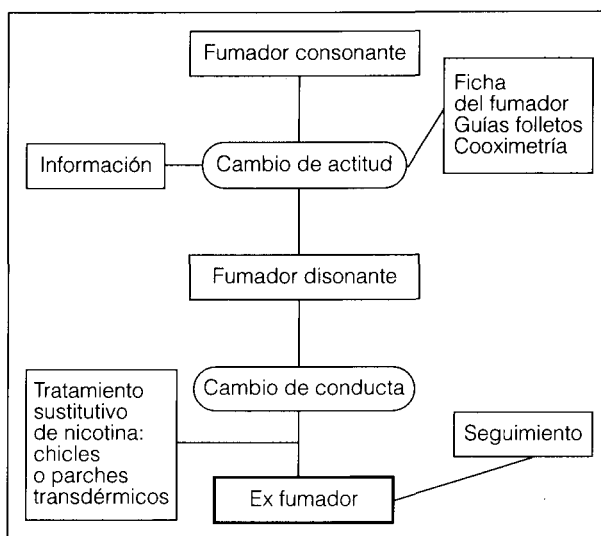


Fig. 1. Fases de deshabituación del fumador.

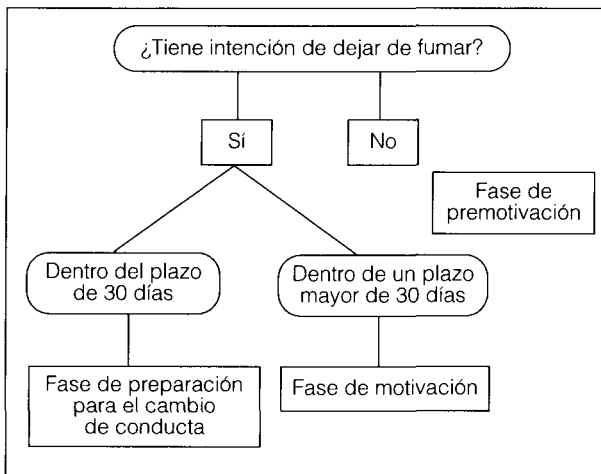


Fig. 2. Valoración de la motivación del fumador.

motivación o contemplación. Hasta un 50% de fumadores pertenecen a este grupo. Son personas que están informadas y que son conocedoras del perjuicio del consumo de tabaco para su salud. Reconocen los "contras" del mismo, aunque por diversas causas no han conseguido el abandono. Incluso muchas de estas personas lo han intentado en varias ocasiones, pero han encontrado graves dificultades que les han impedido el conseguirlo.

El grupo de pacientes que dicen que sí, y además quieren intentarlo en fechas próximas (inferior a un mes), se encontraría en la llamada fase de preparación para el cambio. Así mismo, la mayoría de ellos lo han intentado previamente sin conseguirlo, aunque quieren que la próxima vez sea la definitiva. Están claramente convencidos de los efectos perjudiciales que el consumo de tabaco conlleva.



El abandono del tabaquismo es un hecho de elección propia por parte de la persona, y si queremos acercarnos a cuáles son las causas que hacen que el fumador quiera dejarlo tendríamos que conocer bien cuáles son sus actitudes e intenciones, puesto que ellas van a determinar la conducta del mismo frente al tabaquismo¹⁹.

Marsh²⁰ en 1987 dijo que los fumadores revisan frecuentemente si quieren o no seguir fumando, así como cuáles son los motivos por los que lo hacen. Y esa actitud era el resultado de una serie de opiniones que él mismo se formaba en relación a diversos temas. Entre ellos estaría el saber lo que ocurriría si dejaban de fumar, las consecuencias negativas o positivas que les aportaría el dejar el tabaco. También tendrían influencia las posibles enfermedades que esté padeciendo o haya padecido, o el miedo a adquirirlas; junto a estas variables entran en juego la valoración de la ganancia personal tras el cese del tabaquismo, y ésta hará que la motivación para iniciar el tratamiento crezca encontrándonos con una mejor predisposición para intentarlo y conseguirlo.

Así pues, debemos conocer esos puntos clave que el fumador tiene en consideración sobre su actitud frente al tabaco. Estos podrían ser: la salud ya comentada, la posible mejora económica, la aprobación por parte del entorno social de su nueva situación de ex fumador, la posibilidad de control en diversos momentos del día sin tener cigarrillos a mano. Incluso algunos de tipo estético como mejora del sabor o el olor de sus ropas. El fumador se plantea continuamente una serie de preguntas que bien podrían ser: si serán vistos igual que antes de dejar el tabaco, si serían capaces de llevar igual ritmo de vida, así como cuánto van a ganar en salud, etc., y con las que de forma repetida mantiene el problema vigente.

Existen una serie de condicionantes cuya interacción influye sobre el hábito del fumador, y contribuye a su mantenimiento (fig. 3). Los factores farmacológicos, con la consabida adicción nicotínica ya se han expuesto en otro apartado de este número. No debemos olvidar que la vida media de la nicotina oscila entre 7-14 días, con lo que el deseo intenso de fumar no va a durar mucho. Otros factores serían: el psicológico, que hace que el fumador tenga un deseo superior de fumar del que supondríamos, puesto que influye sobre su personalidad; el paciente lo utiliza como instrumento de vida cotidiano; el factor sociológico, por el que el uso del tabaco le hace reafirmarse en épocas de su vida como sería la adolescencia; incluso puede ser un vehículo de escape familiar, etc.

En contra de los anteriores, que servirían de apoyo positivo para continuar fumando, estarían otros factores que serían de efecto negativo a la continuidad del consumo. Podríamos mencionar el hecho de que existiera una legislación y una política de salud más rígida que hiciera cumplir estrictamente las normas ya dictadas; el factor comercial respecto de la industria tabaquera, etc. Y por supuesto el desarrollo por parte de las autoridades sanitarias de campañas de salud pública a través de los grandes medios de comunicación en

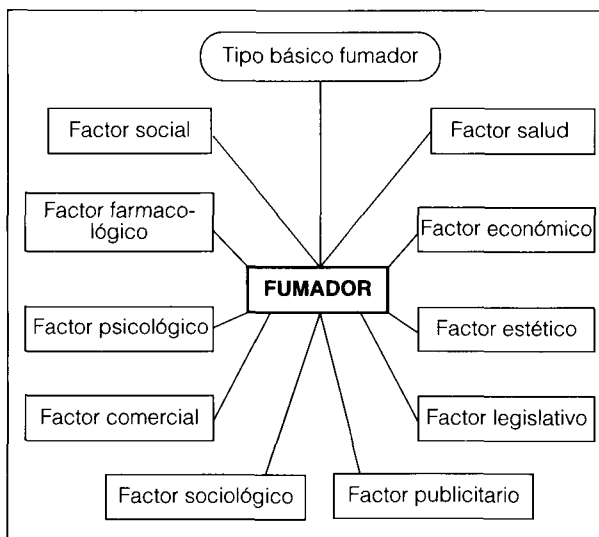


Fig. 3. Factores influyentes en el fumador.

TABLA II
Fases del tratamiento de deshabituación tabáquica

Primera etapa: conocimiento Información: salud, composición del cigarrillo, acción de nicotina y alquitrán
Segunda etapa: valoración de la actitud del fumador Acercamiento hacia las opiniones, sentimientos y barreras que tiene el fumador para el cambio
Tercera etapa: ayuda al fumador Se le aporta todo el material, apoyo psicológico y farmacológico para el cese tabáquico
Cuarta etapa: refuerzo del comportamiento Se instauran las medidas necesarias para el seguimiento del paciente ex fumador

los que se haga una clara relación entre enfermedades como el cáncer, el enfisema o la cardiopatía isquémica con el consumo del mismo^{21,22}.

Es pues necesario estar en conocimiento de los factores y de la actitud y conducta del fumador a lo largo de un proceso que comienza en su situación como fumador consonante, siguiendo por la etapa de disonancia, y la toma de decisiones e intentos de cambio de actitud.

Desarrollo de las fases de tratamiento

Saber cómo desarrollar estas fases de tratamiento es fundamental para conseguir resultados apetecibles. El acercamiento hacia el fumador por parte del médico se basa en una integración de una serie de etapas o niveles que van a centrarse en la educación del mismo (tabla II).

Un primer nivel o etapa de conocimiento en el que la información al fumador es fundamental; se le ha de explicar con claridad los efectos del tabaco sobre



TABLA III
Ficha clínica del fumador

Unidad de Neumología				
Hospital Punta Europa				
Algeciras. Cádiz				
Nombre:		Apellidos:		Edad:
Sexo:	Profesión:		Acude de modo propio:	
Dirección:		Ciudad:		Teléfono:
HÁBITO TABÁQUICO				
Edad de comienzo:		Edad de consumo regularizado:		
Motivo de inicio del hábito:				
N.º de cigarrillos/día: < de 10:		; 10-20:		; 20-30: ; > de 30:
Tipo de tabaco:		Contenido en nicotina por cigarrillo:		
Situaciones que aumentan el consumo:				
El relax: Sí - No		Sociales: Sí - No		Cuáles:
Estrés: Sí - No		Cuáles:		
Consumo y entorno:				
Familia: Fuma: Sí - No		¿Quiénes?:		
Laborales: ¿Fuman sus compañeros? Sí - No				
¿Fuman sus amigos?:				
Test de dependencia nicotínica: Fagerström				
Moderada:		Alta:		
Motivación para abandono tabáquico:				
¿Está dispuesto a dejar de fumar en los próximos 6 meses?: Sí - No				
¿Cuándo piensa dejarlo? Menos de 30 días: Sí - No		Más de 30 días: Sí - No		
¿Intentó previamente dejarlo? Sí - No		Número de veces:		
¿Qué tiempo estuvo sin fumar?: > de 3 meses: > de 3 meses: < de 1 semana:				
¿Qué métodos y medios utilizó en anteriores ocasiones?:				
¿Qué motivos piensa usted que indujeron la recaída?:				
¿Qué dificultades encontró usted en los periodos abstinentes?:				
Fecha del último intento:				
¿Ha elegido fecha para dejarlo?: Sí - No		¿Cuál?:		
Presenta algún tipo de enfermedad: Sí - No Especificar:				
¿Piensa usted que sus síntomas están relacionados con el tabaco?: Sí - No				
Consumo de otros tóxicos: Sí - No				
¿Cuáles?:				
Consumo de otras drogas: Sí - No ¿Cuáles?:				
Consumo de otros medicamentos: Sí - No ¿Cuáles?:				
Exploración física:				
Primera visita fecha:	Peso:	Tensión arterial:	Espirometría:	ECG:
Revisiones. Fecha:				
Plan terapéutico a seguir: Intervención mínima I: Intervención mínima II:				
Tratamiento sustitutivo de nicotina: Sí - No		¿Cuál?:		
Chicles. Dosis:		Cantidad/día:		
Parches transdérmicos. Dosis:		Duración:		
Tratamiento especializado:				
Seguimientos:				
1.º Fecha:		¿Persiste abstinencia?: Sí - No		
Tiempo duración de la misma:				
Causas de la recaída:				
¿Encuentra colaboración en su entorno?: Sí - No				

la salud, se le informará sobre los componentes del cigarrillo, la acción de la nicotina sobre el organismo, etc.

Un segundo nivel o etapa en la que valoramos la actitud del paciente hacia el tabaquismo. En ella se

evalúan los conocimientos que el fumador tiene sobre el tabaco, así como las opiniones que él mismo tiene sobre los efectos que el tabaco ocasiona. Igualmente intentamos acercarnos a las barreras que el tabaquista encuentra para dejarlo.

TABLA IV
Test de Fagerström

	Puntos
1. Número de cigarrillos que fuma al día	
De 1 a 15	0
De 16 a 25	1
Más de 26	2
2. El tiempo que pasa desde que se levanta hasta que fuma el primer cigarrillo es	
Menor de 30 minutos	1
Mayor de 30 minutos	0
3. ¿Fuma más por las mañanas?	
Sí	1
No	0
4. La cantidad en nicotina de los cigarrillos que fuma es	
Menor de 0,9 mg	0
De 0,9 a 1,2 mg	1
Mayor de 1,3 mg	2
5. ¿Fuma en lugares prohibidos?	
Sí	1
No	0
6. ¿Fuma cuando está enfermo?	
Sí	1
No	0
7. ¿Qué cigarrillo le produce mayor placer?	
El primero del día	1
Otros	0
8. ¿Se traga el humo?	
Siempre	2
A veces	1
Nunca	0

Valoración: de 0 a 6 puntos, dependencia moderada; más de 6 puntos, dependencia alta.

El tercer nivel es la etapa de ayuda al fumador, y en ella aportaremos los instrumentos de que disponemos para facilitarles el cambio de conducta (guías, folletos, etc.) que se comentarán más adelante.

Y un cuarto nivel o de refuerzo del comportamiento en el que queremos incentivar al sujeto para que continúe en su situación de ex fumador²³⁻²⁷.

Una vez que estamos ante el paciente fumador hemos de realizarle "la ficha de fumador". En ella vamos a incidir en una serie de cuestiones que nos van a acercar en el conocimiento de lo que llamamos "tipo básico del fumador"; es decir, el fin que todo tabaquista busca con el fumar. Veremos hasta qué extremo le sirve de estímulo el consumo de tabaco o, por el contrario, le ayuda a relajarse y reducir la tensión nerviosa del momento. Apreciaremos la manipulación que hace respecto a los rituales del tabaquismo. Incluso nos mostrará la atenuación que el fumador hace de los efectos dañinos que puede causarle el tabaco, y la justificación que hace sobre su consumo. También le preguntaremos sobre los intentos que ha tenido de dejarlo, las veces que ha recaído y las posibles causas que las motivaron. Nos acercaremos a su dependencia nicotínica utilizando el test de Fagerström, del que hablaremos más adelante.

En definitiva, esta ficha de fumador (tabla III) va a tocar puntos concretos del hábito tabaquista: la edad de comienzo, los motivos de inicio del consumo, el

número de cigarrillos diarios, el tipo de tabaco que utiliza, relación en contenido de nicotina y alquitranes, la frecuencia de uso en vida de sociedad, ambiente laboral o familiar, incluso su asociación a otros tóxicos (café, alcohol, drogas, etc.) o fármacos.

Los intentos de dejarlo y mejor aún el tiempo transcurrido desde el cese a la recaída son otros puntos que hemos de investigar; y mejor que nadie que sea el propio paciente quien nos diga cuáles son los motivos o situaciones de tipo personal que le indujeron a recaer. Estos puntos de vista personales son los que realmente nos van a ayudar a mantener la abstinencia en el tiempo.

También hemos de reflejar en la ficha los métodos que utilizaron en sus anteriores intentos de abandono y cuál fue la ayuda que tuvieron, ya fuera médica, psicológica o farmacológica.

Test de Fagerström

Este test nos va a indicar el tipo y la cualidad de la dependencia que el sujeto tiene a la nicotina. Es un test sencillo de ocho preguntas con una valoración puntual de cada una de ellas. Si estamos ante un paciente con una dependencia moderada, los puntos no superan los seis y si ésta es severa o alta, los puntos son más de seis (tabla IV).

Preguntas como el tiempo que transcurre desde que el fumador se levanta por las mañanas hasta que inicia la fumada del primer cigarrillo, o si el consumo es más frecuente por las mañanas, la inhalación del humo, el sentimiento de placer con el primer cigarrillo, o la abstinencia en lugares prohibidos nos sirven para calificar al tabaquista.

Este test al ser sencillo y subjetivo requiere unas respuestas sinceras y concretas. Dada su simplicidad es muy útil en la valoración rápida del fumador.

Niveles de la intervención mínima del tratamiento del tabaquismo

Como hemos venido diciendo el grado de motivación así como la dependencia nicotínica son esenciales de conocer para conseguir el objetivo del abandono tabáquico, ya que considerar a todos los pacientes por igual sería un error manifiesto. Hemos de personalizar cualquier tipo de actuación que vayamos a emprender intentando no generalizar nunca en nuestras visitas.

En la encuesta que sobre el hábito tabáquico realizaron en Hospitalet los Dres. García y Hernández²⁸, agrupaban a los fumadores en función de la baja o alta dependencia tabáquica y el grado de motivación que tenían para el cambio de actitud. Casi un 70% de los encuestados no tenían motivación para el cambio, eran personas que estaban en la fase de precontemplación o premotivación; sujetos a los que habría que iniciarles en una intervención mínima de primer nivel. El objetivo de la misma será lograr la sensibilización sobre los riesgos y beneficios que conlleva la persistencia o abandono del tabaquismo. Estamos

ante los fumadores que no se han planteado dejarlo y son por tanto fumadores consonantes.

Un 15% del total de encuestados tenían baja dependencia nicotínica (menos de 6 puntos en el test de Fagerström) y una alta motivación para cambio de conducta. Son pacientes con voluntad propia para el cambio y que precisan del segundo nivel de la intervención mínima. Son fumadores que van a necesitar de una mentalización y a los que hemos de facilitar y consolidar en el cambio de actitud y conducta frente al tabaco. Reforzaremos continuamente esas decisiones que han tomado puesto que son personas muy motivadas, y que dejarían el consumo de tabaco si supiesen cómo hacerlo.

Por último, en un porcentaje de fumadores similar al anterior (15%), existía una elevada dependencia nicotínica (test de Fagerström superior a 6 puntos), pero a su vez una alta motivación para el cambio; estos necesitarían del tratamiento de tipo especializado para dejar su tabaquismo (fig. 4).

Conocido el hábito tabáquico del paciente y sabiendo el tipo de tratamiento que hemos de aplicarle, debemos de tener presente que todas las estrategias que han tenido algún éxito en el logro del cese tabáquico se han dirigido tanto al tratamiento de la adicción nicotínica como al conocimiento y modificación de la conducta del paciente. Esto último es fundamental puesto que los deseos psicológicos de fumar son superiores a los deseos biológicos, siendo difíciles de superar ya que pueden durar toda la vida^{29,30}.

La intervención mínima en el tratamiento del tabaquismo está basada en el consejo médico; esto es, el médico debe aceptar la responsabilidad de estar lo suficientemente informado acerca de las técnicas para un mejor diagnóstico y tratamiento del paciente fumador³¹, y en función de este conocimiento desarrollar un perfecto plan de tratamiento en el que se base la ayuda de cada paciente mediante el cual le expliquemos los recursos de que disponemos siempre de una forma racional y que puedan ser aceptados por el mismo.

Es fundamental que el sujeto sepa la firmeza con la que le indicamos nuestros consejos, a fin de que el fumador entienda que son verdaderas recetas médicas que deben administrarse de forma inmediata.

Podríamos resumir a 6 puntos las bases de esta intervención mínima (tabla V).

Con esto queremos expresarle que vamos a tener un plan de tratamiento específico para cada paciente, y en concreto para "su problema".

Vamos a relacionar "su tos" o "sus ahogos", por ejemplo, con el consumo de tabaco, señalándolo como el principal factor causal. Vamos a realzar la mejoría de los síntomas y la ganancia en salud tras el cese de fumar³². Le explicaremos mediante folletos, guías, determinación de CO espirado, o vídeos educativos cómo iniciar el abandono del tabaco. Es muy importante indicarle que no vamos a dejarle solo, y que siempre estaremos a su lado para cualquier duda que se le plante a fin de evitar las posibles recaídas, ya que éstas van a ocurrir principalmente en los doce

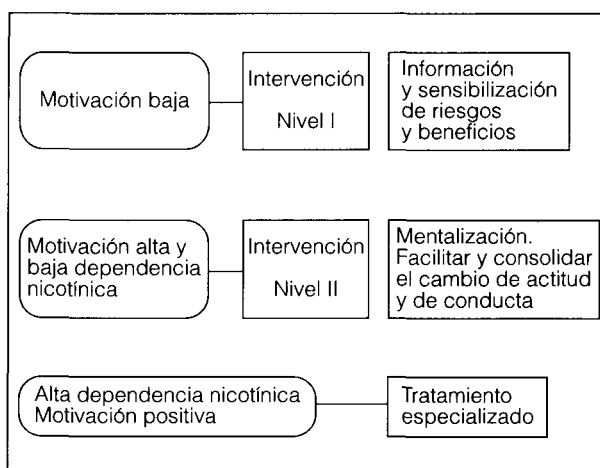


Fig. 4. Niveles de intervención mínima en el tratamiento del fumador.

TABLA V
Puntos básicos de la intervención mínima en el tratamiento del tabaquismo

Personalización de las medidas a seguir Relación sintomatología - consumo tabáquico Cuantificación riesgos - beneficios Transmitir nuestra intención de ayudarles Facilitar medidas para el cese del tabaquismo Seguimiento del fumador en su proceso de cese tabáquico
--

primeros meses del abandono. En definitiva, estaremos trabajando sobre la motivación para el cambio de actitud.

Actualmente se contemplan dos niveles de intervención: un primer nivel o nivel I de la intervención mínima del tabaquismo, en el que la actuación se hace directamente sobre el fumador consonante. El principal problema que tienen estos pacientes es que la información sanitaria que poseen al respecto del tabaquismo no es la más adecuada. A ellos deben de ir encaminadas las diferentes campañas preventivas.

Los puntos claves que deben considerarse en este primer nivel serán: a) la información sobre los riesgos-beneficios; b) la firmeza por parte del médico en sus consejos, y c) personalizar las pautas de tratamiento.

Al hablarle sobre los riesgos del tabaco, intentaremos hacerle ver que no vamos a poder garantizarle que por escasa cantidad de tabaco que consuma, va a estar libre de síntomas atribuibles al tabaquismo en un futuro. Esto es, no va a existir una seguridad de que su salud no vaya a verse afectada por un consumo racional de tabaco. De otro lado, hemos de hacerle notar que cuando deje de fumar no sólo él se va a beneficiar de ese cambio de conducta sino también los familiares que con él convivan^{33,34}. La mejoría no sólo será en salud y en esperanza de vida sino que estéticamente notarán el cambio (mejor olor, piel más fresca, recuperación del olfato y el gusto, etc.), así como un posible ahorro económico.



Estas mejoras aparecerán en fechas próximas, con lo que además podemos incidir en ellas al servirles de estímulo para persistir en el empeño. Indicaremos que van a conseguirlo siempre y cuando quieran hacerlo y tengan confianza en ello³⁵⁻³⁸.

A este nivel un inicio de tratamiento, y según la motivación y adicción nicotínica que tenga, podríamos indicarle que de motu propio intente dejar de fumar, aun a sabiendas que es posible que no lo consiga o que recaiga. Este tipo de experiencia nos aportará información que nos servirá en una etapa siguiente.

Se le hará entrega en estas visitas de guías y folletos que tratan de reforzar nuestros consejos³⁹⁻⁴¹. En ellos se suele enfatizar que al igual que otras muchas personas consiguen el cese tabáquico, él también podrá lograrlo. Se les indican razones de tipo médico para dejarlo (enfermedades pulmonares, cardiovasculares, digestivas, etc., relacionadas con la adicción); la posibilidad de afectación de personas de nuestro entorno (fumadores pasivos) y por lo tanto no exentos del riesgo que esto supone. Se les hace ver la conveniencia de realizar ellos mismos un listado de razones y motivos por los que quieren dejar el tabaco; razones que en ocasiones suelen ser las mismas de otros tabaquistas; no obstante, pueden existir otras de tipo particular que nos permitan incidir en ellas en nuestras próximas entrevistas para reforzarles sus ideas.

El éxito en el tratamiento, como dice el doctor Wong⁴², se conseguirá gracias a la motivación, perseverancia y trabajo constante por parte del paciente, puesto que seguramente sólo con la medicación que prescribamos no vamos a conseguir que el paciente deje de fumar. El tabaquista necesitará que le guiemos y supervisemos su proceso, además de aportarle sugerencias para que evite y supere las recaídas. Es decir, es primordial ese triplete paciente-médico-personal sanitario.

Si en esta fase o nivel I, para ese grupo de fumadores consonantes que podríamos encontrar en una encuesta, logramos motivarlos y cambiarles su actitud vamos a entrar en la fase o nivel II del tratamiento de intervención mínima tabáquica. Lógicamente en este nivel II están encuadrados los pacientes que en el desarrollo de la entrevista médica realizada son clasificados de fumadores disonantes que tienen baja dependencia nicotínica.

En esta fase el médico debe expresarle desde un principio su intención de ayuda, y estar con él para afrontar los problemas que va a encontrar en su camino de deshabitación. El optimismo que les mostremos va a aumentar la confianza del fumador para afrontar y conseguir el éxito. Reforzaremos la motivación que tenga y analizaremos junto a él las causas que anteriormente originaron que no lograra dejar definitivamente el tabaco en aquellos casos que ya lo habían intentado previamente^{43,44}.

Algunos de los problemas que se van a presentar en este período inicial serían (tabla VI):

1. Aumento de peso que incluso puede llegar a ser de hasta un 10%, a pesar de ingerir en muchos casos el

TABLA VI
Principales problemas del paciente en el cese tabáquico

Síndrome de abstinencia nicotínica
Ansiedad e irritabilidad
Aumento de peso corporal
Insomnio
Integración en sociedad
Secundarios al tratamiento con sustitutos de nicotina
Chicles: irritación en boca y garganta, aftas bucales, náuseas, vómitos e hipo
Parches transdérmicos: eritema, prurito, cefaleas, vértigo, elevación de TA

mismo tipo de dieta previa. Les hemos de tranquilizar diciéndoles que una vez transcurra un tiempo, a veces no superior a 6 meses, podemos conseguir reducirles el peso con dietas bajas en calorías. Insistir en limitar y controlar la bulimia haciendo ejercicio físico.

2. El síndrome de abstinencia nicotínica se va a presentar en un elevado porcentaje de ex fumadores en los primeros días del cese tabáquico. Pero tal como se ha dicho anteriormente la vida media de la nicotina es corta y no superior a los 14 días, por lo que en estos pacientes y según el grado de dependencia se les puede

TABLA VII
Decálogo para dejar de fumar

Si quieres dejar de fumar puedes seguir estos 10 consejos:
A. Prepárate:
1. Piensa por qué fumas cada vez que enciendes un cigarrillo; infórmate sobre el tabaco
2. Busca tus motivos para dejar de fumar; escribe una lista con ellos
3. Busca las situaciones que asocias con fumar y evítalas. Elige siempre ambientes sin humo
4. Decide qué día vas a dejar de fumar y díselo a tus familiares y amigos
B. Plan de acción. ¿Qué hacer el primer día?
5. El primer día levántate antes de la hora habitual y haz un poco de ejercicio físico; bebe mucho zumo y agua.
6. Mantente lo más activo posible durante todo el día, tus manos y boca deben de estar ocupadas. Cuanto menos oportunidades tengas de echar de menos un cigarrillo es mejor
7. Decidete a no fumar, aunque sólo sea el día de hoy
C. ¿Cómo mantenerse sin fumar?
8. Practica alguna actividad física, si es en grupo mejor, toma una dieta abundante en frutas y verduras. Relee con frecuencia tu lista de motivos para dejar de fumar
9. Si sientes un deseo intermitente y muy fuerte de fumar, no te preocupes, "relájate... respira profundamente... siente como el aire puro y limpio invade tus pulmones... reténlo todo el tiempo que te sea posible... sácalo despacio, y concéntrate en lo que estás haciendo". Repite esto varias veces, también puedes consultar a los profesionales sanitarios
10. No cedas ni siquiera por un solo cigarrillo, el deseo disminuye después de la segunda o tercera semana; felicítate por cada día que pasa sin fumar, porque esta vez seguro que conseguirás dejar de fumar

Comité de Prevención del Tabaquismo de SEPAR.

aportar tratamiento suplementario con sustitutos de nicotina (chicles y/o parches transdérmicos)⁴⁵⁻⁴⁸.

3. La ansiedad que se presenta en los primeros momentos podremos combatirla con técnicas de auto-relajación, y si con ellas no se consigue con medicación ansiolítica y tranquilizante.

4. La "orientación" de la nueva vida del paciente ex fumador en la sociedad. Las terapias de conducta reafirmarán y reforzarán la decisión de dejar definitivamente el tabaco.

La definición y organización del plan terapéutico a seguir hará desaparecer en gran número de pacientes el estrés y la ansiedad que aparecen en esos primeros días de transición del fumador hacia su nueva situación de ex fumador. Se seguirán una serie de fases (fase de preparación, fase de acción y fase de mantenimiento) que contienen unos puntos en cada una de ellas que facilitan el cambio. Estos son incluidos en el "Decálogo para dejar de fumar" editado por el Comité de Prevención del Tabaquismo de la SEPAR (tabla VII)⁴⁹.

De cualquier manera en este grupo de pacientes existirán diferentes motivaciones y dependencia nicotínica. Un grupo de ellos va a fijar la fecha para dejar el tabaco en los siguientes 15 a 30 días de la entrevista, y otros no se plantean la fecha en límite tan corto. En el primer caso hemos de insistir que indiquen en el calendario la fecha elegida, a fin de que la visita de ese día les haga reforzar su decisión. En los que no lo hacen, conocer sus razones hará que podamos ayudarles de una forma concreta.

A modo de esquema de tratamiento que lleve a la modificación de conductas en este nivel II se establecerían una serie de apartados (fig. 5).

5. Designación de la fecha elegida para el abandono. Que debe de ser compartida con el médico y los familiares que serán el punto de apoyo más cercano. Si es posible, establecer un contrato por escrito. La fecha debe ser elegida de antemano para que podamos ir preparando al fumador a saber estar y vivir mejor en la etapa de después del cigarrillo, ya que si está preparado ante los posibles momentos difíciles que le van a surgir se facilitará el éxito del tratamiento.

6. La preparación del fumador para afrontar las primeras semanas del cese es algo fundamental, ya que un gran porcentaje de los que iniciaron el tratamiento recayeron por diversos motivos en esos días, al no saber superar esos momentos difíciles. Por eso es recomendable que en los días previos a la fecha elegida para el abandono definitivo del tabaco rellene el diario o libro del tabaco, en el que se constaten las situaciones y momentos del día en los que se consume. Repasando estos datos nos daremos cuenta de cuál puede ser la influencia social que les lleva al tabaquismo y si realmente existe o no dependencia física; y de esta forma acercarnos a cuáles son esos cigarrillos del día que fuman por auténtica necesidad.

7. Compromiso del paciente a mantener un tipo de conductas alternativas que le tenga ocupadas las manos para evitar así el componente oral y manual que lleva el hecho de fumar. Si tenemos en cuenta que un

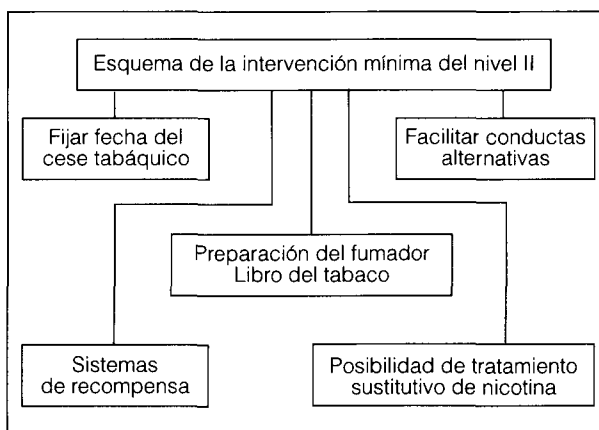


Fig. 5. Esquema de la intervención mínima del nivel II.

fumador de tipo medio consume alrededor de 20 cigarrillos/día, y si cada cigarrillo conlleva al menos 10 "chupadas", posiblemente realiza 200 veces al día un movimiento de llevarse "algo" a los labios, en este caso el cigarrillo, a través de acercarse las manos a la boca. Esto hace que este gesto llegue a ser un movimiento reflejo difícil de evitar.

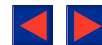
Estas actividades debemos adecuarlas a la personalidad de cada paciente y adaptarlas a cada circunstancia, intentando que para cada situación de necesidad de fumar exista una medida alternativa y más sana que haga que el paciente supere ese momento.

8. Se deben establecer estrategias y sistemas de recompensa del hecho de seguir sin fumar, como serían el recoger en un recipiente de cristal el dinero que ahorramos al no comprar tabaco. Reuniones con personas ex fumadoras le reafirman y refuerzan su condición e idea de abandono del tabaco.

Intentar el autocontrol mediante ensayos de abstinencia, previa información al paciente de los síntomas, características y duración de los mismos tras el cese tabáquico. Es un buen momento para entregarles los folletos y guías que explicamos anteriormente. Realizar estudios espirométricos sirve de estímulo para seguir abstinentes. Igual ocurre con la tolerancia al ejercicio que sigue al cese del tabaquismo.

La monitorización del CO espirado o cooximetría es un soporte muy eficaz. Por un lado muestra los niveles elevados que existen en la etapa de fumador y, por otro, nos va a servir de control y seguimiento de la abstinencia del paciente.

El día que se ha elegido el tabaco debe dejarse por completo, se llevarán a cabo esas actividades sustitutivas y los sistemas de recompensa que hayamos elegido. Los pacientes deben de estar informados de que en los primeros días el deseo de fumar va a continuar, y deben de insistir ellos mismos en superar estos momentos, que son la base para conseguir el éxito. En cualquier caso si la recaída se presenta no hemos de caer en el error de reprender al paciente, sino todo lo contrario, hemos de estimularle y felicitarle por su intento, y ver y analizar las causas de la misma. Algo



que nos enseñará cómo actuar en una situación posterior y, por supuesto, el plantearle un nuevo intento de abandono facilitándole una nueva fecha para ello.

La ayuda farmacológica a este nivel II también podría estar indicada en aquellos pacientes que según su historial clínico tabáquico y en función de su adicción a la nicotina lo sugiriese. El método elegido diferirá de un paciente a otro según una serie de aspectos influyentes en el fumador como serían: la estética, la imposibilidad de mascar por prótesis dentales, o intolerancia al sabor en el caso de los chicles, o las posibles reacciones cutáneas en el caso de los parches transdérmicos^{50,51}. En otras circunstancias puede ser necesario asociar chicle y parche transdérmico para un mejor control de los síntomas de abstinencia; de cualquier forma esto va a ser comentado más ampliamente en el tema de tratamiento especializado del tabaquismo⁵².

Los trabajos de Rusell⁵³⁻⁵⁷ miden los niveles de nicotina en sangre tanto en fumadores como en pacientes con tratamientos sustitutivos con chicles o parches transdérmicos de nicotina; con estos sustitutivos, sin suprimir los deseos de fumar por completo, sí se logran reducir los estímulos que provocaría el cese del tabaquismo. Sin dejar de tener en cuenta, tal como hemos comentado anteriormente, la dependencia psicológica que conlleva en estos sujetos el uso prolongado del tabaco.

El control y seguimiento de los pacientes suele establecerse en función de cada caso en particular, aunque se pretende no demorarlo en exceso, sobre todo en los primeros momentos, siendo conveniente realizarlo dentro de los 7 a 15 días siguientes al cese del consumo tabáquico. Es en este momento cuando podemos utilizar los soportes del tipo de la espirometría, medición de CO, etc., que les aporta refuerzo e informan del estado de la abstinencia. Igualmente se les controlará el peso y en caso necesario se les administrarán ansiolíticos y tranquilizantes para facilitar y superar la abstinencia.

Los controles posteriores se realizarán al mes siguiente y un control más adelante a los 3 meses, sobre todo en pacientes con tratamiento sustitutivo de parches transdérmicos de nicotina.

En resumen

1. Actitud intervencionista por parte del médico hacia los pacientes fumadores que quieran dejar el tabaco.

2. Es imprescindible valorar la motivación del fumador para el abandono tabáquico.

3. Nivel de intervención o tratamiento en función de su motivación y dependencia nicotínica.

4. Revisión y seguimiento de los pacientes, siendo primordial la relación del paciente con el médico y personal sanitario.

5. El inicio de este tipo de intervención debería realizarse en los centros de atención primaria de salud.

Conclusión

La actitud del médico hoy día frente al tabaquismo no debe concebirse si no es de una forma activa, y no expectante, ante los pacientes fumadores, hayan mostrado o no estos su decisión de dejar de serlo. Es decir, el facultativo, además de mostrar su faceta ejemplarizante no fumando delante de los pacientes, debe investigar en ellos su dependencia tabáquica a fin de poder iniciar la primera etapa de acercamiento hacia los fumadores. Esta sería la forma de comenzar la intervención mínima en el tratamiento de deshabitación tabáquica. Es por ello primordial un planteamiento de base en los centros de atención primaria de salud para, y en función del grado de motivación y dependencia nicotínica de los fumadores, incluirlos en un primer nivel de intervención mínima (nivel I) o segundo nivel (nivel II). Hemos de comenzar realizando la ficha o historial clínico del paciente desde el punto de vista de su condición de fumador, así como valorar su motivación para el cambio de conducta tabáquica. Igualmente el test de Fagerström nos medirá su adicción nicotínica. En el nivel I tenemos que conseguir la sensibilización del fumador mediante una información sobre los riesgos y beneficios que conlleva seguir o abandonar el tabaquismo. La utilización de guías, folletos y cooximetría nos va a servir de ayuda en este nivel. Una vez en el nivel II, el fin a lograr tiene que ser facilitar y consolidar el cambio de actitud y de conducta frente al tabaco de los pacientes. El facilitar fecha de cese, así como el soporte medicamentoso sustitutivo de nicotina (chicles y/o parches) deben contemplarse en esta fase. Por último, un seguimiento y control de los pacientes es fundamental para que el número de abstinentes persista.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boring CC, Squires TS, Tong T et al. Cancer Statistics 1991; CA 1991; 41: 19.
2. Fiore MC, Pierce JP, Remington PL, Fiore BS. Cigarette smoking: the clinician's role in cessation prevention, and public health. Dis Mon 1990; 36: 181-242.
3. Sherman BCh. Health effects of cigarette smoking. Smoking cessation. Clin Chest Med 1991; 4: 643-657.
4. Aronson MD, Weiss ST, Ben RL et al. Association between cigarette smoking and acute respiratory tract illness in young adults. JAMA 1982; 248: 181-183.
5. Burney PGJ, Britton JR, Chinn S et al. Descriptive epidemiology of bronchial reactivity in adult population: results from a community study. Thorax 1987; 42: 38-44.
6. Burrows B, Knudson BJ, Cline MG. Quantitative relationships between cigarette smoking and ventilatory function. Am Rev Respir Dis 1977; 115: 195-205.
7. Farrow D, Samet J. Identification of the high-risk smoker. Smoking cessation. Clin Chest Med 1991; 4: 659-668.
8. Pardell H, Agusti-Vidal A. El tabaquismo como riesgo para la salud. Su coste médico y social. JANO 1993; Volumen XLV; (n.º extraordinario), 58-62.
9. Orleans CT, George LK, Houpt JL et al. Health promotion in primary care: a survey of U.S. family practitioners. Prevent Med 1985; 14: 636-647.
10. Escudero Bueno C. Tabaquismo en España. Situación actual. PAR Especial XXVII Congreso SEPAR 1994; 13-25.
11. Sánchez Agudo L. El neumólogo ante la dependencia tabáquica. PAR 1992; 87: 31-50.



12. Salvador Llivina T, Sánchez Agudo L. Apuntes para un abordaje multisectorial del tabaquismo. PAR Especial XXV Congreso SEPAR 1992; 87: 17-33.
13. Marín Tuya D, Marín Tuya E. Intervención mínima en tabaquismo desde la atención primaria de salud. PAR 1992; 87: 63-83.
14. Salvador Llivina T, Martín Tuya D. El tratamiento del tabaquismo y su futuro. El tabaquismo problema actual. Editado por Zambon, 1986.
15. Fielding JE. Smoking: health effects and control. N Eng J Med 1985; 313: 555-561.
16. Nett LM. The physician's role in smoking cessation. A present and future agenda. Chest 1990; 97 Supl 2: 28-32.
17. Di Clemente CC. The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. J Consult Clin Psychol 1991; 59: 295-304.
18. Prochaska J, Goldstein M. Process of smoking cessation. Implications for clinicians. In smoking cessation. Clin Chest Med 1991; 4: 727-735.
19. Martínez Llamas A. Tratamiento del tabaquismo crónico. En: Patología del consumo del tabaco. Editorial Glosa. Barcelona 1989; 227-247.
20. March A. The dying of the light: smoke free Europe.7: WHO. CEE-BMA, 1987.
21. Haire-Joshu D, Morgan G, Fisher EB Jr. Determinants of cigarette smoking. En: Smoking Cessation. Clin Chest Med 1991; 4: 711-725.
22. Llorent Bedmar V. Factores sociales que inciden en el consumo del tabaco. Estudio comparado y bases para una educación preventiva. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 1990; 127-158.
23. Smoking cessation in patients. Two further studies by the British Thoracic Society. Research Committee of the British Thoracic Society. Thorax 1990; 45: 835-840.
24. Cohen C, Pickworth W, Henningfield JE. Cigarette smoking and addiction. En: Smoking Cessation. Clin Chest Med 1991; 4: 701-710.
25. Schwartz J. Methods for smoking cessation. En: Smoking Cessation. Clin Chest Med 1991; 4: 737-753.
26. Abelin T, Buehler A, Muller P. Controlled trial of transdermal nicotine patch in tobacco withdrawal. Lancet 1987; 1: 7.
27. Choy DSJ, Lutzger L, Meltzer L. Effective treatment for smoking cessation. Am J Med 1983; 75: 1.033.
28. García R, Hernández AR. Encuesta sobre el hábito tabáquico de los usuarios de áreas básicas de salud. Hospitalet de Llobregat. Barcelona, 1992; 87: 71-72.
29. Le Houezec J, Benowitz N. Basic and clinical Psychopharmacology of nicotine. En: Smoking Cessation. Clin Chest Med 1991; 4: 681-699.
30. Benowitz NL. Drug therapy: pharmacologic aspects of cigarette smoking and nicotine addiction. N Engl J Med 1988; 319: 1.318-1.330.
31. Coultas D. The physician's role in smoking cessation. Clin Chest Med 1991; 4: 755-768.
32. Samet J. Health benefits of smoking cessation. En: Smoking Cessation. Clin Chest Med 1991; 4: 669-679.
33. Jarris MJ. Factors determining exposure to passive smoking in young adults living at home: quantitative analysis using saline cotinine concentrations. Int J Epidemiol 1991; 20: 126-131.
34. Ehrlich R. Childhood asthma and passive smoking urinary cotinine as biomarker of exposure. Am Rev Respir Dis 1992; 145: 594-599.
35. Bosse B, Sparrows D, Rose CL. Longitudinal effect of age and smoking cessation on pulmonary function. Am Rev Respir Dis 1981; 123: 378.
36. Camilli AE, Burrows B, Knudson BJ. Longitudinal changes in forced expiratory volume in one second in adults: effects of smoking and smoking cessation. Am Rev Respir Dis 1987; 135: 794.
37. Rosenberg L, Kaufman DW, Helmrich SP. The risk of myocardial infarction after quitting smoking in men under 55 years of age. N Engl Med 1985; 313: 1.511.
38. Samet JM, Wiggins CL, Humble CG. Cigarette smoking and lung cancer in New Mexico. Am Rev Respir Dis 1988; 137: 1.110.
39. Salvador Llivina T. Guía práctica para dejar de fumar. Editada por Consejería de Salud. Junta de Andalucía 1991.
40. Raw M. Ayude a su paciente a dejar de fumar. Programa tabaco o salud. Editado por Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud 1991.
41. Jiménez Ruiz C, Solana Reina S. Guía práctica para dejar de fumar. Consejería de Salud, Comunidad de Madrid 1991.
42. Wong JG. Cómo ayudar a sus pacientes a dejar de fumar. Estrategias que funcionan. JANO 1994; XLVI: 67-70.
43. Baer JS, Marlatt GA. Maintenance of smoking cessation. En: Smoking Cessation. Clin Chest Med 1991; 4: 793-800.
44. Thompson B, Hopp HP. Community-based programs for smoking cessation. En: Smoking Cessation. Clin Chest Med 1991; 4: 801-816.
45. Benowitz NL. Nicotine replacement therapy. Drugs 1993; 45: 157-170.
46. Benowitz NL, Jacob P, Saranapridi C. Determinants of nicotine intake while chewing nicotine polacrilex gum. Clin Pharmacol Ther 1987; 41: 467-473.
47. Sachs DPL, Leischow SJ. Pharmacologic approaches to smoking cessation. En: Smoking Cessation. Clin Chest Med 1991; 4: 769-791.
48. Marshall A, Raw M. Nicotine chewing gum in general practice: effect of follow-up appointments. Br Med J 1985; 290: 1.397-1.398.
49. Comité de Prevención de Tabaquismo de SEPAR. Decálogo para dejar de fumar. XXVII Congreso SEPAR, 1994.
50. Rose JE, Levin ED, Behm FM. Transdermal nicotine facilitates smoking cessation. Clin Pharmacol Ther 1990; 47: 323-330.
51. Tonnesen P, Norregaard J, Simonsen K. A double-blind trial of a 16-hour transdermal nicotine patch in smoking cessation. N Engl J Med 1991; 325: 311-315.
52. Fagerström KO. Effectiveness of nicotine patch and nicotine gum as individual versus combined treatment for tobacco withdrawal symptoms. Psychopharmacology 1993; 11: 271-277.
53. Russell MAH, Raw M, Jarris MJ. Clinical use of nicotine chewing gum. Br Med J 1980; 280: 1.599-1.602.
54. Russell MAH. Relation of nicotine yields of cigarette to blood nicotine concentrations in smokers. Br Med J 1980; 280: 972-975.
55. Russell MAH. Plasma nicotine levels after cigarette smoking and chewing gum nicotine. Br Med J 1976; 1: 1.043-1.046.
56. Russell MAH, Merriman R, Stapleton J, Taylor W. Effect of nicotine chewing gum as an adjunct to general practitioner's advice against smoking. Br Med J 1983; 287: 1.782-1.785.
57. Russell MAH, Stapleton JA, Feyerabend C. Targeting heavy smokers in general practice: randomized controlled trial of transdermal nicotine patches. Br Med J 1983; 306: 1.308-1.312.