

Aportaciones clínicas recientes: evaluación del fumador y tipo de intervención

LOURDES LÁZARO ASEGUADO

Resumen

La mayoría de los fumadores quiere dejar de fumar. En cada visita que realizan a un profesional sanitario deben recibir consejo en este sentido. La intervención será diferente según la disposición del paciente para el abandono: a los que ya están preparados para realizar un intento se les ofrecerá ayuda incluyendo asesoramiento psicológico y tratamiento farmacológico. Los que aún no están preparados para dejarlo recibirán intervención motivacional que aumente las posibilidades de abandono en un futuro. Los que han dejado recientemente se beneficiarán de ayuda específica para resolver problemas y evitar la recaída.

Introducción

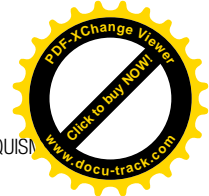
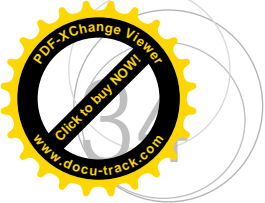
Al menos 70% de los fumadores visita al médico una vez al año y casi un tercio al dentista¹. Otros acuden a las consultas de enfermeras, fisioterapeutas, farma-

céuticos, psicólogos y otros profesionales. Por lo tanto, prácticamente todos los profesionales sanitarios tienen la oportunidad de intervenir en pacientes fumadores. Por otra parte, 70% de los fumadores refieren querer dejar de fumar y 2/3 de los que recaen quieren volver a intentarlo a los 30 días². El consejo médico es considerado por los fumadores un motivo importante para intentar dejar de fumar³⁻⁶. En conclusión:

La mayoría de los fumadores quieren dejar de fumar, los sanitarios y los sistemas de salud están en contacto frecuente con estos pacientes y tienen alta credibilidad para ellos.

Sin embargo, los profesionales sanitarios y los sistemas de salud no siempre aprovechan esta oportunidad. La falta de tiempo y formación son las principales barreras que encuentran los profesionales para intervenir en tabaquismo⁷.

El primer paso para tratar a un fumador es diagnosticarle. Una adecuada identificación de la condición del paciente en relación al consumo de tabaco (fumador,



exfumador o no fumador) y de su disposición a dejarlo es necesaria para realizar una intervención eficaz. Se debe aprovechar la visita rutinaria a una consulta para **identificar, valorar e intervenir**. Concretamente:

1. Preguntar si fuma, a todo paciente que acude a la consulta.
2. Aconsejar a todos los fumadores que dejen de fumar.
3. Valorar la disposición de todos los fumadores para realizar un intento de abandono en ese momento.

Al interrogar a un paciente por el consumo de tabaco nos puede responder:

a. Fumo y quiero intentar dejar de fumar ya.

b. Fumo pero todavía no quiero dejarlo.

c. He fumado pero hace tiempo que lo dejé.

d. No he fumado nunca.

La intervención en cada uno de los casos ha de ser diferente y con la finalidad que se indica en la figura 1.

Intervenciones breves

Las intervenciones breves (menos de 10 minutos) pueden ser realizadas por todos los sanitarios pero tienen especial importancia para profesionales que atienden a una gran variedad de pacientes y son imprescindibles para aquellos con restricciones de tiempo (enfermeras, médicos, psicólogos, dentistas, farmacéuticos...).

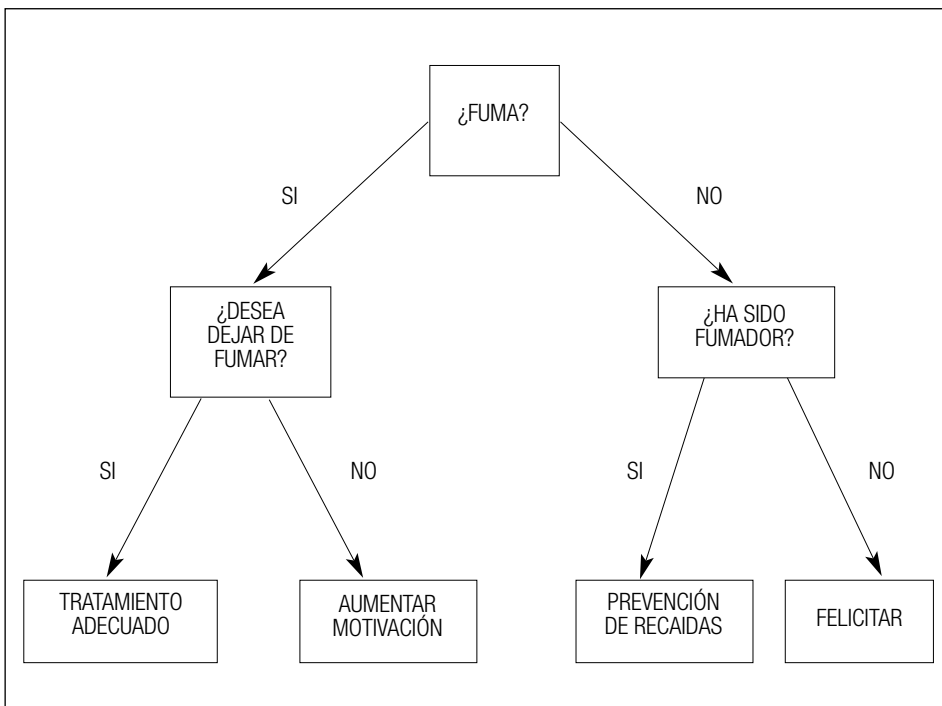
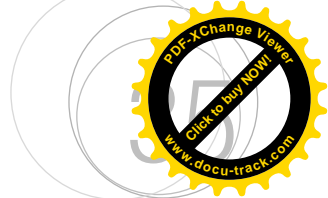
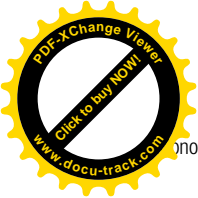


Figura 1.- Intervención adaptada a cada paciente.



¿Por qué los miembros de un equipo médico con mucha presión asistencial deben considerar prioritario el tratamiento del tabaquismo? Las evidencias son convincentes:

- Los clínicos pueden influir incluso con una intervención mínima (< 3 minutos).
- Existe relación entre la intensidad de la intervención y la abstinencia.
- Cuando los pacientes no desean hacer un intento de abandono en ese momento, la intervención breve aumenta la motivación y la posibilidad de futuros intentos.
- Factores ambientales y sociales invitan al abandono (consejos de salud pública, publicidad, familiares...).
- Las intervenciones en tabaquismo son altamente coste-efectivas⁸.
- El tabaquismo tiene una alta tasa de mortalidad: más del 50% de los fumadores habituales morirán por enfermedades relacionadas con el tabaco⁹.

Es necesario proporcionar a todos los fumadores, en cada visita médica, al menos una intervención breve.

La responsabilidad depende tanto del clínico como del sistema de salud. Hay que tener en cuenta varios hechos:

1. Aunque algunos fumadores no están dispuestos a realizar tratamientos intensivos, pueden recibir una intervención breve en cada visita.
2. Es necesario un apoyo institucional para asegurar que todos los fumadores son identificados y se les ofrece el tratamiento adecuado.
3. El tiempo limitado en atención primaria (< 10 minutos) favorece las intervenciones breves

aunque intervenciones intensivas son más eficaces.

4. La informatización de la asistencia favorece la identificación de los fumadores y las intervenciones breves, a pesar de la demanda asistencial.

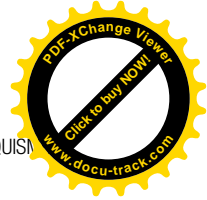
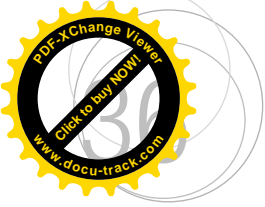
La intervención variará según el tipo de paciente:

- a. Fumadores que quieren hacer ya un intento de abandono (estrategia A).
- b. Fumadores que aún no quieren intentar dejar de fumar (estrategia B).
- c. Antiguos fumadores que lo han dejado recientemente (estrategia C).

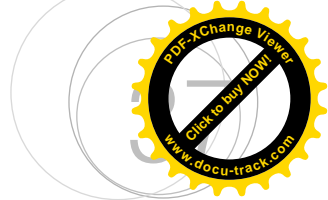
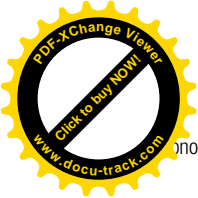
Los pacientes que nunca han fumado o que llevan abstinentes un largo período de tiempo deben ser felicitados y animados a mantener su estilo de vida libre de tabaco.

Los cinco componentes fundamentales de una intervención breve (5 A's)¹⁰⁻¹¹ figuran en la tabla I. Las estrategias 1 a 3 (preguntar, aconsejar y valorar la disposición) deben ser utilizadas en todo fumador independientemente de su deseo de abandono. Si quiere hacer un intento, el médico le ayudará ofreciéndole medicación y apoyo psicológico y social (o derivándolo para que lo reciba) y acordando visitas de seguimiento para prevenir recaídas (estrategias 4 y 5). Si no quiere intentarlo aún, realizará intervención motivacional y volverá a tratar de nuevo el tema en la próxima cita (estrategia B).

Estas estrategias, requieren como máximo 3 minutos. Contienen los elementos más importantes de la intervención en tabaquismo pero no es necesario que se apliquen de forma rígida. Por ejemplo, el médico, puede ser ayudado por la enfermera u otro tipo de personal auxiliar entrenado, incluso puede utilizar otros recursos externos como las quitlines (líneas telefóni-

**Tabla I.- Modelo de las 5 A's para intervención breve**

ESTRATEGIAS	
Ask: Averiguar si fuma	1. Identificar y registrar la condición de fumador en todos los pacientes en cada visita.
Advise: Aconsejar dejar de fumar	2. De forma clara, firme y personalizada exhortar a todos los fumadores a dejar de fumar.
Assess: Apreciar (valorar) la disposición para hacer un intento de abandono	3. ¿Quiere el paciente hacer ya un intento de deshabituación tabáquica?
Assist: Ayudar a dejar de fumar	4.a A todos los pacientes que quieren hacer un intento, ofrecerles medicación y terapia psicológica que les ayude a dejar de fumar.
	4.b En los pacientes que aun no están dispuestos a dejarlo intervenir para facilitar futuros intentos.
Arrange: Acordar un seguimiento	5.a Con los pacientes que van a hacer un intento programar visitas de seguimiento, comenzando la primera semana después del día D.
	5.b Con los pacientes que no quieren dejarlo aún: hablar de nuevo del tabaquismo y de la disposición para el abandono en la próxima visita.



cas)^{12,13} para apoyo psicológico siendo él el responsable de prescribir la medicación y de realizar el seguimiento.

Cuando se ayuda a dejar de fumar, además de asesoramiento psicológico, **a todos los fumadores se les debe ofrecer tratamiento farmacológico**, excepto si está contraindicado o se trata de grupos específicos para los que no existe suficiente evidencia de eficacia (embarazadas, adolescentes, fumadores leves, consumidores de tabaco sin humo...).

Se exponen a continuación las estrategias en los distintos grupos de fumadores y se complementan con ejemplos de intervención en cada caso. El objetivo es asegurar que todos los pacientes fumadores sean identificados, se les aconseje dejar de fumar y se les ofrezcan tratamientos con eficacia científicamente demostrada. Alguna de estas intervenciones pueden requerir más de 3 minutos.

A. PACIENTES DISPUESTOS A DEJAR DE FUMAR

1. *Averiguar (ask): identificar sistemáticamente a todos los fumadores en cada visita*

El sistema tiene que asegurar que a todos los pacientes y en cada visita se les pregunta sobre el consumo de tabaco y se registra. (No es necesario en no fumadores y exfumadores que llevan varios años sin fumar).

Posibilidades:

- registrar la condición de fumador, exfumador o no fumador junto a los signos vitales o datos demográficos.
- utilizar pegatinas (si se trata de historia clínica convencional en papel).
- cumplimentar el dato en la historia electrónica.

2. *Aconsejar (Advice): exhortar convincentemente a todos los fumadores a que dejen de fumar*

El consejo debe ser claro, firme y personalizado:

Claro, con frases como:

- *"Es importante que deje de fumar ya, yo le puedo ayudar".*
- *"Disminuir el consumo cuando esta enfermo no es suficiente".*
- *"Fumar poco u ocasionalmente también es perjudicial".*

Firme:

- *"como médico suyo debo decirle que dejar de fumar es lo más importante que Vd. puede hacer para proteger su salud ahora y en el futuro. Mi equipo y yo le ayudaremos".*

Personalizado: relacionar el consumo de tabaco con los síntomas que presenta el paciente, sus preocupaciones de salud, coste social y económico, impacto sobre los niños y otros convivientes:

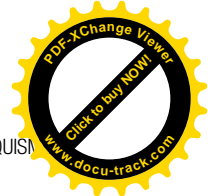
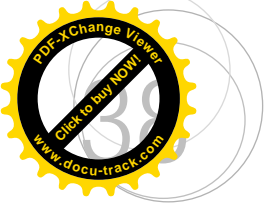
- *"Seguir fumando empeora su asma y dejarlo puede mejorar espectacularmente su salud".*
- *"Dejar de fumar puede disminuir el número de otitis de su hijo".*

3. *Apreciar (Assess): Valorar si está dispuesto a hacer un intento de abandono*

¿Está dispuesto a intentar dejar de fumar?

Sí: proporcionar ayuda (estrategia 4).

- Si quiere participar en un tratamiento intensivo, ofrecer (si se está preparado) o derivar.
- Si pertenece a un grupo de población que requiere tratamiento especializado (adolescentes,



embarazadas, pacientes con comorbilidad importante), derivar¹⁴.

□ NO: intervenir para aumentar las posibilidades de futuros intentos (estrategia B).

4. Ayudar

4.1 Ayudar a hacer un plan

- Fijar el día de abandono (día D): en un plazo máximo de 2 semanas.
- Buscar apoyo de la familia, amigos y compañeros de trabajo.
- Preparar para los cambios que se pueden producir al dejar de fumar, sobre todo en las primeras semanas, incluyendo los síntomas del síndrome de abstinencia nicotínica (SAN).
- Retirar todo el tabaco y objetos relacionados (ceniceros, encendedores...). Antes del día D evitar fumar en lugares donde se pasa mucho tiempo (casa, trabajo...).

4.2 Recomendar medicación (Tabla II)

- Explicar que la medicación aumenta las posibilidades de abandono y disminuye los síntomas de abstinencia.
- Los fármacos de 1.ª línea son: bupropion, vareniclina y terapia sustitutiva con nicotina (TSN) que incluye parches, chicles, comprimidos para chupar (caramelos), spray nasal e inhalador (estos dos últimos no comercializados en España)¹⁵⁻¹⁶.
- Fármacos de 2.ª línea: clonidina y nortriptilina¹⁷⁻¹⁸.
- No hay suficiente evidencia para recomendar fármacos a algunas poblaciones: gestantes,

adolescentes, fumadores leves, consumidores de tabaco sin humo (smokeless).

En otros capítulos de esta monografía se aborda más a fondo el tratamiento farmacológico. En la tabla II se presentan algunas características generales de cada fármaco.

4.3 Asesoramiento psicológico. Entrenamiento en técnicas de afrontamiento y resolución de problemas:

- Abstinencia: es necesaria la abstinencia total. Ni una calada después del día D.
- Experiencias previas: identificar lo que ayudó y lo que perjudicó, apoyarse en los éxitos anteriores.
- Hablar de los desencadenantes y de los cambios previsibles, de cómo evitarlos y superarlos (evitar desencadenantes, cambiar hábitos).
- Alcohol: el consumo de alcohol, se asocia con recaída, conviene disminuir o suprimir su consumo. (previamente descartar dependencia del alcohol ya que se podría desencadenar un síndrome de abstinencia).
- Fumadores en casa: si otros convivientes fuman, es más difícil dejar de fumar¹⁹. Los pacientes les deben animar a que lo dejen al mismo tiempo o al menos pedir que no fumen en su presencia ni dejen tabaco a su alcance.

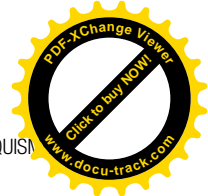
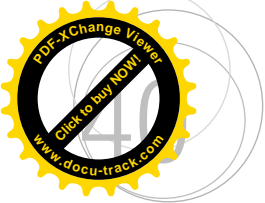
4.4 Apoyo social intratratamiento: ofrecer la ayuda del equipo sanitario en función de sus posibilidades. Existen distintas modalidades: asesoramiento individual, asesoramiento en grupo, seguimiento telefónico, etc.

4.5 Facilitar material complementario: debe ser adecuado a cada paciente según edad, nivel cultural,

Tabla II.- Fármacos para deshabituación tabáquica. Generalidades

	BUPROPION	TSN	VARENICLINA	NORTRIPTILINA 2.ª LINEA	CLONIDINA 2.ª LINEA
Gestación	No evidencia de eficacia Clase C	= Clase D excep. caramelos: no evaluado	= Clase C	= Clase D	= Clase C
Lactancia	No evaluado	=	=	=	=
Cardiovascular	Bien tolerado Ocasional HTA	Precaución: IAM <15d, arritmia grave, angina inestable	No contraindicado	Arritmia, Insuficiencia cardíaca	
Efectos 2.º	Insomnio Boca seca	Chicle y caramelos: Dolor mandíbula, hipo, dispepsia, cefalea Inhal: Tos, rinitis, irritación orofaríngea Spray: irritación nasal. Parache: Dermatitis, insomnio, sueños vívidos	Alteraciones del sueño, sueños extraños	Sedación, boca seca, visión borrosa, reten- ción urinaria, mareo, temblor	Boca seca, somnia, mareo, estreñimiento, hipotensión
Dosis	150 mg/d 6 días, post 300 mg/d 7-12 sem	Chicles: 2-4mg, max: 24/d, 12 sem. Inhal: 4mg/cart 6.16 cart/d Caramelos: 1-2 mg, 9-20/d, 12 sem Spray: 0.5x2 / h 8-40/d, 3-6m Paraches: Individual 16 ó 24h, 8 sem	0.5 mg x 3 0.5 mg/12h x4 1 mg/12h 3-6m	25mg/d 75-100 mg/d 12sem a 6m	0.15-0.75mg/d v.o. 0.10-0.20 mg transderm.
Prescripción	Receta	OTC	Receta	Receta	Receta
Contraindicación	Convulsiones, trast aliment. IMAO (14 d)		I. renal (disminuir dosis)	IMAO	
Recomendación		Instruir en la técnica	Tras comidas	15-28 días antes día	3 días antes día D
Precauciones	alcohol (moderar)		Conducción	Conducción, no suspensión brusca	Conducción, no suspensión brusca

OTC: over-the-counter (sin receta médica)



etc. e incluir información sobre otros recursos como líneas telefónicas (quitlines). Es conveniente disponer de folletos informativos para entregar al paciente.

5. Acordar

Acordar el seguimiento: los controles pueden ser presenciales o telefónicos

El 1.º es deseable que se realice en los primeros 7 días tras el día D y el 2.º antes de un mes.

En las visitas de seguimiento se trata de identificar problemas, adelantarse a los cambios, valorar el uso de la medicación y probables efectos adversos. A los pacientes abstinentes felicitarles y animarles a mantenerse sin fumar. Si han fumado, analizar las circunstancias en que se ha producido la “caída” para intentar evitar que vuelva a suceder, insistir en la abstinencia total. Valorar la necesidad de modificar tratamiento.

Recomendaciones para la prescripción de medicación

Intentaremos responder a las preguntas que se plantean más frecuentemente

1. ¿A quién?

A todos los fumadores que intentan dejar de fumar hay que ofrecerles fármacos²⁰.

EXCEPCIONES: si está contraindicado o en grupos específicos para los que no hay evidencia científica de eficacia (embarazadas, consumidores de tabaco sin humo, adolescentes, fumadores de < 10 cigarrillos/día).

2. ¿Cuales son los fármacos de 1.ª línea?

Los recomendados por la FDA: bupropion SR, vareniclina y las distintas presentaciones de TSN: parches, chicles, caramelos, spray nasal e inhalador (estos dos últimos no comercializados en España). No existen algoritmos aceptados que guíen en la elección entre estos tratamientos de 1.ª línea.

3. ¿Existen contraindicaciones o efectos adversos?

Como cualquier otro fármaco, los utilizados en deshabitación tabáquica tienen contraindicaciones, precauciones y efectos adversos según figura en sus fichas técnicas. (Tabla II)

4. Otros factores a tener en cuenta en la elección del fármaco:

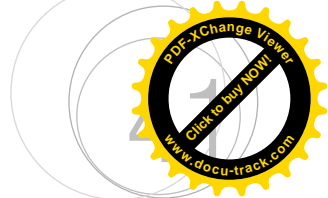
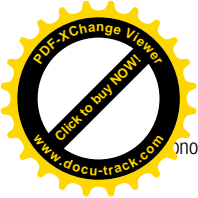
Coste, preferencia del paciente, preocupación por la ganancia de peso, estado de la dentadura (chicle), dermatitis (parche), etc.

5. Experiencias anteriores:

Se puede volver a usar el mismo fármaco si fue útil y bien tolerado. Algunas evidencias sugieren que tratar con la misma medicación no aporta beneficios y otras al contrario, que el beneficio puede ser significativo²². Es importante escuchar la preferencia del paciente

6. ¿Qué medicación utilizar en fumadores muy dependientes?

Han demostrado eficacia altas dosis de TSN (parches, chicles, caramelos), así como la combinación de preparaciones de liberación prolongada con otras a demanda.



7. ¿Hay que tener en cuenta el género?

Hay evidencia de que TSN puede ser eficaz tanto en hombres como en mujeres pero algunos estudios sugieren que es menos eficaz en mujeres²³ por lo que en ellas sería preferible utilizar bupropion o vareniclina.

8. ¿Y en los fumadores leves?

Como ya se ha comentado, no existe evidencia de beneficio en fumadores de menos de 10 cigarrillos/día, sin embargo, si se considera conveniente su uso se debe reducir la dosis de TSN no siendo necesario en los otros fármacos.

9. ¿Cuándo utilizar los fármacos de 2.ª línea?

En pacientes en los que los de 1.ª línea están contraindicados o no han sido eficaces. Se les debe informar sobre posibles efectos adversos, precauciones y contraindicaciones^{15,16}. (Tabla II)

10. ¿Qué fármaco usar en los pacientes preocupados por el peso?

Bupropion y TSN (en concreto chicles de 4 mg) retrasan, pero no evitan la ganancia de peso²⁴.

11. ¿En pacientes con historia de depresión?

Bupropion y nortriptilina son eficaces para aumentar las tasas de abstinencia a largo plazo en esta población^{25,26}, aunque también TSN puede ser útil.

12. ¿Hay que evitar TSN en pacientes con enfermedad cardiovascular?

NO. En concreto los parches han demostrado ser seguros en estos pacientes²⁷. También bupropion²⁸.

13. ¿Se pueden usar estos fármacos a largo plazo? (más de 6 meses)

SI. Puede ser útil en pacientes que refieren síntomas persistentes durante la toma de medicación, que han recaído tras su supresión o que desean prolongar el tratamiento. Es muy poco frecuente la adicción a productos derivados de la nicotina, su uso durante más de 6 meses no comporta riesgo para la salud. La Food and Drug Agency (FDA) ha aprobado el uso de vareniclina, bupropion y TSN durante más de 6 meses²⁹.

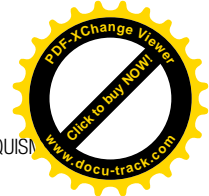
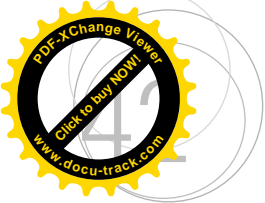
14. ¿Se pueden combinar distintos fármacos?

SI. Los parches de nicotina se pueden combinar con preparaciones de nicotina a demanda (spray, chicle o comprimidos) y con bupropion³⁰⁻³¹. La combinación de vareniclina con TSN puede aumentar los efectos secundarios (náuseas, cefalea)³².

B. PACIENTES QUE NO ESTAN DISPUESTOS A DEJAR DE FUMAR

Si tras identificar al paciente como fumador activo, al valorar la disposición para hacer un intento de abandono encontramos que aún no está preparado, deberemos realizar una intervención breve dirigida a aumentar la motivación para futuros intentos.

Es posible que no esté suficientemente informado sobre los efectos nocivos del tabaco y de los beneficios de abandonarlo, puede tener miedos o preocupaciones sobre lo que pasará si lo intenta o estar desmoralizado por recaídas previas. En estos pacientes se debe realizar una intervención breve basada en la **entrevista motivacional (EM)**³³, un tipo de intervención centrada en el paciente y que ha demostrado ser eficaz para aumentar futuros intentos de abandono.



La EM investiga los sentimientos, creencias, ideas y valores del paciente en relación con el consumo de tabaco, buscando la ambivalencia. Posteriormente, provoca, apoya y afianza las ideas de cambio expresadas por el fumador y el compromiso verbal de iniciar cambios. Usar sus mismas palabras es más eficaz que las charlas y argumentos del médico que pueden aumentar la resistencia del paciente. Para realizar este tipo de intervención es necesario realizar un entrenamiento previo.

Los cuatro principios generales de la EM son: expresar empatía, facilitar la aparición de discrepancias, vencer la resistencia y aumentar la autoeficacia³⁴.

Describiremos brevemente las estrategias de cada uno de ellos poniendo algunos ejemplos:

1. Expresar empatía:

- Realizar preguntas abiertas sobre lo importante que es para él dejar de fumar, los beneficios y dificultades que puede encontrar.

- Escucha reflexiva: repitiendo las palabras o ideas, resumiendo lo expresado por el paciente.

- Normalizar sentimientos y temores:

A muchos fumadores les preocupa qué van a hacer sin cigarrillos.

- Respetar la autonomía del paciente y el derecho a aceptar o rechazar el cambio:

Parece que no está preparado para dejar de fumar ahora, estoy aquí para ayudarle cuando lo desee.

2. Facilitar la aparición de discrepancias:

- Destacar la discrepancia entre la conducta (fumar) y las prioridades, valores y objetivos expresados:

Está claro que dedica mucho tiempo a su familia, ¿Cree que su tabaquismo puede afectar a sus hijos?

- Reforzar los compromisos e ideas de cambio:

Es consciente de que el tabaco está afectando a su respiración y dificultando el cuidado de sus niños.

Es importante que deje de fumar cuando pase esta temporada de agobio en el trabajo.

- Aumentar y profundizar en el compromiso de cambio:

Hay tratamientos eficaces para disminuir el sufrimiento de dejar de fumar, incluyen apoyo psicológico y fármacos.

3. Darle un giro a la resistencia:

- Retroceder y usar el reflejo cuando el paciente se pone a la defensiva:

Da la impresión de que se siente agobiado por fumar.

- Expresar empatía:

Veo que está preocupado por cómo va a llevar los síntomas de abstinencia.

- Pedir permiso para aportar información:

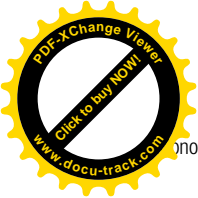
¿Le gustaría que le hablara de las estrategias que le pueden ayudar a solucionar este problema cuando deje de fumar?

4. Aumentar la autoeficacia

- Ayudar al paciente a identificar éxitos anteriores y apoyarse en ellos:

Estuvo bastante tiempo abstinentes la última vez que lo intentó.

- Ofrecer opciones para ir dando pasos hacia el cambio: llamar a una quitline para recibir consejo e información, leer sobre los beneficios y estrategias,



cambiar patrones de consumo (ej.: no fumar en casa), compartir sus planes sobre las estrategias de abandono.

Los contenidos que deben ser tratados en una intervención motivacional se pueden resumir en las 5 R's: relevancia, riesgos, recompensa, barreras (road-block), repetición. Las investigaciones sugieren que las 5 R's aumentan la posibilidad de futuros intentos (tabla III).

- a. **Relevancia:** animar al paciente a que diga por qué dejar de fumar es importante para él concretando todo lo posible. La información motivacional tiene mayor impacto si es importante para la enfermedad del paciente, su riesgo, situación social o familiar, preocupaciones de salud, edad, género y otras características personales.
- b. **Riesgos:** que el paciente identifique potenciales consecuencias negativas del consumo de tabaco.

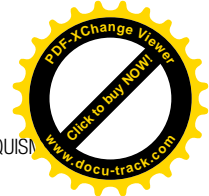
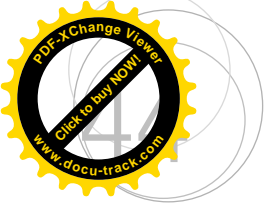
El médico puede destacar aquellos que parecen más importantes para el paciente y debe insistir en que los cigarrillos bajos en nicotina o alquitrán y el consumo de otros tipos de tabaco (puros, pipa...) no disminuyen los riesgos. Algunos de estos son:

- Agudos: falta de aire, agudización de asma, infecciones respiratorias, perjuicio en el embarazo, impotencia, infertilidad.
- A largo plazo: infarto agudo de miocardio (IAM), ictus, cáncer de pulmón y otros órganos, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), incapacidad.
- Riesgos ambientales: cáncer de pulmón e IAM en cónyuges; mayor riesgo de bajo peso al nacer, síndrome de muerte súbita del lactante, asma, otitis media, e infecciones respiratorias en hijos de fumadores.

Tabla III.- Intervención motivacional. Las 5R's

Relevancia	Por qué es importante para él dejar de fumar
Riesgos	Consecuencias negativas de fumar <ul style="list-style-type: none">- Agudas- A largo plazo- Ambientales
Recompensas	Salud, ahorro, olfato, gusto, piel, forma física, etc.
BaRreras	SAN, peso, entorno, miedo, etc.
Repetición	En cada visita.

SAN: Síndrome de Abstinencia a Nicotina.



c. **Recompensas:** incitar al paciente a identificar potenciales beneficios de dejar de fumar. Se le pueden sugerir y destacar los que parecen más importantes en cada caso, por ejemplo:

- Mejorar la salud.
- Recuperar el gusto
- Mejorar el olfato.
- Ahorrar dinero.
- Encontrarse mejor consigo mismo.
- Mejor olor en el coche, la casa, ropa, aliento, etc.
- Ser buen ejemplo para los niños y disminuir las posibilidades de que sean fumadores.
- Tener bebés y niños más sanos.
- Encontrarse mejor físicamente.
- Rendir más en actividades físicas.
- Mejorar el aspecto físico incluyendo arrugas, envejecimiento de la piel y blancura de los dientes.

d. **BaRreras:** pedir al paciente que identifique los obstáculos o impedimentos para dejar de fumar como paso previo a establecer el tratamiento que podría eliminar estas barreras (entrenamiento en resolución de problemas, fármacos). Las más frecuentes son:

- Síntomas de abstinencia.
- Miedo al fracaso.
- Ganancia de peso.
- Falta de ayuda.
- Depresión.
- Placer de fumar.
- Estar rodeado por fumadores.

- Falta de información sobre las opciones de tratamientos eficaces.

e. **Repetición:** la intervención motivacional se debe repetir en cada visita. A los fumadores que han realizado intentos previos de abandono se les debe decir que la mayoría hacen varios intentos antes de conseguirlo.

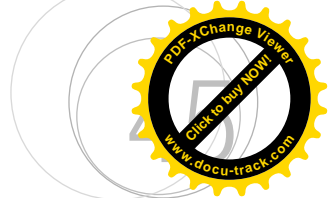
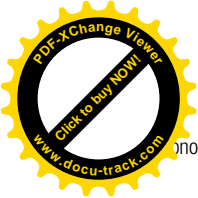
C. PACIENTES QUE HAN DEJADO DE FUMAR RECIENTEMENTE

Los pacientes que han dejado de fumar recientemente tienen un alto riesgo de recaer. Aunque la mayoría de las recaídas ocurren pronto en el proceso de abandono, algunas se producen meses o incluso años después del día D³⁵.

Muchos estudios se han realizado para buscar tratamientos que disminuyan la posibilidad de futuras recaídas, bien incluyendo terapias especiales en el tratamiento de cesación o proporcionando tratamiento adicional a pacientes que ya lo han dejado. En general, estos estudios han fracasado en identificar un tratamiento psicológico o medicación que sea eficaz para disminuir la posibilidad de recaída, aunque hay alguna evidencia de que mensajes especiales pueden conseguirlo.

En la actualidad la mejor estrategia para conseguir altas tasas de abstinencia a largo plazo es usar los tratamientos aprobados para la cesación tabáquica, es decir, el uso de medicación de eficacia científicamente demostrada junto con apoyo psicológico relativamente intenso (cuatro o más sesiones de al menos 10 minutos de duración). La prolongación del tratamiento con vareniclina también disminuye las recaídas³⁶.

Los exfumadores frecuentemente refieren problemas que han empeorado con el síndrome de abstinencia o que ya existían previamente. Si un clínico se encuen-



tra con un paciente que ha dejado de fumar recientemente puede ayudarle a mantener la abstinencia si le invita a reconocer los beneficios del abandono y le asesora en la resolución de problemas (C1). Expresiones de interés e implicación por parte del médico podrían animar al paciente a seguir pidiendo ayuda para evitar la recaída. Los exfumadores también pueden tener problemas relacionados con la abstinencia que deben ser tratados (C2).

C1. Intervención en pacientes que han dejado de fumar recientemente:

Felicitarles y animarles a permanecer abstinentes. Usar preguntas abiertas sobre las siguientes cuestiones para descubrir si desea hablar de temas relacionados con el abandono:

- Los beneficios que se pueden derivar de la abstinencia, incluyendo la salud:

¿Ha notado algún cambio en su forma física?

- Éxitos previos del paciente (tiempo sin fumar, evolución del síndrome de abstinencia, ...):

¿Recuerda cuanto tiempo le duraron las ganas de fumar cuando lo dejó la última vez?

- Los problemas encontrados o dificultades previstas para mantener la abstinencia.

¿En qué situaciones le está costando más mantenerse sin fumar?

- Chequeo de la medicación, incluyendo eficacia y efectos secundarios, si aún la está tomando:

¿Cómo le va con la medicación? ¿Cree que le ayuda? ¿Algún problema con ella?

C2. Problemas encontrados por exfumadores :

Un exfumador también puede encontrar dificultades que afecten negativamente a su salud o calidad de vida. Problemas específicos que pueden ser referidos por antiguos fumadores y algunas soluciones son:

- **Falta de apoyo en el abandono:**

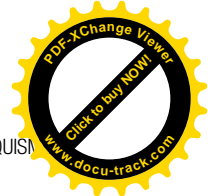
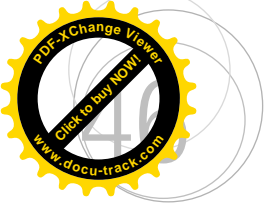
- Programar visitas o llamadas telefónicas de seguimiento.
- Animarle a que llame a una quitline.
- Ayudar al paciente a buscar apoyo en su entorno.
- Derivarle a una organización que ofrezca asesoramiento y apoyo.

- **Afecto negativo o depresión:** si es significativo, proporcionar ayuda psicológica, prescribir medicación apropiada o derivar a un especialista.

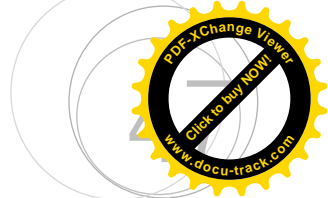
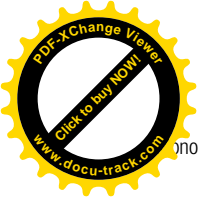
- **Intensidad o duración de los síntomas de abstinencia:** si el paciente refiere persistencia de craving (deseo imperioso de fumar) u otros síntomas, valorar prolongar el uso de la medicación o combinar fármacos, para disminuir la intensidad del SAN.

- **Ganancia de peso:**

- Aconsejar empezar a realizar ejercicio físico, o incrementarlo si ya realizaba previamente.
- Comentar con el paciente que cierta ganancia de peso al dejar de fumar es frecuente y habitualmente autolimitada.
- Resaltar los beneficios para la salud de no fumar en comparación con el riesgo de una pequeña ganancia de peso.
- Sugerir sustitutos bajos en calorías como chicle sin azúcar, verduras, ...

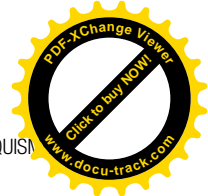
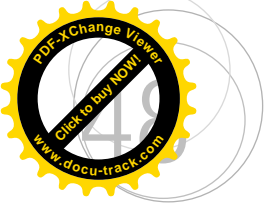


- Mantener medicación que retrasa la ganancia de peso (bupropion, chicles de nicotina de 4 mg).
- Derivar al paciente a un especialista o programa de nutrición.
- **Caídas o “deslices”:**
 - Alargar el tiempo de tratamiento farmacológico puede disminuir la probabilidad de que una caída lleve a una recaída.
 - Insistir en la abstinencia total o animar a realizar otro intento (si ya ha recaído).
 - Convencer de que pueden ser necesarios varios intentos antes de dejarlo definitivamente y aprovechar la caída como una experiencia de la que se aprende.
 - Proporcionar terapia intensiva o derivar.

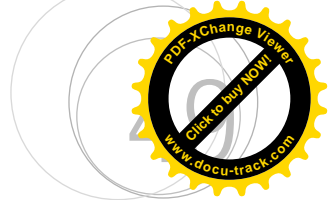
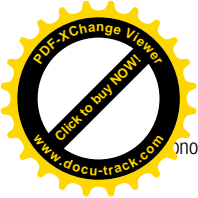


Bibliografía

1. Centers for Disease Control and Prevention. Physician and other health care professional counselling of smokers to quit. United States, 1991. *MMWR* 1993; 42:854-7
2. Fu SS, Partin MR, Snyder A, et al. Promoting repeat tobacco dependence treatment: are relapsed smokers interested? *Am J Manag Care* 2006; 12:235-43
3. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub3
4. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD001188. DOI: 10.1002/14651858.CD001188.pub3
5. Sinclair HK, Bond CM, Stead LF. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD003698. DOI: 10.1002/14651858.CD003698.pub2
6. Carr A, Ebbert J. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006. Issue 3. Art. N.º: CD005084. DOI: 10.1002/14651858.CD005084.pub 2
7. Pipe A, Sorensen M, Reid R. Physician smoking status, attitudes toward smoking, and cessation advice to patients: an international survey. *Patient. Educ Couns*, 2009; 74 : 118-23
8. Jiménez-Ruiz C.A, Riesco Miranda J.A, Ramos Pinedo A., et al. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Propuestas de financiación. Arch Bronconeumol.* 2008; 44: 213-9
9. Doll R, Peto R, Boreham J, Isabelle Sutherland et al. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004; 328:1519-28
10. 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; 283: 3244-3254
11. Raw M, Anderson P, Batra A. WHO Europe evidence based recommendations on the treatment of tobacco dependence. *Tobacco Control* 2002; 11: 44-46.
12. Fletes I, Sánchez B, Quesada M, Carreras J M, Maldonado B, Sánchez L. Nuevos tratamientos psicológicos en tabaquismo: las intervenciones a distancia. *Psicooncología*, 2006; 3: 337-345



13. Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD002850. DOI: 10.1002/14651858.CD002850.pub2.
14. Fiore MC, Baley WC, Cohen SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008. 143-176
15. Barrueco M. Hernández MA, Torrecilla M. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. 4.ª edición. Badalona: EUROMEDICE 2009.
16. Jiménez-Ruiz C.A, Riesco Miranda J.A, Ramos Pinedo A., et al. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Propuestas de financiación. *Arch Bronconeumol.* 2008; 44: 214-217.
17. Gourlay SG, Stead LF, Benowitz N. Clonidine for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 3. Art. No.: CD000058. DOI: 10.1002/14651858.CD000058.pub2.
18. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD000031. DOI: 10.1002/14651858.CD000031.pub3
19. Gilpin EA, White MM, Farkas AJ, Pierce JP. Home smoking restrictions: which smokers have them and how they are associated with smoking behaviour. *Nicotine Tob Res.* 1999 Jun;1:153-62
20. Fiore MC, Baley WC, Cohen SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000: 4
21. Gourlay SG, Forbes A, Marriner T, et al. Double blind trial of repeated treatment with transdermal nicotine for relapsed smokers. *BMJ* 1995; 311: 363-6.
22. Gonzales DH, Nides MA, Ferry LH, et al. Bupropion SR as an aid to smoking cessation in smokers treated previously with bupropion: a randomized placebo-controlled study. *Clin Pharmacol Ther* 2001; 69: 438-44.
23. Cepeda-Benito A, Reynoso JT, Erath S. Meta-analysis of the efficacy of nicotine replacement therapy for smoking cessation: differences between men and women. *J Consult Clin Psychol* 2004;72:712-22.
24. Filozof C, Fernández Pinilla MC, Fernández-Cruz A. Smoking cessation and weight gain. *Obes Rev.* 2004 May;5: 95-103.
25. Hayford KE, Patten CA, Rummans TA, et al. Efficacy of bupropion for smoking cessation in smokers with a former history of major depression or alcoholism. *Br J Psychiatry* 1999; 174:173-8.
26. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Nortriptyline for smoking cessation: a review. *Nicotine Tob Res* 2005; 7:491-9.
27. McRobbie H, Hajek P. Nicotine replacement therapy in patients with cardiovascular disease: guidelines for health professionals. *Addiction.* 2001; 96: 1547-51
28. S. Tonstad, C. Farsang, G. Klaene, et al. Bupropion SR for smoking cessation in smokers with cardiovascular disease: a multicentre, randomised study. *European Heart Journal* (2003) 24, 946–955



29. Tonstad S, Tonnesen P, Hajek P, et al. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296:64-71
30. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999; 340: 685-689
31. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD000146. DOI: 10. 1002/14651858. CD000146.pub3
32. Fiore MC, Baley WC, Cohen SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008. 46
33. Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas. Barcelona: Paidós 1999
34. Nerín I, Álvarez-Sala JL, Marqueta A, Jiménez-Muro A, Rodríguez JL. Aplicación clínica práctica de la entrevista motivacional. En: Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. 4.ª edición. Badalona: EUROMEDICE 2009
35. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*. 2004; 99: 29-38.
36. Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 3. Art. No.: CD003999. DOI: 10. 1002/14651858. CD003999.pub3.