



Los temas del curso y sus test de concordancia Script disponibles en:

[www.sietediasmedicos.com](http://www.sietediasmedicos.com)

Este curso está acreditado por el Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries-Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud con **2,5 créditos**



## Curso de Prevención del riesgo cardiovascular

**Director:**  
**Sergio Giménez Basallote**

Médico de atención primaria.  
UGC Limonar. Málaga

TEMA	<b>1</b>	Lo que debes saber sobre la hipertensión arterial
TEMA	<b>2</b>	Manejo global y ágil del paciente con diabetes tipo 2
TEMA	<b>3</b>	Nuevas cuestiones en dislipemias
TEMA	<b>4</b>	Ponte en marcha: receta ejercicio
TEMA	<b>5</b>	Sobrepeso y obesidad: mecanismos fisiopatológicos y consejos nutricionales
TEMA	<b>6</b>	<b>Fumadores en nuestra consulta: enfoque desde la atención primaria</b>

## Fumadores en nuestra consulta: enfoque desde la atención primaria

R. de Simón Gutiérrez<sup>1</sup>, M. González Béjar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico de familia. SERMAS. Centro de Salud Luis Vives. Alcalá de Henares (Madrid).

<sup>2</sup>Médico de familia. SERMAS. Centro de Salud Montesa. Madrid

### Objetivos de aprendizaje

- ▶ Ofrecer una visión global del consumo de tabaco como problema de salud pública.
- ▶ Incrementar los conocimientos de los profesionales sanitarios en prevención, diagnóstico y tratamiento del tabaquismo.
- ▶ Proporcionar recursos, estrategias y habilidades que permitan a los clínicos un enfoque integral del fumador incorporando las diferentes modalidades de intervención a su práctica clínica diaria.

### Introducción

Actualmente existe un amplio consenso en aceptar que el consumo de tabaco constituye la primera causa de morbilidad evitable en el mundo y el principal problema de salud pública susceptible de prevención en los países desarrollados. Hoy en día, el tabaquismo es reconocido como una enfermedad crónica, adictiva y recidivante. En la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) figura como un trastorno mental y del comportamiento, y la Asociación Americana de Psiquiatría, en la cuarta edición revisada de su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), ha llegado a conclusiones similares, e incluye el tabaquismo como trastorno en los epígrafes «dependencia de nicotina» y «abstinencia de nicotina» (tabla 1).

Pero el consumo de tabaco, más allá de un problema médico, debe consi-

derarse esencialmente un problema de salud pública de escala universal. De hecho, la solución al tabaquismo trasciende con mucho el ámbito sanitario e implica numerosos aspectos socioeconómicos, por lo que requiere un abordaje integral y multidisciplinario que sólo puede plantearse desde un marco político y legislativo. En consonancia con esta línea argumental, podemos afirmar, sin miedo a equivocarnos, que combatir el tabaquismo es ante todo una responsabilidad de la sociedad en su conjunto, de sus instituciones, gobiernos y líderes.

Para hacer frente a esta epidemia mundial, responsable de más de cinco millones de muertes al año, junto con la implementación de políticas antitabaco, también es necesaria la intervención decidida de todos los profesionales sanitarios, asumiendo en su práctica profesional la obligación tácita de procurar ayudar a los fumadores a dejar de serlo.

**Tabla 1. Criterios de dependencia de la nicotina según el DSM-IV-TR**

Patrón desadaptativo de consumo de nicotina que conlleva un deterioro o un malestar clínicamente significativos, expresado por tres o más de los siguientes ítems en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
  - a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de nicotina para conseguir el efecto deseado
  - b) El efecto de las mismas cantidades de nicotina disminuye claramente con su consumo continuado
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
  - a) El síndrome de abstinencia característico para la nicotina
  - b) Se fuma nicotina (o una sustancia muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
  - c) La nicotina es fumada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía
  - d) Existe un deseo persistente o unos esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de nicotina
  - e) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de nicotina (p. ej., desplazarse largas distancias), en el consumo de nicotina (p. ej., fumar un cigarrillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la nicotina
  - f) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de nicotina
  - g) Se sigue fumando pese a tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el consumo de nicotina

Tomada de: American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) (Text Revised). Washington, 2000.

Las principales estrategias de control del tabaquismo deben dirigirse en tres direcciones: dos de ellas están claramente relacionadas con la prevención primaria (evitar que los adolescentes empiecen a fumar y proteger a todos los ciudadanos de la exposición al hu-

mo ambiental de tabaco) y la tercera (favorecer los procesos para dejar de fumar) generalmente se enmarca como prevención secundaria. Estos fundamentos han hecho que la mayoría de asociaciones científicas y médicas dicten normas y recomendaciones

para orientar a los profesionales sanitarios en su asistencia al paciente fumador, facilitando así la toma de decisiones en el empleo de intervenciones que dispongan de eficacia contrastada para facilitar el abandono del tabaco.

## ¿Por qué es importante actuar frente al tabaquismo?

El consumo de tabaco continúa siendo la principal causa de enfermedad y muerte prevenible en el mundo. De acuerdo con la OMS, es un factor de riesgo en seis de las ocho causas principales de mortalidad, una relación causal especialmente importante en el caso de diversos tumores malignos y numerosas enfermedades cardiovasculares y respiratorias. También es conocido que los fumadores mueren como promedio 10 años antes que los no fumadores, y que la cesación del consumo de tabaco a los 60, 50, 40 o 30 años aumenta la expectativa de vida en 3, 6, 9 o 10 años, respectivamente.

Además, el tratamiento del tabaquismo resulta 4 veces más rentable que el de la hipertensión arterial y 13 veces más que el de la hipercolesterolemia, actividades preventivas, estas úl-

timas, muy generalizadas en cualquier sistema sanitario de nuestro entorno.

La dependencia de la nicotina debe considerarse una enfermedad adictiva crónica con periodos de remisión y recaídas, que frecuentemente requerirá actuaciones repetidas desde los entornos sanitarios. No entender la naturaleza del tabaquismo como una adicción crónica puede llevar a sentimientos erróneos de frustración para el fumador y para el médico responsable tras producirse una recaída.

Sin embargo, a pesar de su naturaleza crónica, el tabaquismo es una enfermedad tratable. Un 7% de los fumadores consiguen dejar de fumar por sus propios medios, y entre el 15 y el 30% lo logran con apoyo del tratamiento. Las tasas más altas de aban-

dono a largo plazo se alcanzan con las intervenciones intensivas y con el tratamiento farmacológico. No obstante, las intervenciones breves promovidas en el primer nivel asistencial elevan significativamente las tasas de abandono y constituyen una de las estrategias de mayor alcance por su universalidad.

Por todo ello, resulta esencial en el abordaje poblacional del tabaquismo que todos los profesionales de la salud y los sistemas sanitarios estén sumamente sensibilizados con este problema. Las estrategias más eficientes desde el punto de vista asistencial están basadas en identificar y documentar el estado de consumo de tabaco de toda la población y tratar al mayor número posible de fumadores (grado de recomendación A).

## ¿Por qué se fuma?

Fumar es un proceso complejo en el que se transita, desde la primera vez que se consume tabaco y a lo largo de varios años, por diferentes etapas vitales, y que habitualmente finaliza con el desarrollo de una conducta adictiva. En nuestro contexto sociocultural, en la mayoría de los casos el consumo de tabaco se inicia en la edad escolar, como pone de manifiesto la última encuesta estatal sobre el uso de drogas entre los estudiantes de enseñanzas secundarias (2012-2013). Según los datos obtenidos, el 43% de los escolares de 14 a 18 años reconocían haber fumado tabaco alguna vez en la vida, el 35% lo habían hecho en el último año y el 12% lo hacían a diario. Cuando se llega a la edad adulta, se adopta un patrón de consumo regular que perpetúa el hábito hasta la fase de adicción.

A pesar de las numerosas restricciones para el consumo de tabaco a cier-

tas edades, el joven se ve sometido a múltiples presiones que lo incitan a fumar por primera vez, muchas de ellas en el entorno escolar y, sobre todo, en el grupo de iguales. La mayoría de ellos comienzan a fumar por factores personales, ambientales y sociales que interactúan entre sí, combinándose unos con otros, sin que ninguno de ellos explique por sí solo dicha conducta. El cigarrillo se convierte en un elemento de autoconfianza y que facilita las relaciones sociales, y al mismo tiempo funciona como rito de acceso a la edad adulta, mediante la transgresión de la norma y la experimentación de lo prohibido.

De los diversos factores sociales, demográficos y personales que influyen en el inicio del consumo de tabaco, uno de especial relevancia entre los adolescentes es la influencia del en-

torno de iguales, los amigos y compañeros del colegio. Previamente, en la infancia, la influencia más importante que recibe el niño es la familiar, ejercida por los padres y los hermanos mayores cuando éstos son fumadores. En etapas posteriores hay que tener en cuenta tanto la conducta de profesores y educadores como la del grupo de amigos y las personas que el joven tenga como ejemplos o modelos. Asimismo, determinados factores ambientales como la publicidad desempeñan un papel básico en el inicio del consumo. La industria del tabaco necesita ganar nuevos clientes, y lo hace recurriendo a mensajes engañosos que relacionan el consumo de tabaco con valores de independencia, éxito y relación, así como patrocinando eventos deportivos y musicales dirigidos a un público mayoritariamente adolescente.

## ¿Qué enfermedades están fuertemente vinculadas al consumo de tabaco?

El tabaquismo es un factor de riesgo reconocido para la aparición y progresión de enfermedades cardiovasculares de origen aterosclerótico. La relación del tabaquismo con la enfermedad cardiovascular está bien establecida y documentada. El tabaco es el responsable del 20% de las muertes cardiacas en individuos de 65 años o más, y del 45% de las muertes en los de menos de 65 años. Las diferencias en las muertes de causa cardiovascular atribuibles al tabaquismo son un reflejo de las diferencias en las tasas de prevalencia del tabaquismo entre los distintos países y del consumo en relación con el sexo masculino o femenino. El riesgo de infarto de miocardio entre los fumadores es más del doble que el de los no fumadores. El humo del tabaco es el principal factor de riesgo para la

muerte súbita de origen cardíaco, y los fumadores tienen de dos a cuatro veces más riesgo que los no fumadores. Esta relación varía en función del número de cigarrillos fumados, la edad a la que se empezó a fumar, la duración de la historia de consumo, y de si se inhala o no el humo del tabaco (figura 1). Abandonar el tabaco es la intervención individual más importante en cardiología preventiva. En los pacientes con enfermedad coronaria que fuman, el cese del consumo se ha asociado a una reducción del 36% del riesgo de muerte y del 32% de sufrir un infarto de miocardio no mortal.

Respecto a las enfermedades respiratorias originadas por el tabaco, se ha demostrado la existencia de una relación dosis-respuesta; es decir, a ma-

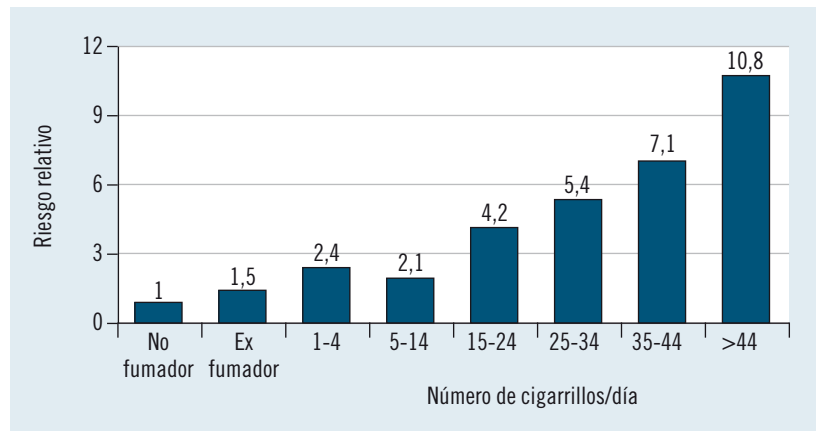
yor número de cigarrillos consumidos diariamente, mayor es la probabilidad de desarrollarlas. Este riesgo se halla influido también por la edad en la que se empieza a fumar y por el número de años que se ha mantenido el hábito.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza por la presencia de obstrucción crónica, progresiva y poco reversible al flujo aéreo, y está causada fundamentalmente por una reacción inflamatoria al humo del tabaco. Aunque la EPOC también puede deberse a la exposición a otros tóxicos inhalados, ésta suele ser una causa poco frecuente en nuestro medio. Por consiguiente, el diagnóstico de la enfermedad se establece sobre la base del antecedente del consumo de

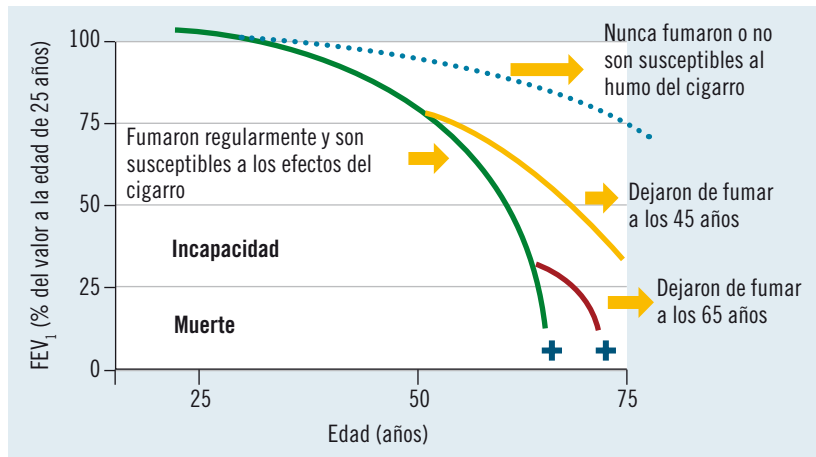
tabaco y la demostración, mediante una espirometría forzada, de una obstrucción al flujo aéreo escasamente reversible. El papel del tabaco en la etiología de la EPOC ha sido demostrado tanto epidemiológica como experimentalmente. Sin embargo, el humo del cigarrillo no ejerce la misma acción en todos los individuos, pudiendo diferenciarse un grupo de fumadores susceptibles que desarrollan limitación crónica al flujo aéreo e incapacidad respiratoria, y otro grupo de fumadores no susceptibles en los que la tasa de disminución del volumen espiratorio forzado en el primer segundo ( $FEV_1$ ) es normal, y en consecuencia no desarrollan limitación crónica al flujo aéreo (figura 2). En los sujetos no fumadores, la pérdida de función pulmonar anual se estima en unos 25 mL/año, y en los sujetos fumadores susceptibles en unos 100 mL/año.

El cáncer de pulmón encabeza la lista de los tipos de cáncer más frecuentes causados por el tabaco. En términos de mortalidad general, representa aproximadamente un 20% del total de defunciones por tumores, y es la primera causa de muerte tumoral en los hombres y la tercera en las mujeres. El consumo de tabaco está asociado al 80-90% de todos los casos en hombres y al 55-80% en mujeres, con una clara relación en su aparición con el número de cigarrillos consumidos al día, así como con el tiempo de exposición al tabaco.

Además del cáncer pulmonar, la asociación tabaco-cáncer también es una relación bien establecida en causa-



**Figura 1.** Riesgo relativo de sufrir un evento coronario según el número de cigarrillos consumidos. Tomada de: Willett WC, Green A, Stampfer MJ, Speizer FE, Colditz GA, Rosner B, et al. Relative and absolute excess risks of coronary heart disease among women who smoke cigarettes. *N Engl J Med.* 1987; 317: 1.303-1.309



**Figura 2.** Función pulmonar y tabaquismo. Tomada de: Fletcher C, Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. *Brit Med J.* 1977; 1: 1.645-1.648

efecto y dosis-efecto para muchos más tumores de distinta localización: respiratoria (laringe, orofaringe), digestiva (esófago, estómago, páncreas,

hígado, colon y recto), urinaria (riñón, vejiga), piel (carcinoma de células escamosas), aparato genital (cérvix uterino), mama y sistema hematológico.

## ¿Qué se entiende por humo ambiental del tabaco?

El humo del tabaco es una mezcla compleja en la que se han identificado más de 4.000 sustancias químicas, tanto en la fase gaseosa como en la sólida o particulada; una gran parte de ellas tienen una importante toxicidad

y son responsables de la patología asociada al consumo de tabaco. Entre los principales constituyentes del tabaco figuran alquitranes, nicotina, monóxido de carbono, óxidos de nitrógeno, hidrocarburos aromáticos poli-

cíclicos, ácido cianhídrico, compuestos N-nitrosos, metales e incluso compuestos radiactivos.

La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC, por sus

siglas en inglés) ha identificado como carcinógenos algunos agentes químicos procedentes del humo del tabaco. En concreto, se han detectado 69 compuestos, de los que 11 son demostrados carcinógenos humanos, pertenecientes al grupo 1 de la IARC. Además, 7 compuestos son probables carcinógenos (grupo 2A) y 49 son posibles carcinógenos (grupo 2B) (tabla 2).

Al encender un cigarrillo, su combustión genera dos tipos de corriente:

- La corriente primaria o principal se origina durante las caladas del fumador. En la pipa, éstas se dan espaciadas y el humo no suele tragarse. En cambio, en los cigarrillos sí se inhala el humo, que penetra profundamente, hasta alcanzar los alvéolos pulmonares.
- La corriente secundaria o lateral está formada por el humo liberado entre las caladas. En un cigarrillo la duración de la corriente secundaria es muy superior a la de la corriente primaria (de 20 a 30 segundos de caladas activas sobre un total de unos 10 minutos). Esta corriente secundaria contamina finalmente el aire ambiental, ya que su contenido en productos tóxicos es mucho mayor que en la corriente primaria, al ser resultado de una combustión más incompleta y a menor temperatura. Se considera, además, que existe menos variabilidad en la composición de las emisiones de la corriente secundaria en comparación con el humo de la corriente principal, porque la forma de fumar y el diseño del cigarrillo tienen más impacto en el humo de la corriente principal. Los fumadores y no fumadores que estén expuestos a esta corriente secundaria sufren gran parte de los efectos nocivos del humo.

Hasta no hace mucho, el consumo de tabaco era considerado un problema de elección personal, siendo el fumador la principal víctima de su conducta al aceptar tácitamente un potencial riesgo sobre su salud. Aho-

**Tabla 2. Principales componentes del humo del tabaco y su efecto carcinógeno**

Principales componentes	Efecto carcinógeno (IARC)*
Fase gaseosa	
Acetaldehído	2B
Acetona	
Acroleína	3
Benceno	1
Monóxido de carbono	
Formaldehído	2A
Metanol	
N-nitrosodietilamina	2A
N-nitrosodimetilamina	2A
Estireno	2B
Fase particulada	
2-naftilamina	1
4-aminobifenil	1
Arsénico	1
Benzo(a)antraceno	2A
Benzo(a)pireno	2A
Cadmio	2A
Cromo	1
Plomo	2B
Níquel	1

\*Clasificación de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC): 1. Carcinógeno para seres humanos. 2A. Carcinógeno probable para seres humanos, con evidencias suficientes en animales pero no en seres humanos. 2B. Carcinógeno posible para seres humanos, con evidencias limitadas en animales y sin evidencias en seres humanos. 3. No clasificable como carcinógeno para seres humanos. Fuente: elaboración propia.

ra conocemos que la exposición de no fumadores al humo de tabaco ambiental no sólo produce molestias, sino también efectos perjudiciales para la salud. La evidencia científica establece que el humo de tabaco ambiental también es causa de enfermedad y muerte para las personas que están expuestas a él. En la actualidad, pocos dudan del efecto del tabaquismo pasivo sobre la salud. En 1986, el informe Surgeon General Report confirmó que el humo ambiental del tabaco, también llamado tabaquismo pasivo, causaba cáncer pulmonar. Desde entonces las evidencias que relacionan el tabaquismo pasivo con otras enfermedades se han ido acumulando hasta el punto de que hoy se sa-

be que su impacto sobre la mortalidad humana es el doble del provocado por todos los demás contaminantes ambientales reconocidos y regulados.

El aire contaminado por el humo del tabaco se considera el contaminante de interiores más frecuente y de mayor importancia. Si bien los riesgos de un fumador pasivo son menores que los de un fumador activo, el número de personas perjudicadas por el tabaquismo pasivo es mucho mayor en términos absolutos. En virtud de esta peligrosidad de la exposición al humo ambiental, se ha hecho necesario regular legalmente el consumo de tabaco en todos los recintos cerrados de trabajo y ocio.

---

## ¿Qué información es esencial en la historia clínica del fumador?

El diagnóstico del fumador se basa en la elaboración de una historia clínica completa, que debe incluir la siguiente información: anamnesis general y específica, incluyendo an-

tecedentes de tabaquismo (historia familiar, edad de inicio, intensidad y patrón de consumo, exposición acumulada...), valoración de la dependencia mediante cuestionarios espe-

cíficos validados, valoración de la motivación, estudio del estadio del cambio y análisis de los intentos previos para dejar de fumar y sus recaídas.

---

## ¿En qué consiste la intervención breve en el paciente fumador?

Las recomendaciones dirigidas a los profesionales sanitarios enfocadas a ayudar a los pacientes a dejar de fumar tienen como base proporcionar una intervención adaptada a la fase del proceso del cambio en la que se sitúa cada fumador. El propósito es que el fumador vaya progresando por las distintas etapas del proceso de dejar de fumar y alcance finalmente el cese total del consumo de tabaco.

Las intervenciones breves pueden definirse como un conjunto de estrategias eficaces en el abandono del tabaco, brindadas por cualquier profesional sanitario de manera oportunista, aprovechando cualquier momento de

la relación asistencial entre dicho profesional sanitario y el fumador. El término «breve» alude básicamente al tiempo dedicado al paciente, y en la práctica distingue este tipo de intervención de otras más extensas o intensivas. El primer paso en estas intervenciones debe ser identificar sistemáticamente a los fumadores que acuden a la consulta por cualquier otro motivo. La OMS aclara que es fumador todo individuo que haya fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos. Podemos utilizar para ello un sistema de identificación universal basado en una serie de preguntas elementales: ¿Usted fuma? ¿Cuántos cigarrillos fu-

ma? ¿Está dispuesto a hacer un intento para dejar de fumar?

Hay que empezar a preguntar sobre el consumo de tabaco ya en la adolescencia, pues sabemos que la mayoría de los fumadores comienzan a serlo entre los 11 y 14 años, siendo excepcional iniciarse en el consumo después de los 20 años. La formulación de estas preguntas debe realizarse cada 2 años, no siendo necesario interrogar a aquellas personas de 30 o más años en cuya historia clínica conste que nunca han fumado. La detección debe hacerse en todos los individuos mayores de 10 años.

---

## Estrategia de las cinco A

La estrategia de las cinco A, diseñada por el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos, es un método eficaz para ayudar a los fumadores que quieren dejar de fumar, y puede ser utilizada en intervenciones de diferente nivel de intensidad y adaptándose al tiempo disponible. Las cinco estrategias aplicadas son:

- A1. Averiguar (*ask*).
- A2. Aconsejar (*advise*).
- A3. Apreciar la disponibilidad para dejarlo (*assess*).

- A4. Ayudar (*assist*).
- A5. Acordar un seguimiento (*arrange follow-up*).

### A1. Averiguar

Hay que preguntar e identificar sistemáticamente a todos los fumadores en cada visita y registrar su estado en relación con el consumo de tabaco (grado de recomendación A). Es conveniente emplear registros específicos y un sistema de recordatorio que faciliten la intervención y la toma de decisiones.

### A2. Aconsejar

Todos los médicos deben aconsejar a sus pacientes fumadores el cese del consumo (grado de recomendación A). Para ello, el consejo debe ser:

- Claro: fácil de entender («Lo mejor que puede hacer por su salud es dejar de fumar»).
- Breve: no más de 5 minutos.
- Convincente: firme y positivo («Debo informarle de que dejar de fumar es lo más importante que usted puede



hacer para mejorar su salud, y nosotros podemos ayudarle»).

- Personalizado: adaptado a su condición y estado de salud, motivación, impacto en su entorno y a sus intereses personales, sociales y económicos.

### A3. Appreciar la disponibilidad para el cambio

Analizar la disposición del fumador para iniciar un cambio de conducta y actuar de acuerdo con su estadio del cambio (figura 3):

- **Precontemplación.** El fumador todavía no considera su hábito como un problema, por lo que no contempla ninguna posibilidad de cambio. Es habitual que la persona no tenga conciencia del problema o que desconozca las consecuencias a corto, medio o largo plazo de su conducta. Los pros del consumo de tabaco superan a los contras. En esta fase solamente se puede ofrecer información realista sobre el tabaquismo y sus consecuencias, a fin de que el individuo llegue a cuestionar su conducta y tome conciencia del problema.
- **Contemplación.** El fumador tiene conciencia de la existencia de un problema, pero todavía no ha desarrollado un compromiso firme para el cambio. La emoción que predomina es la ambivalencia: el sujeto sopesa las razones para mantener el hábito o modificarlo.
- **Preparación.** El fumador ha decidido efectuar un cambio de conducta y se compromete a hacer un intento en un futuro próximo, fijado en un mes, mediante el desarrollo de un plan global y una estrategia para afrontar el cambio.
- **Acción.** Tras los estadios previos de reflexión, llega el momento de iniciar el camino que conduzca al cambio de conducta. Se ha elaborado un plan de cambio con diferentes alternativas personalizadas. En esta etapa se espera que la persona pueda desarrollar habilidades y lograr soluciones alternativas al fumar.
- **Mantenimiento.** Una vez producido el cambio hay que mantenerlo a lo



**Figura 3.** Modelo transteórico de Prochaska et al. Modificada de: Prochaska J, DiClemente C, Fairhurst S, Velicer W, Velásquez M, Rossi J. The process of smoking cessation: an analysis of the precontemplation, contemplation and preparation stages of change. J Consult Clin Psychol. 1991; 59: 295-304

largo del tiempo, por lo que es esencial elaborar un plan para la prevención de recaídas mediante el reconocimiento de las situaciones de riesgo y cómo enfocarlas.

- **Recaída.** Puede que después de una fase en la que se ha conseguido un cambio en la conducta, el paciente recaiga y reanude el consumo de tabaco. Debemos apoyar afectivamente al paciente para contener el sentimiento de culpa, y entender la recaída como una parte más del proceso, además de como una valiosa oportunidad para el aprendizaje.

### A4. Ayudar al paciente a dejar de fumar

Hay que proporcionar ayuda a cualquier fumador que muestre intenciones de hacer un intento serio de dejar de fumar. Es adecuado elaborar un plan general de abandono que, entre otros, incluya los siguientes mensajes:

1. Felicitar por la decisión tomada y transmitir nuestra disposición a ayudarle.
2. Señalar una fecha para dejar de fumar, buscando los días más propicios en función de sus intereses personales y las probabilidades de éxito.
3. Compartir esta decisión con sus familiares y amigos, buscando comprensión, solidaridad y apoyo.
4. Identificar aquellas situaciones que le ponen en riesgo de fumar o que

pueden ser difíciles de manejar. Ofrecer información sobre la sintomatología derivada de la abstinencia y medidas para combatirla. Proporcionar consejos prácticos basados en la resolución de problemas y en el aprendizaje de habilidades.

5. Suministrar, si está indicada, ayuda farmacológica para dejar de fumar con un claro mensaje que indique que su empleo aumenta las probabilidades de éxito, además de reducir los síntomas de abstinencia en los pacientes más dependientes.

### A5. Acordar un seguimiento

Debido a la cronicidad del proceso y al riesgo futuro de recaída, es conveniente asegurar un seguimiento del abandono. Se deben fijar visitas programadas centradas en las siguientes áreas: felicitación en caso de confirmación de la abstinencia, reforzando positivamente el cambio logrado; identificar los problemas y dificultades que han surgido y anticipar los obstáculos futuros; valorar la adherencia y tolerancia de los fármacos; en caso de recaída, integrarla como una parte más en el proceso de abandono y, al mismo tiempo, como una buena oportunidad de aprendizaje para intentos futuros; por último, valorar la posibilidad de que haga falta un tratamiento más intensivo u otras medidas de apoyo psicológico.

## ¿Cómo y cuándo utilizar fármacos en la deshabituación tabáquica?

Cualquier intento de abordar el tabaquismo debería ser planificado desde una perspectiva fundamentada en el concepto del tabaquismo como enfermedad crónica adictiva. Desde este punto de vista, el tratamiento farmacológico debería ofrecerse a cualquier fumador que quiera hacer un intento serio para dejar de fumar (grado de recomendación A), salvo en los casos en que coexistan contraindicaciones

médicas o situaciones que no cuenten con evidencias sólidas sobre la seguridad o eficacia de los fármacos (embarazo, niños y adolescentes y fumadores de menos de 10 cigarrillos diarios).

En el momento actual se reconocen como fármacos de primera línea en el tratamiento del tabaquismo la terapia sustitutiva con nicotina en todas sus

presentaciones (parches, chicles, caramelos para chupar, espray nasal e inhalador bucal), el bupropión y la vareniclina (tablas 3 a 5). Todos ellos tienen el máximo nivel de evidencia (grado de recomendación A), aunque no hay preferencias claras para seleccionar, *a priori*, un fármaco u otro (tabla 6). La decisión de elegir el fármaco más apropiado dependerá, entre otras cosas, de las características propias

	<b>Parche transdérmico</b>	<b>Chicles</b>
Formulaciones	10, 20, 30 cm <sup>2</sup> /24 h	2 mg
	10, 20, 30 cm <sup>2</sup> /16 h	4 mg
Concentración absorbida	7, 14, 21 mg/24 h	1 y 1,9 mg
	5, 10, 15 mg/16 h	
Liberación	0,8 mg/cm <sup>2</sup>	Picos, 90% en 30 minutos
Efectos adversos	6% de frecuencia Prurito, quemazón y eritema cutáneo, sudoración, mialgias, artralgias, parestesias	5-10% de frecuencia Dolor mandibular, gingivitis, úlceras bucales, flatulencia, hipo, náuseas, epigastralgias
Manejo	Zonas dérmicas sin vello	Rotar el lugar de colocación
	Instrucciones	
Posología	Un parche cada 24 o 16 h	A demanda-rescate o pautados

Fuente: elaboración propia.

	<b>Hidrocloruro de bupropión SR</b>
Acción	Inhibidor de la recaptación de dopamina y noradrenalina
Efectos adversos	Insomnio, sequedad de boca, cefalea, reacciones cutáneas, convulsiones (0,1%)
Contraindicaciones	Hipersensibilidad, epilepsia, trastorno de la conducta alimentaria, inhibidores de la monoaminoxidasa, cirrosis hepática, trastorno bipolar, tumor del sistema nervioso central, deshabituación del alcohol o benzodiacepinas
Posología	150 mg/día, durante 6 días
	150 mg 2 veces al día, durante 7-9 semanas
Eficacia	24,2% (intervalo de confianza del 95%: 22,2-26,4)

Fuente: elaboración propia.

	<b>Tartrato de vareniclina</b>
Acción	Agonista parcial de los receptores nicotínicos $\alpha 4\beta 2$
Efectos adversos	Náuseas, cefaleas, trastornos del sueño
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al producto
Posología	0,5 mg/día, durante 3 días
	0,5 mg 2 veces al día, durante 7 días
	1 mg 2 veces al día, durante 12 semanas
Eficacia	33,2% (intervalo de confianza del 95%: 28,9-37,8)

Fuente: elaboración propia.



**Tabla 6. Eficacia de los fármacos en la deshabituación tabáquica**

	Tasa de abstinencia (%)	OR (IC del 95%)
Vareniclina 2 mg	33,2	3,1 (2,5-3,8)
TSN espray	26,7	2,3 (1,7-3,7)
TSN parches (>25 mg/día)	26,5	2,3 (1,7-3,0)
TSN chicles (>14 sem)	25,1	2,2 (1,5-3,2)
Vareniclina 1 mg	25,4	2,1 (1,5-3,0)
TSN inhalador bucal	24,8	2,1 (1,5-2,9)
Clonidina	25,0	2,1 (1,2-3,7)
Bupropión	24,2	2,0 (1,8-2,2)
TSN parches (>14 sem)	23,4	1,9 (1,7-2,3)
Nortriptilina	22,5	1,8 (1,3-2,6)
TSN chicles (6-14 sem)	23,4	1,9 (1,2-2,7)

IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*; TSN: terapia sustitutiva con nicotina.

Modificada de: Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2008.

del fumador, de la experiencia del profesional y de razones de coste o preferencias del individuo. Para otras tera-

pias alternativas como la hipnosis, la acupuntura o el empleo de cigarrillos electrónicos, no existe una evidencia

consistente que permita emitir recomendaciones sobre su eficacia en la deshabituación tabáquica. ■

### Bibliografía

Alonso de la Iglesia B. Prevención y control del tabaquismo desde las administraciones sanitarias. Módulo 4. Tema 12. Máster Universitario en Tabaquismo. Universidad de Sevilla, 2008.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) (Text Revised). Washington: American Psychiatric Association, 2000.

Critchley JA, Capewell S. Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease. Cochrane Database Syst Rev. 2004; (4): CD003041.

Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years observations on male British doctors. BMJ. 2004; 328: 1.529-1.533.

ESTUDES 2012/2013. Observatorio Español sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2008.

Plans-Rubió P. Cost-effectiveness analysis of treatments to reduce cholesterol levels, blood pressure and smoking for the prevention of coronary heart disease: evaluative study carried out in Spain. Pharmacoeconomics. 1998; 13(5 Pt 2): 623-843.

Prochaska J, DiClemente C, Fairhurst S, Velicer W, Velásquez M, Rossi J. The process of smoking cessation: an analysis of the precontemplation, contemplation and preparation stages of change. J Consult Clin Psychol. 1991; 59(2): 295-304.

Public Health Services Office of the Surgeon General. Treating Tobacco Use and Dependence: a Clinical Practice Guideline. 2000.

US Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Smoking. A Report of the Surgeon General. Washington: US Government Printing Office, 1986.

WHO. International Classification of Diseases (ICD). Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd/en/#> [consultado el 11 de diciembre de 2014].

## En la consulta



### Decisiones compartidas en tabaquismo

Existe evidencia de que los pacientes se sienten más satisfechos y siguen mejor el tratamiento cuando los médicos les ofrecen la posibilidad de expresar sus valores, expectativas e ideas, es decir, en aquellos modelos de relación clínica donde el paciente concreto se convierte en el centro de la atención clínica. El enfoque o espíritu de la entrevista motivacional es el de la colaboración plena en la toma de decisiones, participando el fumador, por ejemplo, en la elaboración de su propio plan de tratamiento. El terapeuta no actúa como autoridad, sino que utiliza la propia experiencia del paciente y mantiene siempre el respeto por su autonomía. El objetivo fundamental consiste en aumentar la motivación intrínseca del fumador, de manera que el cambio brote desde dentro, en lugar de imponerse desde fuera.



### Grados de evidencia y fuerza de la recomendación

Los grados de fuerza de la recomendación utilizados están basados en la Strength-of-Recommendation Taxonomy definidos a continuación:

Fuerza de la recomendación	Descripción
A	Recomendación basada en evidencia firme, de buena calidad, orientada al paciente
B	Recomendación basada en evidencia poco firme, de limitada calidad, orientada al paciente
C	Recomendación basada en consensos, práctica habitual, opinión, evidencia orientada a la enfermedad o estudios de casos

Intervención	Éxito a los 6 meses (%)	Fuerza de la recomendación	Características de la intervención
Consejo breve del médico	2-10	A	El consejo breve no debe durar más de 5 minutos
Consejo telefónico	5-19	A	No existe beneficio adicional si se combina con otras intervenciones
Documentación de autoayuda	7-27	B	Para que la intervención tenga éxito, hacen falta múltiples contactos con la documentación (hasta 6 veces por semana). La individualizada es más efectiva que la genérica
Parche de nicotina	8-21	A	Menor potencial adictivo comparado con el chicle
Espray de nicotina	30	A	Mayor potencial adictivo comparado con otros sucedáneos
Inhalador de nicotina	23	A	Imita la conducta mano-boca del fumador
Chicle de nicotina en fumadores muy dependientes	24	A	Las tasas de deshabituación fueron más altas en unidades especializadas que en atención primaria. Mayor potencial adictivo que el parche
Vareniclina	33,2	A	La dosis de 1 mg al día es una alternativa viable a la dosis de 2 mg al día si el paciente sufre efectos adversos relacionados con la dosis
Parche y chicle de nicotina	28	B	Combinación más efectiva que cada uno por separado
Parche y espray de nicotina	37 (a los 3 meses)	B	Combinación más efectiva que cada uno por separado
Parche e inhalador de nicotina	25	B	Combinación más efectiva que cada uno por separado
Parche de nicotina con bupropión	35	B	Combinación más efectiva que el parche solo, pero no que bupropión solo

Modificada de: Riel R. Deshabituación tabáquica. Guías 3 clics. Atención primaria basada en la evidencia. ICS. Disponible en: <http://www.ics.gencat.cat/3clics/main.php> [consultado el 12 de diciembre de 2014].

## En la consulta



### Consejos para mantener la abstinencia. Los diez principios básicos del ex fumador

1. No pienses que tendrás que estar toda la vida sin fumar. Preocúpate tan sólo por el día de hoy.
2. Evita las tentaciones. Mantén los encendedores, cerillas y ceniceros lejos de tu presencia.
3. Evita estar con fumadores tanto como te sea posible.
4. Ten siempre a punto algo para picar o masticar: fruta fresca, chicles sin azúcar, hasta una zanahoria. Cualquier cosa menos cigarrillos.
5. Durante el día hay momentos peligrosos: los pequeños descansos del trabajo, cuando vas a tomar algo... Ten mucho cuidado.
6. Contén el deseo imperioso de fumar haciendo actividades que te distraigan.
7. Aprende a relajarte sin cigarrillos. Repite las respiraciones relajantes que has aprendido cada vez que te sientas tenso.
8. Recuerda la lista de razones para no fumar.
9. Aparta el dinero que ahorras cada día por no fumar. Observa cómo aumenta.
10. No cedas. ¡Ni siquiera por un solo cigarrillo!

## En la consulta



### Puntos clave en la valoración del fumador

Se recomienda preguntar sistemáticamente a todo paciente que acuda a la consulta sobre el consumo de tabaco y registrar esta información en la historia clínica (grado de recomendación A). Para ello se pueden utilizar sistemas de identificación universales basados en la enunciación de algunas preguntas elementales:

- ¿Fuma usted?
- ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
- ¿A qué edad se inició en el consumo regular de tabaco?

Existen otras variables que también deben investigarse en todo fumador y que ayudan a orientar el tipo de estrategia que se va a emplear:

- Fase de abandono.
- Valoración y análisis de la motivación para dejar de fumar. Pueden utilizarse preguntas abiertas (por ejemplo, «¿está interesado en hacer un intento serio para dejar de fumar en un futuro próximo?») o cuestionarios breves estructurados (test de Richmond). También es de gran utilidad indagar sobre las razones, conscientes o inconscientes, que tiene el fumador para dejar de fumar.
- Determinación del grado de dependencia mediante el empleo de cuestionarios específicos (test de Fagerström, cuestionario de Glover-Nilsson).



### Método y frases motivacionales en la atención al fumador

#### Escucha atenta y reflexiva

Es un proceso activo que consiste en escuchar lo verbalizado por el paciente y formular afirmaciones que reflejen el significado de lo verbalizado. Es una forma de comprobar los «significados» del fumador, más que asumirlos.

#### Uso de afirmaciones motivadoras

Son afirmaciones directas que ofrecen apoyo al paciente, como expresiones de aprecio y comprensión. Por ejemplo: «Me parece estupendo que haya decidido dejar de fumar» o «Está usted haciendo un gran esfuerzo para dejar el tabaco».

#### Resumir lo hablado

Los resúmenes refuerzan lo que se ha dicho, demuestran que se ha escuchado atentamente y preparan al fumador para que haga su propia elaboración de lo trabajado.

#### Generar frases automotivacionales

En la entrevista motivacional es el propio fumador quien expresa los argumentos para el cambio, nosotros sólo facilitamos la expresión de estas afirmaciones automotivacionales. Se identifican cuatro categorías de afirmaciones motivacionales: reconocer el problema («No sabía que el tabaco afectaba tanto a mis hijos»), reconocer las ventajas del cambio («Creo que si yo dejase de fumar la salud de mi hijo asmático mejoraría»), manifestar la intención de cambiar («Creo que ha llegado la hora de cambiar», «Ya no puedo seguir así») y expresar optimismo sobre el cambio («Si otros lo han conseguido, yo también podría»).

Debe comprobarse que los factores positivos derivados de dejar de fumar empiezan a tener más peso en el balance sobre la decisión del paciente y que se ha fortalecido el compromiso para el cambio. La intervención motivacional sugiere una pauta de acompañamiento terapéutico en el que la directriz es la aceptación progresiva de los objetivos, negociados y centrados en el propio paciente.

Intervenir sobre las motivaciones del fumador supone evitar específicamente la persuasión basada en la discusión, asumiéndose en su lugar la fuerza de sus propias experiencias y perspectivas subjetivas. Esto implica escucharle y aceptar una amplia diversidad de preocupaciones, opiniones, preferencias, creencias y motivaciones que pueden aprovecharse para profundizar en el cambio.

Con este tema finaliza el Curso de Decisiones Clínicas en Atención Primaria dedicado a la Prevención del Riesgo Cardiovascular. Los lectores que hayan seguido el curso y superado las pruebas de evaluación podrán descargarse de forma gratuita los diplomas acreditados en [www.aulamayo.com](http://www.aulamayo.com) El curso continuará abierto en Aula Mayo hasta el 19 de abril de 2016.

Acceda a  
**[www.sietediasmedicos.com](http://www.sietediasmedicos.com)**  
para realizar el **test de concordancia Script**  
sobre tabaquismo



FORMACIÓN  
**7DM**  
en decisiones clínicas

