

GUÍA PARA AYUDAR A LA GENTE A DEJAR DE FUMAR

Grupo de educación sanitaria PAPPS
Redacción: Carmen Cabezas
Modificada enero de 2002

INTRODUCCIÓN

Como todos sabemos, el consumo de cigarrillos es la mayor causa prevenible de enfermedad y muerte en países industrializados como el nuestro. También sabemos que **dejar de fumar produce beneficios para la salud importantes e inmediatos para los hombres y las mujeres de todas las edades**, tanto si tienen o no enfermedades relacionadas con el tabaco. Dejar de fumar disminuye el riesgo de cáncer de pulmón, otros cánceres, infarto de miocardio, accidente vascular cerebral y limitación crónica al flujo aéreo.

A pesar de ello aún los últimos datos estadísticos mostraban que el 35,7% de la población adulta española fuma (ENS, 1997), con una tendencia clara a que el consumo descienda en varones y aumente en mujeres.

Los datos del estudio de seguimiento a los 40 años de los médicos varones británicos muestran que **uno de cada 2 fumadores regulares de cigarrillos morirá a causa del tabaco**. Gran parte de los más de 55.600 muertos que se producen cada año en España a causa del tabaco, han pasado por nuestras consultas, les hemos tratado por muy diversos problemas de salud agudos y crónicos; pero posiblemente en pocas ocasiones hemos insistido en lo que realmente causará su muerte: el tabaco.

Efectivamente, más del 75% de la población pasa anualmente por las consultas y el promedio de veces que les vemos anualmente está entre 5 y 6. Esto nos da una oportunidad única, específica de la atención primaria, de poder intervenir en un gran número de personas, en muchas ocasiones, pero muchas veces en esos momentos claves para la prevención en que la persona aún no ha iniciado ninguna enfermedad. Por otro lado más del 60% de los fumadores quieren dejar de fumar y la mayoría han hecho algún intento para conseguirlo; pero, muchos de ellos no saben dónde pueden pedir ayuda.

Por otro lado la intervención desde atención primaria es efectiva y tiene una de las mejores relaciones de coste-efectividad entre todas las actividades preventivas.

Desde hace más de 10 años los puntos principales de la intervención son conocidos, pero recientemente se han producido novedades importantes. Esta guía pretende ser una ayuda práctica para realizar intervenciones efectivas, muchas veces muy breves (basta con 3 minutos), desde la atención primaria.

¿ POR QUÉ SE FUMA?

➤ Fumar es una adicción:

La nicotina es una sustancia química potente que produce placer, aumenta la atención, disminuye el hambre, mejora el estado de ánimo y calma los síntomas de abstinencia a la nicotina. Puede actuar como estimulante y relajante. Si el nivel de nicotina es demasiado alto pueden aparecer: náuseas, salivación excesiva, sudor frío, palidez, aumento del pulso, dolor de cabeza y problemas con el sueño: particularmente sueños vívidos.

La nicotina llega en 7 segundos desde los pulmones al cerebro y se une a receptores colinérgicos, adrenérgicos, dopaminérgicos y serotoninérgicos. Un fumador promedio repite este proceso unas 200 veces cada día (73000 caladas al año) y esto le conduce a la adicción al tabaco. Entre las evidencias que demuestran que fumar es una dependencia están:

- Más del 90% de los fumadores fuman diariamente
- Los síntomas de abstinencia al tabaco se calman cuando se administra nicotina
- Experimentos en personas con dependencia a varias drogas, han mostrado la nicotina endovenosa tan satisfactoria como la morfina subcutánea.

La nicotina tiene una vida media aproximada de dos horas. Cuando los niveles de nicotina están por debajo de los niveles de confort de un fumador, aparecen síntomas de abstinencia que incluyen ansiedad, incapacidad de concentrarse, irritabilidad, imposibilidad de descansar, necesidad urgente de un cigarrillo, disminución del pulso, dolor de cabeza e insomnio. Cuando se deja de fumar, la mayoría de los síntomas del síndrome de abstinencia alcanzan su intensidad máxima de 24 a 48 horas después de haber dejado de fumar y disminuyen gradualmente de intensidad en 2 o 3 semanas. Sin embargo, otros síntomas, como es el deseo urgente de fumar, particularmente en situaciones difíciles, persiste durante meses o años.

➤ Fumar es una conducta aprendida:

La mayoría de las personas empiezan a fumar antes de los 20 años. Poco a poco, las situaciones en que habitualmente se fuma se van asociando con los efectos reforzadores de la nicotina. Beber café, descansar en medio del trabajo, salir con los amigos se van asociando a un cigarrillo, y dificultan mucho dejar de fumar. El condicionamiento que se produce es una de las causas importantes de recaídas.

➤ Fumar es una dependencia social

Otros factores relacionados son el entorno social: muchos momentos claves de la vida en nuestra sociedad están asociados a un cigarrillo: bodas, bautizos, o cualquier tipo de celebraciones sociales, incluidos las deportivas. Fumar sigue siendo un símbolo de iniciación a la vida adulta, y un elemento de identificación con el grupo. Por otra parte, también influyen aspectos de la personalidad como la rebeldía, la tendencia al riesgo o la inestabilidad afectiva, así como el papel simbólico que tiene para una persona el hecho de fumar: para muchos adolescentes y preadolescentes el fumar es "propio de los adultos", sofisticado, o confiere atractivo personal.

EL PROCESO DE DEJAR DE FUMAR

El cambio de una conducta (no sólo fumar, sino -por ejemplo- llevar una vida sedentaria, beber demasiado alcohol, comer mucho, etc.) no es un acto puntual, sino que es un proceso con varias etapas y que requiere un tiempo generalmente largo.

Prochaska y DiClemente crearon un modelo para la conducta de fumar, pero su uso se ha extendido a la explicación de muchas otras formas de comportamiento, sobre todo adictivas. Estos autores definieron unas etapas sucesivas de la siguiente forma:

* **Precontemplación:** la persona no se ha planteado seriamente la idea de cambiar la conducta. El fumador piensa que a él el tabaco no le perjudica y no está preocupado por este tema. La mayoría de los fumadores jóvenes sanos están en este estadio.

* **Contemplación:** hay un planteamiento serio de cambio debido, en general, a la aparición de síntomas o a experiencias cercanas de enfermedades o muertes relacionadas con el tabaco. En este estadio, el fumador piensa que debe y puede dejar de fumar, es capaz de poner una fecha para hacerlo y de plantearse cómo hacerlo.

* **Acción:** la persona está realizando los pasos necesarios para cambiar. Aquí el fumador pone en práctica los planes que había hecho anteriormente, e intenta dejar de fumar.

* **Mantenimiento:** la persona que ya ha cambiado se mantiene sin fumar.

* **Recaída:** la persona vuelve a realizar la conducta que había intentado cambiar. Aquí, el fumador recae.

Hay varios puntos claves relacionados con esta teoría:

- El proceso es cíclico: es decir la persona que recae, vuelve a un estadio en que por el momento prefiere no cambiar la conducta, para después volver a plantárselo, etc.
- Las recaídas son una parte normal de este proceso: la mayor parte de la gente necesita varios intentos antes de cambiar definitivamente una conducta.
- Las intervenciones adecuadas a cada una de las etapas son diferentes: En las primeras fases se promueve un cambio de actitudes, mediante una escucha activa de lo que expresa el paciente (¿Por qué fuma? ¿Cómo se siente sobre su consumo de tabaco? ¿Qué piensa sobre ello? ¿Qué le motivaría a dejar de fumar?) y una información personalizada. En las fases de acción y mantenimiento, la persona necesita ánimo, apoyo e instrucciones, sobre todo (Ver pasos básicos y protocolo de visitas de ayuda)

PASOS BÁSICOS PARA AYUDAR A DEJAR DE FUMAR

Tabla 1: Intervención recomendada por el US Public Health Service Report 2000

1. **PREGUNTAR:** Identificar sistemáticamente todos los fumadores en cada visita
 - *Incluir la valoración del consumo de tabaco como una más de las constantes vitales.*
 - *Usar etiquetas recordatorias en HCAP de papel, y sistemas de alarma o recuerdo en los sistemas informatizados*
2. **ACONSEJAR** a todos los pacientes que dejen de fumar: El consejo debe ser:
 - a. *Claro: "Como su médico/enfermera, le aconsejo que deje de fumar y puedo ayudarlo"*
 - b. *Fuerte: "Dejar de fumar es lo mejor que puede hacer por su salud actual y futura. Nosotros podemos ayudarlo"*
 - b. *Personalizado: Según la condición clínica, la historia del consumo de tabaco, la motivación/disponibilidad para el cambio, la historia familiar, los intereses personales o los costes sociales y económicos.*
3. **VALORAR LA DISPONIBILIDAD PARA HACER UN INTENTO DE DEJAR DE FUMAR** y actuar según ésta:
 - Si el paciente es capaz de hacer un intento sólo→ Ayudar
 - Si el paciente quiere ayuda intensiva→ Proporcionársela o derivarlo
 - Si claramente dice que no es capaz de dejar de fumar en este momento→ Entrevista motivacional
 - Si es adolescente, o embarazada, o de una minoría étnica →información adicional
4. **AYUDAR** al paciente a dejar de fumar
 - a. *Fijar una fecha. Ayudar al paciente a fijar una fecha en las 4 semanas siguientes, reconociendo que nunca es el momento ideal.*
 - b. *Buscar el apoyo del entorno social: familia, amigos, compañeros de trabajo*
 - c. *Prever las dificultades al dejar de fumar, sobre todo las primeras semanas, incluyendo los síntomas de abstinencia*
 - d. *Eliminar todos los productos relacionados del tabaco del entorno habitual. Antes de dejar de fumar, evitar fumar en los sitios en que se pasa mucho tiempo (casa, trabajo, coche, etc)*
 - e. *Dar consejos prácticos sobre cómo resolver problemas o entrenamiento de habilidades: Abstinencia total, aprovechar experiencias anteriores, evitar/afrontar las situaciones muy asociadas al consumo de tabaco, limitar/evitar el consumo de alcohol mientras se está dejando, buscar el apoyo/respeto de los otros fumadores de su entorno.*
 - f. *Dar apoyo claro desde el centro de salud*
 - g. *Ayudar al paciente a obtener apoyo social fuera del centro de salud: en su entorno social*
 - h. *Recomendar ayudas farmacológicas (sustitutos de la nicotina o/y bupropion): explicar qué aumentan la probabilidad de éxitos y reducen los síntomas de abstinencia, especialmente en fumadores dependientes (los que fuman 15 cigarrillos o más cada día, los que fuman su primer cigarrillo en los primeros 30 minutos después de levantarse y los que han hecho intentos previos con recaídas en las primeras semanas).*
 - i. *Proporcionar material de auto-ayuda y ofrecerse a discutirlo con el paciente.*
5. **FIJAR** visitas de seguimiento
 - a. *Fijar una visita de seguimiento enseguida después de dejar de fumar, idealmente en la primera semana y otra visita durante el primer mes..*
 - b. *En las visitas de seguimiento: Felicitar; si ha consumido tabaco, revisar las circunstancias y lograr de nuevo el compromiso de dejarlo totalmente. Recordarle al paciente que una recaída debe ser usada como una experiencia de aprendizaje, identificar los problemas que se han tenido y anticipar los obstáculos futuros. Valorar el cumplimiento con la farmacoterapia, los efectos adversos y los cambios en las dosis. Considerar si se necesita un seguimiento más intensivo (Ver protocolo de visitas de ayuda) o una derivación.*

¿ CÓMO VALORAR EL CONSUMO DE TABACO?

La primera idea clave en este punto es la de que no hay ningún nivel de consumo que sea seguro, ni ningún tipo de consumo que lo sea. Fumar un cigarrillo supone la absorción de sustancias tóxicas e irritantes que en ninguna dosis pueden ser inocuos. Ahora bien, el riesgo asociado está en relación con el número de cigarrillos fumados y al tiempo que se lleve fumando.

Fumador es pues cualquier persona que dice que fuma, en cualquier medida. Fumador regular suele considerarse el que ha fumado un cigarrillo al día durante los últimos 30 días. Por todo ello, es clave preguntar en cada visita por el consumo de tabaco y registrar el consumo en la historia clínica. La periodicidad mínima de esta detección debe ser de una vez cada dos años.

Por otro lado, debido a que en nuestro medio más del 90% de las personas comienzan a fumar antes de los 20 años, no es necesario continuar preguntando a las personas adultas que nunca han fumado ni a las personas que llevan muchos años sin fumar y de las que hay constancia de esta información en las historias clínicas. Si se deja un período de 10 años adicional para no perder los comienzos tardíos, no sería necesario reinterrogar a los no fumadores estables mayores de 30 años.

Una vez que se sabe que una persona fuma, es importante interrogar sobre algunos aspectos esenciales para aumentar la efectividad del consejo. En efecto, las intervenciones han de ser adecuadas al grado de motivación y a la dependencia que tenga el fumador.

Para valorar la **dependencia** se puede usar el cuestionario de Fagerström (ver tabla 2). En el contexto de las consultas de atención primaria, de todos modos, muchas veces puede ser suficiente con cuatro preguntas para evaluar bien el grado de dependencia:

- *¿Cuánto fuma?*
- *¿Cuánto tarda desde que se levanta hasta que fuma el primer cigarrillo?*
- *¿Ha intentado alguna vez dejar de fumar? ¿Qué pasó?*

Las personas que consumen más de 15 cigarrillos al día, que fuman el primer cigarrillo en los primeros 15-30 minutos de la mañana, y/o han hecho intentos previos con malestar y recaídas en las primeras semanas tienen probablemente un grado importante de dependencia y tienen muchas posibilidades de experimentar un síndrome de abstinencia al dejar de fumar que condiciona sus posibilidades de éxito.

La **motivación** es el otro factor clave. Siempre, aún en las intervenciones más intensivas, es el propio fumador el que deja de fumar y ningún profesional sanitario puede hacer esta acción por él. Por lo tanto, es la persona la que decide dejar de fumar y lo intenta. Una persona que responda afirmativamente a la pregunta: *¿Quiere dejar de fumar?*, está ya, como mínimo en un estadio de contemplación, y puede ser capaz de intentarlo enseguida. Existen cuestionarios específicos como el de Richmond que se han mostrado útiles en atención primaria. Es un cuestionario muy breve con un rango posible de 0 a 10 obtenido por la suma de las respuestas a 4 preguntas sobre el interés en dejar de fumar de inmediato y en los próximos 6 meses (Ver tabla 3).

Es muy importante registrar estos datos en la historia clínica o en registros específicos. El proceso de dejar de fumar requiere tiempo, y se necesita un registro evolutivo, que permita que cada una de las intervenciones que se hacen se base en las experiencias y situaciones anteriores.

Tabla 2 . Test de Fagerström para la Dependencia a la Nicotina (1991)

Preguntas	Respuestas	Puntos
* ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?	. Hasta 5 minutos . Entre 6 y 30 minutos . entre 31 y 60 minutos . más de 60 minutos	3 2 1 0
* ¿Encuentra difícil no fumar en lugares dónde no está permitido como el cine o una biblioteca?	Sí No	1 0
* ¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?	El primero de la mañana Cualquier otro	1 0
* ¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	10 o menos 11-20 21-30 31 o más	0 1 2 3
* ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	Sí No	1 0
* ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Sí No	1 0

La puntuación máxima de esta versión es 10; los fumadores que obtienen 8 o más puntos son los más dependientes, y los de 4 a 7 tendrían una dependencia moderada

Tabla 3. Test de Richmond para valorar la motivación para dejar de fumar (1993)

<p>♦ ¿ Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente? (0 no; 1 sí)</p> <p>♦ ¿ Cuánto interés tiene usted en dejar de fumar? (Desde 0 nada en absoluto; hasta 3 mucho)</p> <p>♦ ¿ Intentará dejar de fumar completamente en las próximas 2 semanas ? (Desde 0 definitivamente no; hasta 3 definitivamente sí)</p> <p>♦ ¿Cree que dentro de 6 meses usted no fumará? (Desde 0 definitivamente no; hasta 3 definitivamente sí)</p>

La puntuación máxima de esta versión es 10; los fumadores que obtienen 7 o más puntos son los más motivados, y los de 4 a 6 tendrían una motivación moderada.

¿ CÓMO ACONSEJAR?

Hay muchos mensajes **positivos** que se le pueden dar a un fumador. Si deja de fumar, su expectativa de vida aumenta; y lo que es más importante aumenta su probabilidad de vivir sin enfermedades o sin incapacidad. El consejo siempre debe ser positivo, ya que se está intentando que una persona tome una decisión (positiva) de cambiar una conducta poco saludable.

También ha de ser **claro**: la evidencia científica sobre la importancia de no fumar es inexcusable y el mensaje debe transmitirse sin ambigüedades.

Por otra parte ha de ser **específico**. A los adolescentes no les motiva hablar de salud, y menos a largo plazo, ya que en la mayoría de los casos es un bien absoluto, cuya posibilidad de perderlo se ve muy lejana en el tiempo. A las personas jóvenes en general les preocupan mucho los aspectos estéticos; en estos casos se puede insistir en que el olor a humo del aliento o de la ropa desaparecerá, o los dientes amarillos, o el aspecto de la piel, etc. En el anexo se da una lista de motivaciones según algunas características de las personas.

Ha de ser **personalizado**, ya que en atención primaria se conocen muchos detalles de la vida de los pacientes y de su familia que pueden condicionar el porqué una persona está fumando y qué le puede motivar a dejarlo.

También ha de ser **adecuado al momento del proceso de cambio** en que está el individuo. La persona que ya quiere dejar de fumar, pero no se siente capaz, necesita que se le recuerde que cada día mucha gente deja de fumar, y que por lo tanto es posible hacerlo; también puede beneficiarse de que se le den consejos y trucos concretos para afrontar los primeros días después de dejar de fumar.

Si la persona no quiere dejar de fumar (no está preparado) puede ser debido a varios motivos. Por ejemplo, puede tener información incorrecta sobre los efectos del tabaco sobre la salud (pe: la vivencia que “de algo hay que morir”, sin valorar la incapacidad o la pérdida de calidad de vida o la vivencia de invulnerabilidad a los efectos, etc.), puede tener miedo o preocupación sobre qué pasará al dejarlo (aumento de peso, qué método de afrontamiento de estrés usará, etc.), puede pensar que no será capaz de conseguirlo (sobre todo si ha recaído en anteriores ocasiones). En estos casos el paciente puede responder a estrategias de **entrevista motivacional**. En estos casos, es clave que el profesional sanitario muestre empatía, promueva la autonomía del paciente (posibilitando las decisiones), evite la confrontación, y apoye el sentido de autoeficacia (identificando éxitos previos en otros cambios de conducta). Es muy importante que sea el propio paciente el que identifique sus propias motivaciones. El sanitario puede ayudar al paciente a reflexionar sobre cuatro posibles áreas de motivación como son:

- **Relevancia** personal de los beneficios de dejar de fumar: Algunas motivaciones específicas según características del paciente pueden verse en la tabla 4.
- **Riesgos** específicos: Tanto agudos, como a largo plazo, como para los miembros de su entorno.
- **Recompensas**: hay un gran abanico de recompensas en el ámbito de la salud, la estética, la recuperación de los sentidos, la autoestima, etc.
- Métodos de afrontar los **obstáculos**: síndrome de abstinencia, miedo al fracaso, aumento de peso, falta de apoyo, placer de fumar, depresión.

Es muy importante que esta estrategia de motivación se **repita** cada vez que un paciente no motivado acuda al centro.

Tabla 4: Motivos para dejar de fumar

ADOLESCENTES	ADULTOS ASINTOMATICOS
Mal aliento Dientes amarillos Coste Falta de independencia-controlados por los cigarrillos Dolor de garganta Tos Disnea (puede afectar al deporte) Infecciones respiratorias frecuentes	Doble riesgo de enf. del corazón 6 veces el riesgo de enfisema 10 veces riesgo de cáncer de pulmón 5-8 años menos de vida Coste de los cigarrillos Coste del tiempo de enfermedad Mal aliento Poca conveniencia y aceptabilidad social Arrugas
EMBARAZADAS	ADULTOS SINTOMÁTICOS
Mayor riesgo de aborto espontáneo y muerte fetal Mayor riesgo de bajo peso al nacer	Infecciones de vías respiratorias altas Tos Dolor de garganta Disnea Ulceras Angina Claudicación Osteoporosis Esofagitis
PADRES	TODOS LOS FUMADORES
Tos e infecciones respiratorias en hijos de fumadores Rol ejemplar	Dinero ahorrado Sentirse mejor Mayor capacidad de ejercicio Vida más larga para disfrutar de la jubilación, de los nietos, etc.
FUMADORES RECIENTES	
Más facilidad para dejarlo	

Adaptado de: Manley MW, Epps RP, Glynn TJ. The clinician's role in promoting smoking cessation among clinic patients. Med Clin North Am 1992; 76: 477-94.

¿ CÓMO AYUDAR A DEJAR DE FUMAR?

Muchos de los fumadores que acuden a las consultas están motivados para dejar de fumar, pero no saben cómo hacerlo. Para ayudarles, es muy importante acordar con ellos una fecha para intentarlo. Normalmente, se recomienda que el paciente busque un día en las cuatro semanas siguientes y que ese día se registre en la historia clínica. Esto supone un compromiso firme, que refuerza la motivación del paciente y le ayuda a tener éxito.

Hasta ese día , el fumador puede hacer algunas cosas que le ayudarán a dejar de fumar:

- Pensar y escribir las razones para dejar de fumar y también las razones por las que se fuma.
- Desautomatizar la conducta de fumar: durante unos días registrar todos los cigarrillos que se fuman, las circunstancias en las que se fuman y el grado de motivación que se tiene para fumarlo. Esto ayuda a conocer qué situaciones están asociadas a la conducta de fumar y prever maneras de afrontarlas sin cigarrillos los primeros tiempos después de dejarlos.
- Calcular el dinero que se gasta en fumar y planear usarlo en algo que apetezca desde hace tiempo. Muchos fumadores gastan 9.000 pesetas o más cada mes, más de 108.000 pesetas al año.
- Buscar apoyo para dejar de fumar: puede ser mucho más fácil dejar de fumar al mismo tiempo que un amigo o el cónyuge.

Muchos de estos consejos están recogidos en folletos de auto-ayuda con instrucciones concretas sobre cómo dejar de fumar, como las "Guías práctica para dejar de fumar" que hay en las diversas comunidades autónomas.

Hay que transmitirle al paciente que, aunque nada es cierto en el 100% de los casos, es mejor dejar de fumar de golpe y totalmente en el día fijado. Pueden servirle algunos consejos como los siguientes:

- Pensar sólo en el día concreto: **Hoy no va a fumar**
- Comenzar a realizar algún ejercicio suave: le relajará, le ayudará a controlar el peso y le permitirá observar algunos de los beneficios rápidos que se obtienen al dejar de fumar.
- Beber grandes cantidades de agua o de zumos de frutas ricos en vitamina C: le ayudarán a eliminar la nicotina.
- Masticar chicle sin azúcar, tener algo en las manos como un bolígrafo, etc.: esto ayuda a calmar los componente oral y/o manual que son importantes en algunos fumadores.
- Practicar ejercicios de relajación sencillos: varias respiraciones profundas seguidas, por ejemplo, que ayudan a que pase la necesidad urgente de fumar un cigarrillo.
- Algunos consejos para paliar el síndrome de abstinencia se incluyen en la tabla 5.

- En los fumadores más dependientes, hay que considerar los fármacos, sobre todo el chicle o parche de nicotina, que son con los que se tiene más experiencia en atención primaria. Su uso duplica la probabilidad de éxito en este tipo de fumadores y por ello es clave utilizarlos. Algunas recomendaciones sobre su uso se incluyen en la tabla 6.

Tabla 5: Recomendaciones para paliar el síndrome de dependencia a la nicotina

Síntoma	Recomendaciones
Deseo muy fuerte de fumar	Respirar profundamente 3 veces seguidas, o intentar otras técnicas de relajación. Beber agua o zumos. Masticar chicles sin azúcar o comer algo bajo en calorías. Pensar que este deseo será cada vez menos intenso y frecuente.
Insomnio	Evitar café o bebidas con cafeína. Tomar infusiones. Hacer más ejercicio. Intentar técnicas de relajación.
Cefalea	Ducha o baño templado. Intentar técnicas de relajación.
Estreñimiento	Dieta rica en fibras. Beber mucha agua.
Dificultad de concentración	No exigir un alto rendimiento durante una o dos semanas. Evitar las bebidas alcohólicas.
Nerviosismo	Caminar, tomar un baño, intentar técnicas de relajación. Evitar café o bebidas con cafeína.
Hambre	Beber mucha agua y zumos que no engorden. Vigilar la ingesta de azúcares refinados y de alimentos ricos en calorías.
Astenia	Aumentar las horas de sueño.

Tabla 6: Recomendaciones para el uso de fármacos para ayudar a dejar de fumar

	Parches de nicotina	Chicles de nicotina	Spray nasal de nicotina	Comprimidos para chupar de nicotina	Bupropion
Dosis / Duración	Disponibles de 16 y 24 horas. PNT 16h.: 4 semanas 15 mg. 2 semanas 10 mg. 2 semanas 5 mg. PNT 24h.: 4 semanas 21 mg. 2 semanas 14 mg. 2 semanas 7 mg.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disponibles de 2 y 4 mg. ➤ Dar el de 2 mg inicialmente. En los de mayor dependencia (8 o más en el test de Fagerström) o fallo previo con el de 2 mg → dar el de 4 mg. ➤ Probar pautas de dosificación fijas (1 chicle cada hora mientras se está despierto). No pasar de 30 chicles/día de 2 mg. ni de 20 chicles/día de 4 mg. ➤ Disminuir gradualmente después de 3 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1 dosis consiste en una liberación de 0,5 mg en cada fosa nasal (1mg en total) ➤ 1-2 dosis por hora y aumentar según se necesite para disminuir síntomas. ➤ Mínimo 8 dosis/día y, máximo 40 dosis/día ➤ 3-6 meses 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1 mg por comprimido (equivale a un chicle de 2 mg). ➤ Probar pautas de dosificación fijas (1 comprimido cada 1-2 horas). Dosis habitual: 8-12 al día. No pasar de 25 comprimidos /día. ➤ Disminuir gradualmente después de 3 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 150 mg cada mañana x 6 días; después 150 mg/ 2 veces al día separadas al menos por un intervalo de 8 horas. ➤ Empezar el tratamiento 1-2 semanas antes de dejar de fumar ➤ Prolongar el tratamiento de 7 a 9 semanas más ➤ Mantenimiento hasta 6 meses (según pauta recomendada en USA)
Instrucciones	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No fumar. ➤ Utilizar sobre piel sin pelo preferentemente sobre el tórax. ➤ Cambiar de localización cada día, no repetir en 7 días. ➤ Empezar a usar al levantarse el día de dejar de fumar. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No fumar. ➤ Masticar el chicle de 5 a 10 veces hasta percibir un sabor "picante", colocar el chicle entre las encías y la cara interna de la mejilla para permitir que la nicotina se absorba y esperar a que disminuya el sabor picante, luego volver a masticar (ir cambiando el sitio de colocación del chicle). ➤ Utilizar cada chicle durante 30 minutos. ➤ Absorción limitada por ingesta de líquidos acidificantes (café, zumos, refrescos). Evitar comer y beber 15 minutos antes y durante el uso. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No fumar. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No fumar. ➤ Chupar el comprimido lentamente hasta percibir un sabor "picante", colocar el comprimido entre las encías y la cara interna de las mejillas para permitir que la nicotina se absorba y esperar a que disminuya el sabor, luego volver a chupar (ir cambiando el sitio de colocación). ➤ Utilizar cada comprimido durante 30 minutos. ➤ Absorción limitada por ingesta de líquidos acidificantes (café, zumos, refrescos). 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fijar el día D de dejar de fumar después de 1-2 semanas de tratamiento ➤ Acompañar de seguimiento/apoyo según la pauta de visitas recomendada
Efectos adversos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reacciones dermatológicas locales ➤ Insomnio 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dolor mandibular ➤ Dispepsia 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Irritación nasal ➤ Potencial mayor para desencadenar dependencia 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hipo ➤ Molestias y úlceras leves y transitorias de la cavidad oral 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Insomnio ➤ Boca seca ➤ Cefalea ➤ Reacciones dermatológicas
Precauciones/ Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enf cardiovascular aguda o inestable ➤ Embarazo (valorar relación riesgo-beneficio) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enf cardiovascular aguda o inestable ➤ Embarazo (valorar relación riesgo-beneficio) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enf cardiovascular aguda o inestable ➤ Embarazo (valorar relación riesgo-beneficio) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enf cardiovascular aguda o inestable ➤ Embarazo (valorar relación riesgo-beneficio) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Antc. de convulsiones o Tumor SNC ➤ Antc. Trast. Alimentarios ➤ Antc. Trastorn Bipolar ➤ Abstinencia brusca de alcohol o benzodiacepinas ➤ Uso de IMAO en los 14 días previos. ➤ Administrar con mucha precaución (y a dosis de 150 mg/día) si medicación que baja el umbral de convulsiones o interactúa con bupropion o insuficiencia renal/hepática

¿QUÉ HACER SI NOS PIDEN AYUDA MÁS INTENSIVA?

Aproximadamente 1 de cada 5 fumadores nos pedirá ayuda más intensiva y podemos proponerle un protocolo de visitas como el que sigue (Tabla 7).

Tabla 7: Protocolo de 6-7 visitas de ayuda

VISITA : FASE Y CALENDARIO	CONTENIDOS
Antes del día D (1 o 2 visitas)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿En qué piensa que a usted le perjudica fumar? ➤ Valorar intentos previos/recaídas ➤ Explorar motivos y dependencia ➤ Reforzar la motivación ➤ Valorar substitutos de la nicotina ➤ Valorar el entorno familiar/social/laboral y buscar su apoyo ➤ Pesar ➤ FIJAR DIA D ➤ Recomendaciones para ↓ Síndrome de abstinencia
FASE DE EUFORIA (3-8 días después del día D)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Consejo sobre cómo afrontar situaciones difíciles ➤ Valorar síndrome de abstinencia ➤ Control de substitutos de nicotina ➤ Reforzar el apoyo del entorno familiar/social/laboral ➤ Facilitar la verbalización de los beneficios/dificultades de dejar de fumar ➤ Si recaída: Valorar circunstancias ➤ Avisar la aparición de un "duelo"
FASE DE DUELO 10-15 días después de dejarlo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Valorar la presencia de: Sensación de vacío, aumento de apetito y alteraciones del sueño ➤ ↓ síndrome de abstinencia físico ➤ Facilitar la verbalización de los beneficios y reforzarlos ➤ Control de los substitutos de nicotina ➤ Reforzar apoyo del entorno
FASE DE NORMALIZACIÓN 15-30 días después de dejarlo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avisar sobre sensación de falsa seguridad ➤ Facilitar la verbalización de los beneficios y reforzarlos ➤ A los 28 días cambio de pauta en el parche de nicotina
FASE DE CONSOLIDACIÓN 2-3 meses después de dejarlo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Valorar: fantasías de control. Prevenir de las recaídas de tipo social ➤ Pesar ➤ Facilitar la verbalización de los beneficios a largo plazo y reforzarlos ➤ Cambiar / suspender la pauta de substitutos de la nicotina ➤ FELICITAR
SEGUIMIENTO AL AÑO "EXFUMADOR"	<ul style="list-style-type: none"> ➤ FELICITAR ➤ Facilitar la verbalización de los beneficios a largo plazo y reforzarlos ➤ Prevenir de las recaídas de tipo social

Adaptado de Ballvé, 2000 sobre una propuesta previa de Marín y González, 1998.

¿ CÓMO AYUDAR A MANTENERSE SIN FUMAR?

La mayoría de las recaídas se producen en las primeras dos o tres semanas después de dejar de fumar y tienen relación con el síndrome de abstinencia. Es muy importante avisar al paciente de la posibilidad de que este ocurra e informarle de que es una situación habitual al dejar los cigarrillos, que tiene un curso y una evolución conocidos y que sus síntomas desaparecen en un tiempo determinado. También se ha visto que una actividad de seguimiento en las dos primeras semanas puede ayudar a superar este período crítico y aumentar las expectativas de éxito.

Otro factor que se ha relacionado con que la gente recaiga es el aumento de peso que se produce en un alto porcentaje de fumadores al dejar de fumar. Es importante discutir este tema con los fumadores: reconocer que al dejar de fumar se gana como promedio alrededor de 2-4 kg. y que sólo un pequeño porcentaje de gente (10%) se produce un aumento de peso de 10 kg o más. Ni aún en este último caso el riesgo para la salud es comparable al de seguir fumando. Es importante tener en cuenta que las motivaciones de las conductas de las personas son diversas y que para algunas personas la estética tiene una gran importancia. En estos casos hay que enfatizar las mejorías estéticas que se producen al dejar de fumar, hay que aconsejar que se eviten la ingesta de azúcares y de comidas ricas en calorías y se puede establecer un compromiso de que si pasados unos meses la persona quiere perder peso desde la consulta se le ayudará.

Pasados 6 meses sin fumar sólo un porcentaje pequeño de personas recaen, por lo que algunos protocolos clínicos y algunos estudios definen como ex-fumador a las personas que, habiendo sido fumadores previamente, no han consumido tabaco en los últimos 6 meses.

El criterio más utilizado actualmente, y el standard en los estudios de investigación, es considerar **ex-fumador** a la persona que, habiendo sido fumador, lleva un año sin fumar. Se estima que, en estos casos, menos de un 10% volverán a fumar.

No es necesario validar la declaración de las personas que afirman haber dejado de fumar. Si nuestra relación con la persona es buena, es improbable que nos mienta ya que eso no le reportaría ningún beneficio. Es clave mantener un clima de confianza y empatía que posibilite que la persona acuda a nosotros cuando haya recaído, o, idealmente, previamente a la recaída, en el momento en que piensa que tiene un riesgo mayor para recaer. La validación de la abstinencia sí que tiene un papel, sin embargo, en el contexto de la investigación clínica. Para valorarla se dispone de diversos marcadores, entre los que destacan el monóxido de carbono en aire espirado y la cotinina en orina o en saliva.

El punto de corte para el monóxido de carbono en aire espirado es de 8 partes por millón; con este punto de corte tiene una sensibilidad del 90% y una especificidad del 89%.

El punto de corte óptimo para la cotinina en saliva es 14,2 ng/ml y en orina de 49,7 ng/ml. Con ellos se obtiene una sensibilidad mayor al 96% y una especificidad del 99%. Este marcador no puede utilizarse si el ex-fumador está utilizando sustitutos de la nicotina).

La medición de monóxido de carbono en aire espirado ha sido utilizada como medio de refuerzo positivo a la hora de dejar de fumar, ya que ya en los primeros días se produce una normalización de los valores obtenidos y esto ayuda a las personas que están intentando dejar de fumar.

TABAQUISMO PASIVO

El humo de la corriente secundaria de los cigarrillos contiene más partículas de pequeño tamaño que el de la corriente principal y por lo tanto es más probable que estas se depositen más abajo en los pulmones.

Un no fumador viviendo con un fumador tiene un riesgo un 30% más alto de muerte por enfermedad coronaria y también un 26% más alto de muerte por cáncer de pulmón. Estos riesgos aumentan con el número de cigarrillos diarios a los que se ha estado expuestos y con el número de años que ha durado la exposición.

Las consecuencias de fumar en las mujeres incluyen diferentes efectos en la reproducción: fumar reduce la fertilidad, aumenta la tasa de abortos y prematuros, puede causar sangrado durante el embarazo y produce bajo peso en los recién nacidos.

Los hijos de padres fumadores tienen un riesgo mayor de padecer asma bronquial, tos persistente, otitis, ingresos hospitalarios y pérdidas de días escolares.

Es importante preguntar por la convivencia con personas fumadoras y aconsejar estrategias para disminuir la exposición al tabaco, como establecer "zonas sin humo" en domicilios y lugares de trabajo.

ALGUNAS DUDAS QUE PUEDEN PLANTEAR LAS PERSONAS QUE DEJAN DE FUMAR

* *"¿Es el único placer que me queda!"*

Cuando se deja de fumar,

- se recupera sentido del gusto y del olfato por lo que se disfruta más de la comida
- se gana capacidad para hacer deporte
- se ahorra dinero que se puede dedicar a las aficiones personales
- se aumenta el número de días sin enfermedad, etc.

* *"Mi abuelo fumó como una chimenea durante toda la vida y vivió 90 años"*

Los últimos estudios muestran que uno de cada 2 fumadores morirán por una enfermedad relacionada con el tabaco, y un número mayor aún padecerán enfermedades causadas por él. Hay personas que, a pesar de fumar durante años, no enferman por su consumo. No se puede saber quienes no van a ser afectados, y el riesgo es muy grande.

* *"Sólo fumo cigarrillos bajos en nicotina y alquitrán, ¿es necesario dejar de fumar?"*

La mayor parte de las personas que fuman este tipo de cigarrillos inhalan más a menudo o más profundamente para compensar el contenido bajo de nicotina de sus cigarrillos; por lo que, al final, la absorción de nicotina es equivalente.

* *"Es más peligrosa la contaminación que fumar"*

El humo del tabaco tiene una concentración de algunas sustancias tóxicas que llega a ser 400 veces superior a los límites aceptados internacionalmente.

* *"No tengo suficiente voluntad para dejar de fumar"*

Cada día muchos fumadores dejan de fumar definitivamente. La mayoría de ellos necesitan varios intentos. Cada intento es un paso más que acerca a la persona a su objetivo de dejar de fumar.

* *"He reducido mucho el número de cigarrillos que fumo cada día"*

No hay ningún nivel de consumo seguro. Aunque existe una relación dosis-respuesta clara entre el número de cigarrillos consumidos al día y los efectos perjudiciales del tabaco, fumar incluso un cigarrillo al día es dañino. Reducir el consumo es casi tan difícil como dejar de fumar completamente y, además, las probabilidades de volver al nivel de consumo previo son muy altas.

* *"Cuándo he intentado dejar de fumar, tengo muy mal humor y no hay quien me soporte"*

El síndrome de abstinencia a la nicotina está bien descrito y cursa con unos síntomas claros (irritabilidad, insomnio, dificultad de concentración, deseo urgente de un cigarrillo, etc.) durante un período bien establecido (2-3 semanas, con un máximo las primeras 48 horas). Lo mismo que cuando uno pasa una neumonía espera de su entorno apoyo y cuidados, el fumador necesita comprensión y apoyo durante el tiempo que dura su síndrome de abstinencia. Pasado este tiempo, hay beneficios para todos: reducción del humo de tabaco en el ambiente, una vida más larga y con menos enfermedades, etc.

BIBLIOGRAFÍA

- Ballvé JL, Monteverde X, Zarza E, et al. El tabaquismo en atención primaria. *Medicina Integral* 2000; 35: 52-60
- Cabezas C. Novedades en la intervención sobre el consumo de tabaco desde la atención primaria. *Aten Primaria* 2000; 25: 584-588
- Córdoba R, Ortega R, Cabezas C, Forés D, Nebot M. Recomendaciones sobre estilo de vida. Actualización PAPPS 1999. *Aten Primaria* 1999; 24, sup 1: 118-132
- Cummings SR, Rubin S, Oster G. The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. *JAMA* 1989; 261: 75-9.
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating Tobacco Use and dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.
- Glynn TJ, Manley MW. How to help your patients stop smoking: The National Cancer Institute Manual for physicians. National Cancer Institute, National Institutes of Health. Bethesda, MD, 1989.
- Banegas JR, Díez L, Rodríguez-Artalejo F, González J, Graciani A, Villar F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Med Clin (Barc)* 2001; 117:692-4.
- González J. Clínica del fumador. Terapéutica y seguimiento. *Rol* 1998; 234: 17-20
- Granollers S. Tratamiento del tabaquismo. Guía para profesionales de enfermería. *Rol* 1999; 22: 65-70.
- Hackshaw AK, Law MR, Wald NJ. The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. *BMJ* 1997; 315:980-988.
- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics and antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 1999. Oxford: Update Software.
- Law MR, Morris JK, Wald NJ. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. *BMJ* 1997; 315:973-980.
- Lee EW, D'Alonzo GE. Cigarette Smoking, Nicotine Addiction, and its pharmacologic treatment. *Arch Intern Med* 1993; 153:34-48.
- Lee EW, D'Alonzo GE. Cigarette Smoking, Nicotine Addiction, and its pharmacologic treatment. *Arch Intern Med* 1993; 153:34-48.
- Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco control* 1994; 3: 242-247.
- Manley M. Tobacco use. Counseling and adjunctive therapy. In: Woolf SH, Jonas S, Lawrence RS, eds. *Health Promotion and disease prevention in clinical practice*. Williams & Wilkins: Baltimore, 1996.
- Marín D. Clínica del fumador. 1—Detección y Diagnóstico. *Rol* 1998; 234: 11-16
- Martin C, Córdoba R, Jané C, Nebot M, Galán S, Aliaga M et al. Evaluación a medio plazo de un programa de ayuda a los fumadores. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 744-748.
- Miller W, Rollnick S. La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Paidós Ibérica. Barcelona; 1999.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud, 1997.
- Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 1992; 339: 1268-78.
- Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation: evidence based recommendations for the healthcare system. *BMJ* 1999; 318. 182-5.
- Raw M. Smoking module. In: *Helping People Change*. Health Education Authority, 1993.
- Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 1999. Oxford: Update Software.

Richmond RI; Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction* 1993; 88. 1127-35.

Richmond R. Opening the window of opportunity: encouraging the patients to stop smoking. *Heart* 1999; 81: 456-458.

Samet J. The health benefits of smoking cessation. *Med Clin North Am* 1992; 76:399-438.

Silagy C, Ketteridge S. The effectiveness of physician advice to aid smoking cessation (Cochrane Review). In *The Cochrane library*, Issue 3, 1999. Oxford: Update Software.

Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. Nicotine Replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 1999. Oxford: Update Software.

Tang JL, Law M, Wald N. How effective is nicotine replacement therapy in helping people to stop smoking? *BMJ* 1994; 308: 21-26

U.S.Preventive Services Task Force. *Guide to clinical preventive services*, 2nd. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996: 597-609.