

# **TALLER "ABORDAJE DEL TABAQUISMO DESDE AP"**

**ANA BRAVO PABLO**

Médico especialista en MFYC C.S. Zona Centro Cáceres

**LAURA CASERO CRUZ**

Enfermera de AP en C.S. Zona Centro

Responsables de consulta de deshabituación tabáquica en C.S. Zona Centro

# INTRODUCCIÓN

- Enfermedad crónica
- Primera causa evitable de mortalidad
- Responsable del 30% de fallecimientos por cáncer, 20% de muertes por EC y ACV; y 80% de los casos de EPOC
- Fumadores: 20%
- 150 muertes diarias en España
- Humo= 4700 productos químicos
- Rendimiento de prevención muy elevado
- Deshabituación: motivación y confianza

DEJAR DE FUMAR ES LA MEJOR MEDIDA DE SALUD  
QUE PUEDE ADOPTAR UNA PERSONA EN SU  
VIDA



# PROBLEMAS ACTUALES

- **Tabaco de liar.**
  - 30% más de CO.
  - X2 riesgo de Ca de boca, laringe o faringe.
- **Cigarrillo electrónico.**
  - Vapores de nicotina por calentamiento electrónico.
  - Nicotina variable.
  - Propilenglicol.
  - No evidencia de eficacia en deshabituación tabáquica.
- **IQOS.**
  - No pirolisis.
  - Misma adicción.
  - X2 [acenafteno].

# REALIDAD

No abordaje sistemático. **¿Qué falla?**

- Falta de tiempo.
- Considerar las intervenciones poco efectivas.
- Desconocimiento.

**Grandes objetivos:**

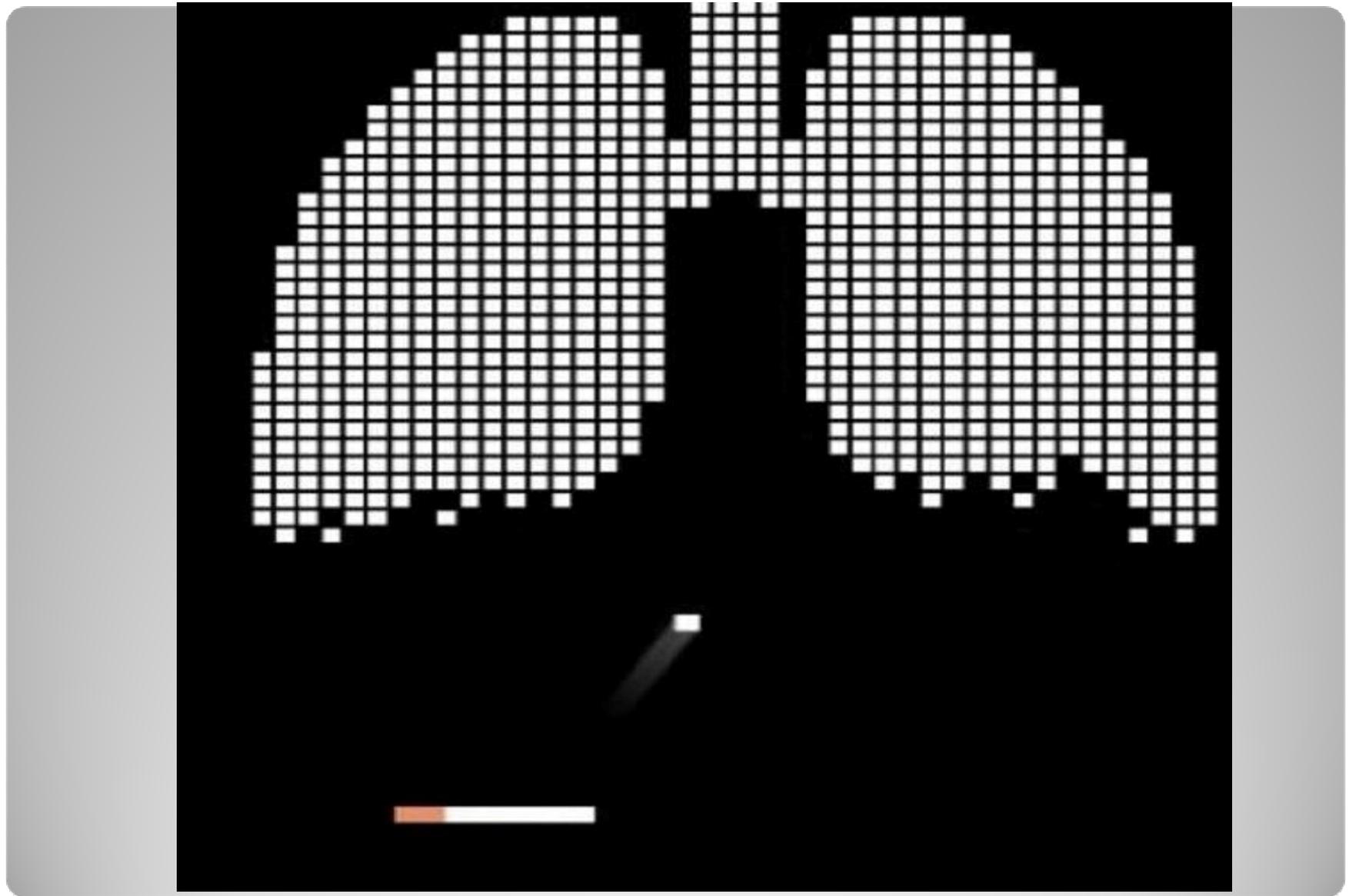
- Evitar el inicio del tabaquismo.
- Ayudar a los fumadores a dejar de fumar.

LA CESACIÓN EN EL CONSUMO DE TABACO ES LA **MÁS IMPORTANTE** MEDIDA DE SALUD PÚBLICA QUE LOS PAÍSES PUEDEN ADOPTAR PARA BENEFICIAR SU SALUD Y ECONOMÍA



# ¿POR QUÉ INTERVENCIÓN EN TABAQUISMO DESDE AP?

- Enfermedades y defunciones.
  - Ca pulmón.
  - EPOC.
  - Cardiopatía isquémica.
  - Enfermedad cerebrovascular.



# ¿POR QUÉ INTERVENCIÓN EN TABAQUISMO DESDE AP?

- Disminución de mortalidad.
- Responsabilidad y obligación.
- Problema de gran índole.

# ¿POR QUÉ INTERVENCIÓN EN TABAQUISMO DESDE AP?

- Condiciones idóneas de la AP:
  - Accesibilidad → Prevención 1ª, 2ª y 3ª.
  - Continuidad →
    1. Receptividad.
    2. Relación médico-paciente.
    3. Satisfacción.

# **ENTONCES, ¿CÓMO ACTUAR DESDE AP?**

## INTERVENCIÓN INTENSIVA

Mayor probabilidad de éxito      Deseos de dejar de fumar

## INTERVENCIÓN BREVE (IB)

Abordaje oportunista      Deseo o no de dejar de fumar

# ENTONCES, ¿CÓMO ACTUAR DESDE AP?

- El 70-75% acude al menos 1 vez al año



- Desde consejo breve hasta 30-40 min máx.
- Máximo 3 sesiones → **Protocolo 1-15-30**

# ENTONCES, ¿CÓMO ACTUAR DESDE AP?

- **Intervención breve → 5Aes:**
  - Averiguar.
  - Aconsejar.
  - Acordar.
  - Ayudar.
  - Asegurar.

A photograph of a male doctor in a white lab coat, smiling and holding a broken cigarette in his hands. In the background, other medical staff are blurred. The text is overlaid in red, bold, capital letters at the bottom of the image.

**EL CONSEJO LO DEBE DAR TODO  
EL PERSONAL SANITARIO QUE  
FORMA PARTE DEL EAP**

# ENTONCES, ¿CÓMO ACTUAR DESDE AP?

- **Intervención breve → 5Rs:**
  - Relevancia.
  - Riesgos.
  - Recompensas.
  - Reconsiderar.
  - Repetición.

## Fases de Prochaska y di Clemente

### Relapse

*Falling back into old patterns, actions and behaviours. Each relapse is met with new insights and knowledge leading to less frequency in setbacks.*

### Pre-Contemplation

*Not thinking about or has rejected change.*

*Living in Harms Way*

### Contemplation

*Thinking and talking about change. Seeks out support.*

*Tired of Living in Harms Way*

### Maintenance

*Achieving positive and concrete developments with continuing and potentially little support.*

*Living Out Of Harms Way*

### Action

*Taking positive steps by putting the plan into practice.*

*Gradually Moving Out of Harms Way*

### Planning

*Planning what it would take to make change happen.*

*Strategizing How to Move Out of Harms Way*

  
YOU CAN  
**STAGES OF CHANGE**

Adapted from Prochaska & DiClemente and Ignacio Pacheco | YOU CAN 2012

# ENTONCES, ¿CÓMO ACTUAR DESDE AP?

- **Entrevista motivacional:**
  - Expresar empatía.
  - Crear la discrepancia.
  - Evitar la discusión.
  - Dar un giro a la resistencia.
  - Fomentar la autoeficacia.

# Y DESPUÉS DE ESTO, ¿QUÉ?

- **Anamnesis.**
  - AP generales y AF.
  - Características del hábito tabáquico:
    - AP tabaquismo.
    - Tabaquismo actual.
    - Patrón de consumo.
    - Intentos previos.
  - Exploración física.

# Y DESPUÉS DE ESTO, ¿QUÉ?

- **Análisis de la dependencia.**

- Dependencia física:

- Test de Fagerstrom:

- 0-3 → baja.
- 4-6 → moderada.
- 7-10 → alta.

- Nicotina en plasma:

- >250 ng/ml → alta.
- <250 ng/ml → moderada.

- Dependencia psicosocial y conductual:

- Test de Glover-Nilson:

- 0-5 → leve.
- 6-10 → moderada.
- 11-16 → alta.

## Test de Fagerstrom

Ítems	Respuesta	Puntos
1. ¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?	5 min o menos	3
	6- 30 min	2
	31-60 min	1
	Más de 1h	0
2. ¿Tiene dificultad para abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido?	Sí	1
	No	0
3. ¿Qué cigarrillo le cuesta más dejar de fumar?	El 1º de la mañana	1
	Otros	0
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	10 o menos	0
	11-20	1
	21- 30	2
	31 o más	3
5. ¿Fuma más en las primeras horas del día después de levantarse?	Sí	1
	No	0
6. ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que estar en la cama?	Sí	1
	No	0

## Test de Glover-Nilson

1. Mi hábito de fumar es muy importante para mí	0	1	2	3	4
2. Juego y manipulo el cigarrillo como parte del ritual del hábito de fumar	0	1	2	3	4
3. Juego y manipulo el paquete de tabaco como parte del ritual del hábito de fumar	0	1	2	3	4
4. ¿Ocupa sus manos y dedos para evitar el tabaco?	0	1	2	3	4
5. ¿Suele ponerse algo en la boca para evitar fumar?	0	1	2	3	4
6. ¿Se recompensa a sí mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea?	0	1	2	3	4
7. ¿Se angustia cuando se queda sin cigarrillos o no consigue encontrar el paquete de tabaco?	0	1	2	3	4
8. Cuando no tiene tabaco, ¿le resulta difícil concentrarse y realizar cualquier tarea?	0	1	2	3	4
9. Cuando se halla en un lugar en el que está prohibido fumar ¿juega con un cigarrillo o paquete de tabaco?	0	1	2	3	4
10. ¿Algunos lugares o circunstancias le incitan a fumar: su sillón favorito, sofá, habitación, coche, o la bebida (alcohol, café)?	0	1	2	3	4
11. ¿Se encuentra a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina, sin desearlo realmente?	0	1	2	3	4
12. ¿Le ayuda a reducir el estrés el tener un cigarrillo en las manos aunque sea sin encenderlo?	0	1	2	3	4
13. ¿A menudo se coloca cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca (bolígrafos, palillos, chicles, etc.) y los chupa para relajarse del estrés, tensión, frustración, etc.?	0	1	2	3	4
14. ¿Parte de su placer de fumar procede del ritual que supone encender un cigarrillo?	0	1	2	3	4
15. ¿Parte del placer del tabaco consiste en mirar el humo cuando lo exhala?	0	1	2	3	4
16. ¿Enciende alguna vez un cigarrillo sin darse cuenta de que ya tiene uno encendido en el cenicero?	0	1	2	3	4
17. Cuando está solo en un restaurante, parada de autobús, fiesta, etc., ¿se siente más seguro, a salvo o más confiado con un cigarrillo en las manos?	0	1	2	3	4
18. ¿Suele encender un cigarrillo si sus amigos lo hacen?	0	1	2	3	4

# Y DESPUÉS DE ESTO, ¿QUÉ?

- **Análisis de la motivación.**
  - Baja motivación: fracaso asegurado.
  - Razones.
  - Lista de motivos.
  - Test de Richmond:
    - 0-6 → baja.
    - 7-9 → moderada.
    - 10 → alta

## Test de Richmond

Ítems	Respuesta	Puntos
1.¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?	No	0
	Sí	1
2.¿Cuánto interés tiene Ud en dejarlo?	Nada en absoluto	0
	Algo	1
	Bastante	2
	Muy seriamente	3
3.¿Intentará Ud dejar de fumar en las próximas dos semanas?	Definitivamente No	0
	Quizás	1
	Sí	2
	Definitivamente Sí	3
4.¿Cuál es la posibilidad de que Ud dentro de los próximos seis meses sea un no fumador?	Definitivamente No	0
	Quizás	1
	Sí	2
	Definitivamente Sí	3

# Y DESPUÉS DE ESTO, ¿QUÉ?

- **PC específicas.**
  - Cooximetría:
    - CarboxiHb.
    - CO.

# EN RESUMEN

- ❖ Primera consulta.
- ❖ Día D.
- ❖ Revisión 15 días.
- ❖ Revisiones mensuales.
- ❖ A demanda.

# CASO CLÍNICO

- Varón 63 años.
- Motivos: salud, economía.
- AP: HTA, DLP.
- IQ: varices y fx escafoides.
- AF: padre fallecido por Ca de pulmón, madre con artritis, hermano DM2.
- Ansiedad ocasional.
- AR: tos matutina, expectoración, no hemoptisis.
- AT: 30 cig/día durante 45 años (IPA=72) . Rubio, apura, fuma en domicilio y trabajo. 8-10 intentos previos.
- EF: BEG. COC. NHNC. AC: rítmico, no soplos. AP: MVC, no ruidos.
- TA: 162/97 mmHg P:85 kg FC: 71lpm



Recompensa positiva o negativa

COOXIMETRÍA

"Grado de intoxicación"

**COOX: 28**  
**Carboxihb: 5,11%**  
**ALTO RIESGO**





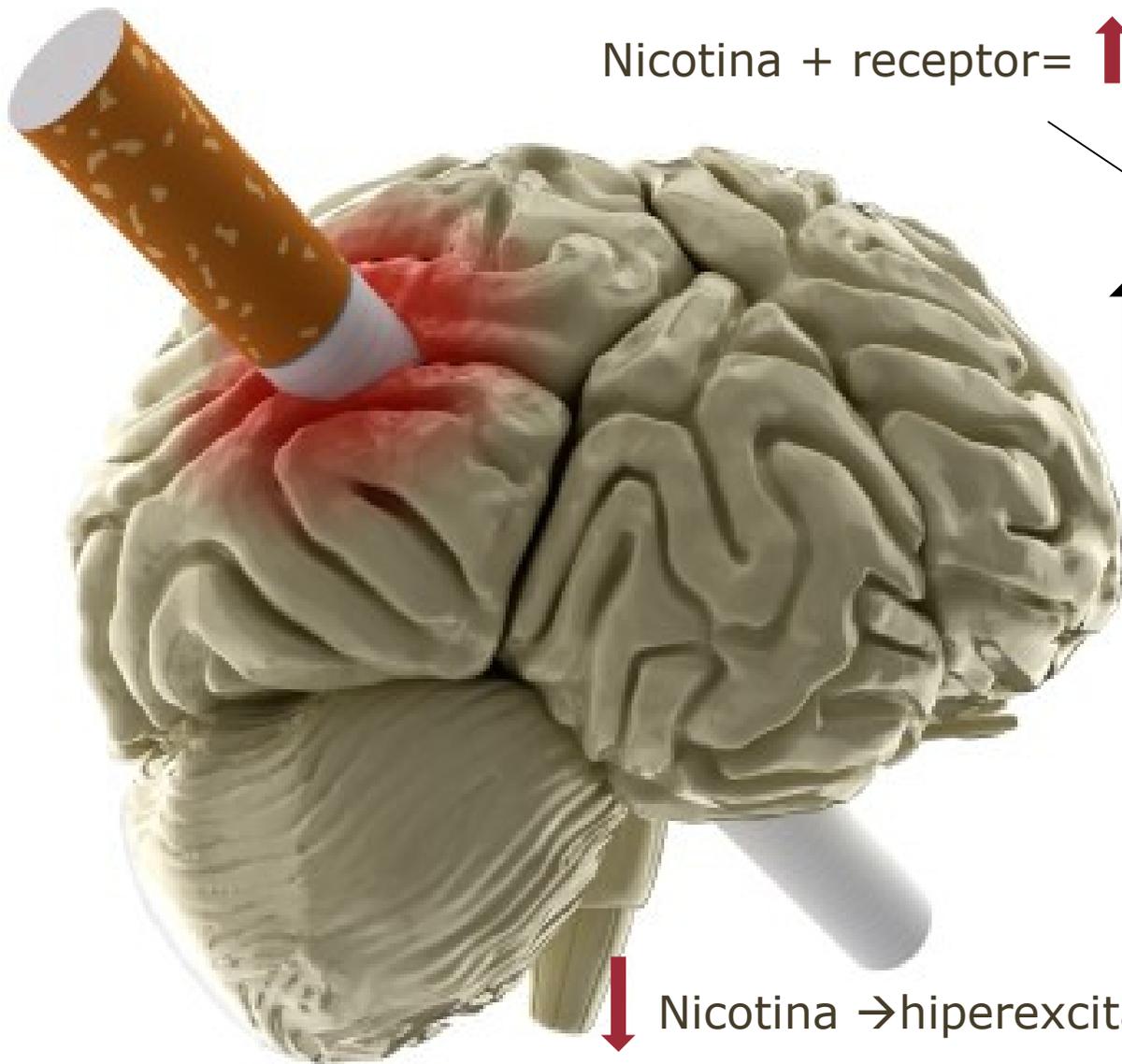
# CASO CLÍNICO

- Richmond = 7.
- Fagerstrom = 9.
- Recompensa +.
- Fumador activo.
- Fase de acción.
- Alto riesgo.



**¿QUÉ TRATAMIENTOS  
FARMACOLÓGICOS TENEMOS?**





Nicotina + receptor = ↑ dopamina

↑ Activación,  
desensibilización y  
nº de receptores

↓ Nicotina → hiperexcitabilidad → **craving**

# TSN

- Presentaciones:
  - Chicles.
  - Parches transdérmicos.
  - Comprimidos.
  - Inhalador bucal.
- Indicaciones:
  - Consumo >10cig/día o 5 paq/año.
  - Motivación alta y no CI.
- Duración: 2-3 meses.
- Precauciones:
  - ECV graves o ACV reciente.
  - Ulcus G-D activo.
  - Enf. Psiquiátrica inestable o mental grave.
  - Embarazo.
- Efectos 2º:
  - Síntomas GI.
  - Síntomas neurológicos.

- **Chicles de nicotina.**

- Absorción del 50% (pico a los 30 min).

- Dosis: - 4mg si Fagerstrom >7.  
- 2mg si Fagerstrom <7.

- 9-15 piezas/día.

- Precauciones:

- Problemas dentales.
- Trastornos de la ATM.
- Infección orofaríngea.

- Efectos 2º:

- Úlceras bucales.
- Dolor ATM.
- Hipo.
- Náuseas.

- **Parche transdérmico.**

- Niveles estables de nicotina.
- Dosis mantenida y preestablecida:
  - 10-20 cig/día → 5mg/16h ó 7mg/24h
  - 20-30 cig/día → 10mg/16h ó 14mg/24h
  - >30 cig/día → 15mg/16h ó 21mg/24h
- Inconveniente: tarda en hacer efecto.
- Precauciones específicas:
  - Enf. Dermatológicas.
  - HTA no controlada.
  - Hipertiroidismo.
- Efectos 2º:
  - Reacción cutánea local.
  - Insomnio.
  - Cefalea.
  - Dispepsia.
  - ...

- **Comprimidos de nicotina.**

- Absorción total.
- Dosis: 1-2mg (equivale a 2-4mg en chicles).
  - <10cig/día → 1 comp. Cuando deseos de fumar.
  - 10-20cig/día → 8-12 comp/día.
  - 20-40cig/día → 12-24 comp/día.
- 1 comp/1-2h (no más de 25/día).

- **Inhalador bucal de nicotina.**

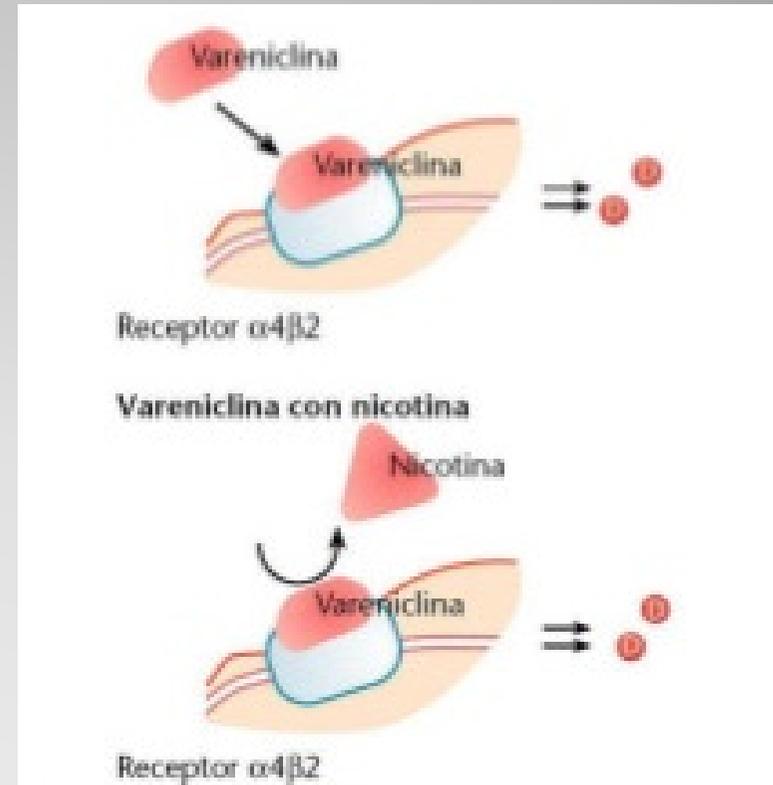
- Absorción rápida.
- Dosis: 1/h (40 dosis máx.).
- Inconveniente: adicción.
- Precaución: hiperreactividad bronquial severa.

- **TSN combinada.**

- Parche TD + formas de liberación rápida si craving.

# Vareniclina

- **Mecanismo de acción:**
  - Agonista parcial selectivo de receptores nicotínicos alfa4-beta2.
  - Control de craving y síndrome de abstinencia.
  - Bloqueo de los efectos de la nicotina sobre el receptor.
  - Eliminación urinaria del 95% (NO actúa sobre cit P450).
  - No interacciones.

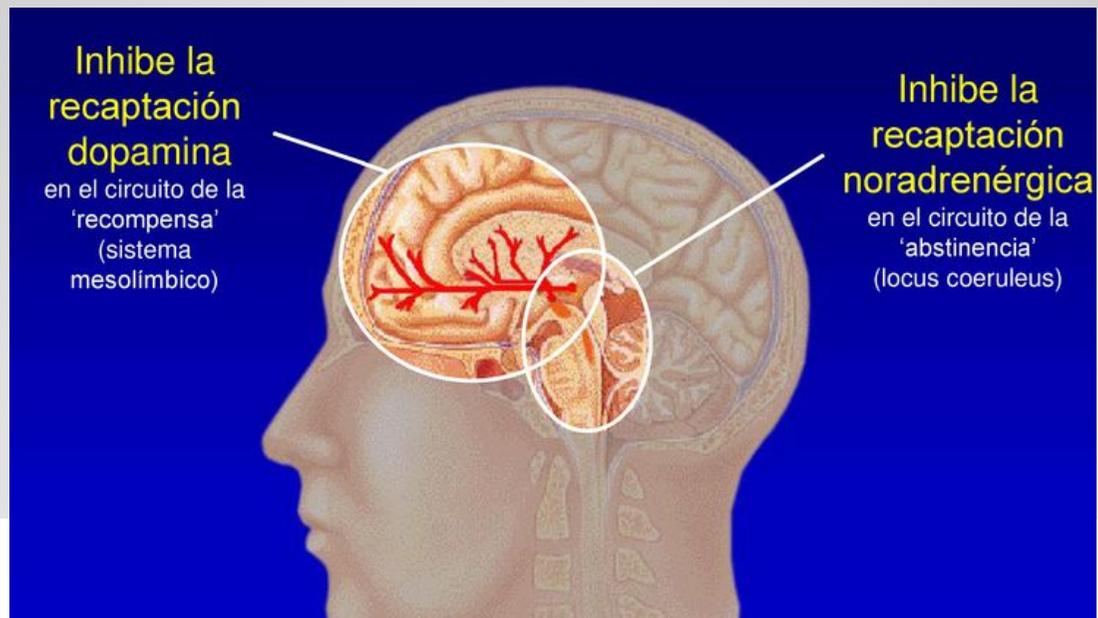


# Vareniclina

- **Dosis:**
  - 0.5mg/24h los 3 primeros días.
  - 0.5mg/8h 2 tomas 1 semana.
  - 1mg/8h 2 tomas hasta completar 12 semanas.
- **Efectos 2º:**
  - Náuseas.
  - Sueños vívidos.
  - Insomnio.
- **Contraindicaciones:**
  - Hipersensibilidad a vareniclina.
  - IR.

# Bupropion SR

- **Mecanismo de acción:**
  - Antidepresivo monocíclico.
  - Inhibición selectiva de recaptación de DA y NA.
  - Aumento de DA y NA en sinapsis neuronales.
  - Metabolismo hepático.
  - Eliminación urinaria.



# Bupropion SR

- **Dosis:**

- 150mg/24h los 6 primeros días y 150mg/8h 2 tomas al día hasta cumplir 7-8 semanas.
- 150mg/24h en ancianos, IR o IH, DM (I o ADO), peso <45kg.

- **Efectos 2º:**

- Insomnio, náuseas, sequedad bucal...
- Erupción cutánea, prurito...
- Crisis comiciales.

- **Interacciones:**

- Antidepresivos, ISRS, antipsicóticos.
- B-bloqueantes.
- Carbamacepina, fenobarbital, fenitoína.
- Cimetidina.

- **Contraindicaciones:**

- Hipersensibilidad al bupropion.
- Tr. Convulsivo.
- Tumor SNC.
- T. Bipolar.
- Cirrosis grave.
- Bulimia o anorexia.
- Deshabitación alcohólica o de BZD.
- IMAOs.
- Embarazo y lactancia.

# Estudio Eagles

- **¿Por qué?**
  - Exigencia post-marketing (USA) para vareniclina y bupropion.
  - Compromiso post-aprobación (UE).
  - Ensayos de fase 3 con vareniclina y bupropion excluyeron pacientes con historia psiquiátrica.
- **Resultados.**
  - No aumento significativo de eventos neuropsiquiátricos.
  - Buen perfil de seguridad.

# ¿Cómo elegimos el tratamiento?



**D baja y R +:**

1. Chicles.
2. Vareniclina.

**D alta y R +:**

1. Vareniclina.
2. TSN combinada.
3. Bupoprion.

**D baja y R-:**

1. Parches.
2. Bupropion.
3. Vareniclina.

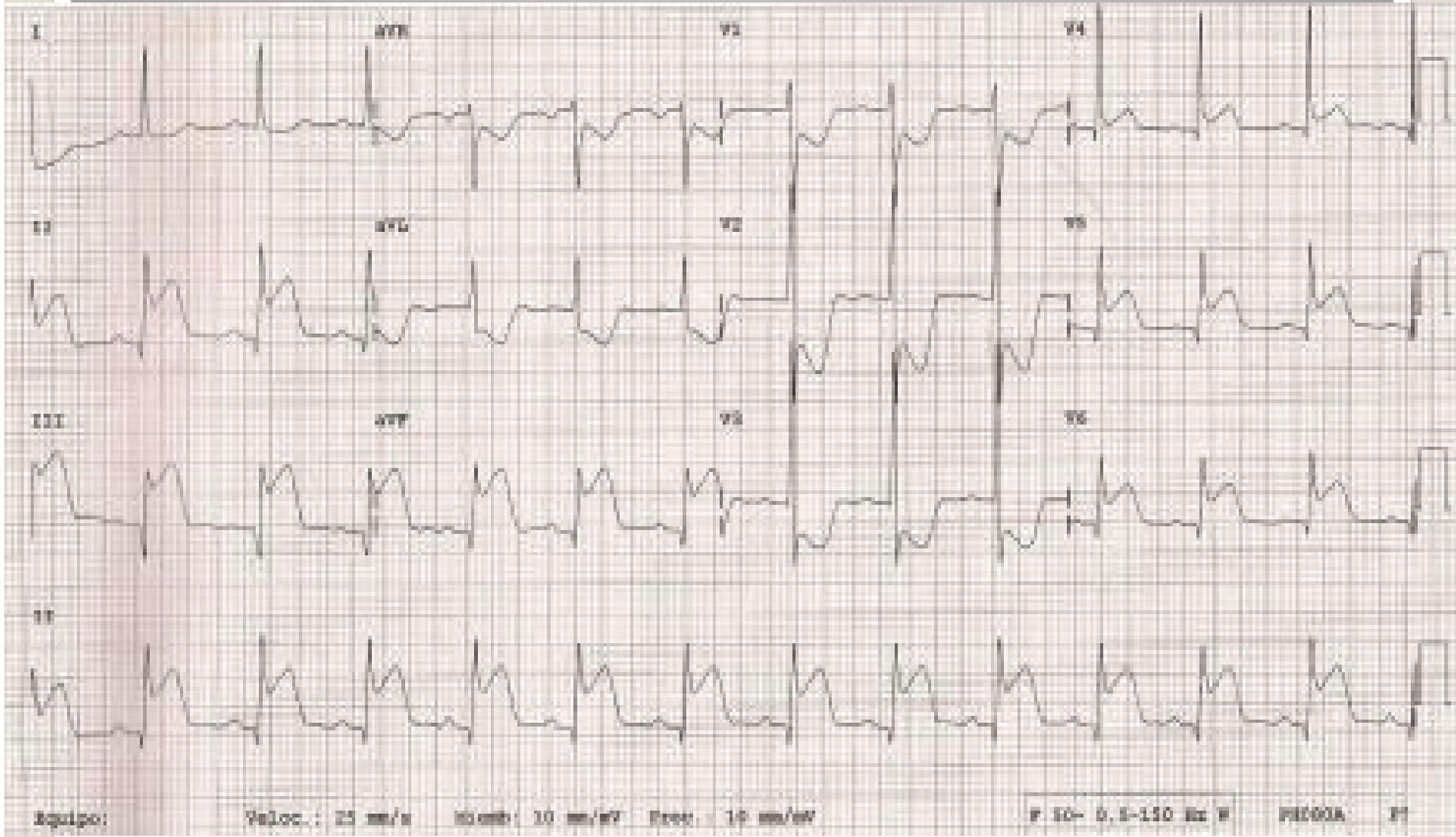
**D alta y R-:**

1. TSN combinada.
2. Bupropion.
3. Vareniclina.

# Volviendo a nuestro paciente...

- Se pauta vareniclina.
- Se acuerda día D y cita.
- Refuerzo positivo.





FRCV: ↑ TA y FC

Catecolaminas → plaquetas y endotelio → **ateroesclerosis** →  
FENÓMENOS ATEROTROMBÓTICOS





# RECAÍDAS

- 2 primeras semanas
- No culpabilizar
- Felicitar
- Animar
- Valorar dependencia y motivación
- Causas
- Replantear tratamiento, si no → ofrecer ayuda

# CONCLUSIONES

- Cada consulta una oportunidad, ¡hay que aprovecharla!
- Actuación con los no fumadores.
- Registro en el historial clínico.
- Aprendamos en cómo ofrecer consejo efectivo.
- Adecuemos la intervención y nuestro mensaje.

# CONCLUSIONES

- El tratamiento personalizado y la motivación son claves.
- Trabajemos con objetivos realistas.
- Evitemos mensajes contradictorios.
- Evitemos imposiciones y ofrezcamos alternativas.
- Si ha dejado de fumar, sigamos ofreciendo apoyo.

# BIBLIOGRAFÍA

- Adalid Maldonado Díaz, Mercedes A. Hernández Gómez, M. Andrea Figueira Vázquez, Bernardo Álvarez Modroño, Laura Peleteiro González. Tabaquismo: análisis en una consulta de Atención Primaria. Cad Aten Primaria. 2015; 21:31-34.
- Ana Morán Rodríguez, Cristóbal Trillo Fernández, Mercedes Espigares Jiménez, Pablo Panero Hidalgo, Alejo Gallego Montiel, Auxiliadora Mesas Rodríguez, Fernando Vivar Figuerola, Juan Guerrero Ruiz, Miguel Solís de Dios. Tabaquismo: abordaje en Atención Primaria. Guía de práctica clínica basada en la evidencia. Granada: Ediciones Adhara; 2011.
- Inmaculada Barceló Barceló, Caridad López Peñas, Julio J.López-Picazo Ferrer, Francisco Ramos Postigo, Francisco Valero Delgado, Carmen Victoria Jimeno, Concepción Escribano Sabater. Atención al tabaquismo en Atención Primaria: Guía de práctica clínica. Murcia: Servicio Murciano de Salud; 2006.
- [www.fundacionmasqueideas.org/portfolio/dejar\\_de\\_fumar-2017/](http://www.fundacionmasqueideas.org/portfolio/dejar_de_fumar-2017/)
- Carlos A. Jiménez-Ruiz, Karl Olov Fagerström. Tratado de tabaquismo. 2ª ed. Majadahonda (Madrid): Ergon;2007.

**GRACIAS**

