

WEBINAR: ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN LA ERA POST-COVIDEN EXTREMADURA

22 de junio de 2020



Trabajando juntos por un mundo más sano

Contenido

Preguntas formuladas por la audiencia.....	2
Preguntas en directo.....	¡Error! Marcador no definido.
Preguntas respondidas por email	¡Error! Marcador no definido.

Preguntas formuladas por la audiencia

Preguntas efectuadas por los asistentes y respuestas (por parte de Emilio Salguero)

ARANZAZU ARANGUEZ RUIZ

6:43 PM

Me gustaría saber actualmente como poder desarrollar el programa no farmacológico en tiempo COVID cuando todo se está haciendo telefónicamente. En mi área se está prescribiendo sin éste y la efectividad es menos del 5%.

Respuesta: Por "Programa no farmacológico" entiendo Abordaje conductual/Abordaje psico-social, lo que también se llama "Abordaje psicológico", que es el habitualmente usado por profesionales no médicos, que "no recetan". Por tanto, lo que yo haría es formarme en ello y practicar. Por ejemplo, el grupo de Becoña, en Galicia es un referente, y publica excelentes resultados. También en la AECC se usa el abordaje no farmacológico, en Badajoz por una psicooncóloga y en grupos, creo. Pero no dudes en escribirme para que te envíe un par de referencias, si lo necesitas.

El abordaje conductual se puede hacer telefónicamente y por videoconferencia, aunque esta parte del tratamiento es la que más se beneficia de la relación persona-persona, y en la situación epidemiológica actual ya podemos citar presencialmente a los paciente sin apenas riesgos.

MANUEL BARRAGAN RODRIGUEZ

6:40 PM

Porque puede pedir el sistema, una cooximetría para prescribir un fármaco?

Yo veo correcto que esté en Jara el apartado para los resultados de la cooximetría, pues algún profesional, por un trabajo de investigación o por otras razones, puede querer hacerla, y es bueno que pueda registrarla.

Lo que no tendría sentido es que fuese obligatoria para prescribir, para tratar farmacológicamente la enfermedad. Pero afortunadamente no es así, basta con el test de Fageström dentro del apartado "Servicios de Salud".

JUAN CARLOS MARTIN ARAUJO

6:42 PM

Gracias, Emilio, por tu revisión.. Una pregunta logística, ¿Cuántos pacientes tienes en tu cupo? y ¿cómo organizas la programación de deshabitación en tu consulta diaria?. Muchas gracias.

Tengo unos 1800 pacientes, pero afortunadamente en nuestra zona tenemos muy pocos avisos a domicilio, de modo que la primera consulta a una persona que fuma la hago sobre las 14h. Y las revisiones (V2 en adelante, que son más cortas, unos 15 minutos como máximo) las programo a esa hora (dos o tres pacientes por día), o en el tramo de Consulta Administrativa (una sola revisión) o, si el paciente no puede a esas horas o tengo poca presión asistencial, a media mañana, determinados días.

Es de destacar la ayuda de mis residentes, que sobre todo con los R4 me permite que ambos estemos algunos ratos de la mañana en consultas contiguas, atendiendo a pacientes distintos.

Te dejo el enlace de un artículo reciente donde se describe lo que hacemos y como lo hacemos, en la revista Comunidad de semFYC: <https://comunidadsemfyc.es/unidad-escuela-de-estilos-de-vida-saludables-en-un-centro-de-salud-de-badajoz-evaluacion-2007-2017/>.

MARIA DEL PILAR PASCUAL MONTERO

6:42 PM

Si el paciente no ha realizado ningún abandono en el último año, está muy motivado para su abandono y acude a la consulta para dejarlo con fármacos cómo lo abordas?

Entiendo que lo que quieres decir no es “abandono”, sino “intento de abandono”, que es lo que exige la ley. Y sé que la inmensa mayoría de los fumadores realizan, con mayor o menor intensidad, “intentos de abandono” continuamente... Porque cuando dejan de realizarlos (aunque sean por unas horas, un día determinado) es porque han “tirado la toalla” y dudo mucho que venga a pedirnos ayuda.

Si acude un paciente que fuma, motivado en abandonar su (mortal) consumo, ello es un motivo (ético y científico - me refiero a que según las evidencias esa motivación le aporta muchas probabilidades de lograr el abandono-) para prestarle ayuda, con o sin fármacos. Y si bien él/ella puede venir “por las pastillas” eso forma parte de la deformación de la información que ha recibido, como sucede con otros pacientes, en otras patologías que tratamos. Nosotros debemos poner “las cosas en su sitio”, pero para tu información te digo que la guía Fiore (“la Biblia” en tabaquismo) recomienda no ya

“informar” sobre la existencia de los fármacos, sino “ofrecer fármacos a todos los fumadores”. Naturalmente, no estoy de acuerdo al 100%, pero es una forma de decir que no podemos privar, a una persona con un riesgo tan altísimo de enfermedad grave y muerte, de un medicamento efectivo para eliminar ese riesgo si el paciente nos lo pide. Porque, como dije ayer, todos los días prescribimos innumerables fármacos, financiados por todos, para hacer descender unas décimas la HbA1c, o la PA, o el colesterol, etc., (situaciones de mucho menos riesgo que el hecho de fumar) sólo por el hecho de que estén altos, sin exigir colaboración alguna por parte del paciente.

En la situación de marginación que se encuentran las personas que fuman, los que acuden a pedirnos ayuda merecen ser tratados, sin discusión. Es como los que tienen un proceso depresivo, a los que ya les cuesta bastante pedir ayuda...

ARANZAZU ARANGUEZ RUIZ

6:44 PM

Buenas tardes, aprovecho para proponer realizar una formación por webinar del programa de deshabitación sobre intervención psicosocial.

Me parece una idea extraordinaria, muy útil para los que podemos prescribir y probablemente más para enfermeros y otros colectivos a los que la ley no se lo permite. Te recomiendo lo propongas a Fundesalud, Aránzazu.

En otra respuesta anterior te doy algunas orientaciones de donde obtener información, pero si necesitas algo más, no tienes más que decírmelo.

FERNANDO MIGUELA LLAMAS

6:44 PM

Cómo prescribir el tto. de continuación con el módulo de prescripción nuevo si ya hemos prescrito la 1º caja antes de implantar el módulo de tto. Gracias.

Buena pregunta, en una de las últimas diapositivas de mi presentación tengo una anotación, pero se me olvidó comentarlo verbalmente: has de borrar (“Finalizar tratamiento”) el fármaco prescrito en la era “pre-módulo de prescripción” y comenzar de nuevo, desde el principio. A mí no se me ha dado el caso, la información la tengo de otros compañeros.

MANUEL BARRAGAN RODRIGUEZ

6:45 PM

Cuantos pacientes se han iniciado en este periodo Covid en tratamiento farmacológico sin verles "

Yo he iniciado 3 tratamiento en el este periodo de confinamiento (desde el 15 de marzo hasta finales de mayo). Desde hace unas 3-4 semanas ya estoy citando presencialmente a los pacientes.

Y durante el periodo de alarma, hemos hecho todas las visitas de seguimiento de los pacientes que habían iniciado el tratamiento. La inmensa mayoría (unos 15-20 pacientes) no fuma ya.

FATIMA ROBLEDO GONZALEZ

6:46 PM

Ha utilizado las videollamadas en este tiempo? Cómo es el uso de esta herramienta?

Lo siento, Fátima, no te puedo decir porque no las he usado. En tu centro de salud sí que hay compañeros que las usan, a los que puedes preguntar.

De momento, yo prefiero el teléfono (no requiere tantos recursos tecnológicos, es universal para todos los pacientes, da menos problemas técnicos, etc.), combinándola con visitas presenciales cuando creo que el paciente se beneficiará claramente con ello. Y dado que van en aumento estas visitas presenciales, que son el patrón-oro sin duda, dudo mucho que me inicie en las videollamadas (si no hay otra epidemia aún más grave, jeje).

EVA GONZALEZ DOMINGUEZ

6:46 PM

Buenas tardes: me gustaría saber si se incide en el diagnóstico precoz y reconocimiento de signos y síntomas de patologías asociadas al consumo de tabaco después de haber conseguido la deshabituación. A veces los pacientes pueden bajar la guardia al pensar que dejando el tabaco se acaba el riesgo de padecer enfermedades graves. ¿Hasta cuándo se hace seguimiento a los pacientes incluidos en el programa? Me parece excelente el programa que desarrollan. Muchas gracias.

Ayer no había tiempo de hablar de ello, pero nuestra Consulta de Tabaquismo forma parte de una Unidad-Escuela de Estilos de Vida Saludables. No sólo ayudamos a dejar de fumar a la persona que acude a nosotros para ello, sino que recogemos (e intervenimos breve pero reiteradamente, si procede) las variables oportunas de -al

menos - los otros tres grandes problemas de salud derivados de las conductas humanas: consumo de alcohol, alimentación (en relación al peso corporal, sobre todo) y actividad física. Tratamos de que deje de fumar, sobre todo, pero asimismo de fomentar el tan necesario autocuidado. Ésa es nuestra filosofía, que tan buenos resultados y tantas satisfacciones nos da.

Te dejo el enlace de un artículo reciente donde se describe lo que hacemos y como lo hacemos, en la revista Comunidad de semFYC: <https://comunidadsemfyc.es/unidad-escuela-de-estilos-de-vida-saludables-en-un-centro-de-salud-de-badajoz-evaluacion-2007-2017/>.

AURELIO CARRETERO GOMEZ

6:49 PM

Van a la consulta solicitando ayuda jóvenes (18, 19 , 20 años por ejemplo?)

Muchos menos de los que deberían, por desgracia. Ésa es uno de los puntos a incidir en las campañas para disminuir la prevalencia: el consumo en los jóvenes. Tienen mucha menos percepción del riesgo (todavía “controlan” bastante el consumo...).

Lo mejor de la situación actual es que fumar cada día causa más rechazo social, y eso influye mucho en los adolescentes y jóvenes. Y por otro lado, que los espacios para fumar están cada día más limitados. Gracias a eso no se inician más chicos/as. Yo no tuve esa suerte, en mi adolescencia y juventud los que no fumaban (especialmente los hombres) eran “raros”.

ARANZAZU ARANGUEZ RUIZ

6:49 PM

Se supone que es comienza con la intervención psicosocial. ¿Al cabo de cuanto tiempo desde el comienzo de esta intervención se tiene que pensar en la intervención farmacológica?.

Se comienza... o no. En la mayoría de las ocasiones se inicia simultáneamente. La intervención psicosocial es imprescindible, pero si en la primera visita aprecias una fuerte dependencia, si el paciente ha hecho varios intentos, por cese brusco y reduciendo poco a poco, sin éxito, si además está agobiado porque no consigue dejarlo, y lo desea claramente... está indicadísimo un medicamento “ya”, que en este paciente (bastante frecuente en mi consulta, con pequeñas diferencias) puede significar la diferencia entre el éxito y el fracaso.

Otro grupo de pacientes no infrecuentes son los que no quieren tomar “pastillas”. En ellos, iniciamos la intervención sin fármacos y vamos citando de acuerdo al programa, por ejemplo V2 a los 10-15 días de V1. Y vemos como le ha ido. Si sigue motivado, ha reducido el consumo y cree que puede seguir haciéndolo, seguimos sin fármacos (repasamos algunas cosas, resolvemos dudas, motivamos más si cabe, etc.) y citamos para V3, y así sucesivamente. Unos lo consiguen (sin fármacos), pero otros no. Por ejemplo, en V3, dicen no poder reducir más, que les genera mucha ansiedad el hecho (están habitualmente por 6-10 cigarrillos diarios), etc. Entonces, hablamos de la posibilidad de ayuda farmacológica, y suelen aceptar.

Porque lo que está meridianamente claro es que hay que buscar el abandono completo del tabaco, dejarlo con 6-8 cigarrillos/día (aunque el paciente lo solicite) es volver al consumo inicial, en un 99,99% de casos. Y si para ello son necesarios los medicamentos, “benditos sean”, comparado con dejar al paciente fumando.

En resumen, es el estado del paciente (su motivación, sus fuerzas, su percepción de autoeficacia, etc.) lo que decide cuando iniciar (si es que es necesario) el uso de fármacos. Si hay enfermedades en las que “individualizar” es fundamental, éstas son las que su curación/mejoría depende de un cambio de conducta, como sucede con el tabaquismo.