



ORIGINAL

ENFERMERÍA FRENTE AL TABAQUISMO: EXPERIENCIA DE EDUCACIÓN GRUPAL EN CS

Nursing Approach to Smoking Cessation: Group Education Experience at Calasparra Primary Care Center (Murcia)

*Autores: Rafael Guirao Alcaraz**Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Servicio Murciano de Salud***RESUMEN:**

Objetivo: Mejorar la abstinencia tabáquica incorporando a la intervención grupal el envío de contenidos por mensajería instantánea. Implementar un programa de seguimiento telefónico.

Metodología: Captación pacientes en consultas médicas y de enfermería. En la entrevista se determina dependencia, motivación, consumo y elección de tratamiento farmacológico si precisa.

Intervenciones grupales: Desarrollo de 4 sesiones en 4 semanas (120 min), enfoque cognitivo-conductual. Seguimientos telefónicos: día D, 7 y 15 días, 1 mes, 3, 6 y 12 m.

Resultados: 121 pacientes (38 hombres y 83 mujeres), el 94% mayores de 40 años y el 81,8% consumidores de menos de 20 cig/día. Inician cesación con citisina un 50% frente a un 32 % que lo hacen sin tratamiento farmacológico. Tasas muy altas de abstinencia en 1 y 3 mes del 60% y 53% respectivamente. A los 12 meses un 41% manifiestan no fumar.

Conclusiones: La estimación de fumadores de la ZBS es 2113 pero solo tenemos un 25% de episodios de tabaquismo en las historias clínicas. Para aumentar el registro y ofrecer ayuda se propone un programa de sesiones clínicas para médicos y enfermeros. Los resultados a los 12 meses son prometedores. Se sugiere seguimiento telefónico a los 9 meses y envío de contenido motivacional para prevenir las recaídas.

Palabras clave: Tabaquismo; intervención grupal; motivación; dependencia; tratamiento farmacológico; abstinencia.

Resume:

Objective: To improve smoking abstinence rates by incorporating the delivery of educational content via instant messaging into group interventions and by implementing a structured telephone follow-up program.

Methods: Patients were recruited during medical and nursing consultations. During the initial interview, nicotine dependence, motivation, smoking habits, and pharmacological treatment options were assessed. The intervention consisted of four weekly group sessions (120 minutes each) based on a cognitive-behavioral approach, along with follow-up phone calls on the quit day, at 7 and 15 days, and at 1, 3, 6, and 12 months.

Results: A total of 121 patients participated (38 men and 83 women); 94% were over 40 years old, and 81.8% smoked fewer than 20 cigarettes per day. Half (50%) began cessation treatment with cytisine, while 32% did so without pharmacological support. Abstinence rates were high at 1 and 3 months (60% and 53%, respectively), and 41% of participants reported being smoke-free at 12 months.

Conclusions: Although the estimated number of smokers in the catchment area is 2,113, only 25% are recorded as such in medical histories. To enhance identification and support, clinical sessions for physicians and nurses are proposed. The 12-month results are promising. Additional follow-up at 9 months and the use of motivational digital content are recommended to prevent relapses.

Keywords: Smoking cessation; group intervention; motivation; dependence; pharmacological treatment; abstinence.

Introducción:

El tabaquismo está considerada una pandemia que provoca la muerte de más de 7 millones de personas en el mundo. Además, es la primera causa de enfermedad, invalidez y muerte evitable en España y provoca más de 56.000 fallecimientos anuales¹. Según la OMS existen en el mundo más de 1.300 millones de fumadores, lo que representa aproximadamente un tercio de la población mayor de 15 años. Según la Encuesta Europea de Salud en

España de 2020 la prevalencia de consumo de tabaco es del 22,1 %.

Algunos autores estiman que el 70 % de los fumadores desearía dejar de fumar, pero son muy pocos los que se mantienen abstinentes y menos los que solicitan ayuda especializada en los centros de salud. Los profesionales de atención primaria de salud (APS) estamos en una posición privilegiada para detectar, prevenir y actuar ante el tabaquismo. Según el Plan de Prevención Integral de Prevención y Control del Tabaquismo 2024-2027 uno de los ejes

fundamentales es la ayuda a las personas para el abandono del tabaco. Existen diferentes métodos de ayuda al fumador entre los que se encuentran el consejo sanitario y la intervención educativa individual y grupal. Teniendo en cuenta que todas las intervenciones de cesación deberían incluir tanto el tratamiento farmacológico como la terapia cognitivo-conductual².

Las enfermeras en APS, por su cercanía y accesibilidad, están en una posición privilegiada para detectar el consumo de tabaco, ofrecer consejos personalizados para fomentar el abandono y proporcionar seguimiento y apoyo continuo a quienes desean dejar de fumar.

La intervención grupal es más eficaz que los métodos de autoayuda, que los fármacos y que la intervención breve y existe la creencia de que el abordaje grupal tiene efectos beneficiosos específicos pues el refuerzo mutuo podría aumentar las tasas de abandono³. Esta experiencia llevada a cabo en el Centro de Salud de Calasparra pretende superar las tasas de abstinencia del 30% esperada en otro tipo de intervenciones.

Material y métodos:

En febrero de 2023 da comienzo el primer taller grupal y continúa hasta junio de 2025. El proyecto nace con la idea de continuidad y evaluación sistemática para conseguir su objetivo: ayudar a más personas a dejar de fumar. Previamente, se realizan dos sesiones clínicas con el equipo de atención primaria (EAP) del centro donde se abordaron el consejo breve y uso del recurso BTI-Prof© (Fig. 1) para evaluar la competencia en consulta⁴.

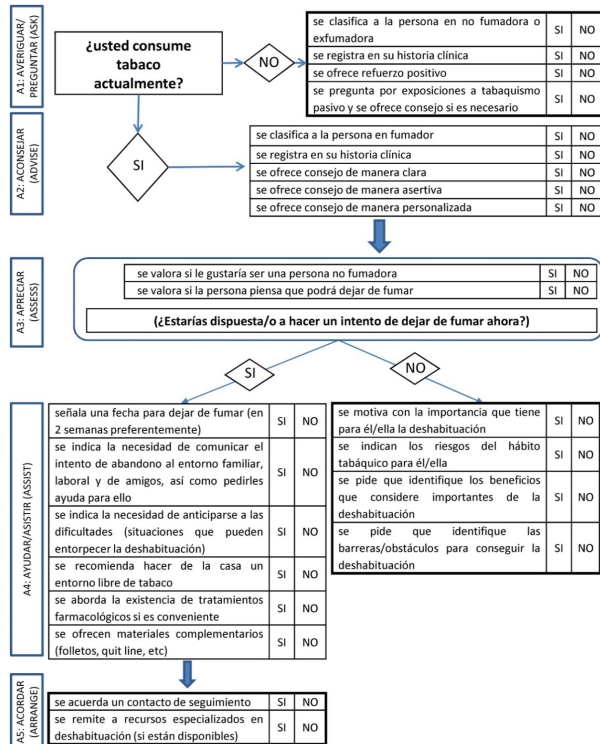


Figura 1: BTI-Prof©.

Incidiendo en la necesidad de clasificar al paciente como fumador y la apertura de episodios en la historia clínica OMI-AP con el CIAP p.17 (abuso de tabaco,

dependencia tabaco, fumar tabaco, abstinencia tabaco, fumar tabaco adicción o problemas por fumar tabaco). Se hizo hincapié en la perspectiva motivacional abandonando el paradigma paternalista. Se explicó en que iba a consistir el programa de educación grupal (contenidos, horarios, criterios de inclusión, derivación a consulta del enfermero responsable del proyecto, etc.). Además, se publicitaron los grupos de ayuda en las redes sociales del centro de salud (Facebook e Instagram), se realizaron entrevistas en los medios de comunicación locales (radio y televisión) y colocación de cartelera en el centro.

- **Criterios de exclusión:** Menores de 18 años. Personas con dificultad de integración por déficits sensoriales o desconocimiento del idioma. Pacientes con trastornos psicóticos o enfermedad psiquiátrica activa o no estabilizada. Embarazadas.

- **Recogida y registro de datos en historia clínica del paciente:** El sistema operativo de historia clínica del Servicio Murciano de Salud (SMS) es el OMI-AP y permite desplegar plan jerárquico donde registrar el consumo de sustancias tóxicas (tabaco, alcohol y cannabis) (Fig. 2).

Figura 2: Hábitos tóxicos. Fuente OMI-AP SMS

Se clasificó al paciente en fumador/no fumador, consumo y tiempo de fumador (paquetes/año). Posteriormente se evaluó la función respiratoria: síntomas y espirometría portátil mediante COPD6. Si valores inferiores a 0.75 se realizó espirometría y posterior derivación a medicina de familia para valoración precoz de EPOC (Fig. 3).

Figura 3: Detección EPOC. Fuente OMI-AP SMS

Posteriormente, se determinó la dependencia a la nicotina y la motivación al cambio (test de Fageström y Richmond respectivamente), así como los intentos previos de abandono, los motivos de recaída y los motivos principales de abandono (Fig. 4, 5 y 6).

Figura 4: Valoración. Fuente OMI-AP SMS

Figura 5: Fagerström. Fuente OMI-AP SMS

Figura 6: Richmond. Fuente OMI-AP SMS

- Determinación el tratamiento farmacológico: El médico de familia prescribió el tratamiento según ficha técnica del fármaco seleccionado, indicaciones y contraindicaciones, así como las características personales del paciente. La recomendación general ha sido la terapia combinada con nicotina (TSN), aunque la no gratuidad de este tratamiento ha impedido su utilización. Hasta abril de 2025 sólo se ha prescrito citisina y en menor medida bupropion. Recientemente se ha incorporado la vareniclina en el SNS.

- Información al paciente: Desde una perspectiva motivacional, sin juzgar y favoreciendo una comunicación tendente a promover el cambio⁵. Se ofreció la participación en grupos explicando dinámica y se solicitó consentimiento para inclusión en grupo de mensajería instantánea (WhatsApp) para compartir reforzadores (infografías y videos). Se recomendó la elección del día D (comienzo de la cesación) en el periodo de duración de las cuatro sesiones y la necesidad de reducir el consumo de cigarrillos hasta el día señalado.

- Desarrollo de las sesiones: Cuatro sesiones de 120 minutos en horario de tardes (favorecer asistencia), una

sesión semanal durante cuatro semanas. Contenidos desde una perspectiva motivacional y con un enfoque cognitivo-conductual. Se realizan seguimientos telefónicos: día D, 7 y 15 días. 1, 3,6 y 12 meses. En los que se evalúa la abstinencia auto manifestada.

- Contenidos sesiones:

1º Taller: investigar razones para dejar de fumar. Explicar productos del tabaco y efectos del humo. Ejercicio de búsqueda de alternativas. Plan personal de abandono.

2º Taller: Compartir cómo me encuentro para dejar de fumar. Control de CO. Explicación del proceso de dejar de fumar (Prochaska y Di Clemente) y síndrome de abstinencia (SA). Técnicas de relajación. Uso de aplicaciones móviles (App): S'acabo y RespirApp.

3º Taller: Compartir cómo me encuentro para dejar de fumar. Control de CO. Beneficios de dejar de fumar. Explicación del proceso de dejar de fumar y SA. Técnicas de relajación.

4º Taller. Compartir cómo me encuentro para dejar de fumar. Control de CO. Prevención de recaídas. Recursos para mantenerse sin fumar. Plan individual. Técnica de relajación. Despedida.

- Grupo de mensajería instantánea (WhatsApp): Durante las cuatro semanas de la intervención se mantiene grupo de WhatsApp donde se comparten dudas y emociones de los participantes. Se resuelven cuestiones sobre el tratamiento o estrategias para mantener la abstinencia. Además, de manera periódica se envían contenidos acordes a las fases de cesación en la que se encuentran los integrantes (preparación, acción y mantenimiento).

Resultados:

Fueron derivados a consulta de enfermero responsable un total de 249 pacientes de los cuales acudieron a su cita 201. Tras la evaluación inicial 32 inician tratamiento farmacológico sin seguimiento sanitario y 48 deciden posponer el intento. Finalmente son incluidos 121 y de ellos 14 abandonaron los grupos por circunstancias personales o cambio de opinión tras la primera sesión presencial. Los grupos se iniciaron en febrero de 2023 y continúan hasta junio de 2025, en los periodos estivales se suspende la actividad (Fig. 7).

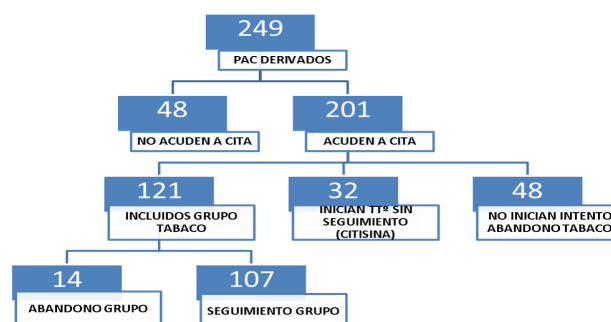


Figura 7: Diagrama de flujo pacientes atendidos

La edad media de los participantes (82 mujeres y 38 hombres) fue de 54,8 años (rango de 24 a 81) (Fig. 8), la

media de tiempo fumando es de 36 años, el promedio de cigarrillos/día de 19, intentos previos de 1,37, la dependencia medida por el test de Fagerström de 6,3 (moderada-alta) y motivación según test de Richmond de 8,17 (alta).

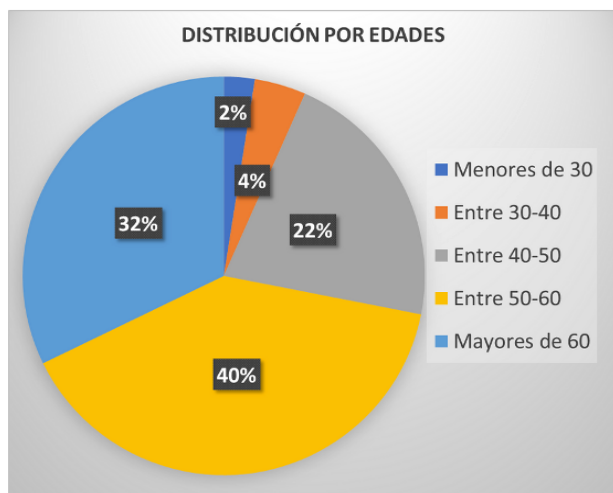


Figura 8: Distribución por edades

Según el tipo de tratamiento, al 55% se le prescribió la citisina (Todacitan®), al 7% bupropion y solo el 1% TSN frente al 37% que iniciaron el intento sin tratamiento alguno (Fig. 9).

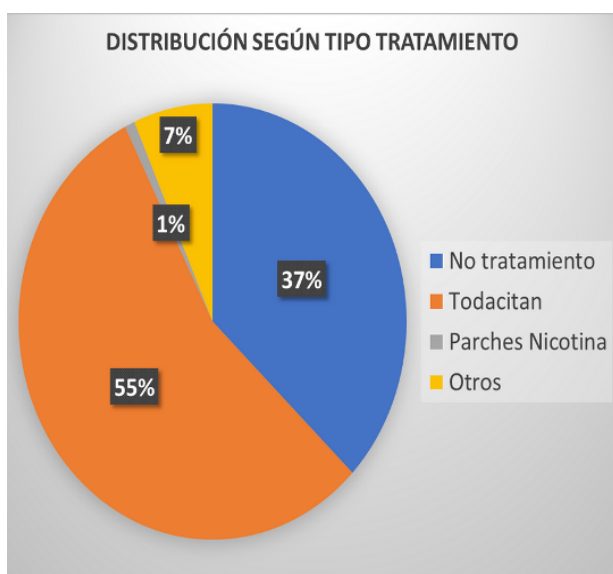


Figura 9: Distribución tratamiento

Al mes, se observó una alta tasa de abstinencia (63%), lo que sugiere un impacto inicial positivo de los talleres. A los tres meses se evidencia una disminución moderada (53%) con recaídas en un número creciente de participantes. A los seis meses la tasa de recaídas se incrementa significativamente (38 % de abstinencia) indicando un punto crítico en el mantenimiento del cambio. Al año, el porcentaje de personas que continúan sin fumar es del 41 % (Fig. 10).

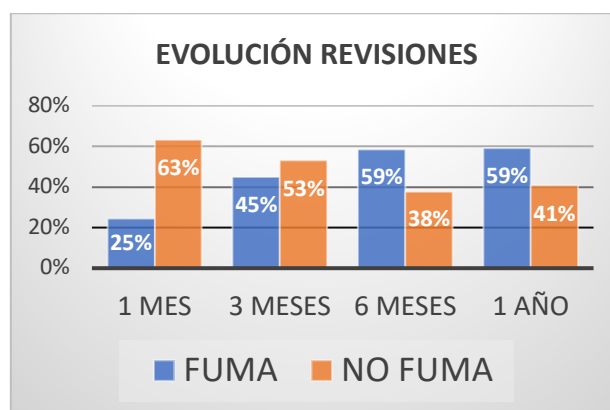


Figura 10: Evolución revisiones

La prueba de Chi-cuadrado mostró que las diferencias en las tasas de abstinencia entre los distintos momentos de seguimiento fueron estadísticamente significativas ($p < 0.05$), lo que indica que el tiempo transcurrido influye de manera significativa en el mantenimiento del abandono del tabaco.

El 67 % de las mujeres se mantiene sin fumar durante el primer mes frente al 56% de los hombres, esta observancia de la abstinencia relacionada con el sexo llega al 44% al año, mientras que en hombres no supera el 33% (Fig. 11).

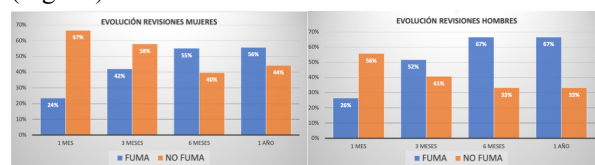


Figura 11: Evolución revisiones mujeres y hombres.

Los participantes que tienen un consumo menor de 20 cig/día obtienen tasas de abstinencia mayores que aquellos que consumen más de 20 cig/día en todos los periodos analizados (Fig. 12)

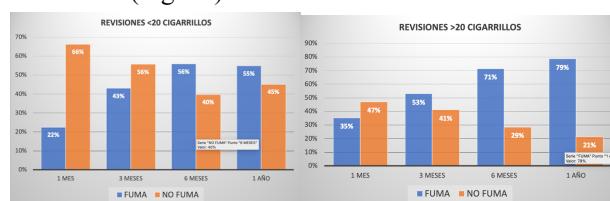


Figura 12: Revisiones consumo menor y mayor de 20 cig/día.

Por último, el análisis de los casos con o sin tratamiento farmacológico es contundente, el 72% de los pacientes con Todacitan® siguen sin fumar el primer mes *versus* el 49% de los que lo hacen sin tratamiento farmacológico (Fig. 13)

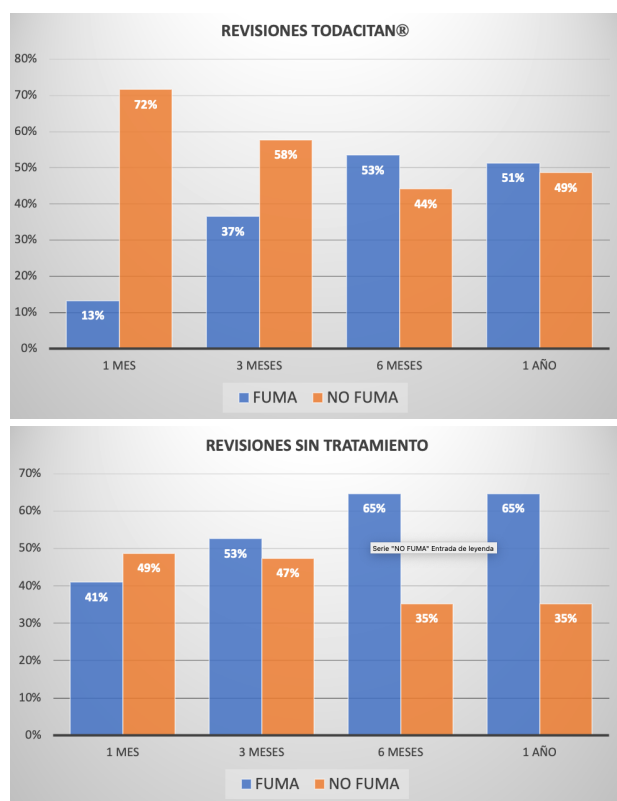


Figura 13: Revisiones Todacitan® versus sin tratamiento

Discusión:

Muchos estudios apuntan que la terapia en formato grupal es efectivo⁶, así pues la participación en un programa multicomponente aumenta las probabilidades de éxito. El seguimiento telefónico es un buen instrumento para prevenir recaídas. Poniendo el foco en los datos de nuestros pacientes se concluye que entre los seis meses y el año del inicio del intento la tasa de recaídas se incrementa significativamente. Evidenciando la necesidad de refuerzos adicionales o incrementar seguimiento en dicho periodo. Sería conveniente incorporar la teleasistencia y apoyo digital (envío contenido WhatsApp) a los nueve meses para prevención de recaídas, así como el ofrecimiento de consulta presencial.

En los contactos telefónicos se evalúa la abstinencia auto manifestada, este método sería una limitación a tener en cuenta pues se podría confirmar mediante cooximetría. No obstante, muchas publicaciones⁷ que ponderan la certeza de la autodeclaración de abstinencia refieren que los falsos positivos no alcanzan el 10%.

Respecto a la tasa de éxito al año, un 41 % de los integrantes consigue no fumar, aunque los datos son esperanzadores hay que reconocer que el número de personas que hoy en día han superado los doce meses asciende a 76, una cantidad estadísticamente insuficiente para inferir resultados concluyentes, aunque acorde con lo esperado según la bibliografía consultada⁸. Este hecho obliga a seguir ofertando el recurso de la educación grupal para, por un lado, ayudar a más personas a dejar de fumar y por otro a ampliar la muestra sobre la que deducir con mayor certeza. Bien es cierto que la población que atiende el CS Calasparra no supera los 8800 habitantes mayores de 14

años y no existe una cultura de participar en grupos de apoyo ofrecidos por sanitarios. Este precisamente sería el reto no solo del profesional de enfermería sino de todo el EAP.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es que la estimación de personas fumadoras en nuestro municipio sería de 2116, sin embargo, el número de episodios de tabaco en historia clínica (CIAP p.17) es únicamente de 531, tan sólo un 25,1% del total valorado. Esto sugiere que se debe promover un mayor compromiso de los profesionales del centro de salud en el registro y el ofrecimiento de ayuda a los fumadores. Sería conveniente incorporar el consejo breve y la entrevista motivacional para ello se propone implementar sesiones clínicas al EAP para tratar el tema con el objeto de incorporarlo a la práctica.

Este tipo de intervenciones son altamente costoefectivas. Según datos del Ministerio de Sanidad, cada fumador supone un gasto anual de 1800 a 2000 €.

Finalmente, es innegable que el personal de enfermería ocupa una posición estratégica para realizar cribado sistemático, implementar intervenciones basadas en la evidencia y proporcionar apoyo estructurado en el proceso de cesación tabáquica.

Bibliografía:

1. Pérez-Ríos, M., Schiaffino, A., Montes, A., Fernández, E., López, M. J., Martínez-Sánchez, J. M., ... & Galán, I. (2020). Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España 2016. *Archivos de Bronconeumología*, 56(9), 559-563.
2. Córdoba-García, R., & de la Puerta, I. N. (2002). Niveles de intervención clínica en tabaquismo. ¿Son necesarias las consultas específicas en atención primaria? *Medicina clínica*, 119(14), 541-549.
3. Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias (AETS). Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Evaluación de la eficacia, efectividad y costeefectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Madrid AETS-Instituto de Salud Carlos III, 2003.
4. Ramos-Morcillo, A. J., García-Moral, A. T., Fernández-Salazar, S., Leal-Costa, C., Ruzafa-Martínez, M., & Granero-Moya, N. (2022). Adaptación y validación de un instrumento de evaluación de la competencia del consejo breve para dejar de fumar. *BTI-Prof©. Atención Primaria*, 54(12), 102495.
5. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In *Treating addictive behaviors: Processes of change* (pp. 3-27). Boston, MA: Springer US.
6. Alonso-Pérez, F., Alonso-Cardenoso, C., García-González, J. V., Fraile-Cobos, J. M., Lobo-Llorente, N., & Secades-Villa, R. (2014). Efectividad de un programa multicomponente para dejar de fumar aplicado en atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 28(3), 222-224.
7. Barrueco, M., Ruiz, C. J., Palomo, L., Torrecilla, M., Romero, P., & Riesco, J. A. (2005). Veracidad de la

respuesta de los fumadores sobre su abstinencia en las consultas de deshabituación tabáquica. Archivos de Bronconeumología, 41(3), 135-140.

8. García, R. M. (2023). Comentarios acerca de «Tratamiento multicomponente del tabaquismo en Atención Primaria: seguimiento transcurridos más de 5 años». Atención Primaria, 56(1), 102735.