

A experiencia no Val Miñor axudando as persoas fumadoras a deixar de fumar

Xulio Castañañal Canto

Autor para correspondencia: muinelo61@gmail.com

Como citar este artigo: Xulio Castañañal Canto (2022). A experiencia no Val de Miñor axudando as persoas fumadoras a deixar de fumar. *Revista Estudos Miñoráns* 22: 94-97

O meu pai morreu con Alzheimer de cancro de pulmón aos 80 no 2005. Xa estaba moi deteriorado, apenas coñecía as persoas achegadas, cando o levei a facer unha radiografía de tórax por tose persistente. Nesa época as multinacionais do tabaco financiaron un estudo que concluía que fumando se tiña menos posibilidades de padecer esta demencia.

Daquela eu levaba máis de 6 anos traballando no Centro de Saúde de Gondomar trasladado dende A Doblada en Vigo. Alí exercín como Xefe de Servizo, dimitindo por “desavinza” co xerente de Atención primaria e solicitei o traslado a Gondomar.

Meu pai era fumador de 25-30 cigarros por día, deixou-no a finais do pasado século.

O cancro de pulmón é a primeira causa de morte por tumores nos homes e, en mulleres está a par có de mama. Aínda que o número de tumores e moito maior có de pulmón, a maioría sobreviven.

Eu son moi afeccionado ao tenis. A persoa coa que máis partidos xoguei foi co meu amigo Manolo. Durante moitos anos xogabamos case que todos os días. Ao remate de cada partido fumaba un cigarro; “se ganaba para celebralo e se perdía para consolar-se”, iso dicía. Dende hai 15 anos non puido volver ao tenis, afogaba ao correr, a enfermidade pulmonar obstrutiva crónica (EPOC) acabou con el, un ano antes do comezo da pandemia do COVID.

Faise difícil atopar a algunha persoa que non coñeza experiencias similares como estas. Cancro de páncreas, esófago, vexiga...As enfermidades cardiovasculares, como ictus, aneurisma de aorta, infarto de miocardio están estreitamente relacionadas co fume do tabaco. A lista resulta moi extensa, e, de cada pouco, aumenta, ao descubrir novas evidencias. Na Galiza, cada ano morren 3600 persoas por enfermidades relacionadas co tabaquismo, 10 cada día. No Val de Miñor 60 cada ano.

En Gondomar exercín como médico de familia até a miña xubilación a finais do 2016. Con Begoña Domínguez, a enfermeira coa que compartía os pacientes, comezamos traballando coas persoas fumadoras asinadas á nosa cota de poboación. De contado, grazas a ela, axiña me puxen ao día cos pacientes e familias que asistíamos.

Antes, na Doblada, intereseime na problemática do tabaquismo. Nesa época coñecín a Felisa Domínguez Grandal que traballaba como médica de familia no C.S da Rúa Cuba, e que me iniciou neste tipo de actividades. A nosa relación prolongouse moitos anos e fixemos estudos e traballos conxuntos. Ela comezou o traballo de difundir este problema e a necesidade de facer unha abordaxe baseada na evidencia. Seguindo a estela de colegas de Cataluña, Madrid, Euskadi, e Canarias que foron os primeiros en comezar a traveso da Sociedad Española de Medicina Familiar e Comunitaria (SEMFYC). Nós incorporámonos no grupo de abordaxe ao tabaquismo co Asociación Galega de medicina familiar e comunitaria (AGAMFEC) como

grupo Galego de abordaxe ao tabaquismo (GRUGAT). Eu fixen a especialidade de Tabaquismo coas universidades de Cantabria e a Complutense de Madrid e, máis tarde, un máster sobre o mesmo tema. Este proceso de formación medrou tamén coa participación do psicólogo Cesáreo Barreiro Surribas, formado co profesor Elisardo Becoña na Universidade de Santiago. Durante varios meses Cesáreo fixo terapia en grupo en varios centros de saúde da área de Vigo, entre eles o de Gondomar.

Aproveitando esta formación comecei a traballar de xeito máis intenso, implicándome en axudar as persoas fumadoras a abandonar o tabaco e por outra banda na formación dos sanitarios interesados. Cada ano organízanse os congresos da AGAMFEC, e o GRUGAT preparaba seminarios, talleres, relatorios... sobre tabaquismo. Felisa colleu a responsabilidade de dirixir a asociación ao principio. Aos 3 -4 anos encargueime eu. Tamén nos involucramos na preparación da *semana sen fume* ano tras ano, a última de maio. Consiste nun conxunto actividades tales como rodas de prensa, a captación de sanitarios para que deran prioridade ao consello de abandono e fixeran as enquisas entre os pacientes que acudían as consultas. A enquisa consistía en varias cuestións sobre o consumo de tabaco e, para os fumadores, apreciar a disposición para intentar o abandono e como verían que se ampliasen os espazos sen fume; finalmente presentabamos os resultados a nivel estatal e nas distintas comunidades. Os profesionais do Val de Miñor tiñan proporcionalmente a maior porcentaxe de enquisas de todo o Estado. Os anos 2010 e 2011 asumín a responsabilidade de organizar a semana sen fume a nivel estatal. Despois da aprobación no Congreso dos Deputados, o 2 de xaneiro de 2011 saíu publicada a reforma da Lei do tabaco do 2005 no Boletín Oficial do Estado co que, por fin, todos os locais pechados abertos ao público estaban obrigados a seren espazos sen fume.

Felisa e eu redactamos a *Guía de Fisterra* sobre tabaquismo en primeira e segunda edición. As guías de Fisterra axudan aos profesionais a estar ao día para encarar a gran maioría dos problemas de saúde que se poden presentar nas consultas de Atención Primaria. Son utilizadas masivamente en todo o estado. Pero Begoña pasou a traballar ao Hospital e, salvo nalgunha suplencia, non tiveron colaboración de enfermería até pasados varios anos. Así e todo seguín traballando no tabaquismo en Gondomar atendendo a pacientes que querían deixar o tabaco de xeito individual ou en pequenos grupos.

A experiencia na comarca de Vigo

No 2005, co goberno do bipartito, abriuse a posibilidade de poder traballar oficialmente axudando as persoas fumadoras a deixar de fumar, aínda que iso non se fixo realidade até que Carlos Eirea Eiras foi nomeado Xerente de Atención Primaria na nosa Área. Así, montáronse varias

consultas e, por enriba, cobramos unha asignación por esas horas extras. Unha delas foi a de Gondomar, referente para todo o Val de Miñor. Os profesionais de cada centro do Val podían enviarnos os pacientes que non conseguían deixalo tras varios intentos. Faciamos terapia en grupo que se consolidou como o método máis eficiente.

O Plan de Mellora da Atención Primaria

Na recta final do bipartito, e grazas á unidade da gran maioría dos sindicatos e as forzas políticas progresistas, mediante a Plataforma pola defensa da Sanidade Pública, redactouse o Plan de Mellora da Atención Primaria que, entre outras disposicións e recomendacións, acordou a contratación progresiva de 309 médicos de familia e 65 pediatras que se consolidaría no 2011.

Os recortes de Feijóo

No 2009, coa chegada de Feijóo ao goberno da Xunta, chegaron os recortes. A conselleira, Pilar Farjas, foi a encargada da materialización dos recortes e da privatización do novo Hospital de Vigo. En outubro deste ano unha multitude manifestouse polas rúas de Vigo, pero nin esta nin moitas máis foron quen de mover o goberno da Xunta a dar marcha atrás. Suspendeu as peonadas nos hospitais e comezouse á derivar a privada. Ao cabo dun tempo volveu parcialmente a reverter a situación. Mais, no caso dos centros de axuda para deixar de fumar, nunca chegou a restablecerse.

E volta a empezar

Tras unhas semanas de reflexión, decidín facer as horas extras de balde. Os martes dedicábamolos, a partir das 7 da tarde, a terapia que non podía ser de grandes grupos, pois non había espazo no centro de saúde. A maioría eran pacientes individuais con tres ou catro consultas cada día. Meses máis tarde incorporouse Pilar Taladriz Cobas, enfermeira que viña do hospital e que con grande interese foi facéndose ao cambio dos centros de saúde e que, de seguida, se interesou pola problemática do tabaquismo.

Docencia

No último trimestre do 2016 impartín un curso de 24 horas de tabaquismo coa inscrición de profesionais de farmacia, enfermería e médicos e médicas de Atención Primaria. Utilizamos a biblioteca do Centro de Saúde da Xunqueira. O curso foi acreditado e a consellería de Sanidade enviou o diploma a alumnos e profesorado.

Volvendo ás terapias en grupo

Unha vez xubilado, no 2017, coa axuda do goberno municipal, a través da concellería de asuntos sociais conseguimos un aparato para medir o monóxido de carbono

5.-O METODO COGNITIVO-CONDUCTUAL.

Para deixar de fumar precisamos modificar a conduta: non tanto controlar o consumo directamente, senón as situacións e decisións que, consciente ou automaticamente nos levan a seguir fumando. Fumar está intimamente ligado ás actividades da vida diaria. Acendemos o cigarro despois do almorzo, ou ao saír do traballo, ou cando estamos con determinadas persoas, ou antes de emprender unha tarefa (recoller a mesa, facer a cama, acender o ordenador, chamar por teléfono...), agardar por alguén que non dá chegado, despois de rematar un traballo ou tarefa... Moitas das veces acendemos o cigarro sen valorar si realmente temos ganas de fumar, facémolo porque levamos moitos anos facéndoo así. Por tanto precisamos parar uns instantes e decidir se o fumamos ou non. Isto non se consegue dun día para outro, leva tempo. Pero entender que estamos dispostos a conseguilo é un primeiro paso importantísimo. Co que levamos visto xa temos unha idea de porqué se fuma, e da necesidade de percorrer un proceso razoado con bases lóxicas e experimentadas. Despois pasaremos a traballar o cambio de conduta nas situacións nas que máis ganas temos de coller un cigarro. E a continuación aprenderemos a practicar distintas habilidades para cambiar as situacións en que se fuma.

RESUMO:

- Fumar está intimamente ligado ás actividades da vida diaria.
- O que importa é controlar as situacións e decisións que nos levan a fumar.
- O secreto está en saber parar para decidir si queremos ou non fumar un cigarro.
- Coa terapia cognitivo conductual aprenderemos a practicar distintas habilidades para cambiar esas situacións.

TRABALLO PARA CASA:

Simplemente, reflexiona no que tes lido até o de agora.

6.-ESTAMOS PREPARADOS PARA FACER UN INTENTO SERIO?

Qué é un intento serio?

Facer, con determinación, todo o necesario para conseguir un obxectivo.

E cal é o fin último ou propósito de calquera persoa. **Ser feliz.**

Entón deixar de fumar qué ven sendo?: Un requisito, un paso previo, un obxectivo, para poder chegar a ser feliz.

Podemos razoar que so con deixar de fumar non se ten porque acadar a felicidade. Pero unha cousa é clara **se fumas**, despois de saber o que xa sabes, **difficilmente poderás ser feliz.**

A maioría dos fumadores levan anos pensando en deixalo e se din a si mesmos e as súas persoas máis achegadas, case sempre cun ton de desesperación, de furtura, de amargura...**teño que deixalo.**

Pero o vórtice do "veña...veña..."de cada día ou xa buscarei outro momento... Porque hai cousas que so poden percibirse cando afrouxamos o paso e calmamos a mente. Porque cando o ruído e a presa se paran queda o que nos importa e collemos o impulso para cambiar.

Pasar do teño que deixalo ao quero deixalo:

11

considera un cambio e a vez o rexeita; daquela, un fumador en ambivalencia daralle o mesmo peso ao feito de deixar o cigarro como a continuar fumando. E dependendo do estado de animo de cada momento ou doutras circunstancias decidírase por deixalo ou por seguir fumando.

Como resolver a ambivalencia?: Unha vez que a persoa é consciente desta situación, debe detense e pensar como resolvela. O balance decisional é un recurso moi útil para elo. Consiste en facer dúas columnas nas que imos apuntando os argumentos que se nos ocorran para seguir fumando nunha e os argumentos para deixalo na outra columna...

Qué motivos teño para seguir fumando?	Qué motivos teño para deixar de fumar
Qué me aporta fumar?	En qué me beneficiará deixalo
<ul style="list-style-type: none"> • Me relaxa • Me da pracer • Me estimula • • • 	<ul style="list-style-type: none"> • Serei un exemplo para os fillos • Aforrarei cartos • Liberación • • •

Naturalmente os dous apartados, tanto o das vantaxes de fumar como o das vantaxes de deixalo, poderíanse ampliar notablemente. Pero cada fumador terá que facer o seu propio balance decisional.
Por outra banda o balance decisional é un elemento vivo, que pode variar día a día.

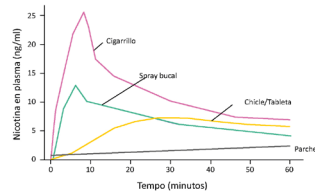


RESUMO:

- **Ambivalencia:** estado no que se experimenta un conflito ante dúas formas diferentes e encontradas de actuar diante de algo. Daquela, a persoa que fuma, daralle o mesmo peso ao feito de deixar o cigarro como a continuar fumando.
- **Balance decisional:** Método para desataxar a ambivalencia que consiste en facer dúas columnas co que se valora os motivos para seguir fumando e na outra os motivos para deixalo.
- **Comparamos,** a continuación, o peso ou valor que se lle da a cada columna.
- **E tomas a túa propia decisión.**

13

Niveles plasmáticos de nicotina: comparación entre cigarrillo e TSN



Modificado de: Tabacología. Edición de la Revista Cubana de Fisiología, 2003.

Bupropion "Zyntabac":

É o primeiro medicamento non nicotínico que se utilizou. Precisa prescripción médica. Duplica a posibilidade de continuar abstinente aos 12 meses. Se presenta en pilulas de 150 mg que se toman pola mañá. Aos sete días se duplica a dose seguindo este esquema.



Separaremos as doses, cando menos, 8 horas. A segunda dose antes das 18 horas. Se esquecemos unha dose, agardamos á seguinte, non se debe acumular.

En realidade os estudos previos demostran que utilizar unha soa dose de 150 mg non ten significación estatística con utilizar as dúas. A miña experiencia persoal tamén o confirma. Unha soa dose contribúe a que aparición de efectos adversos sexa moito menos frecuente. En todo caso se non resultase suficiente sempre podemos engadir o segundo comprimido.

30

Os gastos que ocasionan ás empresas por absentismo laboral por enfermidades relacionadas co consumo de tabaco, a perda de produtividade polo consumo de tabaco no lugar de traballo e os de limpeza e conservación de instalacións; alcanzan os 8.780 euros

Os efectos nas mulleres

O tabaquismo é unha das principais causas de enfermidade coronaria nas mulleres. As mulleres que fuman teñen máis risco de desenvolver enfermidades cardiovasculares que os homes. De feito, os cigarros "light", baixos en nicotina e alcatrán, máis populares entre elas, adoitan producir maiores cantidades de monóxido de carbono, un importante factor de risco para as enfermidades cardiovasculares. As mulleres fumadoras presentan maior risco de sufrir derrame cerebral sobre todo as maiores de 35 anos que toman anticonceptivos orais.

O FUME DO TABACO ALLEO



Independentemente de que o fume de tabaco alleo, moleste ou non aos que non fuman, causa enfermidade e morte...

Moitas substancias nocivas presentes no fume están máis concentradas nesta corrente secundaria (monóxido e dióxido de carbono, amoníaco, benceno, benzopireno, anilina, acroleína e outros moitos), e daquela incrementa a toxicidade do aire ambiental.

Non hai un nivel seguro de exposición ao fume de segunda man. Nas persoas adultas, ocasiona graves trastornos cardiovasculares e respiratorios, como coronariopatías e cancro de pulmón. Nos lactantes aumenta o risco de morte súbita. Causa complicacións no embarazo e baixo peso do recen nacido.

Cerca da metade das persoas pequenas respiran habitualmente aire contaminado por fume de tabaco nos lugares públicos.

Cada ano, no mundo, máis de 60 000 menores de 5 anos morren de infeccións das vías respiratorias inferiores causadas polo fume alleo. E quen sobrevive até a idade adulta ten maiores probabilidades de padecer, máis adiante, EPOC.

Para saber máis

O fume é unha complexa e cambiante mestura de substancias químicas que se forma pola combustión incompleta do tabaco mentres se fuma. Divídese para o seu estudo en: **Fume da corrente principal**, que é o que pasa a través do cigarro e finalmente inhala o fumador.

Fume da corrente secundaria, que representa o que sae da punta encesa do cigarro, nomeadamente nos intervalos das caladas.

6

dos fumadores antes de deixalo e despois do abandono, alén doutros materiais e acceso a fotocopias. Puidemos tamén utilizar a biblioteca de Gondomar, no antigo Centro de Saúde non tiñamos sitio. Daquela, e coa axuda da enfermeira Pilar Taladriz Cobas, comezamos esta nova andaina. Durante algún tempo asistiron alumnas de enfermería para coñecer o tipo de terapia que facíamos.

Dende o principio, cando so se podía facer terapia individual as administrativas do C.S. de Gondomar levaron as listas dos pacientes que querían axuda para abandonar a adicción. A coordinadora deste traballo é María del Carmen Castuera que chamaba os pacientes para darlles a cita e explicarlles en que consistía o tratamento. Este traballo ségueno facendo na actualidade, agora en colaboración con María Xosé Muguierza.

O traslado ao Centro de Saúde da Ramallosa

A enfermeira María Xosé Muguierza comezou a traballar con pacientes fumadores no Centro de Saúde do Val Miñor no ano 2019, mentres eu seguía en Gondomar. Así que decidimos facelo xuntos. As instalacións, a situación centralizada no Val Miñor e as facilidades dos profesionais do centro impulsaron a decisión. As instalacións, a situación centralizada no Val de Miñor e as facilidades dos profesionais do centro impulsaron a decisión. Actualmente estamos co grupo número sete.

A terapia en grupo

Nos primeiros anos montabamos grupos de até 12 persoas, pero con certa frecuencia o manexo resultaba complicado. Actualmente facemos grupos de 8 persoas, o que facilita unha maior probabilidade de éxito. Facemos unha sesión semanal. A literatura médica refire que esta intervención non se pode considerar terapia de grupo,

xa que no inflúe no resultado, de aí que a denominen en grupo. Nós dende hai anos facemos grupos de WhatsApp que contribúen a unha comunicación máis dinámica. As persoas comunícanse entre si animándose unhas a outras e consultando cos terapeutas calquera dúbida. A maiores tratamos de que nas sesións participen todas, de xeito que ninguén quede sen expresar as súas dúbidas e as experiencias que tiveron en anteriores intentos. Por iso estamos seguros de que estas reunións potencian a confianza en acadar o obxectivo: deixar de fumar.

En que consiste a terapia multicomponente

As dúas primeiras sesións tratan de que as persoas se decaten de se están preparadas para superar a dependencia. Nas seguintes comezamos coa terapia *cognitivo-conductual*. Logo de tres a cinco semanas preparamos a *terapia con fármacos* e, unha vez abstinentes, pasamos á última fase: a *prevención de recaídas*.

Son terapias que se complementan e conseguen sinerxía. Pero o que é determinante é a adherencia das participantes; é dicir, o compromiso de acudir cada semana e facer os exercicios para casa.

O resultado é que cerca do 50% consiga deixar de fumar cando menos 12 meses.

Reflexións

No Val de Miñor tratáronse máis de 500 pacientes.

A abstinencia ao cabo dos tres meses está sobre o 60% e ao ano un 45%.

Estas cifras están a altura das mellores da bibliografía publicada.