

Tratamiento del paciente fumador en la oficina de farmacia

Mireia Massot

Farmacéutica.
Experta en
Deshabitación
Tabáquica



Tratamiento del paciente fumador en la oficina de farmacia

Mireia Massot

Farmacéutica. Experta en Deshabituación Tabáquica

¿Por qué tratar al paciente fumador en la oficina de farmacia?

Actualmente en España el 29,5%² de la población es fumadora y la mortalidad anual en España atribuible al consumo de tabaco se sitúa, en 2001³, alrededor de 49.072 muertes de las que entre 1.228 y 3.237 son debidas al tabaquismo pasivo^{4,5}.

Si tenemos en cuenta que el tabaquismo es la primera causa de morbimortalidad evitable en el mundo, es difícil pensar que las intervenciones orientadas a la reducción de este hábito no sean efectivas. Dejar de fumar a cualquier edad consigue una reducción significativa de los riesgos asociados al hábito tabáquico^{6,7}.

En diferentes estudios⁸⁻¹⁰ se demuestra que el abordaje del tabaquismo desde la oficina de farmacia por el farmacéutico comunitario bien entrenado, dando consejo y realizando un programa de soporte para ayudar al pa-

ciente fumador, podría tener un efecto positivo en las tasas de deshabituación tabáquica.

La franja de población en la que existe una mayor prevalencia^{1,2} de fumadores es la de edades comprendidas entre 25 a 34 años, población con escasa patología crónica y con baja frecuentación al médico. Su alta accesibilidad confiere al farmacéutico una posición privilegiada en la ayuda al paciente fumador joven y sano que quiera dejar de fumar y elija la oficina de farmacia para el tratamiento y consejo sobre la deshabituación tabáquica. El consejo y la medicación para dejar de fumar son efectivos por ellos mismos; no obstante la combinación del consejo y la medicación es mucho más efectiva que los dos por separado^{6,11}.

¿Todos los pacientes fumadores son iguales?

No todos los pacientes fumadores son iguales. La diferencia radica en el

grado de motivación que tengan para dejar de fumar y el grado de adicción que tengan a la nicotina. La adicción al tabaco difiere en su manifestación de persona a persona. Existen diferencias individuales en la naturaleza del beneficio que los fumadores manifiestan al fumar, en los síntomas del síndrome de abstinencia así como en aspectos condicionados al consumo de tabaco⁶. Por lo tanto, es de gran importancia la individualización de la farmacoterapia en la cesación tabáquica. También hemos de tener en cuenta que no todos los fumadores están preparados para dejar de fumar. En función de la motivación y la adicción construiremos el plan terapéutico de cada paciente fumador.

Para conocer el grado de motivación del paciente a realizar una tentativa seria orientada al abandono del tabaco utilizaremos el test de Richmond (Anexo 1) y para saber el grado de adicción que tiene un paciente fumador utilizaremos el test de Fagerström (Anexo 2).

¿Qué es el test de Richmond y para qué me sirve?

El test de Richmond consta de 5 preguntas y la puntuación va de 0 puntos a 10 puntos. Este test nos va a permitir discernir entre aquellos pacientes que son susceptibles a un abordaje en la deshabituación tabáqui-

ca, elaborando un plan terapéutico, y aquéllos en los que preferiblemente se tendrá que trabajar la motivación antes de iniciar un tratamiento para dejar de fumar ya que aún no están preparados para dejarlo.

- Puntuación menor o igual a 6: el paciente fumador presenta una baja motivación para dejar de fumar.
- Puntuación entre 7 y 9: el paciente fumador presenta una moderada motivación para dejar de fumar.
- Puntuación igual a 10: el paciente fumador presenta una alta motivación para dejar de fumar.

A efectos prácticos, todos aquellos pacientes fumadores que presenten puntuaciones altas en el test de Richmond (≥ 9) serán aquellos preparados para el abandono tabáquico, deseando realizar, en un corto periodo de tiempo (máximo una semana, 15 días), una tentativa de abandono del hábito tabáquico y, por lo tanto, candidatos a elaborar un plan terapéutico específico para la cesación tabáquica (Anexo 3).

Para pacientes con puntuaciones menores de 9 puntos la intervención a realizar será motivacional, orientada a movilizar al paciente fumador a que en un futuro realice una tentativa de abandono del tabaco.

¿Qué es el test de Fagerström y para qué me sirve?

El test de Fagerström consta de 6 preguntas y la puntuación va de 0 puntos a 10 puntos. Este test nos va a permitir conocer el grado de adicción a la nicotina de cada paciente fumador, identificando aquellos pacientes que van a necesitar tratamiento con un sustituto de nicotina y aquellos en los que el plan terapéutico se orientará básicamente a consejo y terapia conductual. Como hemos mencionado anteriormente, la adicción al tabaco no sólo tiene un componente nicotínico, sino también conductual ligado al consumo de tabaco.

- Puntuación menor o igual a 4: el paciente fumador presenta una baja dependencia nicotínica.
- Puntuación entre 5 y 6: el paciente fumador presenta una dependencia nicotínica media.
- Puntuación igual o superior a 6: el paciente fumador presenta una alta dependencia nicotínica.

Con puntuaciones medias-altas del test de Fagerström nos plantearemos un tratamiento sustitutivo de nicotina, con el objetivo de paliar el síndrome de abstinencia en el momento que se realice la tentativa de dejar de fumar y así poder trabajar, más relajadamente, el cambio de conductas ligadas al tabaco.

¿Es suficiente el tratamiento con sustitutos de nicotina (TSN) para dejar de fumar?

No. El tratamiento de deshabituación tabáquica se compondrá de dos elementos: **uno farmacológico** orientado a paliar los síntomas del síndrome de abstinencia nicotínico y **otro psicológico-conductual** orientado a cambiar las conductas relacionadas con el hábito tabáquico.

El tratamiento con TSN es un tratamiento eficaz^{6,11-14} si se utiliza en aquellos pacientes que realmente quieren dejar de fumar en un corto periodo de tiempo (resultado del test de Richmond 7 a 10 puntos) y en aquellos que tienen una dependencia nicotínica media-alta.

¿Qué tratamiento es mejor, los parches o los chicles?

El tratamiento de elección en la oficina de farmacia será la terapia sustitutiva de nicotina. Los tratamientos no nicotínicos como el bupropion o la vareniclina, también efectivos para el tratamiento de la deshabituación tabáquica, quedarían reservados al ámbito de la medicina ya que requieren de prescripción médica para su dispensación.

Para la elección del tratamiento nos basaremos en varias premisas. Tal y como hemos mencionado anteriormente, el test de Fagerström nos servirá para

saber a qué pacientes vamos a tratar con terapia sustitutiva de nicotina. La puntuación del test nos va a permitir saber qué tipo de tratamiento será el más adecuado para el paciente fumador.

Así pues, con puntuaciones bajas del test de Fagerström (2 a 4), el tratamiento de elección será el chicle de nicotina, ya que este paciente no presenta una elevada adicción a la nicotina y las dosis puntuales que va a obtener con el chicle de nicotina van a ser suficientes para paliar la urgencia de fumar en el momento en que se presente y, por lo tanto, prevenir una posible recaída por falta de nicotina. Por el contrario, para pacientes con una puntuación alta del test de Fagerström (superior o igual a 6) el tratamiento de elección será el parche, ya que son pacientes que tienen una adicción elevada a la nicotina y van a necesitar una dosis basal de nicotina durante todo el día.

¿Cuál es la dosis de inicio del tratamiento?

La dosis inicial del tratamiento con nicotina será la misma que la que está consumiendo con el cigarrillo.

Para el cálculo de la dosis bastará con multiplicar el número de cigarrillos que está fumando por la cantidad de nicotina (en mg) que contiene el cigarrillo.

$\text{mg nicotina/día} = \text{mg nicotina/cigarrillo} \times \text{número cigarrillos/día}$

¿Qué debo saber del tratamiento con TSN?

El tratamiento con sustitutos de nicotina se basa en dar nicotina externa al paciente fumador en sustitución a la nicotina que tomaba inhalada del cigarrillo con el fin de paliar el síndrome de abstinencia y realizar una reducción paulatina de la nicotina a lo largo del tiempo hasta llegar a un consumo cero.

Para un buen manejo de la TSN se tiene que enseñar al paciente fumador a utilizar adecuadamente los sustitutos de nicotina, ya que de ello depende la correcta liberación de nicotina de la TSN y la eficacia del tratamiento.

Chicle de nicotina: es muy importante que, para el correcto uso del chicle, el paciente fumador se coloque el chicle en la boca y empiece a masticar suavemente. Cuando aparezca un gusto picante, debe arrinconar el chicle en la boca y dejar de masticar. Una vez ha desaparecido el gusto picante se vuelve a incorporar el chicle en la boca y a masticar suavemente, así sucesivamente hasta los 30 minutos. Llegados a este tiempo se puede desecher el chicle.

Comprimido para chupar de nicotina: se coloca el comprimido en la boca y se empieza a chupar. Cuando aparece un gusto picante, se arrinconan el comprimido en la boca y se deja de chu-

par. Una vez ha desaparecido el gusto picante se vuelve a incorporar el comprimido en la boca y a chupar, y así sucesivamente. A los 30 minutos, aproximadamente, el comprimido se habrá disuelto completamente. Es muy importante no masticar el comprimido ni tragárselo.

La liberación de nicotina del chicle y del comprimido para chupar difiere de la que se obtiene del cigarrillo. Cuando se tiene una urgencia para fumar y se enciende un cigarrillo, la nicotina llega al cerebro en 10 segundos^{6,7} y por lo tanto palia la falta de nicotina rápidamente; en cambio en esta misma situación, al utilizar los sustitutos de nicotina, el tiempo que tarda en llegar la nicotina al cerebro aumenta hasta 15 minutos. Este efecto es debido al lugar de absorción de la nicotina; la nicotina fumada se absorbe básicamente a través de los pulmones y la nicotina de los sustitutos orales a través de la mucosa oral, lo cual hace que el proceso de absorción sea más lento. A efectos prácticos esto lo tendremos que tener en cuenta para aconsejar al paciente fumador que no espere a tomarse un chicle o un comprimido para chupar cuando tenga una urgencia de fumar, sino que se anticipe a esa urgencia y se tome el sustituto de nicotina oral antes de que aparezca. De este modo realizará una buena prevención de recaídas.

Actualmente en el mercado se encuentran disponibles chicles de 2 mg y

4 mg de nicotina. La dosis de nicotina que se absorbe de los chicles de 2 mg es aproximadamente de 1 mg de nicotina y en el caso de los de 4 mg se absorben unos 2 mg de nicotina. El comprimido para chupar de 1 mg de nicotina equivale al chicle de 2 mg.

Parche de nicotina: se debe colocar en zona anterior del brazo, cadera o tronco, en una zona limpia, intacta, seca y sin vello. Una vez colocado se debe presionar 10 segundos para asegurar una buena adherencia del parche. Transcurridas 24 horas se debe cambiar el parche por uno nuevo evitando la colocación del nuevo parche en la misma zona. De esta manera reduciremos la posibilidad de aparición de irritación en la zona de colocación del parche.

Tenemos que tener en cuenta que en el caso de un fumador que fume el primer cigarrillo de la mañana en menos de 30 minutos después de haberse levantado, será necesario utilizar parches de 24 horas para prevenir una recaída a primera hora de la mañana por falta de nicotina durante la noche.

Los diferentes parches de nicotina no son intercambiables entre sí, ya que varían tanto en su dosis como en su farmacocinética.

Ejemplo: un fumador consume 20 cigarrillos/día y cada cigarrillo contiene 0,9 mg de nicotina; la dosis con que iniciaremos el tratamiento será de 18 mg nicotina/día.

Tratamiento:

- Si puntuación del test de Fagerström ≥ 5 puntos: se iniciaría el tratamiento con un parche de nicotina de 21 mg/24 horas.

- Si la puntuación del test de Fagerström ≤ 4 puntos: se iniciará el tratamiento con chicles o comprimidos para chupar de nicotina a demanda, con un consumo máximo de 18 piezas al día (18 chicles de 2 mg o bien 18 comprimidos para chupar de 1 mg).

¿Qué contraindicaciones tiene el tratamiento con TSN?

Las contraindicaciones de la TSN son: no fumadores o fumadores ocasionales e hipersensibilidad a la nicotina o a cualquiera de los excipientes.

¿Qué precauciones tenemos que tener en el tratamiento con TSN?

La TSN se debe utilizar con precaución en pacientes embarazadas, o con hipertensión grave, angina de pecho estable, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica oclusiva, insuficiencia cardíaca, diabetes mellitus, hipertiroidismo o feocromocitoma, insuficiencia hepática y/o renal grave y úlcera péptica activa.

Este tipo de pacientes deben ser animados a abandonar el tabaco me-

dante terapias no farmacológicas (como asesoramiento psicológico). Si no se consigue de este modo, puede considerarse el tratamiento con TSN pero sólo bajo supervisión médica.

¿Cuándo realizaremos las visitas de seguimiento?

Un factor muy importante para el éxito final en una deshabituación tabáquica es el seguimiento del paciente fumador una vez empezado el tratamiento.

El hábito tabáquico no sólo es debido a la adicción que se tiene a la nicotina, sino que también tenemos un factor conductual-social muy importante. Un componente psicológico que nos hace volver a consumir la sustancia porque nos produce un placer.

La periodicidad de las visitas de seguimiento dependerá del tiempo que lleve el usuario sin fumar y de las ca-

Tabla 1 Calendario de visitas de seguimiento

Número de visita	Período
1ª	A la semana del día "D"
2ª	A los 15 días
3ª	Al mes
4ª	A los 3 meses
5ª	A los 6 meses
6ª	Al año

El número de visitas y la frecuencia dependerá del usuario, pudiéndose realizar más visitas o con una frecuencia más elevada a petición del usuario.

racterísticas del paciente fumador. Al principio las visitas serán más frecuentes, espaciándose a medida que pase el tiempo (Tabla 1).

¿Qué trataremos en las visitas de seguimiento?

- Monitorización de los síntomas del síndrome de abstinencia: para saber si el tratamiento está siendo efectivo, y sobre todo si está bien dosificado, la presencia de síntomas del síndrome de abstinencia nos va a indicar que la dosis de nicotina pautada no es suficiente y por lo tanto nos obligará a un reajuste de la dosis del tratamiento sustitutivo con nicotina (Tabla 2).

- Presencia de efectos secundarios al tratamiento y cumplimiento del tratamiento (posibles problemas relacionados con el medicamento).

- Reducción de la dosis de nicotina: la reducción de los sustitutos de nicotina se debe plantear a los 30 días de inicio del tratamiento.

- Reducción de parches: a los 30 días reducimos el parche a la siguiente dosis inferior.

- Reducción del chicle o comprimido para chupar: se reducirá el 25% de la dosis realmente consumida, ya que puede haber una diferencia entre el número de piezas recomendadas y las realmente consumidas por el paciente fumador; así pues, deberemos

Tabla 2 Síntomas del síndrome de abstinencia

La presencia de más de tres síntomas con una puntuación superior a dos puntos nos indicará que el paciente presenta síndrome de abstinencia.

Síntoma

Dolor de cabeza

Nerviosismo, impaciencia

Irritabilidad

Dificultad de concentración

Mareo

Depresión, ansiedad, disforia

Cansancio

Somnolencia

Insomnio

Estreñimiento

Aumento del apetito

Irritación de la garganta

Deseo de fumar

Puntuaremos del 0 al 3 la intensidad del síntoma del síndrome de abstinencia, siendo 0 la ausencia del síntoma y 3 la máxima manifestación del mismo.

preguntar al paciente cuántas piezas al día está tomando realmente y, sobre éstas, realizar la reducción del 25%.

- Análisis de los beneficios que está obteniendo el paciente en este período de abstinencia: beneficios de salud, físicos, económicos... Es muy importante que los beneficios obtenidos afloren durante la entrevista de seguimiento, ya que si no se ponen de manifiesto los beneficios, el paciente ex-fumador tendrá una elevada probabilidad de recaída, ya que si el esfuerzo que está realizando no se ve recompensado de una manera inmediata, el paciente va a recaer.

- Repasar si está obteniendo los beneficios que, *a priori*, pensaba que obtendría cuando dejase de fumar.

- Prevención de recaídas: se entiende por recaída el consumo de cigarrillos de forma habitual en el periodo de tiempo de una semana después de un tiempo abstinentes. El consumo puntual de un cigarrillo no se considera recaída pero sí se considera conducta de riesgo para una recaída posterior. Por ello hay que:

- Evaluar los momentos en que ha tenido más dificultad en mantenerse abstinentes y cómo los ha solucionado.

- Revisar las situaciones de riesgo que no controle, ayudándole a resolver los problemas que le hayan surgido.

- Ir descubriendo las habilidades del paciente y enseñarle a realizar cambios de conducta. Las habilidades nos servirán para ayudar al paciente a mantenerse abstinentes en los momentos difíciles, cómo superar aquel momento que está con los amigos y le ofrecen tabaco, o en el trabajo o la familia si el ambiente es fumador. Los cambios de conducta son necesarios ya que el paciente fumador tiene muchas actividades cotidianas relacionadas con el tabaco, por ejemplo después de una comida fuma un cigarrillo, después del café fuma, al coger el teléfono automáticamente enciende un cigarrillo, etc. El fumador tiene que tener muy claro que tiene que disociar estos actos, porque

seguirá comiendo, cogiendo el teléfono... sin poder fumar.

- Reforzar su decisión en el abandono.

¿Cómo predecir las recaídas?

Las recaídas son multifactoriales, pueden ser debidas a factores sociales, culturales, de entorno, motivación, tratamiento... Debemos diferenciar las recaídas a corto y a largo plazo. Las primeras serán debidas a un tratamiento inefectivo y las recaídas a largo plazo serán debidas a la pérdida de motivación (Tabla 3).

¿Cómo abordar las recaídas?

Las recaídas entran dentro del proceso normal en el abandono del hábito tabáquico. Siempre las hemos de entender como un proceso de aprendizaje para la siguiente tentativa.

Nos plantearemos las siguientes preguntas: *¿sabe qué situación le ha llevado a la recaída?, ¿cómo la podría haber evitado?* La respuesta a estas preguntas nos servirá como punto de partida en la prevención de recaídas en intentos posteriores ayudándole a crear estrategias para no recaer en la misma situación.

Lo que sí tenemos que tener claro es que no debemos frustrar más al paciente fumador que ha recaído e ins-

Tabla 3 Factores que predisponen a una recaída

Factor	Probabilidad
Número de intentos previos	Más a menos intentos previos
Tiempo y nivel de consumo	Más a mayor tiempo y nivel de consumo
Nivel de estudios y estatus socioeconómico	Más a menor nivel y estatus
Dependencia nicotínica	Más a mayor dependencia
Autoeficacia*	Más a menor autoeficacia
Nivel de estrés	Más a más estrés
Sexo	Más en mujeres
Edad	Más a jóvenes
Preocupación por el peso	Más a mayor preocupación

* La autoeficacia la definiremos como la capacidad de un fumador de llevar a cabo **con éxito** las habilidades creadas para la prevención de recaídas.

tarle a que lo vuelva a intentar en un futuro.

A tener en cuenta

- Hay momentos más idóneos que otros para afrontar una deshabituación tabáquica. Si se fuma más en el trabajo, es mejor abordar una tentativa en periodo de vacaciones y al revés.

- Es importante hacer una valoración de las recaídas para hacer ver al paciente fumador que no ha sido el tratamiento el que ha fallado.

- El análisis del entorno familiar, social y laboral será muy útil en la prevención de recaídas. Si tenemos un ambiente fumador, deberemos crear habilidades al fumador cuando decida

dejar de fumar, porque van a ser situaciones de riesgo.

- Todas las habilidades en la prevención de recaídas tienen que ser factibles para el paciente fumador, si no recaerá por falta de autoeficacia.

- Cuando nos encontremos a un fumador con una fuerte asociación del consumo de café al consumo del cigarrillo, le deberíamos de aconsejar que cambie el café por una infusión o café con leche (cambio de hábitos).

- Inicialmente deberíamos reducir el consumo de alcohol ya que éste desinhibe y aumenta el riesgo de recaída. Además es el único alimento que aporta muchas calorías y ningún nutriente, lo cual es importante para el control de peso.

Bibliografía

1. Generalitat de Catalunya. Encuesta de Salud 2006. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/da-destabac07.pdf> [monografía en internet] (citada el 18 octubre de 2009).
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2006. <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm> [monografía en internet] (citada el 18 octubre de 2009).
3. Montes A, Pérez M, Gestal JJ. Impacto del tabaquismo sobre la mortalidad en España. *Addicciones* 2004;16(supl 2):75-82.
4. López MJ, Nebot M. Tabaquismo pasivo: ¿cuántas muertes causa en España? *JANO* 2009;1737:21-23.
5. Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. 4ª edición. 2009.
6. Benowitz NL. Clinical Pharmacology of Nicotine: Implications for Understanding, Preventing, and Treating Tobacco Addiction. *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 2008;83(4): 531-541.
7. Benowitz NL. Pharmacologic aspects of cigarette smoking and nicotine addiction. *N Eng J Med* 1988;17:1318-1328.
8. Zillich AJ, Ryan M, Adams A, Yeager B, KFarris K. Effectiveness of a Pharmacist-Based Smoking-Cessation Program and Its Impact on Quality of Life. *Medscape*. 2002. http://www.medscape.com/viewarticle/438855_5 [monografía en internet] (citada el 18 octubre de 2009).
9. Sinclair HK, Bond CM, Stead LF. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007; Issue 4. Art. No.: CD003698. DOI: 10.1002/14651858.CD003698.pub2
10. Vitale F. Professional intervention for smoking cessation: the contribution of the pharmacist. *European Journal of Public Health* 2000;10 (3 supplement):21-24.
11. National Institute for Health and Clinical Excellence. Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. February 2008.
12. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
13. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008; Issue 1. Art. No.: CD000146. DOI: 10.1002/14651858.CD000146.pub3.
14. Wang D, Connock M, Barton P, Fry-Smith A, Aveyard P, Moore D. 'Cut down to quit' with nicotine replacement therapies in smoking cessation: a systematic review of effectiveness and economic analysis. *Health Technol Assess* 2008; Vol. 12(2):1-135.
15. Ramon JM, Oromí J. Modelo de tratamiento del tabaquismo. *Clin Invest Arterioesclerosis* 1995;7(4):157-165.

ANEXO 1. Test de Richmond

<p>1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?</p> <p>0- No 1- Sí</p>	<p>3. ¿Intentará dejar de fumar en las próximas dos semanas?</p> <p>0- Definitivamente no 1- 2- 3- Definitivamente sí</p>
<p>2. ¿Cuánto interés tiene usted en dejarlo?</p> <p>0- Ninguno en absoluto 1- 2- 3- Muy seriamente</p>	<p>4. ¿Cuál es la probabilidad de que usted dentro de los próximos 6 meses sea un no fumador?</p> <p>0- Definitivamente no 1- 2- 3- Definitivamente sí</p>

ANEXO 2. Test de Fagerström

Preguntas	Respuestas	Valoración
1. ¿Cuánto tiempo tarda en fumarse el primer cigarrillo desde el momento en que se despierta?	< 5 minutos 6 a 30 minutos 31 a 60 minutos Más de 60 minutos	3 2 1 0
2. ¿Le resulta difícil mantenerse sin fumar en los lugares donde está prohibido (cine, etc.)?	SÍ NO	1 0
3. ¿Qué cigarrillo le costaría más abandonar?	El primero del día Otro	1 0
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	10 o menos 11 a 20 21 a 30 Más de 30	0 1 2 3
5. ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día?	SÍ NO	1 0
6. ¿Fuma si se encuentra enfermo como para necesitar guardar cama durante la mayor parte del día?	SÍ NO	1 0

ANEXO 3.

