

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN TABAQUISMO

PROCESO DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE FUMADOR

Antes de cualquier abordaje terapéutico es imprescindible una correcta aproximación diagnóstica del proceso en cuestión. El tabaquismo como enfermedad que no está exenta de estas consideraciones.

Historia de fumador. Proceso de abandono del tabaco.

Dentro del proceso diagnóstico del fumador es necesario conocer, al igual que cualquier otro proceso patológico, una serie de datos que permitan diagnosticar mejor al individuo que se está tratando y como en el resto de patologías dejarlo por escrito en una historia clínica (anexo 1).

A parte de los datos de identificación (nombre, edad, dirección y teléfono) y una anamnesis orientada a conocer el historial patológico así como el uso de medicación actual, que en algún momento indique o contraindique algunas de las opciones terapéuticas en el proceso terapéutico de la adicción nicotínica, existen unos parámetros generales que dentro del abordaje del tabaquismo pueden tener una especial relevancia como son la tensión arterial y sobre todo el peso corporal, que se deben valorar en los distintos controles y abordarlos de forma individualizada.

El fumador, a lo largo de su historia de fumador, pasa por algunas de las siguientes fases, propuestas por Prochaska y DiClemente: *precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento*.

En función de si el fumador no se plantea el abandono del tabaco o lo hace, pero no de forma inmediata se habla de fase de precontemplación o contemplación respectivamente. Cuando el fumador tiene la firme decisión de dejar de fumar en un periodo no más allá de un mes, se encontraría en fase de preparación y cuando ya la ha llevado a cabo, pero todavía no han pasado 6 meses desde que abandonó el tabaco, estaría en fase de acción y si han pasado más de 6 meses, en fase de mantenimiento (tabla 1).

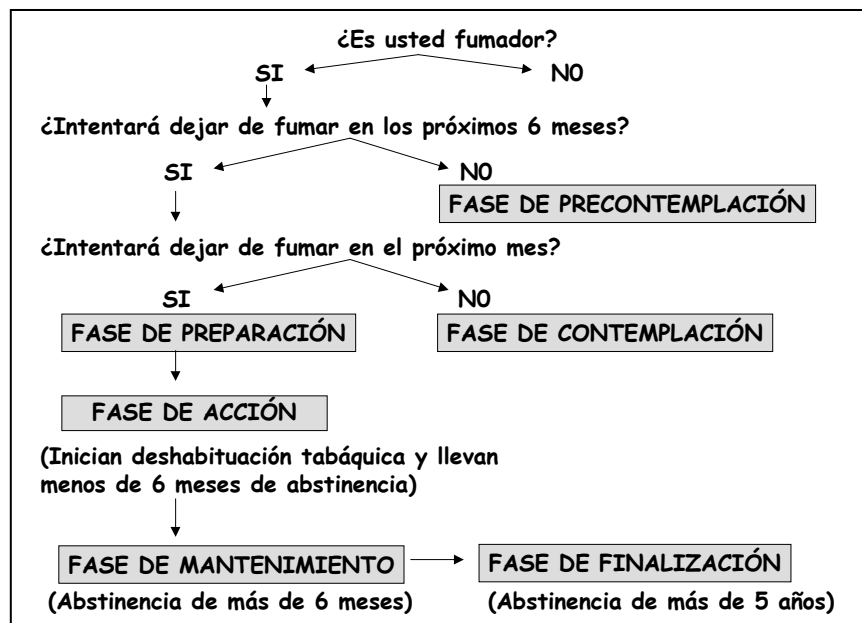


Tabla 1. Proceso de abandono del tabaco.

Patrón de consumo

En la historia del fumador es imprescindible preguntar sobre el número de cigarrillos consumidos al día así como por el tiempo que lleva fumando. Estos dos datos informan de la dificultad que puede presentarse al abandonar el tabaco, circunstancia que depende sobre todo de las características de cada fumador concreto. De la relación de estos dos parámetros surge el concepto de paquetes-año, que no es más que multiplicar el número de cigarrillos que fuma al día por los años que lleva fumando esa cantidad y el producto que se derive dividirlo entre 20. El índice paquetes-año permite obtener una idea objetiva del historial del fumador.

$$\text{paquetes-año} = \frac{\text{cigarrillos que fuma al día} \times \text{años que lleva fumando}}{20}$$

Dentro de la valoración diagnóstica del fumador es conveniente valorar la presencia de intentos previos de abandono y los motivos de recaída que permita abordarlos e intentar que no aparezca en este nuevo intento. También es interesante conocer el entorno socio laboral para buscar los apoyos necesarios que permitan afrontar las dificultades y situaciones de riesgo de la forma más idónea.

Estudio de la motivación

Antes de proceder al abordaje terapéutico del paciente fumador, en su sentido estricto, es preciso conocer la disposición del mismo para abandonar el consumo de tabaco ya que de ello dependerá la actitud a tomar.

Si no quiere dejar de fumar la actitud del profesional de Atención Primaria iría encaminada a ofrecer una información adecuada que favorezca el cambio y progreso de fase, aumentando la confianza y motivación para la toma de decisión final.

El test de Richmond con cuatro preguntas autocalificables permite clasificar de uno a diez la motivación del fumador para dejar de fumar (tabla 2).

1.- ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?
0- NO 1- SI
2.- ¿Cuánto interés tiene usted en dejarlo?
(Desde 0 en absoluto, hasta 3 muy seriamente)
3.- ¿Intentará dejar de fumar en las próximas dos semanas?
(Desde 0 definitivamente no, hasta 3 definitivamente sí).
4.- ¿Cuál es la probabilidad de que usted dentro de los próximos 6 meses sea un no fumador?
(Desde 0 definitivamente no, hasta 3 definitivamente sí).
Puntuaciones:
0-6 = Baja motivación
7-9 = Moderada motivación
10 = Alta motivación.

Tabla 2. Test de motivación de Richmond

La utilidad del test de motivación puede ser doble: seleccionar a los fumadores para iniciar o no un abordaje terapéutico concreto, o para poner de manifiesto los miedos y posibles dificultades e intentar solucionarlos. Lo que en ningún momento puede derivarse de la aplicación de dicho test es la ausencia de intervención. La intervención del profesional sanitario sobre *la conducta, hábito, enfermedad, drogadicción* que supone el tabaquismo debe asumirse como parte inherente del proceder preventivo-curativo de cualquier actividad asistencial.

Hay que tener en cuenta que cada fumador da especial relevancia a una u otra circunstancia. Conocerlas puede ayudar al profesional sanitario para estar preparado e intervenir de la forma más exitosa (tabla 3).

MOTIVOS PARA DEJAR DE FUMAR POR GRUPOS POBLACIONALES	
Adolescentes	
•	Mal aliento
•	Dientes amarillos
•	Costes
•	Falta de independencia (controlados por los cigarrillos)
•	Dolor de garganta
•	Tos
•	Disnea (puede afectar al deporte)
•	Infecciones respiratorias frecuentes.
Embarazadas	
•	Mayor riesgo de aborto espontáneo y muerte fetal
•	Mayor riesgo de bajo peso al nacer
Fumadores recientes	
•	Más facilidad para dejarlo
Padres	
•	Tos e infecciones respiratorias en hijos de fumadores
•	Rol ejemplar
Adultos sintomáticos	
•	Doble riesgo de enfermedad del corazón
•	Seis veces el riesgo de enfisema
•	Diez veces el riesgo de cáncer de pulmón
•	5-8 años menos de vida
•	Coste de los cigarrillos
•	Coste del tiempo de enfermedad
•	Mal aliento
•	Poca conveniencia y aceptabilidad social
•	Arrugas
•	Infecciones de vías respiratorias altas
•	Tos
•	Dolor de garganta
•	Disnea
•	Úlceras
•	Angina
•	Claudicación
•	Osteoporosis
•	Esofagitis
Todos los fumadores	
•	Dinero ahorrado
•	Sentirse mejor
•	Mayor capacidad de ejercicio
•	Vida más larga para disfrutar de la jubilación, de los nietos, etc.

Tabla 3. Motivos para dejar de fumar por grupos de población.

Dependencia Física

Un dato característico del tabaquismo es la valoración de la dependencia nicotínica, imprescindible para realizar un correcto diagnóstico y una adecuada aproximación terapéutica.

La existencia de recaídas y los motivos que la ocasionaron, el número de cigarrillos o el patrón de consumo puede orientar hacia una mayor o menor dependencia nicotínica.

De forma generalizada está aceptado como test de valoración de la dependencia nicotínica el test de Fagerström, que da una valoración de la dependencia nicotínica del fumador, al que en función de la puntuación obtenida lo clasifica en baja, moderada o alta dependencia física a la nicotina (tabla 4).

TEST DE FAGERSTRÖM			
Pregunta	Respuesta	Puntuación	
¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?	< 5 minutos	3	
	6-30 minutos	2	
	31-60 minutos	1	
	> 60 minutos	0	
¿Encuentra dificultad para no fumar en los sitios en que está prohibido (cine ...)?.	Sí	1	
	No	0	
¿A qué cigarrillo le costaría más renunciar?.	El primero	1	
	Otros	0	
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	> 30	3	
	21-30	2	
	11-20	1	
	< 11	0	
¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse que durante el resto del día?	Sí	1	
	No	0	
¿Fuma si está tan enfermo que ha estado en la cama la mayor parte del día?	Sí	1	
	No	0	

Tabla 4. Test de Fagerström modificado.

Diagnóstico-confirmación de la abstinencia tabáquica

Existen varios métodos para confirmar la abstinencia tabáquica, aunque dentro del

marco de Atención Primaria con la autoafirmación del individuo es suficiente y lo suficientemente válida.

Hay una variable que merece una atención individual, es la determinación del monóxido de carbono (CO). El CO puede ser utilizado como marcador de la exposición al humo del tabaco, pero que en líneas generales al existir una relación directa entre el número de cigarrillos consumidos y los niveles de CO en el aire espirado informa objetivamente del patrón de consumo. Es un método sencillo e incruento para valorar la abstinencia y que sirve de refuerzo positivo durante el proceso de deshabituación ya que los fumadores pueden disponer de un parámetro objetivo que les indique del daño que el tabaquismo le está produciendo y que de alguna forma puede afianzar la decisión de dejar de fumar y de refuerzo al comprobar su rápido descenso desde el momento en que abandonan el consumo de tabaco.

La medición del CO se realiza mediante los cooxímetros que miden en partes por millón (ppm) la concentración de CO en aire espirado, pero a pesar de que sería deseable contar con ellos, su disponibilidad no debe supeditar la intervención del profesional sanitario.

Diagnóstico del síndrome de abstinencia nicotínica

Actualmente el consumo de tabaco está contemplado como una adicción figurando en el DSM-IV los criterios que se deben cumplir para encuadrar las manifestaciones clínicas y psicológicas que presenta el fumador cuando abandona el consumo de tabaco dentro del síndrome de abstinencia a la nicotina.

La falta de aporte de nicotina conlleva una serie de manifestaciones clínicas (tabla 5) derivadas, fundamentalmente, de la falta de estimulación de los circuitos cerebrales de recompensa que constituyen el síndrome de abstinencia nicotínica, que empieza a manifestarse entre las 2 y 12 horas de dejar de fumar, con un cénit que se sitúa en los 2 y 3 días y con una duración media estimada entre 3-4 semanas.

Conocer y dar a conocer estas posibles manifestaciones ayudará, en caso de que se presenten, a solventarlas de la mejor manera posible y se tendrá la oportunidad de poner los medios necesarios para evitar que se conviertan en motivo de fracaso terapéutico.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA A LA NICOTINA
SÍNTOMAS FÍSICOS
Aumento de apetito y del peso Molestias gastrointestinales, estreñimiento Disminución de la frecuencia cardíaca y de la TA. Trastornos del E.E.G. Mareo Sudoración Temblor Tos Trastornos del sueño Aumento de la temperatura cutánea
SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS
Deseos fuerte y urgente de fumar (craving) Ansiedad Nerviosismo Irritabilidad Dificultad para la concentración Agresividad Impaciencia

Tabla 5: Principales síntomas del síndrome de abstinencia

INTERVENCIÓN EN TABAQUISMO. TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN NICOTÍNICA.

Cuando un individuo acude a la consulta de Atención Primaria y se le pregunta si fuma o no y si quiere dejar de fumar, en el supuesto de que sea fumador, pueden darse varias situaciones, cada una de las cuales precisa de una intervención concreta (tabla 6):

Situación	Proceder
Que no fume	Dar la enhorabuena y reforzar su actitud
Que sea fumador ocasional	Información sobre el riesgo de esta situación y las probabilidades de convertirse en fumador habitual
Que sea fumador y no quiera dejar de fumar	Información de los riesgos del tabaquismo. Entrevista motivacional
Que sea fumador y se plantee dejar de fumar pero no por el momento	Dar información y ofrecer ayuda para abandonar el consumo de tabaco. Entrevista motivacional.
Que sea fumador y quiera dejar de fumar	Planificar un plan de ayuda concreto. Fijar día D.
Que ya haya empezado a dejar de fumar	Planificar un plan de ayuda concreto. Ofrece un seguimiento.
Que sea exfumador	Dar la enhorabuena y valorar riesgos y prevención de recaída.

Tabla 6. Actitud frente al consumo de tabaco.

Entrevista motivacional

La entrevista motivacional es aquella que, centrada en el fumador, trata de ayudarle a desarrollar sus propias habilidades, dejando en sus manos la responsabilidad del cambio, de forma que de forma reflexiva encuentre las herramientas necesarias para el cambio hacia un estilo de vida más saludable. Para conseguir el objetivo marcado la función que el profesional sanitario debe ejercer es la de orientar la entrevista con el fin de aumentar la motivación y autoeficacia del individuo para dejar de fumar.

La entrevista motivacional se basa en una serie de principios generales: expresar empatía, crear una discrepancia, evitar la discusión, darle el giro a la resistencia y fomentar la autoeficacia (tabla 7).

Expresar empatía	La aceptación del fumador facilita el cambio de conducta, por lo que es fundamental una escucha reflexiva adecuada, siendo la ambivalencia del fumador ante el tabaco normal.
Crear la discrepancia	Es importante que el fumador tome conciencia de las consecuencias de seguir fumando, el clínico debe intentar crear una discrepancia en el fumador entre las consecuencias de seguir fumando y las razones para dejar de fumar, siendo el fumador el que debe presentar sus propias razones para el abandono del tabaco.
Evitar la discusión	Las discusiones del clínico con el fumador son contraproducentes. En muchas ocasiones el clínico al argumentar contra el tabaco provoca la defensividad del fumador, aflorando las resistencias, estas resistencias nos indican que debemos cambiar las estrategias que se han estado utilizando.
Darle un giro a la resistencia	Las percepciones que tienen los fumadores sobre su conducta de fumar se pueden cambiar. El clínico debe sugerir nuevos puntos de vista sobre la conducta de fumar, sin imposiciones. El fumador es una fuente valiosa a la hora de encontrar soluciones a los problemas de su conducta.
Fomentar la autoeficacia	La creencia en la posibilidad de cambiar es un factor motivacional importante. El fumador es responsable de escoger y llevar a cabo un cambio personal

Tabla 7. Principios de la entrevista motivacional en fumadores.

La forma en la que dirigamos la entrevista es fundamental a la hora de evitar un rechazo y favorecer el cambio de actitud del individuo fumador. Se considera como herramientas motivacionales aquellos procedimientos que promueven un entorno adecuado para el cambio: introducción del problema del tabaquismo mediante preguntas abiertas, la escucha atenta y reflexiva, ser conscientes de la comunicación verbal y no verbal tanto del individuo fumador como de la nuestra, provocar afirmaciones automotivadoras y ofrecer apoyo reconociendo los esfuerzos y dificultades para el cambio.

Durante la entrevista es fácil caer en unos errores que se deben evitar para que no bloqueen el feed-back del individuo con el profesional sanitario, como son: interrumpir al fumador cuando habla, juzgar, criticar o culpabilizar, ofrecer ayuda o soluciones prematuras que favorezcan una actitud pasiva del individuo y no deje poner de manifiesto las preocupaciones del fumador, rechazar lo que el fumador está sintiendo, moralizar o decir lo que tendría que hacer, desentenderse, distraerse, tener respuestas para todo ("síndrome del experto") favoreciendo un "rol pasivo" del individuo fumador.

Durante la realización de la intervención del tabaquismo, en el individuo fumador que no se plantea el abandono del tabaco, es fácil encontrar resistencia al cambio, que en la medida que se dirija la entrevista se irán incrementando o no.

Identificar las resistencias es el primer paso para reorientarlas hacia el cambio de actitud (tabla 8).

Resistencias verbales	Resistencias no verbales
• Discutir (desafiando, devaluando, agrediendo) • Interrumpir (cortando, no dejando acabar, cambiando de tema) • Negar (minimizando el peligro, reclamar impunidad, excusándose, mostrando pesimismo respecto al resultado) • Ignorar (no atendiendo, no respondiendo, "pasando")	• Silencio postural • Conducta de evitación (menor contacto visual) • Aumento del tono de voz • Posturas cerradas • Encogimiento de hombros • Mirada fija y perdida • Microexpresiones faciales de desagrado.

Tabla 8. Tipos de resistencias

El manejo de las resistencias observadas es crucial para el buen fin de la entrevista. Existe una serie de estrategias que ayudan a manejarlas y evitar que sea el origen del fracaso terapéutico:

- La devolución simple, en la que se responde a la resistencia con el reconocimiento del desacuerdo. *"No parece usted muy convencido de lo que estoy diciendo", "este tema parece incomodarle"*. Este señalamiento de la resistencia puede conseguir que el paciente se replantee su postura.
- La devolución amplificada, se reconoce la resistencia y se devuelve de una forma exagerada para hacer mella en el fumador. Si por ejemplo el fumador se resiste en su argumentación a admitir los riesgos del tabaco con comentarios como *"hay personas que no fuman pero tienen cáncer de pulmón"*: *"según lo que me está diciendo usted, no está relacionado el fumar con el cáncer de pulmón"*. La respuesta del clínico debe realizarse

con intención de apoyo, evitando un tono vocal de sarcasmo, incredulidad o impaciencia que podría hacer que la respuesta fuera interpretada como hostil, provocando la resistencia del paciente.

- Devolver los dos aspectos de la ambivalencia, por un lado reconocer la resistencia y por otro añadir la parte positiva de la ambivalencia. *"Por un lado parece que usted cree que no le perjudica grandemente el tabaco, por otro lado considera que se encontraría mejor si dejara de fumar"*.
- Cambio de tema, cuando veamos que es difícil de manejar la resistencia.
- Acuerdo con un giro. *"veo que está preocupado por el posible aumento de peso, por lo que este va a ser un aspecto a tratar en su proceso de deshabituación, pero sigamos hablando de ..."*
- Enfatizar la elección y el control personales, haciendo explícito que la decisión final la toma el paciente. *"Dejar de fumar depende de usted", "Nadie puede dejar el tabaco por usted"*.
- Reformulación de la resistencia. Cuando el fumador plantea argumentos que sirven para minimizar o negar un problema, podemos reformular la información que ha comentado el paciente, reconociendo las observaciones generales del fumador y ofreciendo un nuevo significado o interpretación de estas. *"¿Voy a dejar el único placer que me queda?": " al dejar de fumar ganará en otros placeres, recuperará el gusto y el olfato, tendrá más capacidad para hacer deporte...."*

Una vez que el fumador está predispuesto al cambio hay que fortalecer el compromiso y para ello es conveniente dar información y material escrito de ayuda, así como ofrecer un plan terapéutico concreto con el objetivo final de obtener un claro compromiso de abandono del tabaco.

Ante el fumador que quiere dejar de fumar hay que valorar que opción terapéutica es la más apropiada a sus características: Intervención Mínima Sistematizada, Reducción Progresiva de Nicotina y Alquitrán o Tratamiento Farmacológico (Terapia Sustitutiva con Nicotina o Bupropión).

Intervención Mínima Sistematizada

La intervención mínima o breve sería aquella con una duración menor a 10 minutos por sesión, menor a 30 minutos en total, frente a la intervención intensiva, con más de 10 minutos por sesión, 4 o más sesiones y más de treinta minutos en total de intervención.

Cuando la intervención mínima se aplicase en cualquier visita que el fumador realizase por cualquier otro motivo se podría hablar de Intervención Mínima Sistematizada, aunque probablemente llegase un momento en el tiempo global de intervención sobrepasara los 30 minutos que delimitan la intervención mínima o breve.

La intervención breve se sustenta en 5 estrategias (5A) (US Public Health Service Report 2000): ask/averiguar, advise/aconsejar, asses/apreciar, assist/ayudar, y arrange/acordar.

Es importante preguntar al paciente si fuma, averiguar su patrón de consumo y registrarlo en la historia clínica. El PAPPS (programa de actividades para la promoción y prevención de la salud) propone preguntar en cada visita por el consumo de tabaco a las personas adultas y registrarlo en la historia, al menos cada dos años, excepto en el caso del que el paciente nunca haya fumado y tenga más de 30 años, o lleve muchos años sin fumar.

La segunda estrategia sería la de aconsejar el abandono del tabaco. El PAPPS también propone que todas las personas que fuman deben recibir un consejo claro, fuerte y personalizado.

Una vez que se valore (apreciar) la disposición del cambio debe ofrecérseles ayuda para dejar de fumar y se debe acordar un seguimiento mínimo durante las primeras semanas después de dejar de hacerlo.

La ayuda que se puede ofrecer al fumador para conseguir que abandone el tabaco incluye distintos aspectos:

- Fijar una fecha concreta para el abandono definitivo del tabaco.
- Que comunique su decisión en entorno socio-familiar para que busque los apoyos necesarios y adquiera un compromiso de cumplimiento.

- Prever las dificultades al dejar de fumar, sobre todo las primeras semanas, incluyendo los síntomas de abstinencia.
- Eliminar todos los productos relacionados con el tabaco del entorno habitual, así como hacer más incomodo el fumar en los días previos al día elegido para el abandono del tabaco. Antes de dejar de fumar, evitar fumar en los sitios en que se pasa mucho tiempo (casa, trabajo, coche, etc).
- Dar consejos prácticos sobre cómo resolver problemas o entrenamiento de habilidades.
- Ofrecer un apoyo claro desde el centro de salud.
- Ayudar al paciente a obtener apoyo social fuera del centro de salud: en su entorno.
- Recomendar ayudas farmacológicas (sustitutos de la nicotina y/o bupropión).
- Proporcionar material de autoayuda y ofrecerse a discutirlo con el paciente.

Las características de la intervención estarán condicionadas por la fase en la que se encuentre el fumador (tabla 9):

FASE	CARACTERÍSTICAS	ACTITUD
Precontemplación	• No quieren dejar de fumar. • No conocen o niegan efectos nocivos del tabaco. • No conocen las ventajas del abandono del tabaco.	• Consejo sanitario de abandono de consumo de tabaco, que ha de ser más informativo que impositivo. • Manifestar nuestro deseo de ayudarle si decide plantearse el abandono del tabaco. • Buscar motivaciones para cambiar de actitud y favorecer el progreso en el proceso de abandono del tabaco. • Darles folletos con información sobre el tabaquismo.
Contemplación	• Muchos intentos previos fallidos. • Frustración ante un nuevo fracaso.	• Consejo sanitario que aumente la autoconfianza de los fumadores. • Oferta de apoyo personal y/o terapéutico. • Analizar de forma detenida las motivaciones para dejar de fumar. • Oferta de folleto informativo sobre tabaquismo. • Oferta de guía práctica/decalogo para dejar de fumar.
Preparación	• Quieren hacer un intento serio de dejar de fumar.	• Oferta de apoyo psicológico. • Oferta de tratamiento. • Pautar un seguimiento del proceso de deshabituación. • Reforzar positivamente su decisión de dejar de fumar.
Acción y Mantenimiento	• El paciente ha dejado de ser fumador.	• Oferta de apoyo psicológico. • Análisis de las situaciones de riesgo en las que puede ser más fácil volver a fumar. • Ofrecer consejos para la prevención de recaídas

Tabla 9. Intervención mínima sistematizada en función de la fase del proceso de abandono del tabaco.

Reducción Progresiva de Nicotina y Alquitrán.

La reducción progresiva tiene como objetivo recibir menos cantidad de nicotina de forma progresiva para lograr el abandono del tabaco en un plazo fijado de antemano y estaría indicada principalmente en aquellas personas con dependencia nicotínica leve, en fumadores con dependencia moderada o alta en las que la intervención mínima sistematizada sea insuficiente, en las que presenten alguna contraindicación a la TSN o bupropión o en las personas que escojan este método como la terapia a realizar.

Consiste en reducir un 30% por semana el número de cigarrillos o la cantidad de nicotina administrada:

- 1) Si se decidiera seguir con el mismo tipo de cigarrillos, se iría disminuyendo su número en un 30% semanalmente hasta conseguir la cesación total en el plazo de 3-4 semanas.
- 2) Si la decisión fuera cambiar el tipo de cigarrillos por otros con menor contenido de nicotina, se efectuará con un 30% menos de nicotina, siguiendo unas normas para evitar la compensación como: fumar 1/3 menos del cigarrillo de lo que habitualmente lo hacía y no realizar inhalaciones profundas.

Existen unas pautas fundamentales en este planteamiento terapéutico que ayudarán a prevenir las recaídas posteriores, como son:

- No aceptar ningún cigarrillo de otra persona, aunque eso no implica que uno no pueda ofrecer sus cigarrillos.
- Ir retrasando el primer cigarro después de levantarse o antes de desayunar 15 minutos cada semana (15 minutos la primera semana, 30 minutos la segunda y 45 minutos la tercera).

Para desautomatizar la conducta de fumar conviene:

- Realizar un registro diario del número de cigarrillos que se fume.
- Escoger cada semana tres situaciones en las que normalmente fumaba y que a partir de ahora dejará de hacerlo, empezando por las que menos cueste dejar (por ejemplo: si habitualmente fuma viendo la televisión y escoge esta situación para no fumar a partir de ahora, cuando le apetezca hacerlo, tiene tres opciones: no fumar, apagar la televisión o salir de la habitación y fumar el cigarrillo en cuestión).

Otras medidas a tener en cuenta son:

- Dejar el último 1/3 del cigarrillo (el más próximo a la boquilla) sin fumar.
- A partir de la segunda semana nunca fumar más de la mitad del mismo, así como no realizar inhalaciones profundas.
- A partir de la cuarta semana de tratamiento si todavía se fuma algún cigarrillo se irán reduciendo día a día hasta la total cesación al final de dicha semana.

Una vez conseguida la abstinencia tabáquica, a lo largo de la quinta y sexta semana del inicio de la intervención, se debe favorecer una reflexión encaminada a mantenerla y evitar las recaídas analizando:

- 1º) Significado personal de haber conseguido la abstinencia total del tabaco.
- 2º) Beneficios que nota al dejar de fumar.
- 3º) Las sensaciones que puede notar en esta semana sin tabaco.
- 4º) Analizar tres creencias erróneas sobre el tabaco.
- 5º) La vida futura como no fumador.
- 6º) Eliminar todos los cigarrillos de su casa, coche, o de cualquier otro sitio donde los tenía habitualmente.

A continuación se exponen las tareas a desarrollar en cada semana, en un plan de 4 semanas:

Tareas para los días previos al cese tabáquico:

- Comunicar a otras personas que va a dejar de fumar en las próximas semanas
- Representación gráfica de los cigarrillos fumados.
- 4 reglas para disminuir el consumo:
 - Fume un tercio menos
 - No acepte cigarrillos
 - Reduzca la profundidad de la inhalación
 - Lleve el cigarrillo a la boca sólo para fumar
- Hacer más incomodo el fumar: cambie de marca de cigarrillos; no lleve mechero; lave el cenicero cada vez que fume...

Tareas para la 1ª semana.

- Reflexiones sobre la conducta de fumar de la semana anterior.
- Analizar las reacciones de la gente ante su decisión de abandono del tabaco.
- Cambie de marca de cigarrillos, a otra con un 30% menos de nicotina que la que hoy fuma; o reduzca al menos un 30% el consumo de cigarrillos si ya está en la marca con menos nicotina.
- Tener en cuenta las reglas para reducir el consumo.
- Si fuma antes del desayuno o después de levantarse, retrase ese cigarrillo al menos 15 minutos. Aumente la cantidad de cigarrillo sin fumar.
- Representación gráfica de los cigarrillos fumados.

Tareas para la 2ª semana

- Reflexiones sobre la conducta de fumar de la semana anterior.
- Analizar las reacciones de la gente ante su decisión de abandono del tabaco.
- Cambie de marca de cigarrillos, a otra con un 60% menos de nicotina que la que fumaba habitualmente; o reduzca al menos un 30% el consumo de cigarrillos de la semana anterior.
- Tener en cuenta las reglas para reducir el consumo.
- Si fuma antes del desayuno o después de levantarse, retrase ese cigarrillo al menos 15 minutos.
- Seleccione tres situaciones en las que dejará de fumar.
- Representación gráfica de los cigarrillos fumados.
- Actividades a realizar para ayudar a conseguir el objetivo marcado.

Tareas para la 3ª semana

- Reflexiones sobre la conducta de fumar de la semana anterior.
- Analizar las reacciones de la gente ante su decisión de abandono del tabaco.
- Cambie de marca de cigarrillos, a otra con un 90% menos de nicotina que la que fumaba habitualmente; o reduzca al menos un 30% el consumo de cigarrillos de la semana anterior.
- Tener en cuenta las reglas para reducir el consumo. Fumar como máximo la mitad del cigarrillo.
- Retrasar un mínimo de 30 minutos el cigarrillo de después de levantarse o desayunar. Retrasar un mínimo de 15 minutos los cigarrillos de después de comer, del café y de la cena.
- Seleccione otras tres situaciones en las que dejará de fumar.
- Representación gráfica de los cigarrillos fumados.

Tareas para la 4ª semana

- Reflexiones sobre la conducta de fumar de la semana anterior.
- Analizar las reacciones de la gente ante su decisión de abandono del tabaco.
- Reducir en esta semana el número de cigarrillos día a día de modo que al final de la misma ya no fume ninguno.
- Tener en cuenta las reglas para reducir el consumo. Fumar como máximo la mitad del cigarrillo.
- Retrasar un mínimo de 45 minutos el cigarrillo de después de levantarse o desayunar.
- Retrasar un mínimo de 30 minutos los cigarrillos de después de comer, del café y de la cena.
- Seleccione otras tres situaciones en las que dejará de fumar.
- Representación gráfica de los cigarrillos fumados.
- Actividades a realizar para ayudar a conseguir el objetivo marcado.
- Cuando tenga un impulso de fumar, analícelo y vea como se desvanece. Reflexionar entre caída y recaída. Analizar las creencias sobre esta cuestión.

Tareas a partir de la 5ª semana

- Significado personal de haber conseguido la abstinencia total del tabaco.
- Beneficios que nota al dejar de fumar.
- Analizar las sensaciones que puede notar en esta semana sin tabaco.
- Análisis de creencias erróneas sobre el tabaco.
- Consejos para prevenir recaídas. Reflexionar sobre la vida futura como no fumador.
- Si no ha dejado de fumar repetir las tareas de la semana cuarta.

Tratamiento farmacológico. Terapia sustitutiva con nicotina.

El tratamiento farmacológico del tabaquismo en atención primaria debe quedar restringido a aquellas terapias que por sus características de uso no requieran de controles especializados y de las que haya evidencia científica de su utilidad; que en el caso concreto del tabaquismo coincide con los habitualmente utilizados: terapia sustitutiva con nicotina y bupropión.

El tratamiento farmacológico estaría indicado en:

- Fumadores con dependencia nicotínica moderada o alta.
- Fumadores de 20 o más cigarrillos.
- Los que fumen su primer cigarrillo antes de transcurrida media hora desde el momento de levantarse por la mañana.
- Aquellos con intentos previos de deshabituación fallidos por presentar síndrome de abstinencia severo dentro de la primera semana de deshabituación.

En el anexo 2 se recogen las recomendaciones de uso del tratamiento farmacológico que por su facilidad de manejo y los escasos efectos adversos relevantes, estarían más indicados en atención primaria.

Terapia sustitutiva con nicotina.

Consiste en la administración de nicotina por vía diferente a la de los cigarrillos, en una cantidad suficiente para evitar la aparición de los síntomas del síndrome de abstinencia (5-15 ng/ml), pero en cantidad insuficiente como para crear dependencia (evitando picos mayores de 30-35 ng/ml.). El paciente recibe nicotina (que es lo que le hacía adicto al tabaco) pero no recibe los productos nocivos del tabaco (alquitrán, monóxido de carbono, cancerígenos...).

Esta terapia es útil para vencer la dependencia física y ayudará a vencer la dependencia psíquica, pero hay que tener en cuenta que también se deben poner en práctica las recomendaciones conductuales y que finalmente es la motivación/voluntad del paciente la que hará que tenga éxito o no (tabla 10). Ninguna terapia farmacológica protege de las presiones que incitan a fumar. Sólo hacen más fácil permanecer sin fumar.

Debe tenerse siempre presente que mientras se utiliza algún producto con nicotina (chicles, parches, spray nasal...) *no se debe fumar*, pues se puede sufrir una intoxicación nicotínica. Esta intoxicación no suele ser grave, pero siempre es muy desagradable (nauseas, vómitos, taquicardia).

Los candidatos a recibir TSN son:

- Fumadores que deseen de dejar de fumar

- Alto consumo de tabaco o alta dependencia de la nicotina
- Síntomas del síndrome de abstinencia en las primeras semanas de otro intento de dejar el tabaco
- Alta motivación

	Dependencia física a la nicotina (test de Fagerström)	
	Leve-moderada ¹	Alta
Chicles	2 mg/90 minutos* 8-12 semanas	4 mg/60-90 minutos* 8-12 semanas
Parches	21 mg/24 horas. 4 semanas 14 mg/24 horas. 2 semanas 7 mg/24 horas. 2 semanas ----- 15 mg/16 horas. 4 semanas 10 mg 16 horas. 2 semanas 5 mg/16 horas. 2 semanas	21 mg/24 horas. 4-6 semanas 14 mg/24 horas. 2 semanas 7 mg/24 horas. 2 semanas ----- 15 mg/16 horas. 6 semanas 10 mg/16 horas. 2 semanas 5 mg/16 horas. 2 semanas
Comprimidos para chupar	1 mg /90 minutos* 8-12 semanas	1 mg/60-90 minutos* 8-12 semanas
Spray	1 mg/hora* 12-24 semanas	1-3 mg/hora* 12-24 semanas
Terapia combinada	Se mantienen las dosis de los parches y se añade una presentación de liberación rápida en momentos puntuales previamente establecidos o cuando se tengan ganas intensas de fumar.	

*y siempre que tenga ganas intensas de fumar

¹ En pacientes con un consumo inferior a 10 cigarrillos al día no hay suficiente evidencia de beneficio con terapia sustitutiva con nicotina. En cualquier caso, se sugiere emplear dosis más reducidas y adaptarlas a los síntomas del paciente. Una fórmula flexible es emplear presentaciones orales a demanda.

Tabla 10. Esquema general de tratamiento con terapia sustitutiva con nicotina.

Las contraindicaciones comunes de la TSN son:

- Infarto agudo de miocardio reciente.
- Arritmias cardíacas severas
- Angina inestable
- Embarazo y lactancia

- Ulcus gastroduodenal activo
- Enfermedades mentales graves y otras drogodependencias.

Chicles de nicotina.

El chicle de nicotina es una presentación que contiene la nicotina en el interior de una goma de mascar. Las presentaciones del chicle (Nicorette[®], Nicotinell[®] y Nicomax[®]), contienen 2 ó 4 mg de nicotina empleándose una u otra dosificación en función de la baja o alta dependencia nicotínica del fumador. Se aconseja su utilización durante un mínimo de 2-3 meses aunque en función de cada situación concreta pueden emplearse durante más tiempo, bien de forma pautada (una pieza de chicle cada hora mientras está despierto), o de forma arbitraria (a demanda del fumador). La administración “a demanda” quizá sería la más indicada cuando se administre el chicle de nicotina dentro de un programa de terapia farmacológica combinada.

Las ventajas del uso del chicle de nicotina son:

- Los fumadores pueden regular su consumo de nicotina para evitar los síntomas del síndrome de abstinencia.
- Pueden conseguirse porcentajes de reemplazamiento nicotínico del 30-64% respecto de los niveles de nicotina previos al cese de consumo de tabaco.
- El pico de absorción de nicotina sucede sobre los 30 minutos, retrasando los efectos estimulantes.
- Retrasa la ganancia de peso más que el parche.
- Junto con una adecuada orientación logra porcentajes de abstinencia al año de entre el 18 y 30%.
- Su uso es seguro (empleado durante cinco años no aumenta el riesgo cardiovascular).

Los inconvenientes de su uso son:

- Los fumadores deben ser aleccionados en su empleo.
- El consumo concomitante de ciertas sustancias como el café, pueden reducir la absorción.
- Hay diferencias significativas con el placebo a los 6 meses pero no al año.
- Es más eficaz a corto plazo (4-6 semanas) que para prevenir recaídas tardías.

- No es más útil que el placebo en fumadores de más de 25 cigarrillos/día o más de 7 puntos en el test de Fagerström.
- Disponible su venta libre en farmacias, lo que evita el control médico (pero permite el acceso a más pacientes).
- Produce dependencia en aproximadamente el 10% de usuarios.
- Los pacientes controlan la cantidad de chicle que toman por lo que puede haber un abuso o una infrautilización de los mismos.

Las contraindicaciones específicas son:

- En caso de problemas dentarios.
- Trastornos de la articulación temporo mandibular.
- Inflamación orofaríngea.

Efectos adversos más frecuentes: ardor epigástrico, náuseas, flatulencia, diarrea, dolor y/o úlceras en la cavidad oral, hipo, náuseas y mal sabor de boca.

Propuesta de uso (tabla 10) (anexo 2 y 3):

- Reducir el consumo de tabaco a menos de 20 cig/día antes de iniciar el tratamiento con chicles.
- No fumar mientras se utiliza el chicle.
- Al menos durante los primeros 1-3 meses debe usarse un chicle por hora durante las horas de vigilia, usualmente de 7 a 15 piezas, y no más de 30 piezas de 2 mg. (o 20 de 4 mg.) al día.
- El uso del chicle debe ser correcto. Debe advertirse al fumador que sustituya el cigarrillo por una pieza de chicle y la mastique lentamente hasta que note un fuerte sabor, momento en el cual debe dejar de masticar, colocar el chicle entre la mejilla y las encías y evitar la deglución de saliva. Conforme tiene lugar la absorción de la nicotina por la mucosa orofaríngea va disminuyendo el fuerte sabor hasta su desaparición, momento en el que puede nuevamente masticarse el chicle. Se repite este ciclo hasta que la goma de mascar desprenda toda su nicotina o desaparezca el deseo de fumar. Es recomendable, que al igual que sucede con otros medicamentos, el paciente realice una prueba del chicle delante del médico prescriptor, para poder corregir los errores que se observen en su utilización.).

- Debe evitarse comer o ingerir bebidas excepto agua desde 15 minutos antes de usar el chicle hasta que éste se tira (pues se reduce la absorción de nicotina).
- No tragar con avidez la saliva que contenga nicotina (puede producir irritación gastrointestinal).

Comprimidos de nicotina para chupar.

Esta presentación, en comprimidos para chupar, tiene mucha similitud, tanto en las indicaciones como forma de uso con los chicles de nicotina anteriormente descritos. El comprimido para chupar de nicotina se presenta con una concentración de 1 mg (Nicotinell mint 1 mg[®]). Al igual que los chicles se aconseja su utilización durante unos 2-3 meses como mínimo, o durante más tiempo si se considerase conveniente; de forma pautada o a demanda en función de las características del fumador y grado de dependencia nicotínica que presente.

Las ventajas del uso del comprimido de nicotina para chupar son:

(Las ventajas de los chicles son aplicables a los comprimidos para chupar presentando éstos unas ventajas añadidas).

- No precisa masticación.
- No se pega a los dientes.
- Excelente sabor a menta.
- Socialmente más aceptable.
- Facilidad de uso.

Los inconvenientes de su uso son:

- Los mismos que para los chicles de nicotina.

Las contraindicaciones específicas son:

- En caso de problemas dentarios.
- Inflamación orofaríngea.

Efectos adversos más frecuentes: ardor epigástrico, náuseas, flatulencia, diarrea, dolor y/o úlceras en la cavidad oral, hipo, náuseas y mal sabor de boca.

Propuesta de uso (tabla 10) (anexo 2 y 4):

- Reducir el consumo de tabaco a menos de 20 cig/día antes de iniciar el tratamiento con los comprimidos de nicotina para chupar .
- No fumar mientras se utilizan los citados comprimidos.
- Al menos durante los primeros 1-3 meses deben usarse de forma regular. En fumadores de menos de 10 cigarrillos al día se pueden utilizar a demanda, cuando se sienta la necesidad de fumar. Cuando el consumo sea entre 10 y 20 cigarrillos se recomienda el uso de 8 a 12 piezas de comprimidos al día durante el primer mes y si es superior, entre 20 y 40 cigarrillos al día se dobla la pauta anteriormente citada. No se recomienda el uso exclusivo de comprimidos de nicotina para chupar cuando el consumo sea superior a 40 cigarrillos al día.
- El uso del comprimido debe ser correcto. Debe advertirse al fumador que sustituya el cigarrillo por comprimido y lo chupe lentamente hasta que note un fuerte sabor, momento en el cual debe dejar de chuparlo, colocándolo entre la mejilla y las encías y evitar la deglución de saliva. Conforme tiene lugar la absorción de la nicotina por la mucosa orofaríngea va disminuyendo el fuerte sabor hasta su desaparición, momento en el que puede nuevamente chupar el comprimido. Se repite este ciclo hasta que se consuma todo el comprimido. Es recomendable, que al igual que sucede con otros medicamentos, el paciente realice una prueba del comprimido delante del médico prescriptor, para poder corregir los errores que se observen en su utilización.
- Debe evitarse comer o ingerir bebidas excepto agua desde 15 minutos antes de usar el comprimido (pues se reduce la absorción de nicotina).
- No tragar con avidez la saliva que contenga nicotina (puede producir irritación gastrointestinal).

Parches de nicotina.

Se trata de una presentación farmacológica que produce una liberación sostenida de nicotina mediante la aplicación de parches transdérmicos durante 16 ó 24 horas en función de la modalidad escogida (Nicorette[®], Nicotinell[®] respectivamente). Mientras que los parches de 16 horas simulan mejor la relación nicotina-fumador, los de 24 previenen mejor la sintomatología matinal, si bien pueden afectar con más frecuencia la calidad del sueño.

Las ventajas del uso de los parches de nicotina son:

- Dosificación conocida y preestablecida (no abuso).
- Facilidad de cumplimentación del tratamiento (1 parche / día).
- Poca necesidad de otros productos con nicotina. Sobredosificación rara.
- Pico máximo de nicotina en plasma sobre las 4-8 horas (no adictivo).
- Es 2,5 veces superior al placebo para abstinencias a seis meses. Tasas de abstinencia de aproximadamente el 22% a los seis meses (dependiendo la pauta).
- Es efectivo para algunos pacientes incluso sin consejo médico (venta libre en farmacias). Aumenta la tasa de abstinencia si se acompañan de asesoramiento.
- Los parches de 16 horas producen menos trastornos del sueño.
- Los parches de 24 horas logran niveles de nicotina por la mañana similares a los de los fumadores activos, con lo que previenen mejor la sintomatología matinal, como ya se ha comentado.

Los inconvenientes de su uso son:

- Reduce los síntomas del síndrome de abstinencia, pero en grandes fumadores no es completamente satisfactorio por no sentir los rápidos efectos estimulantes en SNC que les proporciona el fumar.
- Fumadores de <10 cig./día pueden perder su tolerancia a la nicotina y sentir síntomas propios de la iniciación a la nicotina (nauseas, cefalea...).
- El fumador no controla la dosis de nicotina (también se evita el posible abuso).
- No se alcanza la concentración fija en plasma hasta 2-3 días de aplicar los parches.

Las contraindicaciones específicas son: eccema, dermatitis atópica o enfermedades dermatológicas generalizadas.

Efectos adversos más frecuentes: prurito, exantema y eritema (fácilmente solucionables mediante la rotación del parche y el simple hecho de airearlos antes de la colocación, o con la aplicación tópica de corticoides), quemazón en la zona del parche en el 50% de los pacientes (10% de ellos dejan el tratamiento); insomnio (12%), sueños anormales (5%), cefalea (4%), náuseas (4%), vértigo (4%), mialgias, mareos y, menos frecuentemente, dispepsia, parestesias, tos, palpitaciones y sudoración.

Propuesta de uso (tabla 10) (anexo 2 y 5):

- No fumar mientras se usa el parche.
- El parche debe colocarse en una zona de la piel sin vello y sin sudor, en la cara anterior del brazo, hombro, cadera o tronco, todos los días mientras dure el tratamiento (2-3 meses), retirándose al día siguiente o el mismo día (dependiendo si el parche fuera de 24 o 16 horas). Debe rotarse el lugar de aplicación para evitar el efecto irritativo del adhesivo sobre la piel. Tratar las reacciones locales con cremas de corticoides tópicos y rotar el parche.

Tratamiento farmacológico con bupropión.

Bupropión (Quomem[®], Zyntabac[®]) es el primer tratamiento farmacológico no nicotínico recomendado oficialmente para el tratamiento de la deshabituación tabáquica.

El bupropión inhibe de forma selectiva la recaptación neuronal de noradrenalina y dopamina y, en menor proporción, de indolaminas (serotonina). De esta forma, incrementa los niveles de estas sustancias en las sinapsis de los núcleos "accumbens" y "ceruleus", sin inhibir la acción de la monoaminoxidasa.

El mecanismo de acción no se conoce con exactitud, pero se supone que está relacionado con su actividad noradrenérgica y dopaminérgica y puede simular los efectos de la nicotina y disminuir el síndrome de abstinencia.

Las ventajas del uso del bupropión son:

- Facilidad de cumplimentación del tratamiento (uno o dos comprimidos al día).
- La administración de 300 mg/día de bupropión consigue una abstinencia significativamente superior a la lograda por el placebo a las 9 semanas (36% frente a un 14%), a los 6 meses (un 25% frente a un 10%) y a los 12 meses (un 18,4% frente a un 5,6%).

- El consumo de bupropión se asocia fácilmente a un tratamiento médico, favoreciendo el control y seguimiento por el médico prescriptor con lo que aumenta los porcentajes de éxito terapéutico.
- Es eficaz en aminorar el deseo de fumar y los síntomas derivados de la abstinencia nicotínica.
- El uso de bupropión en el tratamiento de deshabituación tabáquica ayuda a controlar el aumento de peso derivado de la supresión nicotínica.

Los inconvenientes de su uso son:

- Reduce los síntomas del síndrome de abstinencia, pero en grandes fumadores puede no ser completamente satisfactorio por no sentir los rápidos efectos estimulantes en SNC que les proporciona el fumar.
- Es un fármaco con posibilidad de interaccionar con otras medicaciones que hay que controlar (tabla 11).

Las contraindicaciones al uso de bupropión son:

- Bupropión está contraindicado en fumadores que presenten trastornos convulsivos o cualquier antecedente de convulsiones.
- En los que padezcan o refieran historia previa de bulimia o anorexia nerviosa.
- Cirrosis hepática grave.
- Historia de trastornos bipolares.
- También está contraindicado el uso concomitante de bupropión e inhibidores de la monoaminoxidasa.
- Pacientes con tumor en el Sistema Nervioso Central.
- Pacientes que estén en proceso de deshabituación alcohólica o retirada de benzodiacepinas.
- No se han definido los efectos de bupropión sobre el embrión humano por lo que, por el momento no se debe recomendar su uso durante el embarazo y sólo se administrará a mujeres embarazadas si los beneficios esperados compensan los posibles riesgos. Las madres lactantes no deben tomar bupropión mientras dure la lactancia.

POTENCIALES INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS DE BUPROPIÓN		
FÁRMACO/S	MECANISMO DE LA INTERACCIÓN	EFFECTO PREVISIBLE
Inductores de CYP2B6: carbamacepina, fenobarbital fenitoína	↑ metabolismo de bupropión y posible acumulación de hidroxibupropión	¿ ↑ toxicidad de hidroxibupropión?
Inhibidores de CYP2B6: Cimetidina ^a	↓ metabolismo de bupropión	↑ toxicidad de bupropión
Inhibidores de CYP2D6: ácido valpróico, fluoxetina,, ritonavir	↓ metabolismo de hidroxibupropión	↑ toxicidad de hidroxibupropión
Fármacos que disminuyen el umbral convulsivo: antipsicóticos, antidepresivos, antimaláricos, teofilina, tramadol, quinolonas, corticoides sistémicos, antihistamínicos con efecto sedante.	↓ umbral convulsivo	↑ riesgo de convulsiones.
Inhibidores de la MAO ^b	Desconocido	↑ toxicidad aguda de bupropión
Levodopa	Potencia efectos dopaminérgicos	↑ efectos tóxicos de levodopa
Zolpidem	Desconocido	↑ riesgo de alucinaciones por zolpidem
Sustratos de CYP2D6 : • antidepresivos tricíclicos (ej. <i>imipramina, desipramina, nortriptilina</i>) • antidepresivos ISRS (ej. <i>fluoxetina, paroxetina, venlafaxina</i>) • betabloqueantes (ej. <i>carvedilol, timolol, metoprolol</i>) • antiarrítmicos (ej. <i>flecainida, mexiletina</i>) • antipsicóticos (ej. <i>risperidona, tioridazina, haloperidol, trazodona</i>)	↓ metabolismo de estos fármacos	↑ toxicidad de estos fármacos
^a en estudio en dosis únicas no se observó efecto alguno; ^b administración contraindicada		

Tabla 11. Bupropión e interacciones medicamentosas.

Se debe extremar las precauciones de su uso en situaciones donde el riesgo de convulsiones pueda estar aumentado y que no constituyan una contraindicación formal. Entre las citadas situaciones figuran los antecedentes clínicos de traumatismos craneales o tumores craneales, ciertos factores personales como son el consumo excesivo de alcohol, la adicción a opiáceos, cocaína o estimulantes y la diabetes tratada con insulina o hipoglucemiantes orales, así como por el uso de fármacos que disminuyan el umbral convulsivo (tabla 11).

Efectos adversos más frecuentes: rinitis, cefalea, boca seca (sabor metálico) e insomnio. Por lo general la tolerancia al fármaco es buena y los efectos adversos recogidos hasta la fecha son poco relevantes cuando se tienen en cuenta las contraindicaciones

terapéuticas, si bien aún debe observarse este aspecto cuando se extienda su uso en la práctica clínica.

Propuesta de uso (tabla 10) (anexo 6):

Debe iniciarse al menos siete días antes del día escogido para abandonar el consumo de tabaco. Se empezará con 150 mg. por la mañana los días 1 al 6 y 300 mg/24h, administrados en forma de dos comprimidos de 150 mg cada uno, dejando transcurrir entre la toma del primer comprimido y el segundo al menos 8 horas. Esto se hará a partir del séptimo día hasta completar de 7 a 9 semanas de tratamiento, aunque aún no se conoce con exactitud cual es la duración óptima del mismo. Se aconseja un intervalo posológico mínimo entre las dos tomas de ocho horas, siendo conveniente que la última toma del día sea al menos cuatro horas antes de acostarse, para evitar en lo posible el insomnio que con frecuencia se asocia al consumo del mismo. En caso de aparecer el insomnio adelantar el horario de la segunda toma o disminuir los miligramos de la misma, si bien también podría utilizarse algún hipnótico.

En todo caso, antes de prescribir bupropión el paciente debe ser evaluado previamente para descartar antecedentes patológicos que predispongan a la aparición de convulsiones o interacciones medicamentosas. Si está presente alguna de estas circunstancias y, si finalmente el beneficio de dejar de fumar supera el riesgo de convulsiones, la dosis de bupropión no superará los 150 mg./día a lo largo de todo el tratamiento.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN TABAQUISMO

Actividades a realizar en cada visita.

Tanto el mensaje como el seguimiento del paciente fumador durante su proceso de deshabituación tabáquica ha de ser personalizado. Al fumador en fase de acción se le debe ofrecer un seguimiento (que ya de por sí es una intervención efectiva) teniendo en cuenta que será más intensivo durante las primeras semanas.

Las actividades a realizar en cada uno de los controles programados dependerán de la visita en la que nos encontremos, siendo siempre flexibles y modificándolas en función de la evolución de individuo.

En la primera visita las actividades que debieran realizarse son las expuestas a continuación:

- | | |
|--|---|
| ▪ Toma de datos personales. | ▪ Determinación del grado de dependencia nicotínica. |
| ▪ Teléfono de contacto. | ▪ Características del hábito tabáquico. |
| ▪ Antecedentes personales. | ▪ Determinación de CO en aire espirado (si se dispone de cooxímetro). |
| ▪ Exploración física y toma de TA. | ▪ Apoyo psicológico. |
| ▪ Determinación del peso. | ▪ Entrega de material escrito. |
| ▪ Investigar tratamientos médicos concomitantes. | |
| ▪ Identificar factores del entorno. | |
| ▪ Valoración de la fase. | |
| ▪ Motivación. | |

En las posteriores visitas las actividades recomendadas son:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| ▪ Declaración de abstinencia o no. | ▪ Ajustar el tratamiento si procede. |
| ▪ Valoración de la eficacia del tratamiento propuesto. | ▪ Apoyo psicológico. |
| ▪ Valoración del síndrome de abstinencia. | ▪ Determinación de peso. |
| ▪ Valoración de los efectos secundarios. | ▪ Medición de la tensión arterial. |

La primera visita de seguimiento debe establecerse en los primeros 7-15 días, con el objeto de evaluar las dificultades que se le puedan presentar al paciente así como la cumplimentación terapéutica y la tolerancia al tratamiento farmacológico, si este se hubiese pautado. Posteriormente pueden concretarse nuevas visitas a los 15-30, 60 y 90 días.

Si es posible, además puede establecerse contacto telefónico entre las citas o a demanda del paciente y puede ser también conveniente hacerlo cuando no acuda a un control programado para analizar el porqué, que generalmente suele ser el fracaso y el sentimiento de frustración y culpabilidad ante el mismo, situaciones que debemos normalizar para favorecer la reconducción del proceso de deshabituación tabáquica.

Preparación previa al día elegido para dejar de fumar.

Desde el momento que un fumador acude a la consulta de Atención Primaria y decide dejar de fumar, se puede protocolizar una actuación encaminada a conseguir el objetivo final: Se fijará un día para dejar de fumar y se ofrecerá una ayuda terapéutica personalizada.

Una vez que el fumador ha escogido un día para dejar de fumar (día que elegirá el fumador en función de la conveniencia, facilidad y demás situaciones que considere, pero que salvo causa bien justificada debe respetar y no ir posponiéndolo). Ese día, el día D, a poder ser debe ser un día que “signifique” un claro compromiso de cambio.

En los días previos al día D se pueden pautar unas normas y consejos que faciliten el cambio cuando llegue el momento, con el objetivo de que el hecho de fumar sea menos agradable y placentero, desautomatizarlo y convertirlo en un acto reflexivo y así conseguir reducir el consumo de tabaco (anexo 7).

Dos tareas a realizar en esta fase son el autorregistro de cigarrillos y construir la lista de motivos para dejar de fumar.

El registro de cigarrillos se realizará diariamente y se anotarán, antes de fumarlos en una planilla que llevará a mano (a poder ser en el mismo paquete, por ejemplo entre el celofán y la propia cajetilla) (tabla 12). Se apuntará la hora que sea, la situación en la que esté, así

como el placer o deseo que le produce dicho cigarrillo. Todo ello con un doble objetivo, por una parte para analizar su conducta de fumar y así poder incidir sobre los aspectos que se consideren oportunos y por otra para intentar romper con el automatismo del acto de encender un cigarrillo.

Cigarro	Hora	Situación	Placer/deseo/necesidad
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			

Tabla 12. Modelo de autorregistro de los cigarrillos consumidos al día.

En esta fase también es el momento de que el fumador exteriorice los motivos por los que sigue fumando y sobre todo por los que quiere dejar de fumar, ponerlos por escrito para poder tenerlos presentes durante todo el proceso de deshabituación, ya que probablemente haya momentos en los que recordar los motivos que le llevó a tomar la decisión de abandonar el tabaco puede evitar el fracaso terapéutico.

Si el fumador ha realizado intentos previos de abandono de tabaco es conveniente analizar las circunstancias que influyeron en la decisión de volver a fumar y reconvertir el hecho “negativo” de la recaída en algo positivo: experiencia de que puede dejar de fumar y de los motivos que debe tener presente para evitar una nueva recaída. Exteriorizar los miedos y dificultades puede ayudar a adoptar posibles soluciones.

Como fase final de esta entrevista estaría la entrega de material de ayuda por escrito: hoja informativa sobre el tabaquismo (anexo 8), así como los consejos para afrontar de forma más favorable el proceso de abandono del tabaco (anexo 9).

Plan terapéutico

En el tratamiento del tabaquismo una premisa a tener en cuenta es que el tratamiento ha de ser individualizado y debe existir una corresponsabilidad terapéutica y que sea el propio fumador quien se involucre en la elección tanto del momento para dejar de fumar como de la opción terapéutica a utilizar después de una correcta información y valoración de la idoneidad de cada tratamiento.

A continuación se expondrán algunas pautas terapéuticas que sólo tienen una finalidad orientativa y será cada profesional quien tome la última decisión.

- Fumadores con baja dependencia nicotínica y/o consumo menor de 10 cigarrillos/día podría valorarse tratamiento conductual con refuerzo puntual de sustitutivos de nicotina (chicles o comprimidos de chupar de nicotina).
- Fumadores con dependencia moderada y consumo de 20 cigarrillos/día: tratamiento conductual además de TSN (Parches de nicotina a las dosis recomendadas o chicles/comprimidos de nicotina) (tabla 10) o la prescripción de bupropión (150 ó 300 mg/día).
- Fumadores con alta dependencia nicotínica y consumo superior a 20 cigarrillos/día: tratamiento conductual y TSN (tabla 10) o bupropión de forma individual o combinada a las dosis recomendadas valorando la posibilidad de incrementar el tiempo de tratamiento.

El tratamiento combinado puede ser de dos tipos:

1) Combina varias forma de TSN: parches transdérmicos como tratamiento de base y utilizar, puntualmente y a demanda, los chicles o comprimidos de nicotina en los momentos que se note intensas ganas de fumar.

2) TSN y bupropión.

- Empezar con 150 mg de bupropión durante una semana y pasar a 300 mg separada cada toma como mínima 8 horas. Sobre la segunda semana desde el inicio de tratamiento con bupropión fijar el Día D momento en el que se suprime el tabaco y se comenzaría el tratamiento con parches de nicotina. Se podría valorar mantener la dosis de 150 mg sin necesidad de incrementar a 300 mg con lo que se minimizaría algunos efectos secundarios.

- Empezar con bupropión a las dosis y pauta recomendada y utilizar los chicles o comprimidos de nicotina a demanda en los momentos con intensas ganas de fumar.

Seguimiento

Ya se han establecido los procedimientos a realizar en cada visita de seguimiento. Durante las visitas de control tienen que valorarse las circunstancias que favorezcan el mantenimiento de la abstinencia y evitar las recaídas (anexo 10).

La actitud que se ha de adoptar durante las mismas es de comprensión y normalización. Evitar la confrontación y la culpabilización de esos “deslices o caladas” ayudará a reconocer el esfuerzo que el fumador está realizando, que junto con el análisis de las dificultades y situaciones de riesgo favorecerá el clima adecuado para que el fumador vea incrementada su autoestima y, en definitiva, las posibilidades de éxito terapéutico.

Deshabitación tabáquica en situaciones especiales

Pueden existir circunstancias patológicas que van a condicionar, o lo que es lo mismo, a individualizar más aun el abordaje terapéutico del paciente fumador.

En la tabla 13 figuran una relación de patologías con las opciones terapéuticas que existen para cada una de ellas, además de la intervención mínima, el apoyo psicológico y la reducción progresiva que podría estar indicado de forma general.

RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN SITUACIONES ESPECIALES	
PATOLOGÍA PREVIA	OPCIONES TERAPÉUTICAS
Cardiopatía isquémica inestable	IM, AP, RP.
Cardiopatía isquémica estable	IM, AP, RP, TSN a mitad de dosis.
Embarazo	IM, AP, RP, motivación especial.
Úlcus gastro-duodenal	IM, AP, RP, bupropión.
Convulsiones	IM, AP, RP, TSN.
Depresión	IM, AP, RP, TSN.
Anorexia nerviosa y bulimia	IM, AP, RP, TSN.
Diabetes mellitus	IM, AP, RP, TSN.
Hipertensión	IM, AP, RP, TSN, seguimiento estrecho.
Insuficiencia renal y hepática	IM, AP, RP, TSN, bupropión a la mitad de dosis.
Ancianos	IM, AP, RP, TSN, bupropión a la mitad de dosis.
Niños y adolescentes	IM, AP, RP, TSN en forma de chicles, educación.
Conductores y operarios de maquinaria pesada	IM, AP, RP, TSN, bupropión en casos constatados.
Trastornos de la articulación temporo-mandibular, dentarios o aftas bucales	IM, AP, RP, TSN (excepto chicle), bupropión.
Enfermedades dermatológicas extensas. Dermatitis atópica	IM, AP, RP, TSN (excepto parche), bupropión.
Enfermedades rinosinusales graves. Rinitis alérgica	IM, AP, RP, TSN (excepto spray nasal), bupropión.
Claudicación intermitente	IM, AP, RP, TSN (valorar el uso de parches), bupropión.
IM: intervención mínima; AP: apoyo psicológico; TSN: terapia sustitutiva con nicotina; RP: reducción progresiva.	

Tabla 13. Deshabituación tabáquica en situaciones especiales.

Manejo práctico de las principales complicaciones del tratamiento

Durante el tratamiento farmacológico para el tratamiento del tabaquismo pueden aparecer efectos no deseados que interferirán con la evolución del proceso de deshabituación tabáquica, siendo en ocasiones el motivo del fracaso terapéutico.

A continuación se proponen algunas medidas para corregir o evitar las complicaciones más frecuentes (tabla 14).

PROBLEMA	SOLUCIONES
Ansiedad.	Controlar el síndrome de abstinencia. Apoyo psicológico. Técnicas para reducir la ansiedad.
Insomnio.	Controlar el síndrome de abstinencia. No ingerir bupropión justo antes de acostarse. Inductores del sueño.
Picor (tratamiento con parches).	Rotar el lugar de colocación del parche. Ainear el parche. Corticoides tópicos. Cambiar de modalidad de tratamiento.
Parches que se despegan.	Reforzar la fijación.
Úlceras bucales.	Cambiar de modalidad de TSN.
Molestias gastrointestinales.	Adiestramiento en el empleo de los chicles. Protectores gástricos.
Irritación nasal.	Información previa al paciente.
Cefalea.	Valorar la dosis de TSN. Reducirla o suspender este tratamiento si es preciso. Investigar consumo concomitante de tabaco.
Dolores musculares.	Valorar intensidad de los dolores. Cambiar de modalidad de TSN.
Aumento de peso.	Alimentación adecuada e indicar ejercicio físico. Valorar tratamiento con TSN o bupropión si no estaba prescrito previamente.

Tabla 14: Resumen de las principales complicaciones en los tratamientos de deshabituación tabáquica y sus posibles soluciones.

Síndrome de abstinencia y su tratamiento

La falta de aporte de nicotina conlleva una serie de manifestaciones clínicas derivadas, fundamentalmente, de la falta de estimulación de los circuitos cerebrales de recompensa, responsables de la adicción. El circuito principal parece ser la vía dopaminérgica que partiendo del área tegmental llega al núcleo accumbens. Otras zonas cerebrales importantes en la adicción son el globo pálido y la amígdala, que reciben proyecciones del núcleo accumbens, y los núcleos monoaminérgicos del locus coeruleus y del rafe. Dichas manifestaciones componen el síndrome de abstinencia nicotínica.

El síndrome de abstinencia lo componen una serie de manifestaciones físicas y psicológicas que, generalmente suelen ser el motivo de las recaídas durante el proceso de deshabituación tabáquica (tabla 5). Conocerlas es importante para intentar evitarlas o al menos tratarlas, por ejemplo, con consejos como los que figuran en la tabla 15, que por sencillos que sean no por ello son menos efectivos.

CONSEJOS PARA COMBATIR LOS SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA	
Fuerte deseo de fumar.	Respiraciones profundas. Técnicas de relajación. Ingesta abundante de agua o zumos. Chicles sin azúcar. Motivación. Saber que cede en unos minutos.
Insomnio.	Evitar café o té y bebidas con cafeína. Ejercicio. Ejercicios de relajación. Higiene del sueño.
Cefalea.	Ducha o baño templado. Técnicas de relajación.
Estreñimiento.	Dieta rica en fibra. Abundantes líquidos.
Dificultad de concentración.	Evitar bebidas alcohólicas. Aceptar un menor rendimiento durante 1-2 semanas.
Nerviosismo.	Ejercicio. Baño. Evitar bebidas excitantes.
Hambre.	Abundante agua y zumos. Frutas.
Astenia.	Aumentar las horas de sueño.
Irritabilidad.	Ejercicio. Baño. Técnicas de relajación.
Disforia.	Buscar apoyo de personas en la misma situación o con experiencia previa similar.
Ansiedad.	Mantenerse ocupado. Hobbies. Aumentar la vida social.

Tabla 15. Consejos para superar los síntomas del síndrome de abstinencia.

Criterios de derivación a Unidades Especializadas en el Tratamiento del Tabaquismo

Como ya se ha comentado las características asistenciales de Atención Primaria ofrecen el marco idóneo para el abordaje del tabaquismo de forma global y sin limitaciones salvo las inherentes a cada fumador concreto y en ese sentido hay que ser conscientes de que en situaciones concretas pueden estar aconsejado la derivación de los mismos a Unidades Especializadas en el Tratamiento del Tabaquismo. Estas circunstancias son las siguientes:

1. Fumadores que han realizado en el pasado serios intentos de abandono del tabaco que fueron correctamente tratados por un profesional sanitario y que a pesar de ello fracasaron.
2. Fumadores con cardiopatía isquémica de menos de 8 semanas de evolución.
3. Fumadores con arritmias cardíacas o hipertensión arterial no controladas.
4. Fumadores con pluripatología/patología crónica (nefropatía, hepatopatía, cardiopatía, etc) no controlada que pudiera complicar el tratamiento.
5. Fumadoras embarazadas o en periodo de lactancia.

6. Fumadores con enfermedades psiquiátricas.
7. Cuando el médico lo considere oportuno por circunstancias individuales inherentes a cada situación concreta.

La fluidez y buena relación entre Atención Primaria y la Unidades Especializadas de Tabaquismo, bien estén en el marco de Atención Primaria como en el de Atención Hospitalaria sólo irá en beneficio de los propios profesionales que trabajen en ambos niveles asistenciales y por supuesto en el de propio fumador, de forma que entre todos se pueda conseguir el objetivo por el que se trabaja, disminuir la prevalencia del tabaquismo y lo que es más interesante, mejorar la calidad de vida de personas como nosotros.

ANEXOS

Anexo 1: Modelo de historia clínica de fumador.

HISTORIA TABAQUISMO																																																																																																															
					FECHA :																																																																																																										
NOMBRE:					SEXO:																																																																																																										
TELÉFONO:					EDAD:																																																																																																										
DOMICILIO:																																																																																																															
ANTECEDENTES PERSONALES: Ansiedad/Depresión ☐ Trast. bipolar ☐ IMAO ☐ Anorexia/bulimia ☐ C Isquémica/A. inestable/IAM reciente ☐ Arritmias severas ☐ Úlcus activo ☐ Embarazo/Lactancia ☐ A. Convulsiones ☐ Antecedentes de TCE ☐ Cirrosis hepática ☐ Tumor SNC ☐ Diabetes/ADO/Insulina ☐ Deshabitación alcohol/Retirada de BZD ☐ Consumo excesivo de alcohol ☐ Otros: _____ TTO MÉDICO: Antipsicóticos/antidepresivos/teofilina/quinolonas/corticoides/antimaláricos/tramadol/antihistamínicos sedantes ☐																																																																																																															
CIGARROS/DÍA: AÑOS FUMADOR: PAQUETES/AÑO: MARCA: INTENTOS PREVIOS: FAGERSTRÖM: CO: Dep. PSICOLÓGICA: Dep.GESTUAL: Dep. SOCIAL: MOTIVACIÓN: FASE DEL PROCESO DE ABANDONO:																																																																																																															
TAS:			TAD:		PESO:		TRATAMIENTO PROPUESTO																																																																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">ABSTINENCIA</th> <th style="text-align: center;">B</th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Craving</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Ansiedad, Irritabilidad</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Nerviosismo</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Trastornos del sueño</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Dificultad para la concentración</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Cefalea.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Estreñimiento.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Aumento de apetito.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Tristeza, melancolía.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Ganancia de peso</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td style="text-align: right;">TOTAL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					ABSTINENCIA	B						Craving							Ansiedad, Irritabilidad							Nerviosismo							Trastornos del sueño							Dificultad para la concentración							Cefalea.							Estreñimiento.							Aumento de apetito.							Tristeza, melancolía.							Ganancia de peso							TOTAL							Test de Fagerström modificado. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>- ¿Cuánto tiempo tarda, después de despertarse, en fumar su primer cigarrillo?</td> <td>< 5 minutos 6-30 minutos 31-60 minutos > 60 minutos</td> <td>3 2 1 0</td> </tr> <tr> <td>- ¿Tiene dificultad para no fumar en los sitios prohibidos?</td> <td>Sí No</td> <td>1 0</td> </tr> <tr> <td>- ¿Cuál es el cigarrillo más deseado?</td> <td>El primero Otros</td> <td>1 0</td> </tr> <tr> <td>- ¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?</td> <td>> 30 21-30 11-20 < 11</td> <td>3 2 1 0</td> </tr> <tr> <td>- ¿Fuma más durante las mañanas?</td> <td>Sí No</td> <td>1 0</td> </tr> <tr> <td>- ¿Fuma aún estando en la cama enfermo?</td> <td>Sí No</td> <td>1 0</td> </tr> </tbody> </table>					- ¿Cuánto tiempo tarda, después de despertarse, en fumar su primer cigarrillo?	< 5 minutos 6-30 minutos 31-60 minutos > 60 minutos	3 2 1 0	- ¿Tiene dificultad para no fumar en los sitios prohibidos?	Sí No	1 0	- ¿Cuál es el cigarrillo más deseado?	El primero Otros	1 0	- ¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	> 30 21-30 11-20 < 11	3 2 1 0	- ¿Fuma más durante las mañanas?	Sí No	1 0	- ¿Fuma aún estando en la cama enfermo?	Sí No	1 0
ABSTINENCIA	B																																																																																																														
Craving																																																																																																															
Ansiedad, Irritabilidad																																																																																																															
Nerviosismo																																																																																																															
Trastornos del sueño																																																																																																															
Dificultad para la concentración																																																																																																															
Cefalea.																																																																																																															
Estreñimiento.																																																																																																															
Aumento de apetito.																																																																																																															
Tristeza, melancolía.																																																																																																															
Ganancia de peso																																																																																																															
TOTAL																																																																																																															
- ¿Cuánto tiempo tarda, después de despertarse, en fumar su primer cigarrillo?	< 5 minutos 6-30 minutos 31-60 minutos > 60 minutos	3 2 1 0																																																																																																													
- ¿Tiene dificultad para no fumar en los sitios prohibidos?	Sí No	1 0																																																																																																													
- ¿Cuál es el cigarrillo más deseado?	El primero Otros	1 0																																																																																																													
- ¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	> 30 21-30 11-20 < 11	3 2 1 0																																																																																																													
- ¿Fuma más durante las mañanas?	Sí No	1 0																																																																																																													
- ¿Fuma aún estando en la cama enfermo?	Sí No	1 0																																																																																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Fecha</th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Fase actual</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>¿Fuma? / ¿Fumó durante el tratamiento?</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>¿Ha realizado correctamente el tratamiento?</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Disminuyó cigarrillos/ A cuantos</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Fagerström</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CO</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>TAS</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>TAD</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Peso</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Dificultad en mantener la abstinencia</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Cambio de tratamiento</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Efectos Secundarios</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td> Describir</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>										Fecha							Fase actual							¿Fuma? / ¿Fumó durante el tratamiento?							¿Ha realizado correctamente el tratamiento?							Disminuyó cigarrillos/ A cuantos							Fagerström							CO							TAS							TAD							Peso							Dificultad en mantener la abstinencia							Cambio de tratamiento							Efectos Secundarios							Describir										
Fecha																																																																																																															
Fase actual																																																																																																															
¿Fuma? / ¿Fumó durante el tratamiento?																																																																																																															
¿Ha realizado correctamente el tratamiento?																																																																																																															
Disminuyó cigarrillos/ A cuantos																																																																																																															
Fagerström																																																																																																															
CO																																																																																																															
TAS																																																																																																															
TAD																																																																																																															
Peso																																																																																																															
Dificultad en mantener la abstinencia																																																																																																															
Cambio de tratamiento																																																																																																															
Efectos Secundarios																																																																																																															
Describir																																																																																																															
OBSERVACIONES:																																																																																																															

ANEXO 2. Protocolo de actuación con tratamiento farmacológico (PAPPS)

	Parches de nicotina	Chicles de nicotina	Comprimidos para chupar de nicotina	Bupropión
Dosis / Duración	Disponibles de 16 y 24 horas. PNT 16h.: 4 semanas 15 mg. 30cm ² 2 semanas 10 mg. 20cm ² 2 semanas 5 mg. 10cm ² PNT 24h.: 4 semanas 21 mg. 30cm ² 2 semanas 14 mg. 20cm ² 2 semanas 7 mg. 10cm ²	➤ Disponibles de 2 y 4 mg. ➤ Dar el de 2 mg inicialmente. En los de mayor dependencia (8 o más en el test de Fagerström) o fallo previo con el de 2 mg → dar el de 4 mg. ➤ Probar pautas de dosificación fijas (1 chicle cada hora mientras se está despierto). No pasar de 30 chicles/día de 2 mg. ni de 20 chicles/día de 4 mg. ➤ Disminuir gradualmente después de 3 meses.	➤ 1 mg por comprimido (equivale a un chicle de 2 mg). ➤ Probar pautas de dosificación fijas (1 comprimido cada 1-2 horas). Dosis habitual: 8-12 al día. No pasar de 25 comprimidos /día. ➤ Disminuir gradualmente después de 3 meses.	➤ 150 mg cada mañana x 6 días; después 150 mg/ 2 veces al día separadas al menos por un intervalo de 8 horas. ➤ Empezar el tratamiento 1-2 semanas antes de dejar de fumar ➤ Prolongar el tratamiento de 7 a 9 semanas más
Instrucciones	➤ No fumar. ➤ Utilizar sobre piel sin pelo preferentemente sobre el tórax. ➤ Cambiar de localización cada día, no repetir en 7 días. ➤ Empezar a usar al levantarse el día de dejar de fumar.	➤ No fumar. ➤ Masticar el chicle de 5 a 10 veces hasta percibir un sabor “picante”, colocar el chicle entre las encías y la cara interna de la mejilla para permitir que la nicotina se absorba y esperar a que disminuya el sabor picante, luego volver a masticar (ir cambiando el sitio de colocación del chicle). ➤ Utilizar cada chicle durante 30 minutos. ➤ Absorción limitada por ingesta de líquidos acidificantes (café, zumos, refrescos). Evitar comer y beber 15 minutos antes y durante el uso.	➤ No fumar. ➤ Chupar el comprimido lentamente hasta percibir un sabor “picante”, colocar el comprimido entre las encías y la cara interna de las mejillas para permitir que la nicotina se absorba y esperar a que disminuya el sabor, luego volver a chupar (ir cambiando el sitio de colocación). ➤ Utilizar cada comprimido durante 30 minutos. ➤ Absorción limitada por ingesta de líquidos acidificantes (café, zumos, refrescos).	➤ Fijar el día D de dejar de fumar después de 1-2 semanas de tratamiento ➤ Acompañar de seguimiento/apoyo según la pauta de consultas recomendada
Efectos adversos	➤ Reacciones dermatológicas locales ➤ Insomnio	➤ Dolor mandibular ➤ Dispepsia	➤ Hipo ➤ Molestias y úlceras leves y transitorias de la cavidad oral	➤ Insomnio ➤ Sequedad de boca ➤ Cefalea ➤ Reacciones dermatológicas
Precauciones/Contraindicaciones	➤ Enf cardiovascular aguda o inestable ➤ Embarazo (valorar relación riesgo-beneficio) ➤ Dermatitis generalizadas	➤ Enf cardiovascular aguda o inestable ➤ Embarazo (valorar relación riesgo-beneficio)	➤ Enf cardiovascular aguda o inestable ➤ Embarazo (valorar relación riesgo-beneficio)	➤ Antc. de convulsiones o Tumor SNC ➤ Antc. Trast. Alimentarios ➤ Antc. Trastorn Bipolar ➤ Abstinencia brusca de alcohol o benzodiacepinas ➤ Uso de IMAO en los 14 días previos. ➤ Administrar con precaución (y a dosis de 150 mg/día) si medicación que baja el umbral de convulsiones o interactúa con bupropión o insuficiencia renal/hepática

Anexo 3. Modo de utilización de los chicles de nicotina (Información para entregar al paciente).**USO CORRECTO DE LOS CHICLES DE NICOTINA**

El chicle no proporciona una sensación tan agradable ni tan rápida como un cigarrillo. Téngalo presente y no espere milagros.

El chicle le ayuda a vencer la dependencia física, disminuyendo o eliminando los síntomas del síndrome de abstinencia, pero tenga en cuenta que para la dependencia psíquica debe poner en práctica las recomendaciones encontradas en otros anexos y que finalmente es su voluntad la que hará que tenga éxito o no. Los chicles no le protegen de las presiones que le incitan a fumar. Sólo le hacen más fácil permanecer sin fumar.

El chicle puede servir para abortar las ganas de fumar en situaciones concretas, en las que además no han sido efectivos otros métodos. Tenga los chicles a mano para estas situaciones.

Puede que su médico le haya pautado los chicles o que le haya indicado que los tome cuando sienta intensos deseos de fumar. Siga sus recomendaciones.

MODO DE EMPLEO: mastique despacio el chicle hasta que note su sabor o picor. En ese momento ya no mastique más y deje el chicle “aparcado” entre la mejilla y la encía hasta que el sabor desaparezca. Cuando eso suceda vuelva a masticarlo igual, repitiendo este ciclo hasta que las ganas de fumar desaparezcan.

Los principales efectos secundarios son molestias gástricas (suelen indicar que ha masticado demasiado rápido el chicle), molestias dentales o de garganta, ardor, hipo o dolor de mandíbula. Consulte a su médico.

RECUERDE QUE SI ESTÁ EN TRATAMIENTO CON CHICLES NO DEBE FUMAR (usted ya recibe nicotina. Si además fuma, puede sufrir una intoxicación nicotínica).

Anexo 4. Modo de utilización de los comprimidos de nicotina para chupar (Información para entregar al paciente).

USO CORRECTO DE LOS COMPRIMIDOS DE NICOTINA PARA CHUPAR

El comprimido no proporciona una sensación tan agradable ni tan rápida como un cigarrillo. Téngalo presente y no espere milagros.

El comprimido para chupar le ayuda a vencer la dependencia física, disminuyendo o eliminando los síntomas del síndrome de abstinencia, pero tenga en cuenta que para la dependencia psíquica debe poner en práctica las recomendaciones encontradas en otros anexos y que finalmente es su voluntad la que hará que tenga éxito o no. Los comprimidos no le protegen de las presiones que le incitan a fumar. Sólo le hacen más fácil permanecer sin fumar.

El comprimido de nicotina para chupar puede servir para abortar las ganas de fumar en situaciones concretas, en las que además no han sido efectivos otros métodos. Tenga los comprimidos a mano para estas situaciones.

Puede que su médico le haya pautado los comprimidos o que le haya indicado que los tome cuando sienta intensos deseos de fumar. Siga sus recomendaciones.

MODO DE EMPLEO: chupe despacio el comprimido hasta que note su sabor o picor. En ese momento ya no lo chupe más y deje el comprimido “aparcado” entre la mejilla y la encía hasta que el sabor desaparezca. Cuándo eso suceda vuelva a chuparlo igual, repitiendo este ciclo hasta que las ganas de fumar desaparezcan.

Los principales efectos secundarios son molestias gástricas (suelen indicar que ha chupado demasiado deprisa el comprimido y ha tragado la saliva demasiado rápido), molestias dentales o de garganta, ardor, hipo o dolor de mandíbula. Consulte a su médico.

RECUERDE QUE SI ESTÁ EN TRATAMIENTO CON COMPRIMIDOS DE NICOTINA PARA CHUPAR NO DEBE FUMAR (usted ya recibe nicotina. Si además fuma, puede sufrir una intoxicación nicotínica).

Anexo 5. Modo de utilización de los parches de nicotina (Información para entregar al paciente).**USO CORRECTO DE LOS PARCHES DE NICOTINA**

Aplicarlo sobre piel sin pelo de una zona que sude poco (brazo, hombro, espalda...).

Cada día aplique el parche sobre un lugar diferente, para no irritar la piel.

Cada día debe sustituir el parche por otro nuevo, según las recomendaciones de su médico.

Puede producir picor o enrojecimiento en el punto de aplicación, que suele ser leve y desaparecer al cabo de unos días. Si no cede, comuníquese a su médico, pues una crema suave de corticoides puede ser suficiente para que desaparezca.

Para reducir este efecto, a veces es útil airear el adhesivo una vez retirado el protector antes de pegarlo en la piel.

Puede producir más raramente otros síntomas como dolores musculares. Si además fuma es más probable que sienta náuseas, palpitaciones, insomnio, etc.

RECUERDE QUE SI ESTÁ EN TRATAMIENTO CON PARCHES NO DEBE FUMAR (ni siquiera tras varias horas de haberse retirado el parche).

Si le diagnostican alguna enfermedad nueva o queda embarazada, comuníquese a su médico. El tratamiento con parches puede estar contraindicado.

Anexo 6. Tratamiento con bupropión (Información para entregar al paciente).**BUPROPIÓN**

Es un medicamento que actúa sobre los mismos receptores cerebrales de la nicotina, reduciendo la necesidad de fumar.

Debe seguir el tratamiento como le indique su médico. Podría combinarse con parches de nicotina si su médico lo estima oportuno.

Modo de empleo: los 6 días antes del día elegido para dejar de fumar, tome un comprimido diario por las mañanas (150 mg). Al 7º día debe tomar 2 comprimidos diarios, separados al menos 8 horas y tomando el último del día al menos 4 horas antes de acostarse. En la segunda semana del inicio del tratamiento, o antes si ya no le apetece, no fume. El tratamiento dura unas 9 semanas.

Informe a su médico si le diagnostican alguna enfermedad o le prescriben un nuevo tratamiento. Podría haber incompatibilidades.

Vigile las interacciones medicamentosas si toma alguna medicación (lea el prospecto del medicamento).

El efecto secundario más frecuente que puede producirse es el insomnio. Consulte a su médico si no cede en pocos días con una adecuada higiene del sueño.

Si conduce o maneja maquinaria pesada sea prudente y advierta a su médico al menor síntoma de mareos o somnolencia. Esto podría ser causa de un accidente.

Al igual que sucede con el resto de tratamientos del tabaquismo, es una ayuda, pero su voluntad es lo que finalmente le hará tener éxito en sus deseos de no fumar.

Anexo 7. Consejos previos al abandono definitivo del tabaco (Información para entregar al paciente).**CONSEJOS PARA LOS DÍAS PREVIOS AL ABANDONO DEL TABACO**

Los siguientes consejos deben ser puestos en práctica hasta el día elegido para dejar de fumar. Le ayudarán a ir rompiendo lazos con el tabaco y a que el fumar no sea tan placentero. Eso le ayudará posteriormente cuándo deje en serio de fumar.

- Compre los paquetes de uno en uno. No acumule tabaco.
- Plántese por la mañana los cigarros que va a fumar ese día y no pase de esa cantidad. No los apure hasta el final (no fume el último tercio).
- Fume el primer cigarrillo del día después del desayuno. Si ya era así, retráselo 10-15 minutos.
- No acepte cigarrillos que le ofrezcan. Tampoco los pida.
- Hágase incómodo el fumar: guarde tabaco y mechero después de cada cigarrillo y limpie el cenicero. No lo deje a su alcance.
- Rompa lazos “afectivos”. Cambie de marca al acabar cada paquete. Además, empezará a gustarle menos. Sólo vigile que el contenido en nicotina no sea mayor que el de su marca habitual.
- Limite las zonas para fumar: nunca en la cama, en el coche ni con niños o con no fumadores.
- Fume menos en el trabajo. Imponga tiempo mínimo entre cigarrillos.
- Cuando sienta hambre, en vez de fumar ingiera agua, fruta o chicle sin azúcar.
- Nunca lleve fuego, para que siempre tenga que pedirlo.
- Cuándo desee fumar, espere al menos cinco minutos para hacerlo. A veces las ganas pasan.
- No fume inmediatamente después de comer. Levántese, camine o haga algo.
- En casa fume sólo en un sitio fijo, que sea algo incómodo (la cocina, el balcón. No en su sillón favorito).
- Elija una fecha para dejar de fumar, anótela y comuníquese a sus amigos y familiares. Pídale colaboración y paciencia. Adviértales que a partir de esa fecha no le den tabaco aunque se lo pida.
- La noche anterior a la fecha elegida, tire el tabaco que le quede y esconda ceniceros y mecheros.
- Si alguien de su entorno quiere dejar de fumar, propóngale hacerlo juntos. Se ayudarán mutuamente.

Anexo 8. Hoja informativa sobre el tabaquismo (Información para entregar al paciente).**HOJA INFORMATIVA SOBRE TABAQUISMO**

En el humo se han identificado más de 4000 sustancias, muchas de ellas nocivas para la salud. De ellas las más conocidas son la nicotina, droga responsable de la adicción que produce el consumo de tabaco, y con una capacidad adictiva tan potente como la heroína; el monóxido de carbono, responsable del daño a las arterias y de la disminución del aporte de oxígeno al organismo; los alquitranes que pueden provocar cáncer en múltiples órganos y muchas sustancias oxidantes que producen bronquitis crónica e irritación de ojos, nariz y garganta.

El TABAQUISMO es la primera causa evitable de muerte en los países desarrollados. En España es causante de unas 56.000 muertes anuales. De cada 1000 españoles que mueren uno es por causa del consumo de drogas ilegales, dos por el SIDA, veinte por accidentes de tráfico y 147 por problemas derivados del consumo de tabaco.

El abandono del consumo del tabaco conlleva múltiples beneficios, no sólo para tu salud sino también para los que te rodean y conviven contigo:

BENEFICIOS QUE SE OBTIENEN AI ABANDONAR EL CONSUMO DE TABACO

Existen beneficios tanto a corto, como a medio-largo plazo.

<i>A corto plazo</i>	
<i>Sobre la salud</i> • Desaparece la tos • Mejora la respiración y respuesta al ejercicio • Se recupera el olfato y por tanto el gusto • La piel se vuelve más tersa y suave, la piel estará más fresca y mejorará el olor. • En las mujeres embarazadas se reduce el riesgo de tener niños con bajo peso y patología posparto.	<i>Otros aspectos:</i> • La ropa deja de oler a tabaco. • Mejora el aliento y la tinción amarilla de dedos y dientes. • Ahorro de dinero. • Se deja de depender de una sustancia (droga) • Aumenta la autoestima

<i>A medio-largo plazo</i>
• Menor riesgo de sufrir ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares. • Menor riesgo de padecer cánceres: pulmón, laringe vejiga y de otros órganos. • Menor riesgo de padecer bronquitis crónica y enfisema y mejora la calidad de vida de los bronquíticos crónicos

Los beneficios sobre la salud al dejar el tabaco exceden el riesgo de ganancia de peso (2,3 Kg. como media), o algún efecto psicológico transitorio que pudiera suceder. Además, una vez que se haya consolidado la abstinencia del tabaco se puede solicitar consejo médico para perder peso.

Abandonar el consumo de tabaco es la decisión más saludable que podemos tomar en nuestra vida. No olvides que no es tan difícil. En el mundo miles de personas lo consiguen cada día.

Anexo 9. Guía práctica para dejar de fumar (Información para entregar al paciente).**CONSEJOS PARA DEJAR DE FUMAR**

Elija un día para dejar de fumar (Día D) y anótelos: Día: ____ Mes: ____

¡NO LO POSPONGAS, RESPETA EL DÍA ELEGIDO!

ANTES DEL DÍA “D”. PREPÁRARESE PARA DEJAR DE FUMAR:

Aprenda a controlar el impulso de fumar. Intente reducir el número de cigarrillos hasta que llegue el Día D. Registre el número de cigarrillos diariamente y analice en que situaciones fuma e intente evitar algunas, empezando por las que menos le cueste. Ponga por escrito los motivos que tiene para dejar de fumar y felicítese por la decisión que ha tomado. Comuníquese a su entorno socio-laboral su decisión de dejar de fumar y opte por los ambientes sin humo cuando salga.

DÍA D. ¿CÓMO AFRONTARLO?

Su vida va a empezar a cambiar y en poco tiempo notarás muchos beneficios. Plántese llegar al final del día sin fumar ningún cigarrillo. Hágase ese planteamiento día a día.

Procure levantarse un poco antes de la hora habitual y empiece a hacer algo de ejercicio físico y note como cada día lo aguanta mejor. Note como empieza a sentir los olores y disfrute del aire puro. Respire profundamente y sienta como el aire puro entra en los pulmones, en lugar del humo del tabaco.

Cambie algunos de sus hábitos, los que más asocie con el consumo de tabaco (reposo después de comer o tomar el café, ver T.V...), pero sea consciente de que estos cambios no tienen que ser de por vida, sólo hasta que el no fumar se vaya convirtiendo en lo habitual. Manténgase activo y evite los “momentos aburridos”. Evite tomar alcohol y comer copiosamente.

CONSEJOS QUE NO DEBEN OLVIDAR:

- 1- Cada día, al levantarse, plántese dejar de fumar sólo por el día presente. Repita este planteamiento día a día.
- 2- Dejar de fumar es difícil pero no imposible. Si hay personas que los han conseguido ¿Por qué usted no lo va a conseguir?.
- 3- Procure comer muchas veces y poco cada vez. Evite el consumo de bebidas alcohólicas y excitantes (café, té, etc.). Los zumos naturales, las verduras, las frutas y el pan integral serán tus mejores alimentos durante este período.
- 4- Si le apetece algún cigarrillo durante el proceso de deshabituación, distraígame, cambie de actividad, beba un poco de agua o respire profunda y lentamente.
- 5- Tras la segunda-tercera semana el deseo del cigarrillo disminuye de forma manifiesta y las posibilidades de recaída son menores.
- 6- Cada día que pase sin fumar el riesgo personal de padecer enfermedades como el cáncer de pulmón, el infarto de miocardio y la bronquitis disminuye ostensiblemente.
- 7- El estado de tu piel y tu capacidad para distinguir los sabores y olores mejorará notablemente.
- 8- Descubre que en las situaciones de tensión, eres tú el único capaz de dominarlas, no necesitas para el nada el cigarrillo. Ahora eres tú quien domina al tabaco.
- 9- Si vigila su dieta no tiene porque engordar demasiado kilos. Lo habitual es de 2 a 4 kilos.
- 10- No cedas nunca, ni siquiera por un solo cigarrillo, ni por una calada, ese el origen de la recaída.
- 11- Ahorre todo el dinero que antes derrochaba en el tabaco. Cuando tenga una buena cantidad regálese eso que tantas veces has querido comprar.
- 12- Felicítate por cada día que pasa porque cada vez está más cerca el conseguir dejar de fumar.

Anexo 10. Consejos para la prevención de recaídas (Información para entregar al paciente).**CONSEJOS PARA MANTENER LA ABSTINENCIA TABÁQUICA**

No es raro que durante mucho tiempo sienta en ocasiones deseos de fumar. Recuerde que son sensaciones temporales que terminarán por desaparecer.

Cada vez los deseos de fumar durarán menos y le será más fácil controlarlas.

Retire de su entorno todo lo que le recuerde el tabaco (mecheros, ceniceros...).

Cuando sienta deseos de fumar ingiera fruta o líquidos, emprenda alguna actividad o utilice los dispositivos que le recomiende su médico.

Recuerde que su salud y su ánimo mejorarán progresivamente. Cada día se sentirá mejor que el anterior.

No olvide vigilar su alimentación y su tiempo de ejercicio físico diario.

No se preocupe de vivir en adelante sin tabaco. Al fin y al cabo dejando de fumar no se renuncia a nada importante de la vida.

En ciertos momentos recibirá presiones para que fume, pero ahora ya está capacitado para rechazarlas. Recuerde que los equivocados son quienes continúan fumando.

Si en algún momento siente dudas o debilidad, consulte de nuevo a su médico. No tire por la borda el esfuerzo realizado ahora que tiene a su alcance dejar el tabaco para siempre.

Si finalmente fuma algún cigarrillo se sentirá mal y además le sabrá mal. Analice porqué ha fumado ese cigarrillo y si ha merecido la pena. En todo caso considérela algo aislado que no se repetirá.

Un desliz NO es una recaída pero algo no marcha bien del todo. Analice las causas y evítelas en el futuro. Considérela como una lección. Un cigarrillo o varios aislados no tienen capacidad para convertirle de nuevo en edicto.

Ya se ha demostrado a sí mismo que puede vivir sin fumar. El continuar depende de usted pero no dude en solicitar ayuda de nuevo si cree que la precisa.

NO OLVIDE QUE LA PRINCIPAL CAUSA DE RECAÍDA ES: “POR UNO NO PASA NADA”. NO CEDA NI POR UNA “CALADA”.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Fiore MC, Jorenby DE, Baker TB, Kenford SL. Tobacco Dependence and the nicotine patch. Clinical Guidelines for effective use. JAMA 1992; 268: 2687-94.

Jiménez CA, González de la Vega JM, Escudero C, García A, Roca J, Solano S, et al. Tabaquismo. Manuales SEPAR 1995; 1: 1-109.

Becoña E. Programa para dejar de fumar. Santiago: Xunta de Galicia, 1995.

Córdoba R, Delgado M^aT, Botoya M, Barberá C, Lacarta P, Sanz C. Protocolo de tabaco en atención primaria. FMC Vol 2 (Supl 3) Diciembre 1995.

Abordaje del tabaquismo en medicina familiar. Publicación de la sociedad andaluza de medicina familiar y comunitaria. Granada 1997.

Jiménez Ruiz C.A. Aproximación al tabaquismo en España. Pharmacia & Upjohn S.A. 1997.

Benowitz NL. Treating tobacco addiction. Nicotine or no nicotine?. N Engl J Med 1997; 337: 1230-1.

Hurt RD, Sachs D, Glover E, Offord KP, Johnston JA, Dale LC, et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. N Engl J Med 1997; 337: 1195-202.

Alonso JM, Magro R, Martínez JA, Sanz N. Tabaco y atención primaria. En: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Libro Blanco sobre el tabaquismo en España. Barcelona; Glosa S.L, 1998; 211-25.

Jiménez CA. Terapia sustitutiva con nicotina. Aspectos prácticos. Rev Clin Esp 1998; 198: 181-5.

Jiménez CA, Kunze M, Fagerström KO. Nicotine replacement: a new approach to reducing tobacco-related harm. Eur Respir J 1998; 11: 473-9.

Jiménez CA, Solano S, González de Vega JM, Ruiz MJ, Florez S, Ramos A, et al. Tratamiento del Tabaquismo. En: Recomendaciones SEPAR. Barcelona: (Ed) Doyma, 1998; 421-36.

Becona Iglesias E., Vázquez González F.L. Tratamiento del tabaquismo. DYKINSON. Madrid 1998.

Stead LF, Hughes JR. Lobeline for smoking cessation. In: Lancaster T, Silagy C, Fullerton D (eds.) Tobacco Addiction Module of The Cochrane Database of Systematic Reviews , [updated 01 December 1997]. Available in The Cochrane Library [database on disk and CDROM]. The Cochrane Collaboration; Issue 1. Oxford: Update Software; 1998. Updated quarterly.

Solbes Caro A, Marco García MT, Torres Lana A, Domínguez Coello S, Galiano García J, Cabezas Hernández C et al. Como ayudar a su paciente a dejar de fumar. Edita Servicio Canario de Salud. Tenerife. 1998

Encuesta Nacional de Salud 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.

López García-Aranda V. Tabaco, hipertensión y órganos diana. ESPAX S.A., Barcelona 1999.

Jiménez CA, Solano S, González JM, Ruiz MJ, Florez S, Ramos A, et al. Normativa para el tratamiento del tabaquismo. Arch Bronconeumol 1999; 35: 499-506.

Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Paidós Ibérica: Barcelona;1999.

Holm KJ, Spencer CM. Bupropión. Revisión de su empleo en el tratamiento de la deshabituación tabáquica. Drugs 2000; 59: 1007-26.

Santos Zarza EF, Valero Juan LF, Sáenz González MC. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en Castilla y León. Aten Primaria 2001; 27: 153-8.

Barrueco Ferrero M, Hernández Mezquita M.A. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Ediciones Paduan S.L. Madrid 2001.

Torrecilla García M, Barrueco M, Jiménez Ruiz M, Hernández Mezquita MA, Plaza Martín MD, González Bustos M. Ayudar al fumador. Tratar el tabaquismo. Medifam 2001; (Vol 11) 4: 194-206.

Abordaje del Tabaquismo. Jano. 2001; nº 1390.

Banegas Banegas JR, Diez Gañam L, Rodríguez Artalejo F, González Enríquez J, Graciano Pérez-Regadora A, Villar Alvarez F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. Med Clin (Barc) 2001; 117: 692-694.

Jiménez Ruiz CA, Masa F, Miravittles M, Gabriel R, Viejo JL, Villasante C et al. Smoking characteristics: differences in attitudes and dependence between healthy smokers and smokers with COPD. Chest 2001. 119:1365-1370.

Torrecilla García M, Domínguez Grandal F, Torres Lana A, Cabezas Peña C, Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador. Documento de consenso. Aten Primaria 2002; 30 (5): 310-317.

Barrueco Ferrero M, Hernández Mezquita MA, Torrecilla García M. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. Ediciones ERGON. Madrid 2003.