

GUÍA PARA EL ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA

**GRUPO DE ABORDAJE DEL
TABAQUISMO DE CASTILLA Y LEÓN**

**SOCIEDAD CASTELLANO LEONESA DE
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
(SCLMFyC)**

Coordinador: Miguel Torrecilla García

Autores: Alejandro Alonso Díaz
Miguel Barrueco Ferrero
José Generoso Gómez Cruz
Miguel Ángel Hernández Mezquita
Manuel Martín Temprano
María Dolores Plaza Martín
Daniel Ramos Pollo
Miguel Torrecilla García

1.3 Beneficios del abandono del tabaco.	19
1.4 Funciones del profesional sanitario.	20
1.4.1 Función modélica.	21
1.4.2 Función educadora.	21
1.4.3 Función social.	22
1.4.4 Función terapéutica.	22
1.4.5 Papel de las distintas especialidades.	22
PROCESO DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE FUMADOR:	25
2.1 Definición de fumador.	26
2.2 Proceso de abandono del tabaco.	26
2.3 Valoración de la dependencia al tabaco.	28
2.3.1 Dependencia física.	28
2.3.2 Dependencia psicológica.	29
2.4 Valoración de la motivación para dejar de fumar.	31
2.5 Historia clínica del fumador.	32
2.6 Seguimiento. Actividades a realizar en cada visita.	32
TRATAMIENTO DE LOS FUMADORES EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA:	35
3.1 Preparación previa al día elegido para dejar de fumar.	36
3.2 Tratamiento no farmacológico:	37
3.2.1 Intervención mínima sistematizada.	38
3.2.2 Reducción progresiva de nicotina.	40
3.3 Tratamiento farmacológico:	45
3.3.1 Terapia sustitutiva con nicotina.	47
3.3.1.1 Chicles de nicotina.	48
3.3.1.2 Comprimidos para chupar de nicotina....	50
3.3.1.3 Parches de nicotina.	52
3.3.1.4 Spray nasal de nicotina.	54

3.9 Indicaciones de derivación a una unidad especializada.....	69
ANEXOS	71
Anexo 1. Motivos para dejar de fumar por grupos de población.	72
Anexo 2. Modelo de historia clínica de tabaquismo.	73
Anexo 3. Consejos previos al abandono definitivo del tabaco.	74
Anexo 4. Hoja informativa sobre el tabaquismo.	75
Anexo 5. Guía práctica para dejar de fumar.....	76
Anexo 6. Decálogo para dejar de fumar.....	77
Anexo 7. Mitos populares sobre el tabaquismo y su contraargumentación.	78
Anexo 8. Consejos para la prevención de recaídas	79
Anexo 9. Contenido de nicotina (en mg.) de las principales marcas de cigarrillos comercializadas en España.....	80
Anexo 10. Ejemplo de reducción, en función de la concentración de nicotina, en los cigarrillos negros.....	81
Anexo 11. Ejemplo de reducción, en función de la concentración de nicotina, en los cigarrillos rubios.....	82
Anexo 12. Modo de utilización de los chicles de nicotina.....	83
Anexo 13. Modo de utilización de los comprimidos para chupar de nicotina.	84
Anexo 14. Modo de utilización de los parches de nicotina.	85
Anexo 15. Modo de utilización del spray de nicotina.....	86
Anexo 16. Tratamiento con bupropión.	87
BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA.....	89

secundarios e interacciones, y sin embargo ante el principal factor de riesgo cardiovascular prevenible en la comunidad, el tabaco, la mayor parte de los profesionales sanitarios nos limitamos como mucho a prohibir su consumo e, incluso, recriminarle en sucesivas consultas el que siga fumando. Es como si al hipertenso que siguiera con tensión arterial elevada le tratáramos dejando en sus manos los cuidados y las medidas dietéticas sin darle una sola idea de cómo debería hacerlo.

El tabaquismo es un factor de riesgo de igual peso específico o mayor que otras patologías y que por ello debiera abordarse con una estrategia de diagnóstico y terapéutica similar, pero poco nos han enseñado durante nuestra formación a manejarlo.

Y sin embargo es posible ayudar a nuestros pacientes a dejar de fumar con intervenciones que van más allá del paternalismo y de la información y que promueven el cambio de actitudes y hábitos.

Además no podemos ni debemos olvidar que no hay ningún profesional sanitario que esté mejor situado para realizar el abordaje de este problema que nosotros, los profesionales de Atención Primaria, por continuidad, accesibilidad y globalidad en la asistencia.

Desde el inicio de nuestro trabajo en esta Junta Directiva nos planteamos que su funcionamiento debía tener como eje fomentar la creación y el desarrollo de grupos de trabajo entre los miembros de la Sociedad.

El objetivo era triple. En primer lugar, se trataba de hacer aflorar el trabajo de elevada calidad que sin duda existe entre los socios y que por lo tanto la Sociedad sirviera de plataforma para difundir los resultados de ese esfuerzo. En segundo lugar, pensamos que sólo así era posible la construcción y el mantenimiento de una sociedad científica, que tiene como objetivo importante la

Esta Guía consta de tres capítulos a lo largo de los cuales se tratan los aspectos generales del tabaquismo, el proceso diagnóstico y, en tercer lugar, se aborda el protocolo de actuación de los fumadores en la consulta de Atención Primaria.

Su fácil lectura y ágil manejo, que proporciona una rápida solución a las posibles demandas que surgen en la consulta, convierte a esta guía en un elemento útil en nuestro trabajo diario, sobre todo porque está escrita por nosotros y para nosotros. Y eso se nota.

En definitiva, nos restan pocas razones para que desde nuestras consultas no abordemos este problema.

Fdo.: Verónica Casado Vicente
Presidente de la Sociedad Castellano-Leonesa de Medicina de Familia y
Comunitaria

INTRODUCCIÓN

fumar, es malo para la salud". El número de pacientes fumadores que acuden a nuestras consultas es lo suficientemente grande, el 35,7% si extrapolamos los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1997, como para que le demos la importancia que tiene y ofrezcamos la atención que requiere, atención que en la mayoría de las ocasiones, difiere bastante de la ofrecida a pacientes con otras patologías, tanto en calidad como en cantidad.

Tanto la denominada intervención mínima sistematizada como la terapia sustitutiva nicotínica son dos tipos de intervenciones antitabaco que presentan mejor relación coste-efectividad que otras actividades asistenciales, que de forma cotidiana, se llevan a cabo en cualquier consulta de atención primaria, como puede ser el tratamiento de la hipertensión arterial o la propia hipercolesterolemia.

Un 2% de los fumadores que deciden dejar de fumar por sí mismos lo logran, mientras que si se realiza con un tratamiento y seguimiento médico es significativamente mayor y puede variar del 11% al 35%, dependiendo de la opción terapéutica utilizada.

No parece cuestionable que cuando acudimos a sacarnos una muela, el dentista nos administre anestesia para evitar el dolor, siempre que no existan contraindicaciones. ¿Por qué no aprovechar los avances científicos y utilizar los medios a nuestro alcance para

tabaco (fase de precontemplación, contemplación, preparación o acción), cooximetría; y con una terapéutica que como todas presenta unas características de uso que es necesario conocer para un correcto empleo de la misma.

Con esta guía se pretende facilitar las herramientas suficientes, expuestas de un modo práctico, para que el abordaje del paciente fumador sea posible dentro de la actividad asistencial diaria de todos los médicos de atención primaria, con el fin último de lograr, entre todos, disminuir la prevalencia del tabaquismo en nuestro medio. De esta forma pondremos de manifiesto nuestro cambio de actitud frente a uno de los principales problemas de Salud Pública de nuestros días.

ASPECTOS GENERALES DEL TABAQUISMO

- 1.1 Epidemiología del tabaquismo.
- 1.2 Patología relacionada con el consumo de tabaco.
- 1.3 Beneficios del abandono del tabaco.
- 1.4 Funciones del profesional sanitario.
 - 1.4.1 Función modélica
 - 1.4.2 Función educadora
 - 1.4.3 Función social
 - 1.4.4 Función terapéutica
 - 1.4.5 Papel de las distintas especialidades

Según la OMS, un tercio de la población mundial mayor de 15 años es fumadora. En nuestro país, según datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1997, la prevalencia de tabaquismo en la población mayor de 15 años es del 35,7%, 44,8% en los varones y 27,2% en las mujeres (figura 1) (tabla 1).

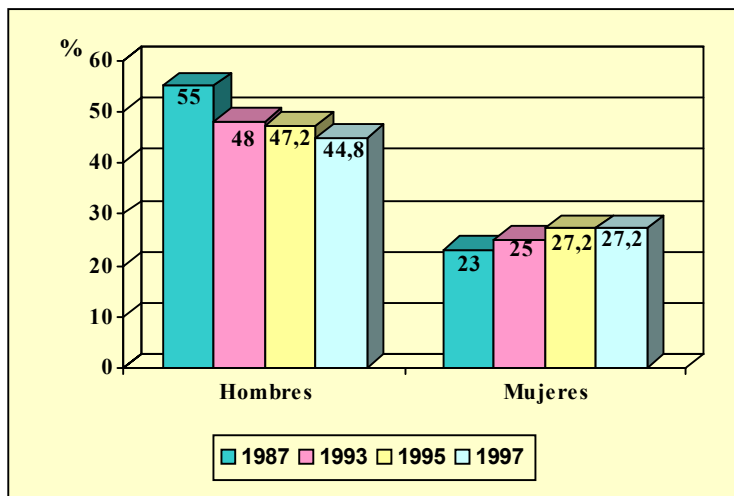


Figura 1. Evolución de la prevalencia del tabaquismo en España.
(Fuente: Encuesta Nacional de Salud).

75 y más	8	25	66
----------	---	----	----

* 65 y más años

Tabla 1: Prevalencia del tabaquismo en población de 16 y más años. España 1987 y 1997. *Fuentes: Encuesta Nacional de Salud 1987 y 1997*

Mención aparte merece la prevalencia del tabaquismo entre los profesionales sanitarios. Según un estudio epidemiológico del Ministerio de Sanidad y Consumo, realizado en 1998, en España el porcentaje de personal sanitario fumador era del 38,9% (34,7% el personal médico y 43,2% el personal de enfermería), tres puntos más que la población general en el año anterior (figura 2).

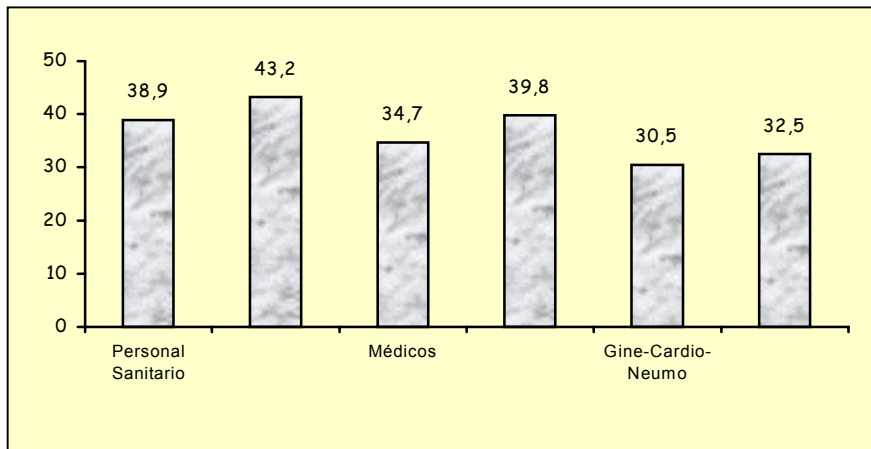


Figura 2. Prevalencia de consumo de tabaco en el personal sanitario del Insalud.

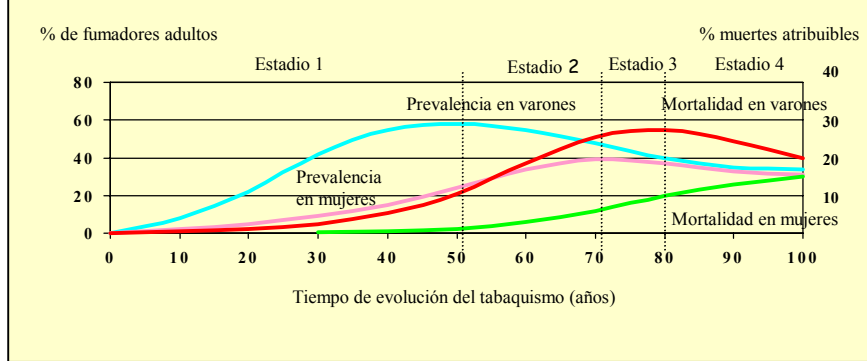


Figura 3. Fases de la epidemia de tabaquismo.

- **Estadio I.**

Define el inicio de la epidemia.

Prevalencia: El porcentaje de hombres fumadores es bajo al inicio del periodo llegando a su cénit al final del mismo.

La prevalencia en mujeres empieza a hacerse manifiesta.

Consecuencias para la salud: Las enfermedades y la mortalidad por causa del tabaco empiezan a evidenciarse en los varones.

Socialmente: fumar está bien aceptado y no existen restricciones al consumo.

- **Estadio II.**

Prevalencia: el número de hombres fumadores empieza a disminuir, mientras que el porcentaje de mujeres

Prevalencia: Desciende el número de varones fumadores; comenzando a disminuir, al final de esta etapa el de mujeres fumadoras, que nunca llega a cifras tan altas.

Consecuencias para la salud: La mortalidad en los varones por causa del tabaco sigue aumentando hasta llegar a sus cotas máximas al final del periodo. En las mujeres la mortalidad atribuible al tabaco sigue aumentando.

- **Estadio IV.**

La diferencia entre este estadio y el anterior radica en el inicio del descenso en la mortalidad de los varones.

Podría haber un quinto estadio en el que se apreciara un descenso de la mortalidad en ambos sexos, pero actualmente no existe ningún país que lo presente.

Conocer estos estadios permiten comprender la extensión de la epidemia del tabaquismo y aportan información para establecer políticas de Salud Pública, de forma que se pueda modificar la evolución natural de la epidemia.

cardiopatía isquémica (14,5%). En Castilla y León el número de muertes atribuibles al tabaco en 1995 fue de 2.313 (9,37% del total de fallecimientos). Las enfermedades que más contribuyeron a ello fueron el cáncer de pulmón-traquea-bronquios (36,9%) y la cardiopatía isquémica (22%).

Estas cifras reflejan la magnitud del problema, pudiéndose resumir que uno de cada dos fumadores que comienza a fumar en edad temprana y continúa haciéndolo durante toda su vida de forma regular, morirá por una enfermedad relacionada con el tabaco, a mediana edad, perdiendo en torno a 22 años de esperanza de vida. Lo anteriormente comentado también se puede expresar de la siguiente manera: de cada 1000 muertes que se producen en España menos de una es por drogas ilegales; dos se deben al sida; 20 a accidentes de tráfico y 147 al tabaco.

A continuación se expone la relación del tabaco con algunas de las principales patologías derivadas de su consumo:

Tumores oncológicos.

- El consumo de tabaco es la causa del 85-90 % de los carcinomas de pulmón.
- Aumenta diez veces el riesgo de cáncer de pulmón.
- Es el principal agente causal del cáncer de laringe (especialmente los cigarrillos de tabaco negro y sin filtro).

- Relación menos estrecha con el cáncer de páncreas, de estómago y el de hígado.
- También esta relacionado con la leucemia mieloide.

Enfermedades vasculares.

- El riesgo de padecer una cardiopatía isquémica es de 2 a 4 veces mayor.
- Aumento del 70% de probabilidad de tener cardiopatía isquémica mortal y un aumento del 200% de tener cardiopatía isquémica no mortal.
- Mayor riesgo de presentar muerte súbita.
- Riesgo del 40% en hombres y del 60% en mujeres de accidentes cerebrovasculares (en presencia de hipertensión el riesgo es 12 veces mayor).
- Mayor riesgo de accidente cerebrovascular en fumadoras que además toman anticonceptivos orales.
- Los fumadores presentan de 4 a 6 veces más probabilidades de desarrollar una arteriopatía periférica.
- El 70% de las arteritis obliterantes corresponden a pacientes fumadores.
- Ensombrece el pronóstico de la hipertensión arterial.

Enfermedades neumológicas.

- Riesgo 10 veces mayor de morir por EPOC.

- Mayor riesgo de patología vascular si se asocia a contracepción hormonal. Fumar más de un paquete/día es una contraindicación relativa al uso de anticonceptivos orales.
- Mayor riesgo de cáncer de cérvix.
- Riesgo 4-13 veces mayor de neoplasia cervical intraepitelial.
- Mayor riesgo de cáncer de vulva (efecto sinérgico con el Papilomavirus).
- Disminución del peso del recién nacido hasta un 10%.
- Otros trastornos son: abortos espontáneos, embarazo ectópico, placenta previa, parto pretérmino, sufrimiento fetal, alteraciones endocrinas, test de Apgar bajo y aumento de la mortalidad perinatal.
- Mayor riesgo de infertilidad tanto en la mujer como en el hombre. En el hombre el consumo de tabaco puede producir impotencia.

Enfermedades dermatológicas

- Influencia negativa sobre el melanoma, la psoriasis, el carcinoma escamoso de labio y cavidad oral.
- El consumo de tabaco favorece las arrugas faciales.

fumar son:

- Dejará de estar sometido a una adicción (nicotina).
- Mejoría de la salud:
 - Se normalizará la tensión arterial y frecuencia cardíaca. La temperatura de manos y pies se recupera a los 20 minutos del último cigarrillo.
 - Los niveles de monóxido de carbono y oxígeno se normalizarán pasadas 8 horas.
 - Disminuye el riesgo de muerte súbita pasadas 24 horas.
 - Se recuperan los sentidos del gusto y olfato pasadas 48 horas.
 - Mejora la función respiratoria pasadas 72 horas.
 - Aumentará la capacidad física en 1-3 meses.
 - Mejora el drenaje bronquial y se reduce el riesgo de infecciones pasados 1-9 meses.
 - Se iguala el riesgo de padecer infarto y otras enfermedades cardiovasculares al de los no fumadores, pasados 5 años sin fumar.
 - Se iguala el riesgo de padecer cáncer de pulmón al de los no fumadores, pasados 10-15 años sin fumar.
 - Menos episodios de catarros y molestias de garganta.
 - Menos probabilidades de padecer un cáncer.

- Menor riesgo de incendios o de accidentes de tráfico.
- Mejora el aspecto físico y estético:
 - Desaparecerá el mal aliento.
 - Mejora el olor de la ropa y de la casa en general.
 - Desaparecerá el color amarillento de manos y uñas.
 - Mejora la hidratación de la piel, recobrando su tersura y presentando menos arrugas.
- Ser un buen ejemplo para sus hijos y no perjudicará su salud (fumadores pasivos).

Todos estas ventajas pueden y deben ser argumentadas para aumentar la confianza del fumador y animarle en su proceso de abandono del tabaco

1.4 FUNCIONES DEL PROFESIONAL SANITARIO.

El médico debe desempeñar en la lucha contra el tabaco cuatro funciones: modélica, educadora, social y terapéutica. De su capacidad para desarrollar con coherencia estas cuatro funciones depende en gran medida su posibilidad de influir personal, profesional y socialmente sobre los fumadores y sobre la propia sociedad.

Esta función viene determinada por el papel ejemplarizante o de modelo social que la propia sociedad atribuye a determinados profesionales. En el caso del médico esta función modélica viene relacionada con todos los hábitos o actitudes saludables que se supone todo médico practica. En relación con el tabaco la actitud más coherente del médico, o de otros profesionales sanitarios, es la de ser no fumador, actitud que le permite intervenir con coherencia frente al consumo de tabaco por sus pacientes.

Las actitudes mínimas exigibles son: no fumar en público; no ofrecer tabaco a los pacientes; no aceptar regalos relacionados con el tabaco; no permitir fumar en la consulta o sala de espera y facilitar la difusión de propaganda en contra del tabaquismo.

1.4.2 Función educadora

La función educadora del médico viene determinada por los distintos campos de la actuación profesional donde esta actividad tiene cabida, como son las campañas masivas para informar y sensibilizar a la población en general, actuaciones en campos más reducidos como instituciones educativas de todo tipo y la propia consulta a través de la educación sanitaria y el consejo médico.

El consejo médico es una de las formas de ejercer la función educadora en la propia consulta.

proteger a los no fumadores.

1.4.4 Función terapéutica

La función del médico, desde el punto de vista terapéutico, en el proceso de abordaje y tratamiento del tabaquismo no difiere del proceder habitual frente a otras patologías: diagnóstico del paciente fumador; tratamiento con la opción terapéutica más adecuada y seguimiento del proceso de deshabituación.

1.4.5 Papel de las distintas especialidades

El abordaje del tabaquismo es multidisciplinar y ningún profesional sanitario puede quedar excluido de hacerlo. Cualquier persona pasa a lo largo de su vida por etapas o épocas con mayor vulnerabilidad, es decir, con mayor susceptibilidad a los mensajes ofrecidos. Se deben aprovechar estas circunstancias y modificar el mensaje antitabaco a ellas.

Una de estas etapas es, por ejemplo, el embarazo. Casi todas las mujeres fumadoras, o al menos una gran mayoría, abandonan el tabaco durante el embarazo. Una de cada cinco mujeres lo hacen espontáneamente cuando se enteran de que están embarazadas, aunque posteriormente vuelvan a fumar, por lo tanto la intervención durante esta época puede influir para mantener la abstinencia tabáquica y concienciar del beneficio que para ella y sus hijos tiene esa actitud.

mujeres que nos piden información ante el deseo de quedarse embarazada le preguntamos sobre su hábito tabáquico?. ¿No debería incluirse el despistaje del tabaquismo y el tratamiento del mismo, en el caso que correspondiese, como una auténtica actividad preventiva preconcepcional?.

Otra etapa importante es la etapa pediátrica, en la que por el sistema actual de salud la práctica totalidad de niños y sus padres toman contacto con su pediatra o médico de familia, y aquí no hay duda de que el papel primordial lo juegan los pediatras.

En definitiva, todo profesional sanitario debe adoptar una actitud más intervencionista ante el tabaquismo, y no sólo aquellos profesionales cuya actividad asistencial está, más o menos relacionada con las consecuencias del consumo de tabaco. Cuando un paciente va al cardiólogo o al neumólogo, sabe que con bastante probabilidad le va a “prohibir fumar”, generalmente tiene asumido de antemano que debe abandonar el consumo de tabaco; quizás el impacto sanitario del mensaje antitabaco sea mayor si éste se ofrece también cuando el individuo acuda a la revisión de salud bucodental, o al pediatra con su hijo, por poner sólo dos ejemplos.

En la tabla 2 se reflejan algunas de las funciones que los distintos profesionales sanitarios deberían adoptar en relación con su actitud ante el tabaco. Ofrecer un consejo bien dado no supone más de tres minutos y orientar a los pacientes para que se decidan a

Pediatra	<ul style="list-style-type: none"> • PREVENCIÓN DEL CONSUMO: 1) Concienciando a los padres de la patología relacionada con el tabaquismo pasivo y de la función ejemplarizante que deben tener ante sus hijos. 2) Concienciando a los jóvenes de la conveniencia de adquirir hábitos saludables, de los inconvenientes y peligros del consumo de tabaco y de las ventajas de no fumar. • Consejo de abandono del tabaco a los padres y jóvenes fumadores. • Derivación para su tratamiento si procediese.
Médico de Familia	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención del consumo en sujetos no fumadores. • TRATAMIENTO DE FUMADORES.
Cardiólogos y Neumólogos	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de consumo y recaídas. El consejo ofrecido sea consecuente e incisivo y no algo que "lógicamente" tenía que decir. • TRATAMIENTO.
Odontólogos	<ul style="list-style-type: none"> • PREVENCIÓN aprovechando las revisiones bucodentales. • Consejo de abandono del tabaco. • Derivación para su tratamiento si procediese.
Resto Especialidades	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención y tratamiento al integrar la educación sanitaria en las actividades a realizar.
Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • PREVENCIÓN DEL CONSUMO. Ofrecer consejo antitabaco en los múltiples contacto con la población. • Realizar consejo e intervención mínima sistematizada. • Captar a los fumadores que deseen abandonar el consumo de tabaco.

Tabla 2. Papel de los distintos profesionales sanitarios.

PROCESO DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE

FUMADOR

- 2.1 Definición de fumador.
- 2.2 Proceso de abandono del tabaco.
- 2.3 Valoración de la dependencia al tabaco.
 - 2.3.1 Dependencia física.
 - 2.3.2 Dependencia psicológica.
- 2.4 Valoración de la motivación para dejar de fumar.
- 2.5 Historia clínica del fumador.
- 2.6 Seguimiento. Actividades a realizar en cada visita.

Hacer un diagnóstico de fumador es analizar que disposición presenta frente al consumo de tabaco, así como la motivación para el abandono del mismo; es valorar el grado de dependencia que presenta, tanto nicotínica como psicológica; es analizar los síntomas de abstinencia que presenta cuando deja de fumar; es monitorizar datos objetivos del hábito tabáquico; es, en definitiva, encuadrar al paciente fumador en un contexto que nos permita abordar el problema del tabaquismo de forma personalizada.

2.2 PROCESO DE ABANDONO DEL TABACO.

El abandono del tabaco es un proceso dinámico y conocerlo tiene su importancia, ya que condicionará la actitud terapéutica sobre el paciente fumador. Siguiendo el esquema propuesto por Prochaska y DiClemente podemos clasificar al paciente decidido a abandonar el tabaco en las siguientes fases: *precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y finalización.*

Mientras que en la fase de precontemplación el fumador no se plantea el abandono del tabaco, en la fase de contemplación empieza a tomar conciencia de que fumar puede ser un problema y se plantea seriamente dejarlo en los próximos seis meses (en la fase de precontemplación se encuentra el 20-35% de los fumadores y en la fase de contemplación alrededor del 50-70%). En la fase de preparación la decisión de abandonar el consumo de tabaco es más

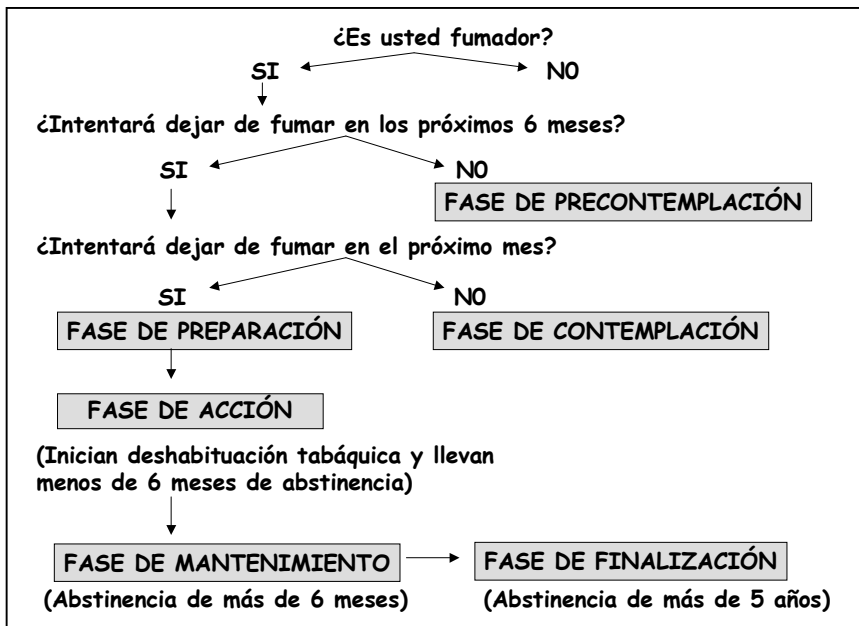


Figura 4. Proceso de abandono del tabaco.

Hay fumadores que no se plantean dejar de fumar porque están a gusto con su condición de fumador (fumadores consonantes), pero también los hay que aunque no se lo planteen les gustaría abandonar el tabaco (fumadores disonantes).

hecho dependiente del tabaco, o lo que es lo mismo: un drogadicto.

La dependencia al tabaco se manifiesta tanto desde el punto de vista físico (dependencia nicotínica) como psicológico.

2.3.1 Dependencia física

La falta de aporte de nicotina al cerebro ocasiona una serie de manifestaciones que componen el síndrome de abstinencia a la nicotina, que se comentará más adelante, y que traduce la dependencia del organismo a la misma. Se puede valorar el grado de dependencia nicotínica midiendo el número de cigarrillos fumados al día; el tiempo transcurrido desde que el fumador se levanta de la cama por la mañana hasta que se fuma el primer cigarrillo; el número de intentos de deshabitación fallidos por presentar síndrome de abstinencia severo dentro de la primera semana de deshabitación, y fundamentalmente, mediante el test de Fagerström (tabla 3), que nos permite clasificar la dependencia nicotínica del fumador en baja, moderada o alta en función de si la puntuación obtenida es menor o igual de 4 puntos, entre 5 y 6, o mayor o igual de 7 respectivamente.

De forma objetiva se puede valorar el grado de dependencia nicotínica mediante los niveles séricos de cotinina, definiéndose alta o baja en función de si la concentración fuera mayor de 250 µg/ml o menor o igual a 250 µg/ml.

-¿Encuentra dificultad para no fumar en los sitios en que está prohibido (cine ...)?.	Sí No	1 0
-¿A qué cigarrillo le costaría más renunciar?.	El primero Otros	1 0
-¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?.	> 30 21-30 11-20 < 11	3 2 1 0
-¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse que durante el resto del día?.	Sí No	1 0
-¿Fuma si está tan enfermo que ha estado en la cama la mayor parte del día?.	Sí No	1 0

Tabla 3. Valoración de la dependencia nicotínica. Test de Fagerström modificado.

2.3.2 Dependencia psicológica

La dependencia psicológica que conlleva la asociación del consumo de tabaco en las actividades cotidianas del fumador puede medirse mediante el test de Glover Nilsson (tabla 4). Dicho test permite valorar la dependencia psicológica, gestual y conductual para que en función del resultado que se obtenga en las

3.- Juego y manipulo el paquete de tabaco como parte del ritual del hábito de fumar.	0	1	2	3	4
¿Cuánto valora lo siguiente? (Preguntas 4 a 18) Por favor seleccione la respuesta haciendo un círculo en el lugar indicado 0=nunca, 1=raramente, 2=a veces, 3=a menudo, 4=siempre					
4.- ¿Ocupa sus manos y dedos para evitar el tabaco?	0	1	2	3	4
5.- ¿Suele ponerse algo en la boca para evitar fumar?	0	1	2	3	4
6.- ¿Se recompensa a sí mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea?	0	1	2	3	4
7.- ¿Se angustia cuando se queda sin cigarrillos o no consigue encontrar el paquete de tabaco?	0	1	2	3	4
8.- ¿Cuándo no tiene tabaco, le resulta difícil concentrarse y realizar cualquier tarea?	0	1	2	3	4
9.- ¿Cuándo se halla en un lugar en el que está prohibido fumar, juega con su cigarrillo o paquete de tabaco?	0	1	2	3	4
10.- ¿Algunos lugares o circunstancias le incitan a fumar: su sillón favorito, sofá, habitación, coche o la bebida (alcohol, café, etc.)?	0	1	2	3	4
11.- ¿Se encuentra a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina, sin desearlo realmente?	0	1	2	3	4
12.- ¿Le ayuda a reducir el estrés el tener un cigarrillo en las manos aunque sea sin encenderlo?	0	1	2	3	4
13.- ¿A menudo se coloca cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca (bolígrafos, palillos, chicles, etc.) y los chupa para relajarse del estrés, tensión, frustración, etc.?	0	1	2	3	4
14.- ¿Parte de su placer de fumar procede del ritual que supone encender un cigarrillo?	0	1	2	3	4
15.- ¿Parte del placer del tabaco consiste en mirar el humo cuando lo inhala?	0	1	2	3	4
16.- ¿Enciende alguna vez un cigarrillo sin darse cuenta de que ya tiene uno encendido en el cenicero?	0	1	2	3	4
17.- Cuando está solo en un restaurante, parada de autobús, fiesta, etc., se siente más seguro, a salvo o más confiado con un cigarrillo en las manos?	0	1	2	3	4
18.- ¿Suele encender un cigarrillo si sus amigos lo hacen?	0	1	2	3	4
Las preguntas 1, 6, 7 y 8 miden <u>dependencia psicológica</u> , las preguntas 17 y 18 miden <u>dependencia social</u> , y las preguntas 2 a 5 y 9 a 16 miden <u>dependencia gestual</u> .					

Tabla 4. Test de comportamiento del Glover Nilsson.

llevan al fumador a querer dejar de serlo, exteriorizarlas y que sea cada fumador quien las descubra. Si este proceso no es fructífero se puede echar mano de una lista de motivaciones generales, previamente elaboradas, pero siempre buscando las que más se aproximen según la edad y características de cada individuo (anexo 1).

También se debe conocer el grado de motivación que tiene el fumador para dejar de serlo en el momento actual. Para ello se dispone de varios tests, de los cuales por su sencillez y aplicabilidad el más usado es el test de Richmond (tabla 5).

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 5. Test de motivación de Richmond

2.6 SEGUIMIENTO. 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.

La primera visita 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.

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

En las posteriores visitas las actividades recomendadas son:

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

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN SOBRE FUMADORES EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

- 3.1 Preparación previa al día elegido para dejar de fumar.
- 3.2 Tratamiento no farmacológico:
 - 3.2.1 Intervención mínima sistematizada.
 - 3.2.2.Reducción progresiva de nicotina.
- 3.3 Tratamiento farmacológico:
 - 3.3.1 Terapia sustitutiva con nicotina.
 - 3.3.1.1 Chicles de nicotina.
 - 3.3.1.2 Comprimidos para chupar de nicotina.
 - 3.3.1.3 Parches de nicotina.
 - 3.3.1.4 Spray nasal de nicotina.
 - 3.3.1.5 Comprimidos sublinguales de nicotina.
 - 3.3.1.6 Inhalador bucal de nicotina.
 - 3.3.2 Terapia con bupropión.
 - 3.3.3 Otros tratamientos farmacológicos.
- 3.4 Individualización del tratamiento
- 3.5 Deshabitación tabáquica en situaciones especiales.
- 3.6 Manejo práctico de las principales complicaciones del tratamiento.
- 3.7 Actitud ante el fracaso terapéutico.
- 3.8 Síndrome de abstinencia y su tratamiento.
- 3.9 Indicaciones de derivación a una unidad especializada.

empezar a facilitarle el camino hacia la abstinencia tabáquica. Los días previos al elegido para dejar de fumar, día D, son idóneos para hacer que el hecho de fumar sea menos agradable y placentero, para lo que se deberá facilitar al individuo una serie de consejos con tal fin (anexo 3).

Otra medida aconsejable es que el fumador haga un registro de los cigarrillos que fuma diariamente. Se aconsejará que el registro lo haga antes de fumarlo apuntando 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 por otra para intentar desautomatizarla. Para el autorregistro se facilitará una planilla que llevará, en lo posible, entre el celofán y la propia cajetilla (figura 5), que se trasladará a una gráfica semanal para valorar la evolución del proceso de abandono del tabaco.

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

Figura 5. Modelo de autorregistro de los cigarrillos consumidos al día.

consejos para el proceso de abandono del tabaco se haga más llevadero (anexos 5 y 6).

3.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

¿Qué hacemos cuando se nos presenta en la consulta un paciente que además del motivo por el que acude fuma?

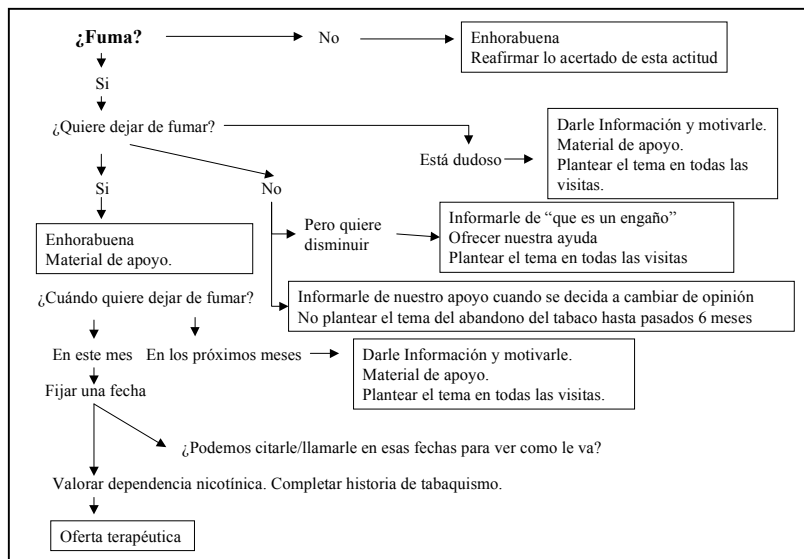


Figura 6. Plan de actuación ante un fumador.

tabaco, así como las ventajas de su abandono. Para que sea más eficaz no debería darse de forma aislada sino encuadrado dentro de lo que se conoce como intervención mínima sistematizada.

La intervención mínima sistematizada engloba un consejo médico breve (2-3 minutos), serio, firme y personalizado; acompañado de apoyo psicológico, entrega de material de apoyo por escrito y del seguimiento. Sistematizada, al realizarse en cada consulta, esté o no relacionada con el consumo de tabaco, teniendo siempre en cuenta la fase en la que se encuentre el fumador dentro de su proceso particular de abandono del tabaco (tabla 6). La información ofrecida al fumador debe ser clara, concisa y realista, pero no catastrofista. Conviene abordar tanto los problemas derivados del consumo de tabaco como los beneficios de su abandono y hacer frente a las dudas e ideas erróneas que existan sobre el tabaco (anexo 7).

En ocasiones se habla de intervención mínima y de intervención avanzada. Intervención mínima como intervención realizada a todo fumador, esté o no decidido a dejar de fumar y que englobaría:

- Preguntar al paciente sobre su consumo de tabaco.
- Registro en la historia clínica.
- Dar consejo y advertir de que le preguntará sobre el consumo en las sucesivas visitas.
- Entregar material informativo sobre el tabaco.

		proceso de abandono del tabaco. <ul style="list-style-type: none"> • Darles folletos con información sobre el tabaquismo.
Contemplación	Muchos intentos previos fallidos. Frustración ante un nuevo fracaso.	<ul style="list-style-type: none"> • 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/decálogo para dejar de fumar.
Preparación	Quieren hacer un intento serio de dejar de fumar.	<ul style="list-style-type: none"> • Oferta de apoyo psicológico. • Oferta de tratamiento. • Pautar un seguimiento del proceso de deshabitación. • Reforzar positivamente su decisión de dejar de fumar.
Acción y Mantenimiento	El paciente ha dejado de ser fumador.	<ul style="list-style-type: none"> • 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 (anexo 8)

Tabla 6. Intervención mínima sistematizada en función de la fase del proceso de abandono del tabaco.

Intervención avanzada como modelo de intervención para los fumadores decididos a abandonar el tabaco que englobaría, además de los elementos de la intervención mínima, la entrega de una guía para dejar de fumar; la elección de una fecha para el

particular de abandono del tabaco, como ha quedado reflejado en la tabla 6.

3.2.2 Reducción progresiva de nicotina.

La reducción progresiva tiene como objetivo recibir menos cantidad de nicotina de forma progresiva para lograr el abandono del tabaco en el plazo de un mes, y estaría indicada principalmente en aquellas personas con dependencia nicotínica leve; o 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 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 (en los anexos 9, 10 y 11 se exponen las posibilidades de reducción):

- 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.

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.

- 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:

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

- 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 la que dejará de fumar.
- Representación gráfica de los cigarrillos fumados.
- Actividades a realizar para ayudar a conseguir el objetivo marcado.

- 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 la 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 la 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 la que dejará de fumar.
- Representación gráfica de los cigarrillos fumados.
- Actividades a realizar para ayudar a conseguir el objetivo marcado.

- 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.

3.3 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

El tratamiento farmacológico del tabaquismo en atención primaria debe quedar restringido a aquellas terapias que por sus características de uso no requieran de controles especiales 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.

Cig/día	Test de Fagerström	CO (ppm)	TERAPIA SUSTITUTIVA NICOTÍNICA			BUPROPIÓN
			Chicle	Comprimidos	Parches	
10-19	< 4	< 15	2 mg 8-10 piezas 8-10 semanas	1 mg 8-12 piezas 3 meses	<u>De 24 horas:</u> 21 mg (4 sem.) 14 mg (4 sem.) <u>De 16 horas:</u> 15 mg (4-6 sem.) 10 mg (2-4 sem.)	150 mg por las mañanas durante los seis primeros días para continuar con 300 mg/día, en dos tomas separadas al menos 8 horas, durante 7 a 9 semanas.
20-30	4-6	15-30	4 mg/90 minutos 10-12 semanas	1 mg 16-24 piezas 3 meses	<u>De 24 horas:</u> 21 mg (4 sem.) 14 mg (4 sem.) 7 mg (4 sem.) <u>De 16 horas:</u> 15 mg + 10 mg (4 sem.) 15 mg (4 sem.) 10 mg (4 sem.)	
> 30	> 6	> 30	4 mg/60 minutos 12 semanas	1 mg 16-24 piezas 3 meses (En fumadores de más de 40 cig/día no estaría indicado el uso exclusivo de comprimidos de nicotina)	<u>De 24 horas:</u> 21 mg (6 sem.) 14 mg (4 sem.) 7 mg (2 sem.) <u>De 16 horas:</u> 15 mg + 10 mg (6 sem.) 15 mg (4 sem.) 10 mg (2 sem.)	
Terapia Combinada						
(Parches como tratamiento de base + Chicle a demanda)						Bupropión + Parches nicotina (Iniciar los parches el día que se decida abandonar el tabaco)
(Parches como tratamiento de base + Comprimido a demanda)						
(Parches como tratamiento de base + Spray a demanda)						

Tabla 7: Recomendaciones sobre el tratamiento farmacológico (TSN y bupropión).

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. 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

Las contraindicaciones comunes de la TSN son:

- Infarto agudo de miocardio reciente.
- Arritmias cardíacas severas

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 entre seis y doce meses (mínimo tres meses) y de forma pautada (una pieza de chicle cada hora mientras está despierto), pues se ha comprobado que se obtiene mayor porcentaje de éxito cuando se utiliza de forma programada que si se realizase de forma arbitraria (a demanda del fumador).

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.

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 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 7) (anexo 12):

- 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.

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).

3.3.1.2 Comprimidos para chupar de nicotina.

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[®]). Se aconseja su utilización de tres meses a seis y 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 para chupar de nicotina son:

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

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 7) (anexo 13):

- Reducir el consumo de tabaco a menos de 20 cig/día antes de iniciar el tratamiento con los comprimidos para chupar de nicotina .
- 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 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

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).

3.3.1.3 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)

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 (náuseas, 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

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.

- Son candidatos a esta terapia fumadores de más de 15 cig / día

3.3.1.4 Spray nasal de nicotina

El spray nasal (Nicotrol[®]), está indicado cuando se quieren obtener de forma rápida concentraciones altas de nicotina.

Las ventajas del uso del spray de nicotina son:

- Con dosis de 1-2 mg. la máxima concentración se alcanza a los 15 minutos, similar al consumo de cigarrillos.
- La concentración en plasma es similar a la obtenida con chicles pero todavía menor que al fumar.
- Especialmente útil en pacientes con alta dependencia o con úlceras bucales o enfermedades dermatológicas (no pueden usar chicle o parche, respectivamente)
- 53% de abstinentes a los seis meses y 26% al año (doble que con placebo)
- Mayor alivio del deseo de fumar y del síndrome de abstinencia

Los inconvenientes de su uso son:

- Aproximadamente el 43% continúan usándolo al año (pero es preferible a fumar).

informar al paciente para evitar el abandono del mismo, pero aún así muchos pacientes no los toleran y deciden suspender la terapia.

Las contraindicaciones específicas son: problemas nasosinusales, asma o alergias.

Efectos adversos más frecuentes: Irritación nasal y de garganta, rinorrea, lagrimeo y estornudos en el 73-100% (1ª semana generalmente) y tos (46-82%).

Propuesta de uso (anexo 15):

- La pauta habitual es la instilación de 0,5 mg. de nicotina en cada fosa nasal (una dosis es 1 mg. de nicotina que equivale a una instilación en cada fosa nasal), tantas veces como se desee, sin sobrepasar 5 dosis por hora (5 mg de nicotina) o 40 dosis al día (40 mg. de nicotina). Con este método se consiguen niveles de nicotemia de 15 µg/ml. en un tiempo parecido al obtenido con los cigarrillos y por ello estaría indicado en situaciones similares a los parches de nicotina, pero ofreciendo incluso mayor rapidez de acción.
- Tratamiento 6-8 semanas y después tratar de reducir la dosis otras 4-6 semanas.

nicotina.

Efectos adversos más frecuentes: Hipo, parestesias bucales, irritación orofaríngea, pirosis, hiperplasia e hiperqueratosis mientras se está utilizando.

Propuesta de uso:

- Dependencia leve-moderada: una tableta de 2 mg. cada hora durante las horas de vigilia durante tres meses. Hasta el sexto mes ir reduciendo la dosis
- Dependencia alta: 2 tabletas (4 mg.) cada hora durante seis meses. Entre el sexto y duodécimo mes ir reduciendo la dosis.

3.3.1.6 Inhalador bucal de nicotina

El inhalador es otro método, por el momento tampoco comercializado en nuestro país, que busca remedar el aspecto y manejo del cigarrillo, y que contiene 10 mg. de nicotina, consiguiéndose niveles de nicotemia parecidos (algo inferiores y más lentos) al spray nasal, estando especialmente indicado en aquellos fumadores en los que el ritual del manejo del cigarrillo fuese un *handicap* importante para conseguir la deshabitación tabáquica. Está **contraindicado** en caso de hiperreactividad bronquial, siendo los efectos adversos más frecuentemente observados la tos e irritación de garganta.

monoaminooxidasa.

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.

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 deshabitación 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.

Inhibidores de CYP2D6: <i>ácido valproico</i> <i>fluoxetina</i> , <i>ritonavir</i>	↓ metabolismo de hidroxibupropión	↑ toxicidad de hidroxibupropión
Fármacos que disminuyen el umbral convulsivo	↓ 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	↓ metabolismo de estos fármacos	↑ toxicidad de estos fármacos
antidepresivos tricíclicos (ej. <i>imipramina</i> , <i>desipramina</i> , <i>nortriptilina</i>) antidepresivos ISRS (ej. <i>fluoxetina</i> , <i>paroxetina</i>), <i>venlafaxina</i> betabloqueantes (ej. <i>carvedilol</i> , <i>timolol</i> , <i>metoprolol</i>) antiarrítmicos (ej. <i>flecainida</i> , <i>mexiletina</i>) antipsicóticos (ej. <i>risperidona</i> , <i>tioridazina</i> , <i>haloperidol</i> , <i>trazodona</i>)		
^a en estudio en dosis únicas no se observó efecto alguno;		
^b administración contraindicada		

Tabla 8. 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

favorecida por el uso de medicamentos que disminuyan el umbral convulsivo:

- Antipsicóticos
- Antidepresivos
- Teofilina
- Quinolonas
- Corticoides sistémicos
- Antimaláricos
- Tramadol
- Antihistamínicos con efecto sedante

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 7) (anexo 16):

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 150 mg/12 horas 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

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.

3.3.3 Otros tratamientos farmacológicos

Existen otros grupos de fármacos alternativos o complementarios a la nicotina, que se han utilizado en el tratamiento del tabaquismo. Son un grupo de fármacos orientados a reducir los síntomas de la dependencia nicotínica, incluyéndose sedantes, anticolinérgicos, tranquilizantes, simpaticomiméticos y anticonvulsivantes.

En el grupo de ansiolíticos y antidepresivos se incluyen fármacos como: la lobelina (agonista de los receptores nicotínicos), buspirona, meprobramato, diazepam, imipramina, fluoxetina, doxepina, tryptófano, nortriptilina.

Otros fármacos empleados en la deshabituación tabáquica son: la clonidina, agonista alfa-2-adrenérgico que se ha mostrado eficaz para reducir ciertos síntomas de la abstinencia nicotínica como el craving (deseo muy fuerte de fumar); los betabloqueantes, utilizados por su efecto ansiolítico; la mecamilamina, bloqueante

características de uso y efectos secundarios en otros, estas opciones terapéuticas quedan fuera del marco de actuación de la consulta de atención primaria, por lo que no recomendamos su utilización.

3.4 INDIVIDUALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO

Cada fumador presenta una serie de características que obligan a individualizar el tratamiento para su deshabituación tabáquica, valorándose todas las opciones terapéuticas existentes y aplicables en atención primaria, dando la oportunidad, al propio fumador, de elegir la más adecuada. Esto no quiere decir que no existan unas recomendaciones terapéuticas, existen y son válidas para la práctica totalidad de los casos.

En la figura 7 queda reflejado el protocolo de actuación ante un fumador en función de la dependencia nicotínica que presente.

3.5 DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN SITUACIONES ESPECIALES

Que el tratamiento del tabaquismo ha de ser personalizado está claro, y que los protocolos son válidos también; pero existen circunstancias patológicas que van a condicionar, o lo que es lo

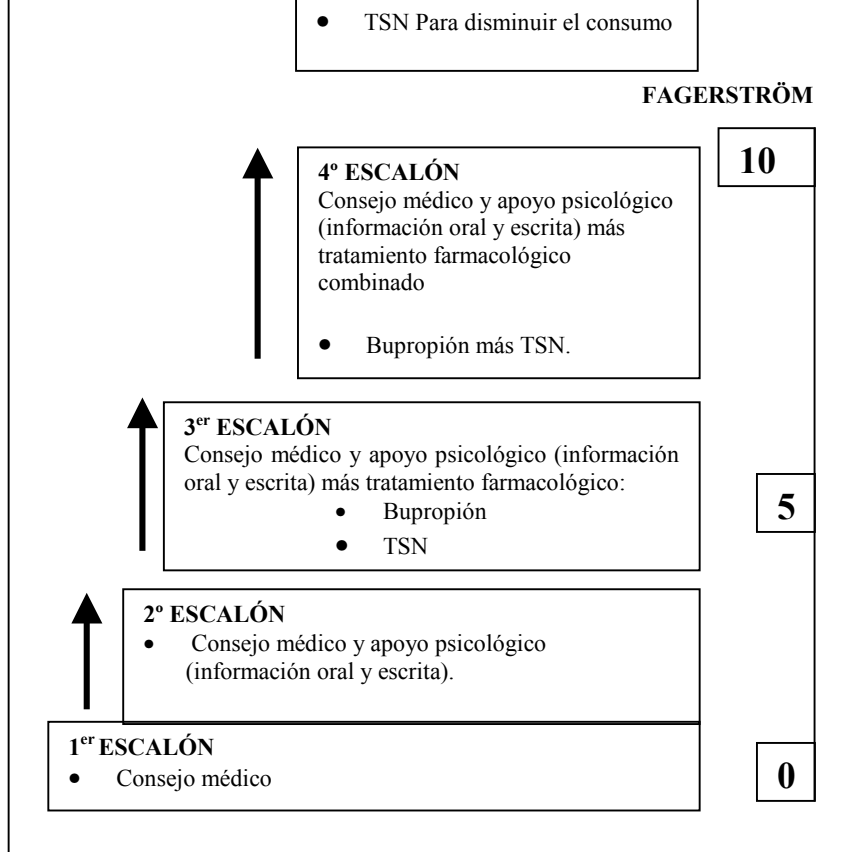


Figura 7: Deshabitución tabáquica: algoritmo simplificado de actuación.

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 temporomandibular, 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 9. Deshabituación tabáquica en situaciones especiales.

A continuación se proponen algunas medidas para corregir o evitar las complicaciones más frecuentes (tabla 10).

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. Airear 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 10: Resumen de las principales complicaciones en los tratamientos de deshabituación tabáquica y sus posibles soluciones.

método utilizado, el nivel de dependencia y la experiencia del terapeuta. Por ello, un fracaso no debe ser una excusa para no intentarlo de nuevo, siempre que el nuevo intento se realice con la seriedad necesaria. Un elevado porcentaje de fumadores requieren de varios intentos serios para conseguir dejar el tabaco. Sin embargo, en cada uno de los sucesivos intentos de abandono las probabilidades de éxito son mayores.

Ante todo, no se debe culpabilizar al paciente ni adoptar actitudes que puedan minar la autoconfianza del fumador ante un hipotético nuevo intento de abandono. Una actitud comprensiva y tolerante para que el fumador sea consciente de que conocemos las dificultades que entraña dejar el tabaco ayuda en la relación médico-paciente y hace que esta empatía aumente la confianza del fumador en su terapeuta. Del mismo modo, debemos mantener nuestra puerta abierta y ofrecer nuestra disposición para dirigir un nuevo intento de abandono si lo desea. Todo ello sin renunciar a que nuestro paciente perciba la firmeza y seriedad necesaria para cada intento (tabla 11).

Es fundamental analizar seriamente las causas que han podido motivar el fracaso. Éstas pueden ser diversas. Algunas pueden tener que ver con las circunstancias personales del paciente, con la correcta cumplimentación del tratamiento, con la valoración inicial del nivel de dependencia, con el tratamiento escogido o con el seguimiento propuesto. Es necesario conocer las posibles causas

- ✓ Hacerle ver que en un nuevo intento le será más fácil dejarlo.
- ✓ Analizar las posibles causas del fracaso.
 - Valorar las circunstancias personales y del entorno del fumador:
 - Elevado nivel de estrés.
 - Poco apoyo de su entorno.
 - Reevaluar el nivel de dependencia.
 - Reevaluar el nivel de motivación.
 - Valorar los posibles fallos de cumplimentación del tratamiento previo:
 - Mala cumplimentación por el paciente.
 - Mal uso de los dispositivos empleados
- ✓ Valorar los efectos adversos del tratamiento previo, si lo hubo.
- ✓ Replantearnos el tratamiento previo.
- ✓ Proponerle, si lo desea, un nuevo plan de tratamiento y seguimiento
- ✓ Si aún no desea intentarlo de nuevo, ofrecerle nuestra colaboración para cuándo se sienta preparado de nuevo.

Tabla 11: Actitud terapéutica ante el fracaso

Una vez analizadas las causas del fracaso podemos animar al paciente para que realice un nuevo intento cuando lo estime oportuno o dejarle abierta la posibilidad de ayudarlo en un nuevo intento cuándo se sienta preparado para ello. En la tabla siguiente se expone la actitud recomendada ante el fracaso de un fumador en el intento de dejar el tabaco.

el giroso paraventricular 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 12). Conocerlas es importante para intentar evitarlas o al menos tratarlas, por ejemplo, con consejos como los que figuran en la tabla 13, que por sencillos que sean no por ello son menos efectivos.

SÍNTOMAS FÍSICOS	SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS
Aumento de apetito y del peso	Deseo fuerte y urgente de fumar (Craving)
Molestias gastrointestinales, estreñimiento	Ansiedad
Disminución de la frecuencia cardíaca.	Nerviosismo
Disminución de la tensión arterial.	Irritabilidad
Trastornos del E.E.G.	Dificultad para la concentración
Mareo	Agresividad
Sudoración	Impaciencia
Temblor	
Tos	
Trastornos del sueño	
Aumento de la temperatura cutánea	

Tabla 12. Manifestaciones clínicas del síndrome de abstinencia.

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 13. Consejos para superar los síntomas del síndrome de abstinencia.

3.9 INDICACIONES DE DERIVACIÓN A UNA UNIDAD ESPECIALIZADA

El abordaje del tabaquismo debe ser asumido por atención primaria y para que este sea eficaz no debemos perder de vista las limitaciones propias del medio donde realizamos nuestra actividad asistencial así como las impuestas por el propio paciente.

Las escasas unidades especializadas en el tratamiento del tabaquismo no pueden dar cobertura a toda la población, a lo que se

indicaciones para derivar a un fumador a estas unidades serían:

- Intentos previos de abandono de tabaco fallidos a pesar de un tratamiento correcto.
- Pluripatología que complique el tratamiento sustitutivo.
- Efectos adversos con la terapia farmacológica utilizada.
- Grupos de riesgo (enfermos con cardiopatías, depresivos, embarazadas, etc.).
- Cuando el médico lo considere oportuno e incluso cuando se encuentre desbordado y no pueda hacer frente a estos pacientes.

ANEXOS

- Anexo 1. Motivos para dejar de fumar por grupos de población.
- Anexo 2. Modelo de historia clínica de tabaquismo.
- Anexo 3. Consejos previos al abandono definitivo del tabaco.
- Anexo 4. Hoja informativa sobre el tabaquismo.
- Anexo 5. Guía práctica para dejar de fumar.
- Anexo 6. Decálogo para dejar de fumar.
- Anexo 7. Mitos populares sobre el tabaquismo y su contraargumentación.
- Anexo 8. Consejos para la prevención de recaídas.
- Anexo 9. Contenido de nicotina (en mg.) de las principales marcas de cigarrillos comercializadas en España.
- Anexo 10. Ejemplo de reducción, en función de la concentración de nicotina, en los cigarrillos negros.
- Anexo 11. Ejemplo de reducción, en función de la concentración de nicotina, en los cigarrillos rubios.
- Anexo 12. Modo de utilización de los chicles de nicotina.
- Anexo 13. Modo de utilización de los comprimidos para chupar de nicotina.
- Anexo 14. Modo de utilización de los parches de nicotina.
- Anexo 15. Modo de utilización del spray de nicotina.
- Anexo 16. Tratamiento con bupropión.

<ul style="list-style-type: none"> • Mal olor del cabello. • Mal olor de la ropa. • Coste económico. • Falta de independencia. (controlados por los cigarrillos). • Odinofagia. • Tos. • Disnea (puede afectar al deporte). • Infecciones respiratorias frecuentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rol ejemplar. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Halitosis. • Poca conveniencia y aceptabilidad social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Odinofagia. • Disnea. • Úlceras. • Angina. • Claudicación. • Osteoporosis. • Esofagitis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor riesgo de bajo peso al nacer. • Mayor riesgo de muerte súbita.
---	---	---	--	---

CIGARRILLOS/DI. ANOS FUMADOR. PAQUETES/DI. MARCA:

INTENTOS PREVIOS: FAGERSTRÖM: CO:

Dep. PSICOLÓGICA: Dep.GESTUAL: Dep. SOCIAL:

MOTIVACIÓN: FASE DEL PROCESO DE ABANDONO:

TAS: TAD: PESO:

TRATAMIENTO PROPUESTO

ABSTINENCIA					
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.

¿Cuánto tiempo tarda, después de despertarse, en fumar su primer cigarrillo?	< 5 minutos	3
	6-30 minutos	2
	31-60 minutos	1
	> 60 minutos	0
¿Tiene dificultad para no fumar en los sitios prohibidos?	Sí	1
	No	0
¿Cuál es el cigarrillo más deseado?	El primero	1
	Otros	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	> 30	3
	21-30	2
	11-20	1
	< 11	0
¿Fuma más durante las mañanas?	Sí	1
	No	0
¿Fuma aún estando en la cama enfermo?	Sí	1
	No	0

Fecha					
Cambio de fase					
Fase actual					
Fuma					
Tratamiento correcto					
Fumó durante tratamiento					
Disminuyó cigarrillos/ A cuantos					
Fagerström					
CO					
TAS					
TAD					
Peso					
Dificultad					
Cambio tratamiento					
Efectos Secundarios					

OBSERVACIONES:

- Compre los paquetes de uno en uno. No acumule tabaco.
- Plantéese 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.
- Cuando 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, anótelas y comuníquelas a sus amigos y familiares. Pídale colaboración y paciencia. Advíértales 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.

El TABAQUISMO debe ser considerado como una auténtica epidemia del mundo moderno. Él es la primera causa evitable de muerte en los países desarrollados. En España es causante de 45.000 muertes anuales, lo que equivale a decir que en nuestro país mueren más personas al cabo de un año por consumo de cigarrillos que por accidentes de tráfico o por accidentes de trabajo o SIDA.

El abandono del consumo del tabaco te proporcionará múltiples beneficios, aquí tiene algunos de ellos:

BENEFICIOS DE ABANDONAR EL TABACO

A corto plazo cabe esperar desaparición de la tos, mejor respiración y menos fatiga, mejor capacidad para el ejercicio, la recuperación del gusto y del olfato, la piel estará más fresca y mejorará el olor de la ropa. Además, supone respetar el derecho de la familia y compañeros, a no ser dependiente de una sustancia y, por qué no, un importante ahorro de dinero.

Dejar de fumar tiene beneficios significativos e inmediatos sobre la salud, para hombres y mujeres de todas las edades, y son aplicables a personas con y sin enfermedad relacionada con el tabaco.

Los exfumadores viven más que los fumadores que siguen fumando, porque dejar el tabaco disminuye el riesgo de cáncer de pulmón, otros cánceres, ataques cardiacos, accidentes cerebrovasculares y bronquitis crónica y enfisema.

Las mujeres que dejan el tabaco antes del embarazo o durante los primeros meses, reducen el riesgo de tener niños de bajo peso, y de otras muchas patologías que son frecuentes en los recién nacidos de madres fumadoras.

Los beneficios sobre la salud de dejar el tabaco exceden el riesgo de ganancia de peso (2,3 Kg. como media), o algún efecto psicológico que pudiera suceder.

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.

Comprobarás que disminuye el número de cigarrillos que fumas. Empiezas a controlar la urgencia de fumar. Felicitate por ello.

Elija un día para dejar de fumar y Anótelo: Día: _____ Mes: _____

¿QUÉ HACER EL PRIMER DÍA SIN FUMAR?

Procura levantarte un poco antes de la hora habitual y hazte el firme propósito de dejar de fumar *sólo por hoy*. Haz un poco de ejercicio respirando aire puro. Nota como el aire puro y oxigenado invade tus pulmones. Aire puro, no humo.

Procura no comer abundantemente y sobre todo después de comer no te tomes un descanso para leer o ver T.V.,. No se te ocurra quedarte quieto... Haz algo.

Piensa que este cambio de tus hábitos diarios no durará toda la vida.

UNA DOCENA DE CONSEJOS QUE NO DEBES OLVIDAR:

- 1- Piensa en dejar de fumar sólo por el día presente.
- 2- Dejar de fumar es difícil pero no imposible. merece la pena que le dediques un tiempo y esfuerzo adicional.
- 3- Procura comer muchas veces y poco cada vez. Evita 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- Durante los primeros días sentirás un deseo intermitente y muy fuerte de fumar. Pero no te preocupes, existe una forma de enfrentarse y vencer este deseo: "Relájate... respira profundamente... siente como el aire puro y limpio invade tus pulmones... reténlo todo el tiempo que puedas en tu interior... sácalo lentamente, concéntrate en lo que estás haciendo. Repite esto varias veces.
- 5- Ten presente que el deseo imperioso de fumar disminuye considerablemente después de la segunda a tercera semana.
- 6- Tu riesgo de padecer enfermedades como el cáncer de pulmón, el infarto de miocardio y la bronquitis esta disminuyendo vertiginosamente cada día que superas sin fumar.
- 7- El estado de tu piel y tu capacidad para distinguir los sabores y olores mejorará notablemente con el abandono del consumo de tabaco.
- 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- Ahorra todo el dinero que antes derrochabas en el tabaco. Cuando tengas una buena cantidad regálate eso que tantas veces has querido comprar.
- 10- Ten cuidado, puedes engordar; no obstante, si vigilas tu dieta sólo ganarás escaso kilos que después puedes eliminar fácilmente.
- 11- Felicitate cada día que pasa porque esta vez seguro que vas a conseguir dejar el tabaco.
- 12- No cedas nunca, ni siquiera por un solo cigarrillo.

sobre el tabaco.

- 2- Escribe una lista con tus motivos para dejar de fumar.
- 3- Evita las situaciones que asocias con fumar. Elige ambientes sin humo.
- 4- Decide el día que vas a dejar de fumar. Comunícaselo a tus allegados.

PLAN DE ACCIÓN

- 5- Levántate un poco antes, haz ejercicio físico; bebe zumo y/o agua.
- 6- Permanece lo más activo que puedas todo el día.
- 7- Decídete a no fumar, aunque sólo sea el día de hoy.

MANTENIMIENTO SIN FUMAR

- 8- Practica deporte (mejor en grupo). Toma dieta rica en fibra (frutas, verduras). Relee la lista de motivos para no fumar.
- 9- Si sientes deseos de fumar, relájate, respira profundamente y concéntrate en lo que haces. Si dudas consulta a tu médico.
- 10- No cedas ni por un solo cigarrillo. Recuerda que el deseo de fumar disminuye después de la segunda o tercera semana; te puedes felicitar por cada día que pasas sin fumar.

<i>Después de años fumando, el daño ya está hecho.</i>	Vale la pena dejar de fumar a cualquier edad. La mejora de la función respiratoria, la desaparición de la tos y la expectoración son beneficios que se obtienen rápidamente.
<i>Si dejo de fumar pierdo el único placer de mi vida.</i>	Espera a saber que bien se está sin fumar. El auténtico placer es el de sentirse libre por haber superado la dependencia del tabaco.
<i>Necesito el tabaco para concentrarme.</i>	La dificultad de concentración es un síntoma del síndrome de abstinencia, que dura pocos días, pasados éstos, las funciones del cuerpo y cerebrales son más eficientes sin fumar.
<i>Perjudica más la contaminación de la ciudad.</i>	El humo del tabaco tiene una concentración de productos tóxicos 400 veces superior al permitido internacionalmente en el medio ambiente y por tanto a la contaminación existente en las grandes ciudades.
<i>Fumar es relajante.</i>	Tu cuerpo se ha acostumbrado a la nicotina y es natural que te sientas más relajado cuando obtienes la nicotina de la que te has hecho dependiente. Pero la nicotina es un estimulante, que aumenta la frecuencia cardíaca y los niveles de adrenalina. Pasadas unas semanas sin fumar, muchos fumadores comprueban, sorprendidos, que se sienten menos nerviosos y tienen un mejor autocontrol.
<i>No tengo suficiente fuerza de voluntad para dejar de fumar</i>	Cada día más fumadores lo consiguen, algunos a la primera, pero muchos necesitan varios intentos, no obstante a veces es más fácil de lo que uno se piensa.
<i>Yo puedo dejar de fumar cuando quiera.</i>	La nicotina es una droga y no siempre se puede dejar cuando uno quiere. Cuanto más se fume más dependencia se generará. No rechaces la ayuda que se te ofrece.
<i>Dejar de fumar me pone de tan mal humor que prefiero fumar.</i>	El mal humor es debido al síndrome de abstinencia que es temporal y después toda la familia disfrutará de una vida más sana y un ambiente más limpio.
<i>Fumar poco no perjudica.</i>	No hay ningún nivel saludable. Reducir es un buen comienzo para dejarlo, pero no resuelve el riesgo de enfermar. Por ello, es mejor dejarlo completamente.
<i>El tabaco Light hace menos daño.</i>	Los cigarrillos “light” solo han reducido los niveles de nicotina y alquitrán, pero contienen el resto de sustancias tóxicas de todos los cigarrillos.
<i>Algún día lo dejaré, pero ahora es mal momento</i>	Es importante escoger un buen momento, pero es fácil encontrar excusas para no dejarlo. Decídete pronto.
<i>Mi compañero/a fuma</i>	El tabaquismo es un problema personal, aunque sería bueno intentarlo juntos
<i>Si dejo de fumar engordaré</i>	Con un poco de cuidado en la dieta no siempre se engorda y más adelante se podrá perder el peso ganado. El beneficio de no fumar es más importante.
<i>Podría recaer</i>	Puede ser. Pero con un seguimiento médico es más improbable.
<i>Fumar mejora mi imagen, me hace más interesante</i>	Fumar no es atractivo, se respira mal, tu aliento huele a tabaco, tus dientes se vuelven amarillos, tu ropa huele a humo y la piel se arruga más.

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”.

CHESTERFIELD Filters	0,9	MARLBORO	0,9
CHESTERFIELD Lights	0,6	MARLBOTO Lights	0,6
COHIBA	0,9	MERIT	0,5
CONDAL Imperiales	0,9	MORE	0,8
CONDAL Bajo en Nic. y Alq.	0,6	NOBEL Bajo Nicotina	0,7
CORONAS	0,8	NOBLE Ultra Lights	0,2
CORONAS Lights	0,6	PALL MALL	0,9
CORONAS Ultra Lights	0,3	PALL MALL Filter	0,9
CRAVEN "A"	0,9	PARTAGAS	0,8
DAVIDOFF	1,0	PERTER STUYVESANT	0,9
DIANA	0,9	PERTER STUYVESANT Ultra Lights	0,1
DUCADOS	0,8	PHILIP MORRIS Super Lights	0,4
DUCADOS Bajo en Nic. y Alq.	0,6	PIPER Rubio Mentolado	0,9
DUCADOS King Size, Bajo Nic. y Alq.	0,8	R1	0,2
DUNHILL International	1,1	R1 Minima	0,007
DUNHILL Superior Mild	0,8	REALES	0,8
DUNHILL Menthol	0,9	RECORD	0,8
EXTRA 46	0,7	REX	0,8
FINE 120 Virginia Blend	0,9	REX Lights	0,7
FINE 120 Menthol	0,9	ROTHMANS	0,9
FORTUNA	0,9	ROTHMANS Suave	0,6
FORTUNA Lights	0,6	ROYAL CROWN	1,0
FORTUNA Extra Lights	0,4	ROYAL CROWN Lights	0,7
FORTUNA Menthol	0,9	SILK CUT	0,9
GAULOISES Blondes Ultra Lights	0,2	SOMBRA	0,6
GOALD COAST	0,8	VICEROY	0,9
GOLAD COAST Ultra Lights	0,4	VICEROY Lights	0,6
GOALD COAST Menthol	0,8	VOGUE	0,8
GOLDEN American Classic	0,7	WINNS	0,9
HABANOS	0,8	WINSTON	0,9
KAISER Extra Lujo	0,7	WINSTON Lights	0,7

▼

Ducados bajo Nic. y Alq.	0,6
Coronas Lights	0,6



BN Ultra Lights	0,3
Coronas Ultra Lights	0,3

Winston Lights 0,9



Camel Lights	0,7
Winston Lights	0,7
Chesterfield Lights	0,6
Fortuna Lights	0,6
LM Lights	0,6
Lucky Strike Lights	0,6
Marlboro Lights	0,6



Fortuna Extra Lights	0,4
Gold Coast Ultra Lights	0,4



R1	0,2
Peter Stuyvesant Ultra Lights	0,1

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).

Los comprimidos para chupar ayudan a reducir los síntomas 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 para chupar de nicotina 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. Cuando 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 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 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR DE NICOTINA NO DEBE FUMAR (usted ya recibe nicotina. Si además fuma, puede sufrir una intoxicación nicotínica).

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, 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.

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

El spray nasal 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 spray nasal puede servir para abortar las ganas de fumar en situaciones concretas, en las que además no han sido efectivos otros métodos. Tenga el dispositivo a mano para estas situaciones.

MODO DE EMPLEO: realice cada vez una instilación en cada fosa nasal. No se necesita inspirar al tiempo que se instila.

Puede que su médico le haya indicado que lo utilice de forma pautada (cada hora por ejemplo) o a demanda. Siga sus indicaciones.

Los principales efectos secundarios son la irritación nasal y la rinorrea. Suele ser pasajero y desaparecer en una semana.

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

Dece según 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 7° 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.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

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.

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.

Becoña 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.

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.

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.