

GUÍA DE INTERVENCIÓN EN FUMADORES

AUTORES:

Ricardo Abengózar Muela. Médico.

Ana María Manzaneque Angulo. Enfermera.

Carlos Miranda Fernández-Santos. Médico.

ÍNDICE

TEMA	PÁGINA
Introducción	3
Niveles de actuación	6
Actividades	7
- de diagnóstico y evaluación	7
- consejo motivacional	8
- intervención mínima	9
- abordaje psicológico	11
- tratamiento farmacológico	13
Terapia sustitutiva con nicotina	13
Bupropion	16
Fármacos de segunda línea	19
Actuaciones según niveles asistenciales	19
Protocolo de actuación según la fase de abandono	19
Anexos	21
Bibliografía	47

GUÍA DE INTERVENCIÓN EN FUMADORES PARA PERSONAL SANITARIO

Introducción

El tabaquismo constituye, ante todo, un importante problema de salud pública. Su abordaje, por tanto, trasciende a lo puramente asistencial. Se ha de actuar, para dar respuesta a las consecuencias del mismo, desde múltiples ángulos, que afectan tanto a la prevención, como a la asistencia, la investigación, la docencia, etc. Tanto el personal sanitario, como legisladores, educadores, publicistas, etc. pueden ofrecer grandes aportaciones en la lucha contra esta enfermedad, que como es bien sabido, constituye la principal causa de morbimortalidad en los países desarrollados.

A pesar de ésto, como sanitarios, vemos la importancia de disponer de un programa asistencial, que dé en Castilla La Mancha, respuesta a la necesidad percibida por la sociedad, de atender a los pacientes que padecen esta enfermedad, siguiendo el espíritu del Plan de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo de nuestra Comunidad Autónoma.

El tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica, que se inicia antes de los 18 años de edad en más del 80% de los casos y que es capaz de causar la muerte prematura en más de la mitad de aquellos que la padecen, y que se transmite a través de la publicidad.

Todos los profesionales sanitarios debemos intervenir sobre el tabaquismo de manera adecuada según la situación del paciente y en función de los recursos de que se disponga en el ámbito asistencial en el que se realice la intervención. En cualquier lugar del sistema asistencial se puede y se debe intervenir sobre el tabaquismo, aunque esto no quiere decir que todas las intervenciones deban ser iguales. La intervención, independientemente del lugar del sistema donde se realice, debe ajustarse a la fase de abandono del consumo del tabaco en la que se encuentre el paciente; con ello se aumenta su eficiencia, aspecto que es de primordial importancia para la administración sanitaria cuando se trata de asignar recursos a un área asistencial.

Magnitud del problema

De acuerdo con el último informe de la OMS, esta drogodependencia ha causado más de 4 millones de muertos en el mundo durante el año 2000 y previsiblemente causará más de 10 millones de muertos en 2020. En España ha causado 60.000 muertes en 1994.

Según los datos de la Encuesta nacional de Salud (ENSE) 2001, la prevalencia del tabaquismo en la población española de 16 y más años, fue del 34,4%. Comparando con los resultados obtenidos en la ENSE 1987, en la que la prevalencia fue del 38,4%, se observa un ligero descenso del consumo de tabaco en España (Tabla 1). Los patrones de consumo de tabaco varían considerablemente según el género y la edad. En la ENSE 2001, el porcentaje de hombres fumadores fue del 42,1% y del 27,2% en las mujeres.

Al analizar la evolución del tabaquismo en España de 1987 a 2001, podemos observar que el consumo de tabaco en los hombres ha descendido sensiblemente (de 55% a 42,1%), en contraposición al aumento que ha experimentado el consumo en las mujeres, de 23% a 27,2%. Este aumento de mujeres fumadoras tendrá repercusiones sanitarias a medio y largo plazo en la mortalidad por cáncer, enfermedades cardiovasculares y respiratorias. Por grupos de edad, el porcentaje de población fumadora más alto se observa en el grupo de 25 a 44 años (48,2%) seguido del grupo de 16 a 24 años (41,7%).

Observando la tendencia durante este periodo, en cada uno de los dos géneros, se comprueba que en los hombres la prevalencia del consumo de tabaco ha disminuido en todos los grupos de edad, produciéndose en las mujeres el fenómeno contrario. Por grupos de edad, la prevalencia del consumo es mayor en los hombres, excepto en el grupo de 16 a 24 años (40,8% hombres, 42,7% mujeres) en el que el consumo de tabaco es mayor en las mujeres jóvenes. (Tabla 1). Un grupo de especial importancia es la población adolescente y joven.

Según la última Encuesta sobre Drogas en la Población Escolar 2000 (Plan Nacional sobre Drogas), el 30,5% de los escolares de 14-18 años han fumado en el último mes y el 5% se definen como exfumadores. Las chicas tienen una prevalencia de consumo mayor que los chicos, 35,8% frente al 25,2%. El consumo medio de cigarrillos en jóvenes de 14 a 18 años es de 7 (el 47,5% consume 1-5 cigarrillos al día). La edad media de inicio del consumo se sitúa en 13,2 años.

Tabla 1: Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco por 100 habitantes según edad. España 1987-2001

Grupos de edad	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	1987	2001	1987	2001	1987	2001
16 a 24	51,8	41,7	54,5	40,8	49	42,7
25 a 44	48,9	48,2	26,4	52,6	33,6	43,5
45 a 64	28	29,7	54	42,6	5,1	17,5
65 y más	15,3	9,3	33,8	19,2	1,8	2,1

TOTAL	38,4	34,4	55,1	42,1	22,9	27,2
-------	------	------	------	------	------	------

Fuente: Encuesta Nacional de Salud. 1987-2001

En los datos de la ENSE 2003 publicadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo, referidos al primer trimestre de la encuesta, fuma el 31 % de la población de 16 y más años. El 39 % de los hombres y el 23,4% de las mujeres son fumadores. Lo que supone un descenso de un 3,4% del total de fumadores, y por géneros, un descenso del 3,1% en hombres y el 3,8% en mujeres.

La situación en Castilla La Mancha, según datos reflejados en el Plan de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo, en Castilla-La Mancha 2003-2010, indica que las cifras de incidencia y prevalencia son algo inferiores a la media nacional, si bien se observan las mismas tendencias. Datos de la Encuesta Domiciliaria de 2001 indican que los castellano-manchegos se han iniciado en el consumo de tabaco más tarde que lo ocurrido en otras regiones, con una media de inicio de consumo a los 16 años en varones (desviación típica 4,06) y a los 17 años en las mujeres (desviación típica 4,99).

Niveles de actuación

Todos los profesionales sanitarios y no sanitarios de los centros asistenciales de la red de Castilla La Mancha deben tener clara la importancia de su **función modélica** con respecto al tabaquismo, para con la población general.

ATENCIÓN PRIMARIA. Debe ser, sin duda, el principal protagonista de la intervención a los fumadores. No puede ser de otra manera por múltiples razones. El tabaquismo es una enfermedad crónica, y es la de más alta prevalencia que afecta a nuestra población. La Atención Primaria constituye la puerta de entrada al sistema sanitario. Se sabe que el 70 % de los pacientes acuden a las consultas de Atención Primaria al menos una vez al año, y se estima que el 95% de la población acude a dichas consultas al menos una vez en cinco años. Por lo tanto, es el lugar idóneo para la **captación** de los fumadores. Por otro lado, la existencia de otros programas de salud, los distintos motivos que llevan al fumador a su Centro de Salud, y la accesibilidad al mismo, hace que este nivel asistencial sea muy adecuado para el **tratamiento** y el **seguimiento** de los pacientes fumadores.

Tanto el personal médico (medicina general y pediatría) como de enfermería debe implicarse en la atención a los pacientes fumadores. Pero también deben contemplarse las intervenciones de los odontólogos y de los farmacéuticos, tanto desde las instituciones sanitarias como desde las oficinas de farmacia.

En opinión de los autores de esta guía, se debe fomentar el que el personal de los centros de salud se implique responsablemente en la intervención sobre los fumadores, y es fundamentalmente para ellos para quien nace esta guía. Queremos destacar, sobremanera, el papel fundamental que el personal de enfermería debe realizar, como ya está ocurriendo en otras comunidades autónomas, donde se han convertido en los principales protagonistas para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar, tanto por su adecuada formación como por la posibilidad de organización de la asistencia tanto en consulta individual como grupal.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA. Los profesionales de cualquier especialidad pueden participar en la asistencia a los fumadores, tanto si atienden como si no enfermedades relacionadas con el tabaquismo. En este sentido, y por poner algunos ejemplos, es tan interesante las intervenciones del cardiólogo sobre un paciente con cardiopatía isquémica, como las intervenciones de la matrona sobre una embarazada fumadora, o las del pediatra sobre los padres fumadores de un niño con asma.

Por otro lado, merece una atención especial el trabajo de los especialistas en salud laboral, quienes deben incluir las intervenciones en tabaquismo entre sus actividades normalizadas, dirigidas a trabajadores de los centros sanitarios

UNIDADES DE TRATAMIENTO ESPECIALIZADO DE TABAQUISMO (UTET). Nacen a partir de la puesta en marcha del Plan de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo en Castilla La Mancha. Desde el punto de vista asistencial, se realizarán intervenciones avanzadas a fumadores, tanto de forma individual como de terapia en grupo. La llegada de los pacientes a estas unidades se produce desde la Atención Primaria o Especializada, mediante la aplicación de unos criterios de derivación previamente consensuados entre los distintos niveles asistenciales.

Actividades

1. diagnóstico y evaluación del fumador

En la evaluación de los fumadores se ha de tener en cuenta fundamentalmente la historia del consumo y lo que la conducta adictiva aporta al paciente. Proponemos una historia clínica que facilite esta actividad. (Anexo 1).

- Datos de filiación
- Antecedentes personales
- Antecedentes familiares
- Historia tabáquica
- Diagnóstico de fase (figura 1 y 2): para personalizar el tipo de intervención (figura 3) es fundamental conocer en qué fase del proceso de dejar de fumar se encuentra el paciente.
- Exploración física

- Pruebas complementarias: tensión arterial, peso, talla, índice de masa corporal (IMC), cooximetría, otras (espirometría, radiografía de tórax, etc.)
- Diagnóstico del grado de motivación (Test de Richmond, anexo 2)
- Diagnóstico de dependencia física (Test de Fagerström, anexo 3)
- Diagnóstico de dependencia social, psicológica y gestual (Cuestionario de Glover-Nilsson, anexo 4).
- Hoja de autorregistros (anexo 5)
- Hoja de "Motivos para..." (anexo 6)
- Hoja de monitorización del síndrome de abstinencia (anexo 7)

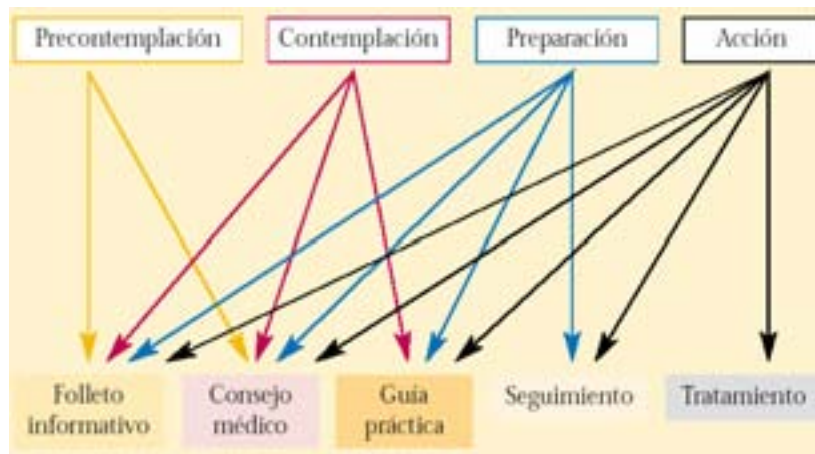
Figura 1: fases del proceso de dejar de fumar (Prochaska y Di Clemente)



Figura 2: Diagnóstico de fase del proceso de dejar de fumar



Figura 3: Tipo de intervención según la fase



2. consejo motivacional

Es una intervención de educación sanitaria que a base de utilizar mensajes educativos e información sanitaria consigue cambios en las actitudes y a la larga en la conducta. El objetivo es que el fumador pase las distintas fases que conducen a la “fase de acción”, y haga un intento serio de abandono. Los mensajes dados deben fomentar implícitamente la motivación que haga cambiar la actitud del paciente. Él es quien debe conocer cómo, cuándo y dónde pasar a la “fase de acción”. El mensaje debe llevar las instrucciones para realizar el cambio de conducta.

El consejo motivacional para la prevención y control del tabaquismo tiene que ser firme, serio, breve y personalizado, elementos sobre los que no se discute por estar universalmente aceptados:

a) *Firme y serio*. Cuando esperas que te digan algo y te lo dicen sin más, sin más lo aceptas y seguramente sin más se te olvidará. La seriedad y firmeza en el “debe o tiene que dejar de fumar” tiene que ser lo suficientemente convincente como para que al menos sea motivo de reflexión. La seriedad de esta actuación va ligada a la función ejemplarizante del profesional sanitario respecto al consumo de tabaco.

b) *Breve*. Informar en un primer contacto al fumador de los inconvenientes del consumo de tabaco y de las ventajas de su abandono, con mensajes positivos, pero sin olvidar la realidad, y motivador, de manera que contribuya a reafirmar el proyecto de abandono del tabaco, no tiene por qué durar más de 3-5 minutos. Tres minutos son suficientes si se aprovechan y se sabe qué decir.

c) *Personalizado*. Conocer los motivos que cada fumador tiene para seguir o dejar de fumar es fundamental para realizar un abordaje eficaz y real. En este sentido nadie mejor que el personal de Atención Primaria para intervenir adecuadamente. Los motivos son distintos en los adolescentes (a los que les preocupa la estética más que el cáncer) o en la mujer embarazada, cuya prioridad es la salud de su futuro hijo.

La eficacia del consejo motivacional como método de intervención para dejar de fumar ha sido ratificada por las revisiones de la Colaboración *Cochrane* al revelar un pequeño pero significativo incremento en la *odds* del consejo frente al no consejo (OR: 1,69; IC 95%: 1,45-1,98). Cuando compara la eficacia del consejo simple frente a los consejos más intensivos existe un pequeño incremento de la eficacia con el consejo más intensivo (OR: 1,44; IC 95%: 1,23-1,68).

3. intervención mínima (IM)

La intervención mínima engloba las siguientes actividades:

- a) preguntar sobre el tabaquismo a los pacientes
- b) anotar los datos obtenidos en la historia clínica
- c) dar consejo motivacional, tal y como queda expuesto en el epígrafe anterior.
- d) ofrecer apoyo psicológico.
- e) entregar materiales de información y de apoyo, según la fase de cambio en la que esté el paciente.
- f) apoyar y acompañar (seguimiento) durante el proceso de abandono.

Si esta actitud se repite en cada consulta que el sujeto realice por el motivo que fuese entonces se estaría hablando de *intervención mínima sistematizada* (IMS).

Las etapas de la intervención mínima sistematizada son (regla de las 5 "A"):

1. Preguntar (ask): si en todas las actuaciones de un profesional de la salud se distingue al fumador del no fumador y del exfumador se habrá orientado el tipo de paciente que se tiene, y la posible intervención que se puede realizar. Después de identificar al fumador, se debe seguir preguntando sobre el número de cigarrillos diarios, cuándo se fuma el primero del día, cuántos intentos de cesación ha tenido, grado de dependencia, y recaídas y sus motivos. El anotar todos los datos en la historia del paciente hace que siempre se tengan presentes y aumenta la agilidad y eficacia de la intervención.
2. Aconsejar (advise): proporcionar consejo motivacional tal y como queda explicado en párrafos anteriores. Es recomendable que éste sea impartido con entusiasmo, humor, originalidad, y sobre todo que sea convincente.

3. **Apreciar (assess):** Valorar la fase de cambio en la que se encuentra el paciente, para poder personalizar la intervención más oportuna. Si el paciente no desea dejar de fumar se le hará ver lo perjudicial de su actitud y se le brindará apoyo para el futuro. Si el paciente no está decidido se intentará fomentar su motivación haciéndole ver las ventajas de no fumar. Si está dispuesto a hacer un serio intento de abandono, se le ofrecerá ayuda y tratamiento adecuado.
4. **Ayudar (assist):** Se intentará acordar un “Día D”. Será el primer día sin tabaco. Conviene evitar días de gran estrés, fiestas o situaciones especiales. El proceso de cambio ha de estar completado cuando se llegue a esa fecha, que será inaplazable e inexcusable. Al “día D” el paciente ha de llegar sin falsas creencias sobre el tabaco, y habiendo adquirido recursos como asertividad, entrenamiento en habilidades relacionadas con la cesación, preparación de técnicas de afrontamiento de situaciones peligrosas, en presión social, y habiendo entrenado técnicas de extinción de conductas de riesgo. Hemos de informar al paciente sobre lo que puede ocurrirle cuando deje de fumar: síndrome de abstinencia, efectos de la medicación, identificación de situaciones en las que solía fumar, etc.
5. **Acordar (arrange):** Establecimiento de un seguimiento adecuado durante un tiempo que puede variar según las estrategias terapéuticas en dos o tres meses, y posteriores contactos al menos telefónicos hasta el 6º mes y al año de la cesación. Inicialmente se suelen hacer consultas de seguimiento semanales durante 4-6 semanas y luego quincenales hasta el tercer mes.

El tabaquismo es un problema de salud que incumbe a todos los profesionales sanitarios. La función médica de los mismos es fundamental. Diversos estudios muestran que los profesionales que son fumadores tienen más reparo en dar consejo, sumándose a este aspecto el hecho de que un notable porcentaje de los médicos desconoce la eficacia de la intervención mínima.

4. abordaje psicológico.

Si partimos de la base de que el tabaquismo es una enfermedad adictiva y que por tanto implica un trastorno de la conducta, son las intervenciones psicológicas en general, y las conductuales en particular (las que se dirigen a cambiar las conductas), las que confieren la eficacia al tratamiento. Es verdad, que el tratamiento farmacológico duplica dicha eficacia, pero el grado de eficacia del tratamiento viene determinado por la intensidad del abordaje psicológico.

Las terapias conductuales son las de primera elección en el tratamiento del tabaquismo. Se basan en la teoría de que los procesos de aprendizaje intervienen en la instauración, mantenimiento y abandono del tabaquismo. Sus objetivos suelen ser: modificar los antecedentes del consumo de tabaco, reforzar la conducta de no fumar y enseñar técnicas que faciliten la abstinencia del tabaco en situaciones de alto riesgo. Entre las técnicas conductuales claramente eficaces en el tratamiento del tabaquismo se encuentran: las

técnicas de prevención de recaídas y el entrenamiento en solución de problemas, el apoyo intra- y extra- tratamiento y la terapia aversiva intensa.

PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Las técnicas de prevención de recaídas y sus diversas variantes (técnicas de resolución de problemas, de afrontamiento, de control de estrés) permiten a los pacientes adelantarse y/o enfrentarse a un número de circunstancias que pueden motivar el deseo de fumar o causar una caída (un consumo puntual), como pueden ser, por ejemplo, una fiesta o una discusión.

Si bien, en las primeras fases frecuentemente es preferible utilizar estrategias de evitación o de escape de situaciones de alto riesgo, posteriormente conviene desarrollar otro tipo de estrategias como las de distracción (imaginación, autoinstrucciones,...), sustitución (relajación, actividad física,...) o afrontamiento (habilidades de rechazo, afirmación o control de tiempo,...).

Por otro lado, dentro de la prevención de recaídas pueden incluirse: 1) el abordaje cognitivo, que incluye la identificación de pensamientos desadaptativos, el ser capaz de hacerles frente y el sustituirlos por patrones de pensamiento más ajustados a la realidad y eficaces; 2) el evitar el efecto de violación de la abstinencia (EVA), que es el que transforma una caída o desliz en una recaída. Ambos aspectos han sido tratados en el capítulo “El tabaquismo como trastorno adictivo”.

Los elementos comunes del consejo práctico en prevención de recaídas incluyen reconocer situaciones de peligro, desarrollar estrategias de afrontamiento y proveer información básica.

APOYO SOCIAL EXTERNO, AUMENTO DE LA MOTIVACIÓN Y DISPOSICIÓN AL CAMBIO

La Guía Americana del 2000 realiza la siguiente recomendación con grado de evidencia B: “Resultan en mayores tasas de abstinencia: 1) dar a los fumadores consejo práctico (solución de problemas, entrenamiento en habilidades); 2) dotar a los fumadores de apoyo social intra-tratamiento; 3) ayudar a los fumadores a obtener apoyo social extra-tratamiento”. Aunque el apoyo social aislado no ha demostrado inequívocamente eficacia, si parece hacerlo dentro de estrategias de intervención más globales. En cualquier caso, su ausencia parece socavar los intentos por dejar de fumar.

Puede ser útil disponer de documentos escritos para entregar a los pacientes como los que se reseñan a continuación:

CONSEJOS ÚTILES PARA LOS PACIENTES	ANEXO
Decálogo para dejar de fumar	8
Consejos para los días previos	9
Hoja informativa sobre tabaquismo	10
Guía práctica para dejar de fumar	11
Consejos básicos para el día D	12
Consejos básicos para mantener la abstinencia	13
Consejos para situaciones particulares	14
Consejos útiles sobre alimentación e hidratación	15
Consejos para mantenerse en forma	16
Falsas creencias sobre el tabaquismo	17
Situaciones con mayor riesgo	18

5. tratamiento farmacológico.

Determinados fármacos han demostrado en estudios controlados ser eficaces en el tratamiento del tabaquismo. Por ello, en el año 2000 el informe de consenso del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos aportó una serie de directrices, entre las que encuentra “animar a todos los fumadores al uso de fármacos apropiados” en sus intentos de cesación tabáquica. Se excluyen aquellos pacientes con contraindicaciones o que por sus características necesitan un control estricto (gestantes, lactantes,...). La Medicina Basada en la Evidencia recoge esta aseveración y la cataloga como una afirmación con evidencia tipo A.

No obstante, como ya se ha señalado, el tabaquismo es primariamente una adicción, un trastorno conductual. Aunque hay fármacos que mejoran las tasas de éxito en el tratamiento de determinadas adicciones –como en ésta-, la raíz de la eficacia del tratamiento reside en la consecución del **cambio de conducta**. En este punto los fármacos deben ser considerados como meras ayudas para obtener éste. A la hora de conseguir que los fumadores controlen o superen su adicción tabáquica los mejores resultados se obtienen con aquellos programas que abordan todos los aspectos de la adicción nicotínica, es decir, con los tratamientos multicomponentes del tabaquismo, que son los recomendados por reconocidas instituciones científicas y los empleados por los especialistas en tabaquismo. La utilización de fármacos sin considerar los aspectos psicológicos, conductuales, gestuales o sociales, aunque consigue resultados superiores al placebo, es de muy limitada eficacia.

Los fármacos eficaces en el tratamiento del tabaquismo suelen clasificarse como de primera o de segunda línea. Dentro de la primera línea se distingue la **terapia de sustitución con nicotina** (TSN), en sus diversas presentaciones, y el **bupropión SR**. La segunda línea está integrada por la combinación de productos de primera línea y por la **clonidina** y la **nortriptilina**. La combinación de dos estrategias de primera línea puede aportar beneficio terapéuticos: puede usarse bupropión junto a TSN o bien combinar dos modalidades de TSN (una de las cuales son siempre los parches). La segunda línea se reserva para aquellos pacientes que no respondan a la primera opción o cuando la utilización de forma conjunta aporte algún beneficio.

TERAPIA SUSTITUTIVA CON NICOTINA (TSN)

Duplica la eficacia de cualquier intervención terapéutica en tabaquismo. La utilización de la nicotina por una vía alternativa a la del cigarrillo, facilita la extinción de condicionamientos. En cuanto a la dosis, se sabe que la cifra de abandonos está en correlación directa con el grado de apoyo conductual que se suministre a los pacientes durante todo el proceso de cesación.

Tipos de TSN

Parches de nicotina.

Existen dos tipos de parches transdérmicos de nicotina: aquellos con duración de acción de 16 horas y aquellos cuyos efectos duran 24 horas. Ambas formas liberan cantidades similares de nicotina (por hora). Con los parches se alcanzan nicotinemias de 10-20 ng/dl; éstas se alcanzan unas 5-10 horas después de la colocación del parche, manteniéndose cuando se utilizan parches de 24h y disminuyendo en el periodo nocturno al usar parches de 16h.

No se han encontrado diferencias en la eficacia de ambos tipos de parches. Los niveles alcanzados con parches de 16h se parecen más a los niveles encontrados en los fumadores. Los parches de 24h evitarían mejor el malestar de privación que se puede producir en las primeras horas de la jornada. La nicotina liberada durante el descanso nocturno en los parches de 24h hace que estos produzcan con mayor frecuencia insomnio, siendo esta la principal diferencia entre ambos tipos de parches.

Forma de utilización (anexo 19)

Pauta orientativa (SEDET)

			PARCHES	
Nº CIG	FAGERSTRÖM	CO	24 HORAS	16 HORAS

10-19	≤ 3	<15	21mg,6semanas 14mg,2semanas 7mg, 2semanas	15mg,6semanas 10mg,2semanas 5mg,2semanas
20-30	4-6	15-30	21mg,6semanas 14mg,4semanas 7mg, 2 semanas	25mg,6semanas 15mg,4semanas 10mg,2semanas
> 30	≥ 7	>30	21mg,6semanas 14mg,4semanas 7mg, 2 semanas	25mg,6semanas 15mg,4semanas 10mg,2semanas
Terapia combinada				

Efectos adversos: irritación cutánea, picor, quemazón, mialgias, insomnio, somnolencia, cefalea, confusión, náuseas, vómitos, dispepsia, mareo, palpitaciones.

Chicles de nicotina.

Existen chicles de 2 y 4mg de nicotina. Las características organolépticas (sabor, consistencia,...) de los diversos chicles varían dependiendo del laboratorio que los fabrique; esto influye en su aceptación por los pacientes. Con los chicles se obtienen nicotinemias de 5-10 ng/ml según la dosis utilizada.

Forma de utilización (anexo 20)

Comprimidos de nicotina.

En forma de comprimidos de 1 mg para chupar, similar a caramelos; producen liberación de nicotina de forma constante y uniforme al ser chupados o mantenidos en la boca.

Forma de utilización (anexo 21)

Pauta orientativa (SEDET)

Nº CIGARRILLOS	FAGERSTRÖM	CO	CHICLES
10-19	≤ 3	<15	2 mg 8-10 piezas/día (8-10 SEMANAS)
20-30	4-6	15-30	4 mg cada 1,5 horas (12 SEMANAS)
> 30	≥ 7	>30	4 mg cada hora (12 SEMANAS)

Efectos adversos: dolor articulación témporo-mandibular, hipo, mal sabor de boca, úlceras bucales, dolor de garganta, molestias dentales, cefalea, mareo, dispepsia, náuseas, diarrea, mialgia,

Contraindicaciones de la TSN.

Contraindicaciones generales

Hipersensibilidad a la nicotina o a componentes de formulación

Enfermedades cardiovasculares graves: IAM reciente, accidente cerebro-vascular reciente, angina inestable, HTA no controlada, insuficiencia cardiaca avanzada, arritmias graves

Embarazo, lactancia: En el prospecto de los comprimidos de nicotina no figura dicha contraindicación.

Úlcus gastroduodenal activo

Contraindicaciones específicas de los parches: enfermedades dermatológicas que complique su aplicación.

Contraindicaciones específicas de los chicles: problemas dentales, ardores, epigastralgias, alteraciones de la articulación témporo-mandibular, uso de prótesis dentales (relativa).

Terapia combinada con nicotina

Consiste en la administración simultánea de al menos dos de las presentaciones sustitutivas de nicotina. Una de estas dos presentaciones es siempre el parche, ya que libera nicotina de una forma mantenida sin grandes variaciones en los niveles plasmáticos. La otra presentación son, habitualmente, los chicles o comprimidos para chupar, ya que favorecen los picos de nicotemia en momentos puntuales. Este tipo de administración combinada tiene la ventaja de que 1) cubre las necesidades basales de nicotina, manteniendo unas nicotemias estables, mientras que 2) ayuda a enfrentarse a las urgencias o momentos de necesidad de manera más individualizada, contribuyendo al control del propio consumo. Los estudios muestran que la utilización simultánea de dos terapias sustitutivas presenta mayores tasas de abandono del tabaquismo al año que cualquiera de las dos formas administradas aisladamente. La *Odds Ratio* estimada para el uso de dos productos combinados (frente al de uno sólo, no frente al placebo) es de 1,9. La guía americana recomienda el uso de la terapia combinada cuando no ha sido posible la abstinencia tras una farmacoterapia de primera línea. Los efectos adversos son similares a los que se producen con el empleo de la monoterapia.

BUPROPION

Fármaco no nicotínico originalmente empleado como antidepresivo. Empíricamente se observó que producía reducciones o cesaciones en el consumo tabáquico. En 1997 fue aprobado por la FDA con la indicación de tratamiento del tabaquismo. Está comercializado en España desde el año 2000.

Se desconoce su mecanismo de acción aunque se supone que bloquea la recaptación de dopamina y noradrenalina, con el consiguiente efecto a nivel de las rutas del “placer” (mediada por dopamina), y a nivel de la ruta del “displacer” (en la que interviene la noradrenalina). Se ha descrito que a dosis elevadas podrían actuar como antagonistas nicotínicos no competitivos.

En diversos estudios se ha comprobado su eficacia en las intervenciones en tabaquismo con este fármaco. La dosis recomendada nunca ha de pasar de 300 mg. La pauta de tratamiento recomendada por el fabricante (anexo 22) consiste en tomar un comprimido de 150 mg durante la primera semana, preferentemente a primeras horas del día. El 7º día se empezará con dos comprimidos de 150 mg separados. En el transcurso de la segunda semana se dejará de fumar. Cuando se usan 300 mg, las dos tomas deben estar separadas al menos por ocho horas para disminuir el riesgo de toxicidad. Con el fin de evitar en la medida de lo posible el insomnio suele ser conveniente tomar la segunda dosis del día cuanto antes.

Aunque en los estudios realizados se observa una dosis-dependencia, 300 mg/día de bupropión no han mostrado una eficacia significativamente mayor que 150 mg/día. Por ello, ante la presencia de efectos adversos no hay ningún inconveniente en utilizar la dosis de 150mg/día; otras situaciones en las que se debe considerarse esta pauta son: insuficiencia renal o hepática, cardiopatía, ancianos, menores de 18 años, pacientes de bajo peso (menos de 50 kg), diabéticos en tratamiento, presencia de contraindicaciones relativas.

La utilización de bupropión durante 8 semanas sirve para dejar de fumar: no está aún demostrado que administraciones más prolongadas produzcan mayor eficacia; tampoco está demostrado lo contrario, que la administración por encima de 8 semanas no añada eficacia (como ocurre con los parches de nicotina).

El bupropión es un fármaco seguro; usado bajo supervisión médica y con los debidos controles periódicos no tiene porqué producir ningún problema grave. Los efectos adversos más comunes son: insomnio (40%), sequedad de boca, cefalea, “excitación conductual” (parecida a la producida por la fluoxetina) y *rush*. En algunas series, hasta un 20% de los pacientes interrumpe el tratamiento por efectos adversos. Habitualmente éstos son débiles y bien tolerados; el insomnio, por ejemplo, es vivido como “dormir menos” aunque el sueño es totalmente reparador.

El mayor riesgo asociado al uso de bupropión es la aparición de convulsiones (menor de 0,1%). Por ello, está contraindicado en personas con historia actual o previa de crisis convulsivas, en personas con historia actual o previa de anorexia nerviosa o bulimia, en personas con tumores del SNC, así como en personas en desintoxicación de alcohol o benzodicepinas (no está contraindicado en personas en tratamiento por alcoholismo; sólo en la fase aguda de desintoxicación). Así mismo, debe ser administrado con cautela en personas con historia de

traumatismo craneal y en personas que está recibiendo fármacos que disminuyan el umbral convulsivo como algunos antipsicóticos, algunos antidepresivos tricíclicos, antihistamínicos H₁, teofilina y quinolonas.

El bupropión inhibe el isoenzima CYP2D6, por lo que disminuye el metabolismo y aumenta la toxicidad de IMAOs A (reversibles e irreversibles) y ritonavir, cuya administración simultánea está especialmente contraindicada. Por el mismo motivo, deben administrarse con precaución los antipsicóticos, los antidepresivos tricíclicos, los antidepresivos ISRS, los betabloqueantes, los antiarrítmicos y los opiáceos menores.

El metabolismo del bupropión está muy disminuido en la cirrosis hepática grave; por ello, en esta situación es mucho más tóxico.

La combinación de bupropión con TSN podría aumentar la eficacia en las tasas de cesación tabáquica. Se han hecho estudios con parches, pero parece más lógico intentar asociarlos con terapia sustitutiva que ocasione liberación en picos (chicles, comprimidos).

La administración de bupropión durante más de dos meses podría también aumentar la eficacia de las pautas actualmente empleadas.

Efectos adversos del bupropión según frecuencia

GENERALES	Frecuentes (>1%)	Fiebre
	Nada frecuentes (>0.1/1%)	Dolor torácico, astenia
SNC y SNP	Frecuentes (>1%)	Insomnio , temblor, alteración de la concentración, cefalea, vómitos, dolor, agitación, ansiedad, vértigos, depresión tristeza
	Nada frecuentes (>0.1/1%)	Confusión
	Escasas (>0.01/0.1)	Convulsiones, irritabilidad, hostilidad, alucinaciones
CARDIO-VASCULARES	Nada frecuentes (>0.1/1%)	Taquicardia, aumento de la presión arterial (a veces grave), rubor, ACVA
	Escasas (>0.01/0.1)	Vasodilatación, hipotensión postural, síncope
GASTRO-INTESTINALES	Frecuentes (>1%)	Boca seca, alteración gastrointestinal con náuseas, vómitos, dolor abdominal, estreñimiento
CUTÁNEAS /	Frecuentes (>1%)	<i>Rush</i> , prurito, sudoración, urticaria

HIPERSENSIBILIDAD	Escasas (>0.01/0.1)	Reacciones de hipersensibilidad graves (incluyendo angioedema, disnea/broncoespasmo y shock anafiláctico), artralgia, mialgia y fiebre en conjunto con <i>rush</i> cutáneo, eritema multiforme, Síndrome de Steven Jonson
ENDOCRINAS Y METABÓLICAS	Nada frecuentes (>0.1/1%)	Pérdida de apetito
SENTIDOS ESPECIALES	Frecuentes (>1%)	Alteraciones del gusto
	Nada frecuentes (>0.1/1%)	Tinnitus, alteraciones visuales

Contraindicaciones del bupropión

- Hipersensibilidad a bupropión o a cualquiera de los componentes de los comprimidos
- Hª actual o previa de crisis convulsivas
- Hª actual o previa de anorexia nerviosa o bulimia
- Cirrosis hepática grave
- Antecedentes de trastorno bipolar
- Uso concomitante con IMAOs
- Tumor conocido en SNC
- Abstinencia a alcohol o benzodiazepinas

FÁRMACOS DE SEGUNDA LÍNEA

De uso en las Unidades Especializadas de Tratamiento de Tabaquismo. Son clonidina y nortriptilina. También se usan otros fármacos como fluoxetina, venlafaxina, benzodiazepinas, etc.

Actuaciones según niveles asistenciales.

Todos los profesionales sanitarios deberían realizar consejo sanitario en tabaquismo. Se entiende como tales a médicos, farmacéuticos, enfermeros, en todos los niveles asistenciales (atención primaria o especializada).

En cualquiera de esos niveles asistenciales se puede hacer, con la formación adecuada, intervención avanzada con tratamiento multicomponente con apoyo psicológico y tratamiento farmacológico, y con el adecuado seguimiento. Este tipo de tratamiento puede ser individual y grupal.

Se establecen unos **criterios de derivación a las unidades de tratamiento especializado de tabaquismo (UTET)** que son:

- Fumadores que han realizado en el pasado serios intentos de abandono en el tabaco, que fueron correctamente tratados por un profesional sanitario y que, a pesar de ello, fracasaron.
- Fumadores con una cardiopatía isquémica de menos de 8 semanas de evolución.
- Fumadores con arritmias cardíacas o hipertensión arterial no controladas.
- Fumadores con enfermedades crónicas (nefropatías, hepatopatías, cardiopatías, neumopatías, etc.) no controladas.
- Fumadoras embarazadas o en periodo de lactancia.
- Fumadores con enfermedades psiquiátricas.

En el caso de que pacientes fumadores presenten otras adicciones, se recomienda que éstas sean tratadas prioritariamente.

Protocolo de intervención según la fase de abandono (Figura 3)

A todo paciente que acuda a un profesional sanitario, independientemente de la causa, le debemos preguntar sobre si fuma o no, y registrarlo en su historia clínica.

Se recomienda preguntar sobre el tabaquismo cada 2 años, hasta los 30 años de edad, en que las posibilidades de inicio en el consumo de tabaco descienden mucho. Si el paciente nunca ha fumado debe ser felicitado y animado a seguir sin fumar. Si el paciente es un exfumador, debe ser felicitado y reforzado para que mantenga la abstinencia. Si el paciente fuma, debemos establecer el diagnóstico de la fase de abandono (figura 2), ya que de ésta depende el tipo de intervención que debemos realizar (figura 3).

A) Actuación en fumadores en fase de precontemplación.

Son los fumadores que no se plantean dejar de fumar (al menos en los próximos 6 meses). Son aproximadamente el 30-35% de los fumadores. Debemos informarles sobre el tabaquismo remarcando los beneficios que obtendrían con el abandono del consumo. Debemos completar la intervención básica en estos fumadores con el consejo motivacional, ya tratado en esta guía con anterioridad. Podemos apoyar la intervención mediante la entrega de folletos informativos.

B) Actuación en fumadores en fase de contemplación

Se encuentran en esta fase entre el 50 ó 60% de los fumadores. Son los que se plantean el abandono del tabaco a medio plazo, en los próximos seis meses, aunque no están decididos a dar el paso definitivo. Se denominan contempladores crónicos a aquellos fumadores que siempre piensan en dejarlo pero que nunca encuentran el momento oportuno para intentarlo definitivamente.

A estos fumadores debemos informarles sobre el tabaquismo y darles un consejo sanitario breve y personalizado, destacando las consecuencias nocivas del tabaquismo y remarcando los beneficios que obtendría el paciente tanto a corto como a largo plazo si dejara de fumar. Además le ofreceremos nuestra ayuda como terapeutas si hacen un serio intento de abandono del consumo de tabaco. Es aconsejable entregar algún folleto informativo sobre el tabaquismo. Registraremos estos datos en la historia del paciente, reflejando el grado de dependencia nicotínica según el Test de Fagerström (anexo 3). En próximas visitas debemos repetir el consejo motivacional y valorar los avances en el proceso de abandono del tabaco.

C) Actuación en fumadores en fase de preparación

Son los fumadores que están dispuestos a realizar un serio intento de abandono en menos de 30 días. Es en estos fumadores en los que el terapeuta debe realizar actividades diagnósticas y de tratamiento expuestas con anterioridad en esta guía.

C.1. Las acciones diagnósticas:

- Historia de tabaquismo. Bien se pueden recoger los datos en la historia clínica del paciente o utilizar una historia clínica más específica como la que proponemos en el anexo 1. Se incluyen datos de filiación, antecedentes personales y familiares, historia tabáquica, diagnóstico de la fase de abandono, exploración física, pruebas complementarias...
- Diagnóstico del grado de motivación (Test de Richmond, anexo 2). Es un factor predictivo de éxito un valor de 10 puntos.
- Diagnóstico de la dependencia física (Test de Fagerström, anexo 3). Según la suma de puntuaciones podremos clasificar al paciente como de baja (≤ 3), moderada (4-6) o alta (≥ 7) dependencia. En caso de escasez de tiempo podemos utilizar el Test de Fagerström reducido, que consiste en preguntar sobre cuántos cigarrillos fuma al día, cuánto tiempo transcurre desde que se levanta hasta que se fuma el primer cigarrillo y cuál es el cigarrillo que necesita más de todos. Si las respuestas son que fuma 20 ó más cigarrillos, que se fuma el primer cigarrillo antes de media hora de haberse levantado y que es ese cigarrillo el que más necesita, nuestro paciente tiene una alta dependencia física por la nicotina.
- Cuantificación del grado de tabaquismo. Puede ser útil el cooxímetro, que mide la cantidad de monóxido de carbono (CO) que el fumador exhala después de haber realizado una inspiración profunda y haber mantenido un período de apnea de 15 segundos. En

fumadores ocasionales los niveles de CO pueden estar por debajo de 10 partes por millón (ppm), pero suelen estar por encima de 7 ppm. Las personas no fumadoras rara vez tendrán un nivel superior a 6 ppm. Los niveles superiores a 10 ppm indican casi con toda seguridad que el paciente sigue fumando. Es útil para establecer el diagnóstico de la intensidad de consumo, así como para el seguimiento del abandono de tabaco y para reforzar los éxitos conseguidos ya que los niveles de CO bajan a los pocos días del abandono del consumo.

- Estudio de la dependencia social, psicológica y gestual (Cuestionario de Glover- Nilsson, anexo 4). Son 19 preguntas que miden dichos aspectos. Las cuestiones 1, 6, 7 y 8, valoran la dependencia psicológica. Las cuestiones 17 y 18, valoran la dependencia social. El resto de las cuestiones valoran la dependencia manual o gestual. No se han establecido puntos de corte, pero es sumamente orientativo para que el terapeuta incida en el manejo conductual del fumador, en aquellos aspectos que supongan las mayores dificultades para él.
- Hoja de autorregistros (anexo 5). Muy útil para que el paciente tome conciencia de cuánto fuma y de cuáles son los cigarrillos más importantes para él, y aquéllos más fácilmente prescindibles, así como los qué vínculos que tienen los cigarrillos fumados con actividades cotidianas. Se anotan todos los cigarrillos que el paciente se fuma durante varios días, la hora, la circunstancia que acompaña al cigarrillo, y el grado de placer (por ejemplo de 0 a 3, desde nada importante a muy importante).
- Estudio de los motivos. (anexo 6)
- Monitorización del síndrome de abstinencia. Muy útil para valorar si el tratamiento que toma el paciente le ayuda a controlar los síntomas del síndrome de abstinencia durante las visitas de seguimiento. Nos ayuda a retocar dicho tratamiento tanto desde el punto de vista psicológico como farmacológico.

C.2. Acciones terapéuticas

- Apoyo psicológico. Puede ser de utilidad que entreguemos material escrito como el que figuran en los anexos 8-18. Se debe elegir el día para dejar de fumar (“día D”), dándole consejos para prepararse para dicho día, y cómo debe actuar cuando éste llegue. Conviene entregar una hoja informativa sobre tabaquismo (anexo 10) y una guía práctica para dejar de fumar (anexo 11). Mantendremos un seguimiento periódico, que se iniciará al día siguiente (ó a los dos o tres días) del día D, seguido de un seguimiento semanal de unas 6-8 semanas, y quincenal hasta el tercer mes. Posteriormente conviene mantener contactos (aunque sean telefónicos a los seis y doce meses de abstinencia)
- Tratamiento farmacológico. Ya explicado en esta guía.

ANEXO 1: HISTORIA CLÍNICA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN PACIENTE

Nombre Apellidos Fecha de nacimiento Nivel de estudios Domicilio Teléfonos Fax Procedencia				V	M	
		Edad		Estado Civil		
		Profesión				
					CP	
				Correo-e		
	APS		Especializada			

ANTECEDENTES PERSONALES

RESPIRATORIAS/ORL EPOC, Asma, Cáncer Rinitis, Alergia respiratoria, TB, TEP Afonías, disfonías, pólipos, etc.	DIGESTIVO Boca, dientes, halitosis, gastritis, úlceras, dispepsia, disgeusia, hepatitis, Ttno hábito intestinal, hepatitis, etc.	ENDOCRINO Diabetes (ADO) Dislipemia, Feocromocitoma Otras	MÚSCULO ESQUELETICO Osteoporosis Artralgias, mialgias, etc.
CARDIOVASCULAR Palpitaciones HTA Angina, IAM I. Cardíaca, ACVA Enf. Arterial periférica. Varices Trombosis venosa	PIEL Eritema Prurito Exantema Eccema Psoriasis Urticaria Alergia	RENAL/UROLOGÍA Cálculos, Insuficiencia renal, disfunción eréctil, infertilidad SÓLO MUJERES Embarazo ACO THS	MEDICACIÓN CONCOMITANTE Antipsicóticos Antidep. tricíclicos Antidepresivos ISRS IMAO Benzodiacepinas e hipnóticos Antiepilépticos Levodopa Antibióticos Antiácidos Antirretrovirales Tramadol Otros
SNC Convulsiones Epilepsia TCE reciente Alt. del sueño Otras	PSIQUIÁTRICAS Anorexia o bulimia Ttnos psicóticos Ttno. Bipolar Depresión Alcoholismo Otras adicciones	CONSUMOS Cafés Colas Alcohol Consumos ilegales Medicinas alternativas	
OTRAS			

ANTECEDENTES FAMILIARES

HISTORIA TABÁQUICA

¿A qué edad probó su primer cigarrillo? _____

¿Desde qué edad fuma regularmente? _____

¿Cuántos años lleva fumando? _____

EXPLORACIÓN

¿Tiempo desde el último cigarrillo?

CO

FC

TA

Peso

Talla

IMC

Exploraciones complementarias:

Espirometría

RX tórax

Analítica

Otras

Interconsultas solicitadas:

DIAGNÓSTICO

Fase del proceso de dejar de fumar:

Nº de paquetes-año:

Motivación para dejar de fumar:

Dependencia:

Física	
Psíquica	
Gestual o manual	
Social	

TRATAMIENTO

INTERVENCIÓN MÍNIMA

INTERVENCIÓN AVANZADA

Individual

En grupo

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

ANEXO 2: TEST DE RICHMOND

TEST DE RICHMOND

Valora el grado de motivación para dejar de fumar en una escala de 1 a 10 puntos.

Consta de 4 preguntas:

1- ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?

0 = NO 1 = SÍ

2- ¿Intentará dejar de fumar en las próximas dos semanas?

0 1 2 3

(desde 0=definitivamente no, hasta 3=definitivamente sí)

3- ¿Cuánto interés tiene usted en dejarlo?

0 1 2 3

(desde 0 en absoluto, hasta 3 muy seriamente)

4- ¿Cuál es la posibilidad de que usted dentro de los próximos 6 meses sea un no fumador?

0 1 2 3

(desde 0=definitivamente no, hasta 3=definitivamente sí)

Puntuaciones: 0-6 = baja motivación / 7-9 = moderada motivación / 10 = Alta motivación

ANEXO 3: TEST DE FAGERSTRÖM

TEST DE FAGERSTRÖM MODIFICADO

¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?	Menos de 5 minutos	3
	6-30 minutos	2
	31-60 minutos	1
	Más de 60 minutos	0
¿Encuentra dificultad para no fumar en los sitios donde está prohibido (cine...)?	Sí	1
	No	0
¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar	El primero	1
	Otros	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	Más de 30	3
	21-30	2
	11-20	1
	menos de 11	0
¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0

ANEXO 4: CUESTIONARIO DE GLOVER-NILSSON

0=nada en absoluto; 1=algo; 2=moderadamente; 3=mucho; 4=muchísimo

1.	Mi hábito de fumar es muy importante para mí	0	1	2	3	4
2.	Juego y manipulo el cigarrillo como parte del ritual del hábito de fumar	0	1	2	3	4
3.	Juego y manipulo el paquete de tabaco como parte del ritual del hábito de fumar	0	1	2	3	4

0=nunca; 1=raramente; 2=a veces; 3=a menudo; 4=siempre

4.	¿Ocupa sus manos y sus 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.	¿Cuando 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, bebida (té, alcohol, café...)?	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.	¿Cuándo está solo en un restaurante, parada de autobús, fiesta, etc., ¿se siente más seguro, a salvo o 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

ANEXO 6: MOTIVOS PARA ...

NOMBRE: _____

FECHA: _____

MOTIVOS POR LOS QUE

FUMO	QUIERO DEJAR DE FUMAR

ANEXO 7: MONITORIZACIÓN DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

FECHA									
DESEO INCONTENIBLE DE FUMAR									
ANSIEDAD									
DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN									
IMPACIENCIA									
NERVIOSISMO									
CANSANCIO									
TRASTORNO DEL SUEÑO									
ESTREÑIMIENTO									
MÁS APETITO									
TOTAL									

Los síntomas serán valorados de acuerdo a una escala con 0-1-2-3, en la que 0 se corresponde con la ausencia del síntoma y 3 con la presencia grave del mismo.

MONITORIZACIÓN DE PESO Y CO

PESO (Kg)									
CO (ppm)									

ANEXO 8: DECÁLOGO PARA DEJAR DE FUMAR

Preparación

1. Piensa por qué fumas cada vez que enciendes un cigarrillo. Infórmate 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 durante 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.

ANEXO 9: CONSEJOS PARA LOS DÍAS PREVIOS AL ABANDONO DEL TABACO

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

- Compre los paquetes de uno en uno. No acumule tabaco.
- Plántese por la mañana los cigarrillos 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, retrásele 10 minutos.
- No acepte cigarrillos que le ofrezcan. Tampoco los pida.
- Hágase incómodo fumar: guarde el tabaco y el 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 5 minutos para hacerlo. A veces las ganas se pasan.
- No fume inmediatamente después de comer. Levántese, camine o haga algo.
- En casa fume sólo en un sitio fijo, que sea algo incómodo (la cocina, el balcón. No en su sillón favorito).
- Elija una fecha para dejar de fumar, anótela y comuníquese a sus amigos y familiares. Pídales colaboración y paciencia. Advértales que a partir de esa fecha no le den tabaco aunque se lo pida.
- La noche anterior a la fecha elegida, tire el tabaco que le quede y esconda ceniceros y mecheros.
- Si alguien de su entorno quiere dejar de fumar, propóngale hacerlo juntos. Se ayudarán mutuamente.

ANEXO 10: GUÍA PRÁCTICA PARA DEJAR DE FUMAR

(En esta hoja encontrará algunos consejos prácticos que le ayudarán a superar la dependencia que tiene por el tabaco).

Prepárese para dejar de fumar:

Puede fumar, pero cada vez que encienda un cigarrillo piense por qué lo hace y si verdaderamente es del todo imprescindible. Trate de hacerse un registro personal como fumador. Descubra las situaciones que asocia con la necesidad de fumar y evítelas. Comprobará que disminuye el número de cigarrillos que fuma. Empiece a controlar la urgencia de fumar. Felicítese por ello.

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

¿Qué hacer el primer día sin fumar?

Procure levantarse un poco antes de la hora habitual y haga el firme propósito de dejar de fumar sólo por hoy. Haga un poco de ejercicio respirando aire puro. Note cómo el aire puro y oxigenado invade sus pulmones. Aire puro, no humo. Procure no comer abundantemente y sobre todo después de comer no se tome un descanso para leer o ver la televisión. No se le ocurra quedarse quieto... Haga algo. Piense que este cambio de sus hábitos diarios no durará toda la vida.

Una docena de consejos que no debe olvidar:

1. Piense en dejar de fumar sólo por el día presente.
2. Dejar de fumar es difícil pero no imposible. Merece la pena que le dedique un tiempo y esfuerzo adicional.
3. Procure comer muchas veces y poco cada vez. Evite el consumo de bebidas alcohólicas y excitantes (café, té, etc.). Los zumos naturales, las verduras, las frutas y el pan integral serán sus mejores alimentos durante este período.
4. Durante los primeros días sentirá un deseo intermitente y muy fuerte de fumar. Pero no se preocupe, existe una forma de enfrentarse y vencer este deseo: *"Relájese... respire profundamente... sienta cómo el aire puro y limpio invade sus pulmones... reténgalo todo el tiempo que pueda en tu interior... sáquelo lentamente, concéntrese en lo que está haciendo"*. Repita esto varias veces.
5. Tenga presente que el deseo imperioso de fumar disminuye considerablemente después de la segunda a tercera semana.
6. Su riesgo de padecer enfermedades como el cáncer de pulmón, el infarto de miocardio y la bronquitis está disminuyendo vertiginosamente cada día que supera sin fumar.
7. El estado de su piel y su capacidad para distinguir los sabores y olores mejorarán notablemente con el abandono del consumo de tabaco.
8. Descubra que en las situaciones de tensión es Vd. el único capaz de dominarlas, no necesita para nada el cigarrillo. Ahora es Vd. quien domina al tabaco.
9. Ahorre todo el dinero que antes derrochaba en el tabaco. Cuando tenga una buena cantidad regálese eso que tantas veces ha querido comprar.
10. Tenga cuidado, puede engordar; no obstante, si vigila su dieta sólo ganará escasos kilos que después puede eliminar fácilmente.
11. Felicítese cada día que pasa porque esta vez seguro que va a conseguir dejar el tabaco.
12. No ceda nunca, ni siquiera por un solo cigarrillo.

ANEXO 11: HOJA INFORMATIVA SOBRE TABAQUISMO (SEPAR)

El humo del tabaco lleva un alto contenido de sustancias tóxicas para la salud. Los alquitranes, que causan cáncer en múltiples órganos vitales. El monóxido de carbono, que daña las arterias del cuerpo humano. Muchas sustancias oxidantes que producen bronquitis crónica e irritación de ojos, nariz y garganta. Nicotina, que es una droga con tanta capacidad adictiva como la heroína y que es la responsable de la adicción que crea el consumo de tabaco.

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 57.000 muertes anuales (más de mil a la semana), 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 proporcionará múltiples beneficios; aquí tiene algunos de ellos:

Beneficios al 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, 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 cardíacos, accidentes cerebrovasculares, 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.

ANEXO: 12: CONSEJOS BÁSICOS PARA EL DÍA D

CONSEJOS BÁSICOS QUE LE HARÁN MÁS FÁCIL DEJAR DE FUMAR. PARA PONER EN PRÁCTICA UNA VEZ LLEGADO EL DÍA ELEGIDO PARA DEJAR DE FUMAR

Estos consejos, o al menos algunos de ellos, pueden serle útiles durante los primeros días sin fumar.

- Repase frecuentemente sus motivos para dejar de fumar. Son más importantes que los motivos que le incitan a fumar.
- Identifique las situaciones en las que más solía gustarle fumar. Anótelas e intente evitarlas.
- Pida a sus allegados que no fumen en su presencia, o si lo hacen, que sea sólo en lugares concretos de la casa.
- Rechace todos los cigarrillos que le ofrezcan.
- Cuide su alimentación e ingiera abundantes líquidos.
- Después de comer, tras lavarse los dientes, pasee o realice alguna actividad que le sea agradable.
- Realice ejercicio físico diariamente.
- Si siente deseos de fumar, ingiera agua o fruta, emprenda alguna actividad y siga los consejos de su médico. Estos deseos durarán pocos minutos.
- En caso de presentar tos, pruebe con infusiones y abundantes líquidos.
- En caso de estreñimiento haga una dieta rica en fibra, beba abundantes líquidos y si no cede, consulte a su médico.
- Si le cuesta concentrarse, paciencia. No se exija mucho durante las primeras semanas.
- En caso de nerviosismo o irritabilidad, pasee, tome un baño, haga algo relajante.
- En caso de hambre ingiera agua, zumos, fruta o chicle sin azúcar.
- En caso de insomnio evite las bebidas excitantes, relájese antes de acostarse. Si no se soluciona, consulte a su médico.
- Si se encuentra cansado, aumente las horas de sueño.
- Si presenta bajo estado de ánimo contacte con personas en su misma situación o que hayan pasado por esta experiencia. Esto le ayudará a superar los momentos más difíciles.
- Si a pesar de todo le sigue apeteciendo fumar, cambie de actividad.

ANEXO 13: CONSEJOS BÁSICOS PARA MANTENER LA ABSTINENCIA

- No es raro que durante mucho tiempo sienta en ocasiones deseos de fumar. Recuerde que son sensaciones temporales que terminarán por desaparecer.
- Cada vez los deseos de fumar durarán menos y le será más fácil controlarlas.
- Retire de su entorno todo lo que le recuerde el tabaco (mecheros, ceniceros...).
- Cuando sienta deseos de fumar ingiera fruta o líquidos, emprenda alguna actividad o utilice los dispositivos que le recomiende su médico.
- Recuerde que su salud y su ánimo mejorarán progresivamente. Cada día se sentirá mejor que el anterior.
- No olvide vigilar su alimentación y su tiempo de ejercicio físico diario.
- No se preocupe de vivir en adelante sin tabaco. Al fin y al cabo dejando de fumar no se renuncia a nada importante de la vida.
- En ciertos momentos recibirá presiones para que fume, pero ahora ya está capacitado para rechazarlas. Recuerde que los equivocados son quienes continúan fumando.
- Si en algún momento siente dudas o debilidad, consulte de nuevo a su médico. No tire por la borda el esfuerzo realizado ahora que tiene a su alcance dejar el tabaco para siempre.
- Si finalmente fuma algún cigarrillo se sentirá mal y además le sabrá mal. Analice por qué ha fumado ese cigarrillo y si ha merecido la pena. En todo caso considérelolo 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. Considérelolo como una lección. Un cigarrillo o varios aislados no tienen capacidad para convertirle de nuevo en adicto.
- 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.

ANEXO 14: CONSEJOS PARA SITUACIONES PARTICULARES

Además de los consejos expuestos en los anexos anteriores, que sirven generalmente para todas las circunstancias, los siguientes se adaptan a las características del consumo de distintos tipos de fumadores. Identifique su modelo predominante de consumo y lea los consejos propuestos.

Para quienes usan el tabaco fundamentalmente como tranquilizante:

- Identifique las situaciones que le provocan mayor tensión para evitarlas o estar prevenido.
- Mire siempre el lado positivo de las cosas. Piense qué es lo peor que puede pasar si algo sale mal (seguro que no es tan malo).
- Respire profundamente al sentir deseos de fumar.
- Si le es posible, al sentir tensión descargue la ansiedad con algún ejercicio improvisado (recorrer el pasillo, breve paseo, flexiones de piernas...).
- Si se le ha recetado nicotina en forma de comprimidos de chupar, chicles, *spray* nasal o inhalador bucal, úselo según las recomendaciones que le han dado.
- Siga estos consejos más los de las hojas de consejos referentes a los días previos y al día elegido para dejar de fumar al sentir deseos de fumar.

Para quienes usan el tabaco fundamentalmente como un hábito o costumbre:

- Esté atento para no fumar de forma inconsciente.
- Lo mejor es no tener tabaco a mano.
- En cambio tenga otros objetos que pueda manipular (pipa de mentol, llaves, pelota de goma...).

Para quienes usan el tabaco fundamentalmente como objeto de manipulación placentera:

- Tenga siempre a mano pequeños objetos para manipular cuando sienta deseos de fumar (bolígrafo, llavero...).
- No deje las manos desocupadas hasta que no le apetezca fumar.

ANEXO 15: CONSEJOS SOBRE ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN

Estas medidas le ayudarán a evitar o a limitar el aumento de peso que tiende a producirse durante los períodos de deshabituación tabáquica.

- Haga una dieta variada. No deje de comer de todo lo que comía antes.
- Aumente el consumo de aquellos alimentos ricos en fibra (frutas, verduras) y en hidratos de carbono (arroz, pasta, pan integral...).
- Reduzca los alimentos con más calorías (grasas animales, azúcares refinados, repostería, pasteles, helados...). Estos alimentos aportan demasiadas calorías y pueden hacerle ganar excesivo peso.
- Reduzca el consumo de alcohol. Muchos fumadores lo asocian al tabaco y reduce su voluntad para mantenerse sin fumar. Además, aporta unas calorías adicionales.
- Ingiera abundantes líquidos, sobre todo agua, ya que no tiene calorías. Beba 250-500 ml antes de cada comida (esto le hará sentir saciedad y comer menos).
- Cuando sienta ganas de fumar puede tomar 1-2 piezas de fruta o 1-2 vasos de agua o zumo.
- Intente mantener el orden y la normalidad en las comidas. No debe adelantar la hora, ni aumentar lo que toma entre horas, excepto lo ya referido.
- Durante un tiempo no compre alimentos de “picar”, como patatas fritas, cacahuetes, aceitunas. Es la mejor forma de evitar la tentación.
- No tenga en la nevera alimentos que le gusten demasiado y así la visitará con menor frecuencia.
- Recuerde que durante algún tiempo será necesario que observe estas recomendaciones. De lo contrario más tarde le costará más perder peso.

ANEXO 16: CÓMO MANTENERSE EN FORMA

El ejercicio físico moderado y regular presenta indudables ventajas para los exfumadores y para quienes tratan de dejar de fumar.

- Ayuda a consumir calorías y por tanto a mantener el peso ideal.
- Normaliza los niveles de colesterol y de tensión arterial.
- Es una distracción que hará que no se acuerde tanto del tabaco.
- Es relajante. Se elimina la tensión y con ella la ansiedad que produce el no fumar. Le hará estar menos irritable.
- Produce sensación de bienestar. Ayuda a sentirse bien y mejora el estado de ánimo. Previene la depresión.

Comience caminando durante 15-30 minutos. Aumente este tiempo progresivamente a medida que lo tolere mejor. Debe caminar a un paso en el que note que su frecuencia cardiaca aumenta ligeramente. No sirve pasear despacio ni pararse a mirar escaparates. Debe mantener un ritmo uniforme.

- Pruebe a caminar en compañía de alguien. Eso hará menos aburrido el paseo, ayudará a mantener el ritmo y le dará motivación. Debe mantener un ritmo que le permita hablar con su acompañante.
- Evite de momento aquellos deportes que requieran demasiado esfuerzo (*squass*, por ejemplo) ya que su organismo puede no estar preparado aún y puede ser peligroso.
- La práctica de ejercicio debe ser habitual y rutinaria, todos los días, e intentar que sea a la misma hora. Es una parte más de su tratamiento, tan importante como la alimentación, los comprimidos, los parches o los chicles.
- Hacer deporte en grupo (tenis, natación, fútbol sala...) puede ser beneficioso, pues es más divertido y aumenta nuestra motivación. Debe tenerse la precaución de no intentar a toda costa seguir el ritmo de los que están más en forma.

ANEXO 17: FALSAS CREENCIAS SOBRE EL TABACO

Todas las siguientes ideas son falsas creencias populares acerca del tabaco. Si usted cree que alguna de las siguientes ideas es verdadera, CONSULTE A SU MÉDICO, que le explicará el porqué es falsa.

- Fumar es relajante.
- La vida sin fumar es aburrida.
- El tabaco *light* hace menos daño.
- Fumar poco no perjudica.
- Si se tiene buena salud, el tabaco no hace daño.
- Si se hace deporte se eliminan las “toxinas” del tabaco.
- De algo hay que morir.
- Es imposible que yo pueda dejar de fumar.
- Yo puedo dejar de fumar cuando quiera.
- Yo conozco a uno con 95 años que siempre fumó.
- Dejar de fumar me pone tan mal que prefiero fumar.
- Al fumar se engorda mucho.
- Después de años fumando, el daño ya está hecho.
- Necesito el tabaco para concentrarme.
- Perjudica más la contaminación de la ciudad.

ANEXO 18: SITUACIONES CON MAYOR RIESGO DE FUMAR

En estas situaciones es más fácil caer en la tentación de fumar. No son las mismas para todas las personas. Cada uno debe identificar en qué situaciones es más probable sentir deseos de fumar, para evitarlas o para estar prevenidos y tener prevista la respuesta o la actitud alternativa. Pueden añadirse otras no reflejadas en la lista.

- Tomando té o café.
- Tomando bebidas alcohólicas.
- Al levantarse o después de desayunar.
- Después de comer.
- Viendo la televisión.
- Conduciendo.
- En presencia de otros fumadores.
- Cuando le ofrecen tabaco.
- Leyendo.
- Esperando algo o a alguien.
- En situaciones de tensión o nerviosismo.
- Estando aburrido.
- Trabajando (para concentrarse).
- Estando enfadado o irritable.
- Cuando se está en grupo o de fiesta.

ANEXO 19: TRATAMIENTO CON PARCHES DE NICOTINA

Consiste en la administración de nicotina por vía diferente a la de los cigarrillos, para evitar la aparición de los síntomas del síndrome de abstinencia. Usted recibe nicotina (que es lo que le hacía adicto al tabaco) pero no recibe los productos nocivos del tabaco (alquitrán, monóxido de carbono, cancerígenos...).

Esta terapia es útil para vencer la dependencia física y le ayudarán a vencer la dependencia psíquica, pero tenga en cuenta que para esta última debe poner en práctica las recomendaciones encontradas en otras hojas y que finalmente es su voluntad la que hará que tenga éxito o no. Ni los parches ni los chicles ni los comprimidos le protegen de las presiones que le incitan a fumar. Sólo le hacen más fácil permanecer sin fumar. Tenga siempre presente que **mientras utiliza algún producto con nicotina** (comprimidos de chupar, chicles, parches, *spray* nasal...) **NO DEBE FUMAR**, pues usted ya recibe nicotina y si además fuma puede sufrir una intoxicación nicotínica. Esta intoxicación no suele ser grave, pero siempre es muy desagradable.

USO CORRECTO DE LOS PARCHES DE NICOTINA

- Aplicarlo sobre piel sin pelo de una zona que sude poco (brazo, hombro, espalda...).
- Cada día aplique el parche sobre un lugar diferente, para no dañar 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, comuníquesele 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.
- Si le diagnostican alguna enfermedad nueva o queda embarazada, comuníquesele a su médico. El tratamiento con parches puede estar contraindicado.

ANEXO 20: TRATAMIENTO CON CHICLES DE NICOTINA

Consiste en la administración de nicotina por una vía diferente a la de los cigarrillos, para evitar la aparición de los síntomas del síndrome de abstinencia. Usted recibe nicotina (que es lo que le hacía adicto al tabaco) pero no recibe los productos nocivos del tabaco (alquitrán, monóxido de carbono, cancerígenos...).

Esta terapia es útil para vencer la dependencia física y le ayudarán a vencer la dependencia psíquica, pero tenga en cuenta que para esta última debe poner en práctica las recomendaciones encontradas en otras hojas y que finalmente es su voluntad la que hará que tenga éxito o no. Ni los parches ni los chicles ni los comprimidos de nicotina le protegen de las presiones que le incitan a fumar. Sólo le hacen más fácil permanecer sin fumar. Tenga siempre presente que mientras utiliza algún producto con nicotina (comprimidos de chupar, chicles, parches, *spray* nasal...) **NO DEBE FUMAR**, pues usted ya recibe nicotina y si además fuma puede sufrir una intoxicación nicotínica. Esta intoxicación no suele ser grave, pero siempre es muy desagradable.

USO CORRECTO DE LOS CHICLES DE NICOTINA

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

ANEXO 21: TRATAMIENTO CON COMPRIMIDOS DE NICOTINA

Consiste en la administración de nicotina por vía diferente a la de los cigarrillos, para evitar la aparición de los síntomas del síndrome de abstinencia. Usted recibe nicotina (que es lo que le hacía adicto al tabaco) pero no recibe los productos nocivos del tabaco (alquitrán, monóxido de carbono, cancerígenos...).

Esta terapia es útil para vencer la dependencia física y le ayudarán a vencer la dependencia psíquica, pero tenga en cuenta que para esta última debe poner en práctica las recomendaciones encontradas en otras hojas y que finalmente es su voluntad la que hará que tenga éxito o no. Ni los parches ni los chicles ni los comprimidos de nicotina le protegen de las presiones que le incitan a fumar. Sólo le hacen más fácil permanecer sin fumar. Tenga siempre presente que mientras utiliza algún producto con nicotina (comprimidos de chupar, chicles, parches, *spray* nasal...) **NO DEBE FUMAR**, pues usted ya recibe nicotina y si además fuma puede sufrir una intoxicación nicotínica. Esta intoxicación no suele ser grave, pero siempre es muy desagradable.

USO CORRECTO DE LOS COMPRIMIDOS DE NICOTINA

- El comprimido no proporciona una sensación tan agradable ni tan rápida como un cigarrillo. Téngalo presente y no espere milagros.
- El comprimido 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, por ejemplo, uno cada hora, 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 déjelo “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 o se acabe.
- Los principales efectos secundarios son molestias gástricas (suelen indicar que ha chupado demasiado rápido el comprimido), molestias de garganta, ardor o hipo. Consulte a su médico.
- **RECUERDE QUE SI ESTÁ EN TRATAMIENTO CON COMPRIMIDOS DE NICOTINA NO DEBE FUMAR** (usted ya recibe nicotina. Si además fuma, puede sufrir una intoxicación nicotínica).

ANEXO 22: TRATAMIENTO CON BUPROPION

- Es un medicamento que actúa sobre los mismos receptores cerebrales de la nicotina, reduciendo la necesidad de fumar.
- Debe seguir el tratamiento como le indique su médico. Podría combinarse con otros productos con nicotina si su médico lo estima oportuno.
- **Modo de empleo:** los días antes del día elegido para dejar de fumar, tome un comprimido diario por las mañanas (150 mg). Al 7º día debe tomar 2 comprimidos diarios, separados como mínimo por 8 horas y tomando el último del día al menos 4 horas antes de acostarse. Por ejemplo, uno al levantarse y otro a media tarde. En la segunda semana del inicio del tratamiento, o antes si ya no le apetece, fije un día a partir del cual deje de fumar. El tratamiento dura unas 9 semanas.



- Informe a su médico si le diagnostican alguna enfermedad o le prescriben un nuevo tratamiento. Podría haber incompatibilidades.
- El efecto secundario más frecuente que puede producirse es el insomnio. Pida ayuda a su médico si no cede en unos 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 y firmeza es lo que finalmente le hará tener éxito en objetivo de abandonar el tabaco.

Bibliografía

- Abengózar R., Ayesta FJ. Tabaquismo. Biblioteca Alergológica. Fronteras de la Alergia. Publicaciones Permanyer 2004.
- Abrams DB, et al. The tobacco dependence treatment handbook: a guide to best practices. Guilford Press 2003.
- Alegría E. Tabaquismo y enfermedad. Everest 2002.
- American Academy of Pediatrics, NEAHIN, CDC, SAMHSA. Media Sharp: Analyzing Tobacco & Alcohol Messages. Office On Smoking & Health. CDC; 2000.
- Astles PC, Baker SR, Boot JR, Broad LM, Dell CP, Keenan M. Recent progress in the development of subtype selective nicotinic acetylcholine receptor ligands. *Curr Drug Target CNS Neurol Disord* 2002;1:337-48.
- Ayesta FJ, Camí J. Farmacodependencias. En: J. Flórez (ed). *Farmacología humana*. 4ª ed. Masson; 2003. p. 595-621.
- Ayesta FJ, Corral LP, Martín F. Futuros avances en el abordaje y tratamiento del tabaquismo. *Cardiovasc Risk Factors* 2003;4:256-60.
- Ayesta FJ, De la Rosa L. ¿Por qué fuman más hoy en día las mujeres? *Prev Tab* 2001;3:155-60.
- Ayesta FJ, Fuentes-Pila MJ, Cortijo C. Tobacco ads target mainly at women in Spain. En: Varma AK (ed). *Tobacco counters health (I)*. New Delhi: Macmillan; 2000. p. 80-3.
- Ayesta FJ, Fuentes-Pila JM, De la Rosa L. El tabaquismo como problema de salud pública. *Cardiovasc Risk Factors* 2003;4:211-21.
- Ayesta FJ, Otero M. El tabaquismo como una enfermedad crónica. En: Jiménez-Ruiz CA, Fagerström KO (eds). *Tratado de tabaquismo*. Madrid: Aula Médica; 2004. p. 107-17.
- Banco Mundial, Informe. La epidemia de tabaquismo: los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Organización Panamericana de la Salud; 2000.
- Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M. *Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo*. ERGON; 2003.
- Becoña E, Vázquez FL. *Tratamiento del tabaquismo*. Dykinson SL; 1998.
- Bedialauneta A, De la Rosa A, Ayesta FJ. Control del tabaquismo; perspectivas futuras. *Trast Adic* 2004;4:85-102.
- Britton J (ed). *Nicotine addiction in Britain*. Royal College of Physicians of London; 2000.
- Califato JA. The wrong way to stay slim. *N Eng J Med* 1995;333:1214-6.
- Chollat-Traquet CM. Porqué las mujeres empiezan a fumar y siguen haciéndolo. En: *Mujer y tabaco*. Geneva: WHO; 1992. p. 57-73.
- Cortijo C, Ayesta FJ. Smoking and psychiatric symptoms in female adolescents. En: Varma AK (ed). *Tobacco counters health (II)*. Macmillan; 2002. p. 117-21.
- Cortijo C, Fuentes-Pila JM. Toxicidad derivada del consumo de tabaco. *Trast Adic* 2004;4:21-42.
- Dani JA, De Biasi M. Cellular mechanisms of nicotine addiction. *Pharmacol Biochem Behav* 2001;70:439-46.
- De la Rosa L, Otero M, Cortijo C, Ayesta FJ. Smoking and body weight concerns in young women. En: Varma AK (ed). *Tobacco counters health (II)*. Macmillan; 2002. p. 159-63.
- De la Rosa L, Otero M. *Mujer y tabaco*. *Cardiovasc Risk Factors* 2003;4:245-55.
- De la Rosa L, Otero M. Tabaquismo en la mujer: consideraciones especiales. *Trast Adic* 2004;4:75-84.
- Department of Health and Human Services (US). *Women and smoking: a report of the Surgeon General*. Public Health Service; 2001.
- Di Clemente CC. *Addiction and change: how addictions develop and addicted people recover*. Guilford Press; 2003.
- Ferrence R, (ed). *Nicotine and Public Health*. American Public Health Association 2000.
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. *Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services (US), Public Health Service; 2000.
- Haustein K.O. *Tobacco or Health*. Springer; 2003.
- Hays JT, Ebbert JO. Bupropion for the treatment of tobacco dependence: guidelines for balancing risks and benefits. *CNS Drugs* 2003;17:71-83.
- Henningfield J, Slade J. Tobacco-dependence medications: public health and regulatory issues. *Food Drug Law J* 1998;53(Suppl):77-116.
- Hughes J, et al. Guía clínica para el tratamiento de la dependencia de nicotina de la Asociación Psiquiátrica Americana. *Ars Médica*; 2001.
- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd; 2003:4.
- Jiménez Ruiz CA, Camarells Guillén F, de Granda Orive JI, Díaz-Maroto Muñoz JL. *Protocolo de intervención en fumadores*. EMISA 2002.
- Jiménez Ruiz CA, et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo sobre el tratamiento del tabaquismo. *Prev Tab* 2001;3:78-85.
- Joossens L, Sasco A, Salvador T, Villalbí JR. Las mujeres y el tabaco en la Unión Europea. *Rev Esp Salud Pública* 1999;73:3-11.
- Leonard S, Bertrand D. Neuronal nicotinic receptors: from structure to function. *Nicotine Tobacco Res* 2001;3:203-23.
- Martín F, Corral LP. *Tratamiento del tabaquismo: herramientas farmacológicas en el abordaje terapéutico*. *Cardiovasc Risk Factors* 2003;4:235-44.
- Martín F, Corral LP. *Tratamiento farmacológico del tabaquismo*. *Trast Adic* 2004;4:57-74.
- Munafò M, Johnston E, Murphy M, Walton R. New directions in the genetic mechanisms underlying nicotine addiction. *Addict Biol* 2001;6:109-17.
- National Cancer Institute Manual. *How to help your patients stop using tobacco*. NIH Publication; 1998.
- Otero M, Ayesta FJ. *Cómo dejar de fumar*. Ed. Arguval; 2004.
- Otero M, Ayesta FJ. El tabaquismo como trastorno adictivo. *Trast Adic* 2004;4:11-30.
- Otero M, Cortijo C, Ayesta FJ. El tabaquismo como adicción. *Cardiovasc Risk Factors* 2003;4:222-34.
- Pardell H, Saltó E, Salleras L. *Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo*. Ed. Panamericana; 1996.
- Peto R, et al. *Mortality from smoking in developed countries 1950-2000*. Oxford University Press; 1994.
- Picciozzo MR. Nicotine as a modulator of behavior: beyond the inverted U. *Trends Pharmacol Sci* 2003;24:493-99.
- Plan de Prevención y Tratamiento de Tabaquismo de Castilla La Mancha 2003-2010.
- Pomerleau CS, Zucker AN, Stewart AJ. Characterizing concerns about post-cessation weight gain: results from a national survey of women smokers. *Nicotine Tob Res* 2001;3:51-60.
- Rabin RL, Sugarman SD (eds). *Regulating Tobacco*. Oxford University Press; 2001.
- Samet J, Yoon SY (eds). *Women and the tobacco epidemic*. The World Health Organization; 2001.
- Seidman DF, Covey LS (eds). *Helping the hard-core smoker: a clinician guide*. London: LEA Publ; 1999. p. 23-50.
- Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd; 2003:4.
- Surgeon General Report. *Reducing tobacco use*. US Department of Health and Human Services; 2000.
- Tricker AR. Nicotine metabolism, human drug metabolism polymorphisms, and smoking behaviour. *Toxicology* 2003;183:151-73.
- Veiga S, Martín F, Corral LP. Abordaje del tabaquismo: intervención mínima; herramientas psicológicas. *Trast Adic* 2004;4:43-56.
- Watkins SS, Koob GF, Markou A. Neural mechanisms underlying nicotine addiction: acute positive reinforcement and withdrawal. *Nicotine Tob Res* 2000;2:19-37.
- Watson RR (ed). *Environmental Tobacco Smoke*. CRC Press; 2001.
- West R, McNeill and Raw M. *Smoking cessation guidelines for health professionals: an update*. Thorax 2000;55:987-99.
- World Health Organization. *Tobacco or Health: a global status report*. Organization World Publications; 1997.