



Región de Murcia
Consejería de Sanidad



DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA PRIMARIA,
URGENCIAS Y EMERGENCIAS

ATENCIÓN AL TABAQUISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA.

Elaborado por:

Barceló Barceló, Inmaculada

Médica de Familia
EAP Bº Carmen

López Peñas, Caridad

Enfermera
EAP Lorca Centro

López-Picazo Ferrer, Julio J.

Médico de Familia
GAP Murcia

Ramos Postigo, Francisco

Especialista en Medicina
Preventiva y Salud Pública
C Comarcal Cartagena

Valero Delgado, Francisco

Médico de Familia
EAP Lorca Centro

Victoria Jimeno, Carmen

Médica de Familia
EAP S. Pedro Pinatar

Escribano Sabater, Concepción

Médica de Familia
SGAPUE

Murcia, 2006

ISBN: 84-95393-71-9

Depósito Legal: MU-98/2006

Edita: Servicio Murciano de Salud

Imprime: Imprenta "La Muleña"

	Página
DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	5
POBLACIÓN DIANA	7
ACTIVIDADES A REALIZAR	8
PLAN DE ACTUACIÓN	11
1. Diagnóstico	11
2. Delimitación de la fase del proceso de abandono del tabaco	11
3. Valoración inicial	13
3.1 Criterios de derivación	14
4. Elección del tratamiento	15
4.1. Pacientes no susceptibles de tratamiento farmacológico	15
4.2. Elección del tratamiento farmacológico	16
4.3. Pauta de tratamiento farmacológico	17
5. Seguimiento	20
5.1. Calendario y contenido de las consultas de seguimiento	20
5.2. Actitud ante las recaídas	21
RECURSOS NECESARIOS	23
ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO	25
NORMAS DE PROCESO	26
SISTEMA DE REGISTRO	31
1. Datos mínimos a recoger	31
2. Mecanismo de recogida de datos	32

EVALUACIÓN	33
1. Responsables	33
2. Componentes	33
2.1. Indicadores de accesibilidad	33
2.2. Indicadores de proceso	33
2.3. Indicadores de resultado	34
2.4. Indicadores de uso racional del medicamento	34
3. Metodología	34
4. Periodicidad	34
<hr/> <hr/>	
ANEXOS	35
I. Mensajes verbales a no fumadores	37
II. Mensajes a fumadores	38
III. Actitud ante el tabaco. Ventajas y motivos para dejar de fumar y para seguir fumando.	39
IV. Deshabitación en situaciones especiales.	40
V. Pruebas de valoración del fumador.	42
VI. Información para la persona que decide dejar de fumar.	44
VII. Fármacos utilizados en España para la deshabitación tabáquica.	47
VIII. Tratamiento psicológico en la deshabitación tabáquica.	55
<hr/> <hr/>	
BIBLIOGRAFÍA	57
1. Básica	57
2. Referencias	58

El tabaquismo (adicción tabáquica) es una forma de drogodependencia reconocida por la OMS¹ ligada a múltiples patologías de origen cardiovascular, pulmonar, digestivo y oncológico². El principal responsable del carácter adictivo del tabaco es la nicotina, que produce tolerancia y dependencia y hace que el cese en el consumo de tabaco provoque un síndrome de abstinencia en el fumador. Además de la nicotina, componen el tabaco otras muchas sustancias tóxicas y cancerígenas³.

El tabaquismo representa la primera causa de muerte evitable en nuestro país, siendo responsable del fallecimiento de 150 españoles cada día¹. Es también uno de los principales problemas de Salud Pública tanto en los países occidentales como en los países en vías de desarrollo², atribuyéndosele la responsabilidad de casi 5 millones de muertes prematuras en el mundo durante el año 2000⁴.

El 34 % de la población española mayor de 16 años es consumidora de tabaco y al contrario que otras drogas, su consumo está aceptado por la sociedad y por el Estado^{2,5}. En Murcia, la prevalencia del consumo de tabaco ha descendido en los varones en los últimos 10 años, pasando del 54,4% en 1992 al 35,2% en el año 2002; mientras que en las mujeres ha aumentado del 31,3% en 1992 al 33,8% en 2002⁶; sin embargo sigue siendo la segunda comunidad autónoma, tras Cantabria, en prevalencia de tabaquismo⁷. Esta adicción supone no sólo un importante riesgo a medio y largo plazo para el fumador, sino también para otras personas (fumadores pasivos)³. El uso de tabaco se ha asociado a más de 25 enfermedades⁸, representando uno de los factores de riesgo más importantes para la salud de la población española y la principal causa de mortalidad prematura y evitable⁹.

El abordaje más coste-efectivo del tabaquismo es el llevado a cabo desde la Atención Primaria⁹. Por ello constituye una línea de actuación recomendada por el Plan de Salud de la Región de Murcia para los años 2003-2007, que propugna una adecuación de su Cartera de Servicios⁶. En efecto, desde todos los puntos de vista el cociente beneficio-riesgo de actuar en pro del cese en el hábito de fumar es muy superior al de otras actuaciones médicas cotidianas: disminuye la

morbimortalidad asociada a este hábito, el absentismo e incapacidad laboral y, por supuesto, el gasto en salud¹⁰.

La mortalidad general y por cáncer de pulmón o cardiopatía isquémica del exfumador se iguala a la de los no-fumadores a los 10-15 años de abstinencia^{9,10}. Las intervenciones en personas con un alto riesgo de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco aumentan el número de personas que dejan de fumar^{11,12,13}; en mujeres embarazadas incrementan la tasa de abstinencia durante el embarazo y reducen el riesgo de niños recién nacidos con bajo peso¹⁴.

Este protocolo es susceptible de aplicación a todas las personas fumadoras mayores de 14 años, entendiendo como tales los que contestan afirmativamente a la pregunta “¿fuma usted?”^{15,16}.

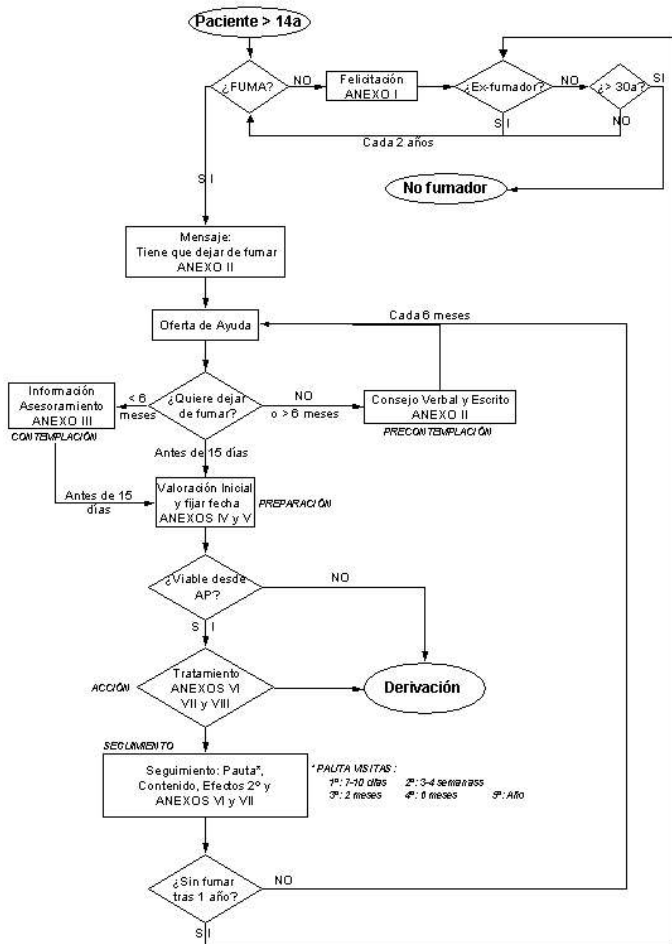
Las personas que contestan negativamente y que son menores de 30 años de edad o son ex-fumadores deben ser interrogadas cada dos años sobre el hábito de fumar¹⁷. El resto de casos son considerados como no-fumadores y por tanto, no susceptibles de aplicación de este protocolo. No se contemplan otras excepciones totales ni parciales.

ACTIVIDADES A REALIZAR

El protocolo se ocupa de actividades de diagnóstico, valoración y delimitación de la fase del proceso de abandono en que se encuentra el paciente y del tratamiento, seguimiento y educación (oferta de recomendaciones) hacia los pacientes fumadores, incluyendo también actividades relacionadas con su incorporación a la toma de decisiones.

El flujograma de la página siguiente resume estas actividades, que comentaremos más adelante de forma detallada, haciendo referencia a los anexos pertinentes.

El grado de evidencia científica que sustenta a la mayoría de ellas puede consultarse en las publicaciones del Centro Cochrane Iberoamericano¹⁸, la guía de práctica clínica para dejar de fumar de la Universidad de Michigan¹⁹, el resumen de la evidencia realizado en la Comunidad de Navarra²⁰ o el Manual de Prevención y tratamiento del tabaquismo de M. Barrueco⁹, entre otras.



1. DIAGNÓSTICO

Toda persona mayor de 14 años que contacte con Atención Primaria a través de las consultas de medicina de familia o de enfermería debe ser interrogada sobre el hábito de fumar a fin de comprobar los criterios de inclusión y exclusión del protocolo comentados más arriba.

La actitud de las personas no fumadoras debe ser reforzada mediante felicitación verbal y breve exposición de los beneficios que le comporta^{17,19,21}, según se detalla en el anexo I. Esta intervención puede apoyarse con la entrega de información escrita, como la contenida en el folleto de “información para no fumadores”²² o, en función del colectivo al que pertenezca, los folletos “información para jóvenes”²³, “información para padres y madres”²⁴, e “información para mujeres”²⁵, editados por la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia.

En los fumadores es necesario conocer más datos^{9,19,26}. La mayoría de ellos deben figurar ya en su historia clínica:

- Antecedentes médicos de interés, haciendo énfasis en la existencia de otros factores de riesgo cardiovascular.
- Tratamiento médico actual.
- Historia de fumador: es imprescindible conocer el número de cigarrillos consumidos al día y el tiempo transcurrido como fumador. Estos datos se engloban en el concepto “número de paquetes años”, obtenido multiplicando el número de cigarrillos/día por el número de años como fumador, y dividiendo este resultado por 20, pues éste guarda relación directa con la probabilidad de desarrollar enfermedades relacionadas con el uso del tabaco²⁷, sin que sea posible delimitar un umbral de seguridad, y relación inversa con la posibilidad de éxito en un intento de abandono²⁸.

2. DELIMITACIÓN DE LA FASE DEL PROCESO DE ABANDONO DEL TABACO

El paciente fumador debe recibir también un mensaje claro,

contundente, personalizado y breve (son suficientes unos 3 minutos) acerca de la necesidad de que abandone el tabaco^{17,21,29,30,31}. Este mensaje verbal es efectivo cuando es realizado por el médico de familia³² o por enfermería³³, y debe apoyarse con documentación escrita³⁴. Son válidos aquí también los folletos para jóvenes, padres y madres y mujeres editados por la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia^{23,24,25}, así como el folleto dedicado especialmente a los fumadores³⁵.

Además, es imprescindible ofrecer nuestra ayuda de forma inmediata^{9,21,26}. Para ello debemos valorar la disposición del paciente para dejar de fumar y programar una ayuda concreta en función de la misma^{9,21}.

El anexo II recoge las características que debe tener este mensaje, y las respuestas oportunas a los argumentos que el fumador puede no abandonar el tabaco.

Tras la oferta de ayuda debemos preguntar al paciente sobre su intención seria de dejar de fumar¹⁹, distinguiéndose tres posibles situaciones:

- Fase de precontemplación. Se incluyen aquí los fumadores que no expresan una intención de dejar de fumar o no piensan abordar su problema de forma seria en los próximos 6 meses. Nuestra intervención debe orientarse a facilitar el cambio de fase. Por ello estas personas recibirán un mensaje similar al inicial con una cadencia de aproximadamente 6 meses (anexo II), a fin de no generar rechazo que dificulte la relación con el paciente y el éxito final de la intervención⁹, aunque en pacientes de alto riesgo esta cadencia puede acortarse e incluso efectuarse puntualmente o en cada visita que el fumador realice^{26,29,30,33}.

- Fase de contemplación. Agrupa a los fumadores que expresan su intención seria de dejar de fumar en menos de 6 meses, pero no desean comenzar de forma inmediata (en la práctica, en los próximos 15 días). El objetivo aquí es facilitar la preparación para dejar de fumar. A este grupo se les debe animar y proporcionar información sobre el tabaco, incidiendo en los beneficios que se obtendrían al dejar de fumar. Para ello proporcionaremos un consejo sanitario breve y personalizado

basado en la historia clínica personal y antecedentes familiares y del entorno^{21,26}. Aportaremos también material informativo impreso de apoyo^{23,24,25,35} incluyendo contenidos específicos sobre cómo dejar de fumar, como la “Guía para dejar de fumar” de la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia³⁶. Le animaremos a que elija una fecha cercana y le ofreceremos ayuda y asesoramiento en el proceso de abandono, le preguntaremos sobre la elección del día cada vez que acuda a demandar asistencia y le advertiremos que al menos una semana antes del día que decida dejar de fumar debe comunicárnoslo en consulta¹⁹. Esta actividad no debe exceder los 2-3 minutos²⁶.

El anexo II recoge las características que deben tener estos mensajes. El anexo III ofrece una propuesta de diagrama de campos de fuerza para ser completado por el paciente, donde se analizan motivos y ventajas de dejar de fumar frente a seguir fumando³⁷.

- **Fase de preparación.** Agrupa a los fumadores que expresan su intención seria de dejar de fumar en los próximos 15 días. A estos pacientes se les debe felicitar. El objetivo es facilitar el paso a la siguiente fase (de acción) realizando una valoración inicial del fumador, establecer la pauta terapéutica y consensuar el día de abandono^{9,19}, como se detallará más adelante.

- **Fase de acción.** El paciente ha dejado de fumar y se enfrenta de forma más intensa al síndrome de abstinencia.

- **Fases de seguimiento y finalización.** La intervención se fundamenta en apoyo psicológico, análisis de situaciones de riesgo y realización de un seguimiento para evitar recaídas, situación que conduciría al paciente de regreso a una fase anterior^{9,19}.

3. VALORACIÓN INICIAL

Ha de realizarse en los fumadores en fase de preparación. Consiste en una evaluación completa que nos ayudará a elegir una opción terapéutica. En ella debe hacerse hincapié en:

- Situaciones que condicionen la opción terapéutica (anexo IV).
- Datos de su historia como fumador (conjunto mínimo de datos)³⁸:
 - Motivos para dejar de fumar
 - Intentos previos y motivos de recaída.
 - Entorno familiar y laboral (pareja fumadora, niños, ancianos,...)
 - Test de motivación de Richmond³⁹ (anexo V)
 - Test de dependencia de Fagerström⁴⁰ (anexo V)

3.1. Criterios de derivación.

Tras la valoración inicial hay que plantearse si es viable iniciar el tratamiento desde Atención Primaria o, por contra, es necesario derivarlo a atención especializada (salud mental). Los criterios de derivación consensuados son los siguientes⁴¹:

- Fumadores de 16 o más años que han realizado en el pasado intentos serios de abandono del tabaco, fueron correctamente tratados por un profesional sanitario y a pesar de ello fracasaron y siguen queriendo dejar de fumar.
- Fumadores que no consiguen dejar de fumar tras intentarlo seriamente, a pesar de ofrecerle consejo, información y asesoramiento desde Atención Primaria, y que además presentan:
 - Antecedentes de menos de 8 semanas de infarto agudo de miocardio o angina coronaria.
 - Arritmias cardíacas severas o HTA no controladas.
 - Patología crónica (nefropatía, hepatopatía, cardiopatía, etc. ...) no controlada.
 - Embarazadas o mujeres en periodo de lactancia.
- Fumadores de 16 o más años con enfermedades psiquiátricas u otras drogadicciones asociadas.

A excepción de estos pacientes, todos los demás son susceptibles de abordaje desde Atención Primaria.

4. ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO

Debemos instarles a que elijan una fecha para dejar de fumar y ofrecerles ayuda y asesoramiento necesarios en el proceso de abandono^{9,19}. Es necesario aportar material informativo impreso de apoyo, como la ya citada “guía para dejar de fumar”³⁶, información sobre la clínica del síndrome de abstinencia y estrategias para afrontarlo o el “decálogo para dejar de fumar” de la SEPAR⁴², que se recogen en el anexo VI. Esta actividad puede realizarse en 10 minutos.

En muchos pacientes, esta intervención puede no ser suficiente y precisar de tratamiento farmacológico. Las opciones disponibles en España actualmente son:

- **Terapia sustitutiva de nicotina (TSN):** administración de nicotina por una vía diferente a la del consumo de tabaco, en cantidad suficiente para disminuir los síntomas del síndrome de abstinencia, pero insuficiente como para crear dependencia⁴³.

- Parches transdérmicos
- Chicles
- Comprimidos para chupar

- **Bupropión:** inhibidor selectivo de la recaptación neuronal de catecolaminas (noradrenalina y dopamina) con un mínimo efecto sobre la recaptación de indolaminas (serotonina) y que no inhibe la acción de ninguna monoaminoxidasa. Es el primer fármaco no nicotínico aceptado por la FDA para la deshabituación tabáquica.

De otras opciones ocasionalmente utilizadas, el tratamiento con ansiolíticos, no ha demostrado efectivas para aumentar el número de personas que dejan de fumar⁴⁴.

4.1. Pacientes no susceptibles de tratamiento farmacológico:

La presencia de las siguientes circunstancias no aconseja iniciar tratamiento farmacológico²¹:

- Fumador de menos de 10 cigarrillos/día (5 paquetes/año)
- Adolescentes.
- Mujeres embarazadas.

- Existencia de contraindicaciones médicas para el medicamento a emplear.

En el resto de casos, el tratamiento farmacológico puede ser útil para dejar de fumar.

4.2. Elección del tratamiento farmacológico:

Sólo un ensayo clínico (subvencionado por el fabricante de bupropión) compara la efectividad del bupropión frente a los parches de nicotina, resultando más efectivo el tratamiento con bupropión o el combinado que el tratamiento sólo con parches o con placebo, sin demostrar diferencias estadísticamente significativas entre el tratamiento combinado y el único^{45,46}.

Las tasas de abandono del tratamiento por causa de los efectos adversos son diferentes: 3,8% con placebo, 6,6% con la terapia de sustitución nicotínica, 11,9% con bupropión y 11,4% con bupropión más terapia de sustitución nicotínica⁴⁵.

En cuanto a las diferentes formas de TSN, no hay evidencias para recomendar una u otra⁴⁷, no obstante hay que tener en cuenta que:

- El uso de una u otra forma de presentación debe ser valorado por el médico de familia según las preferencias del paciente, experiencias previas, etc.
- Los parches parecen constituir la presentación de uso más sencillo para el paciente¹⁹.
- No se han demostrado diferencias al usar parches de 16 y de 24 horas^{21,47,48}.
- Comparando el chicle de nicotina de 4 mg con el de 2 mg, la dosis mayor mejoró la abstinencia en fumadores muy dependientes⁴⁷.
- En parches, las dosis altas versus los parches de dosis estándar incrementaron ligeramente la abstinencia⁴⁷.
- Las tasas de recaída a largo plazo (5 años) son iguales para aquellos pacientes que usaron TSN y los que no lo hicieron⁴⁹.

Una descripción de las características de estos fármacos, las presentaciones disponibles en España en la actualidad y su coste/día

figuran en el anexo VII.

4.3. Pauta de tratamiento farmacológico:

Podemos sintetizar las pautas propuestas por la mayoría de los autores^{9,19,26,50} y la evidencia disponible en el cuadro que, en función del grado de dependencia del fumador, figura en la página siguiente. No obstante es imprescindible contar con las preferencias del paciente, su perfil como fumador y la eventual aparición de efectos indeseables a la hora de decidirse por una u otra de las posibles opciones.

El coste mínimo de cada opción terapéutica, y sus marcas comerciales también figura en la tabla de la página siguiente.

Pacientes que fuman 10 o menos cigarrillos/día

Como ya comentamos, no son candidatos a tratamiento farmacológico (ver Anexo VIII)

Pacientes con dependencia leve

Consideramos en este grupo a los pacientes que arrojan un valor del test de Fagerström entre 0 y 3. Habitualmente son fumadores de entre 11 y 20 cigarrillos/día. En ellos:

- Debe valorarse las preferencias del paciente por utilizar una u otra opción, pues ninguna ha demostrado ser más efectiva que las demás^{45,47}á
- La opción de menor coste es utilizar los chicles de 2 mg (ver tabla)
- La terapia con parches no debe exceder las 8-12 semanas. Se proponen parches de 16 h al ser más económicos y no ofrecer diferencias de efectividad con la pauta de 24 horas⁴⁷, salvo determinados perfiles del fumador.
- Ante la falta de evidencia sólida sobre la duración de la TSN, en el caso de optar por la administración de chicles o comprimidos, se propone la duración habitualmente consensuada, de 8 a 12 semanas¹⁹.
- Si se decide utilizar bupropión, el fabricante recomienda iniciar la terapia con 1 comprimido diario 6 días antes de la fecha fijada para el abandono⁵¹. En función de la respuesta al tratamiento puede pasarse a la pauta de 2 comprimidos/día durante 7 semanas,

separando las tomas al menos 8 horas y evitando la administración nocturna ante la frecuente aparición de insomnio. Sin embargo, no se han observado diferencias en la tasa de abstinencia a los 6 y 12 meses entre los pacientes tratados con 150 o 300 mg diarios¹⁹.

- Por último, recordar que el tratamiento combinado de bupropión con TSN no ha demostrado ser más efectivo que la monoterapia con bupropión^{45,46}.

Pacientes con dependencia moderada

Consideramos en este grupo a los pacientes que arrojan un valor del test de Fagerström entre 4 y 6. Habitualmente son fumadores de entre 21 y 30 cigarrillos/día. En ellos:

- Deben valorarse las preferencias del paciente por utilizar una u otra opción, pues ninguna ha demostrado ser más efectiva que las demás^{45,47}.
- En el caso de utilizar chicles, ha de optarse por la dosis de 4 mg, más efectiva que la de 2 mg en personas con dependencia moderada y alta⁴⁷.

Pacientes con dependencia alta

Consideramos en este grupo a los pacientes que arrojan un valor del test de Fagerström de 7 o superior. Habitualmente son fumadores de más de 30 cigarrillos/día. En ellos:

- Deben valorarse las preferencias del paciente por utilizar una u otra opción, su perfil y la aparición de efectos secundarios, pues ninguna ha demostrado ser más efectiva que las demás^{45,47}.
- Hay indicios de que estos fumadores pueden beneficiarse de TSN a dosis altas^{9,26,47}. Las sociedades científicas recomiendan asociar a los parches otras formas de administración de nicotina (chicles o comprimidos)^{26,50}.
- Si se emplea bupropión, una vez transcurridos los primeros 6 días a dosis de 150 mg/día^{9,26}, suele adoptarse la pauta de 300 mg/día.
- Igualmente, las sociedades científicas recomiendan valorar el uso conjunto de TSN con bupropión^{9,26}.

VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA		OPCIONES TERAPÉUTICAS						
Grado de dependencia	Cigarrillos por día	Test de Fagerström	Terapia Sustitutiva de Nicotina				Bupropion 150 mg	
			Parches 16 horas	Parches 24 horas	Chicles 2mg	Chicles 4mg		Comprimididos
LEVE	11-20	0-3	PAD 4 sem + PMD 2 sem + PBD 2 sem	-	10/día durante 8-12 semanas, reduciendo desde la 4ª semana	-	10/día 8-12 semanas, reduciendo desde la 4ª semana	1 comp/día durante 6 días + 1-2 comp/día, 7 semanas.
MODERADA	21-30	4-6	PAD 6 sem + PMD 4 sem + PBD 2 sem	PAD 6 sem + PMD 4 sem + PBD 2 sem	-	10/día 8-12 semanas, reduciendo desde la 4ª semana	10/día 8-12 semanas, reduciendo desde la 4ª semana	1 comp/día durante 6 días + 1-2 comp/día, 7 semanas.
ALTA	>30	7-10	PAD 6 sem + PMD 4 sem + PBD 2 sem	PAD 6 sem + PMD 4 sem + PBD 2 sem	-	16/día 8-12 semanas, reduciendo desde la 4ª semana	-	1 comp/día durante 6 días + 2 comp/día, 7 semanas.
COSTE TOTAL DEL TRATAMIENTO (EUROS) UTILIZANDO LAS PRESENTACIONES COMERCIALES DE MENOR COSTE (mayo 04)								
Terapia Sustitutiva de Nicotina								
DEPENDENCIA	Parches 16 horas		Parches 24 horas		Chicles 2mg	Chicles 4mg	Comprimididos	
LEVE	133,40 Euros		-		87,5 Euros	-	166,05 Euros	
	NICORETTE 15, 4 semanas NICORETTE 10, 2 semanas NICORETTE 6, 2 semanas		-		NICOMAX 2 mg 105 chicles	-	NICOTINELL MINT comp	
MODERADA	228,41 Euros		218,83 Euros		-	118,40 Euros	166,05 Euros	
	NICORETTE 15 + NICORETTE 10, 6 semanas NICORETTE 15, 4 semanas NICORETTE 10, 2 semanas		NICOTINELL TTS 30, 6 semanas NICOTINELL TTS 20, 28 parches (4 sem) NICOTINELL TTS 10, 14 parches (2 sem)		-	NICOTINELL FRUIT 4mg, 88 chicles	NICOTINELL MINT comp	
ALTA	228,41 Euros		218,83 Euros		-	236,80 Euros	153,18 Euros	
	NICORETTE 15 + NICORETTE 10, 6 semanas NICORETTE 15, 4 semanas NICORETTE 10, 2 semanas		NICOTINELL TTS 30, 28 parches (6 sem) NICOTINELL TTS 20, 14 parches (4 sem) NICOTINELL TTS 10, 14 parches (2 sem)		-	NICOTINELL FRUIT 4mg, 88 chicles	QUONEM 150 ZINTABAC 150	
					-		QUONEM 150 ZINTABAC 150	

5. SEGUIMIENTO

La mayor parte de recaídas suceden dentro de los primeros 3 meses de abandono, y especialmente durante las dos primeras semanas⁵². Aunque no hemos encontrado evidencias firmes para recomendar un determinado calendario de seguimiento, sí parece claro que:

- Alguna o varias de las visitas de seguimiento deben hacerse durante este periodo crítico, en las 2 primeras semanas y antes de los 3 meses⁵².
- Tanto los profesionales médicos como de enfermería pueden ser útiles para las visitas de seguimiento³³.
- Se conoce que el refuerzo mediante seguimiento telefónico puede ser de ayuda^{53,54}.
- A mayor número de visitas debemos esperar menor tasa de recaídas⁵⁵.

5.1. Calendario y contenido de las consultas de seguimiento.

Por ello, proponemos el siguiente calendario de cinco consultas de seguimiento:

- **1ª consulta:** a los 7-10 días tras la fecha de abandono del tabaco. Debe ser presencial. Si se ha prescrito tratamiento farmacológico, parece oportuno que sea realizada por el médico de familia.
- **Consultas sucesivas:** pueden ser efectuadas por el médico de familia o el enfermero. Puede considerarse realizar alguna de éstas de forma telefónica, concertada o a demanda del paciente. Los intervalos recomendados, desde la fecha de abandono del tabaco, son:

- » **3-4 semanas.**
- » **2-3 meses.**
- » **6 meses.**
- » **12 meses.**

En cuanto a los contenidos, en cada visita se interrogará al paciente buscando fundamentalmente (en aquellos pacientes que siguen tratamiento farmacológico para dejar de fumar) efectos secundarios de la medicación (anexo VII), sin olvidar el aumento de tensión arterial que puede producirse, por lo que en estos pacientes debe controlarse la tensión arterial en cada visita^{56,57}, mientras dure el tratamiento farmacológico. Deben investigarse también signos de privación nicotínica y situaciones para prevenir recaídas, dándole apoyo y consejo (anexo VI). Las pautas de tratamiento farmacológico, si existe, deben irse desarrollando según las fechas de las visitas y el tiempo de abandono. Puede ser útil entregar, si no se ha hecho antes, información escrita, como la contenida en la “guía para dejar de fumar” editada por la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia³⁶.

Habrà que prestar vigilancia a la evolución del peso y hacer las recomendaciones oportunas para evitar incrementos excesivos de peso.

Al año de seguimiento se les da el alta, ofreciéndoles que acudan siempre a la consulta de medicina o enfermería, si lo consideran necesario. Según ya comentamos deberemos reevaluar su permanencia en la condición de exfumador al menos una vez cada 2 años¹⁷.

5.2. Actitud ante las recaídas.

Los porcentajes de éxito al año oscilan entre el 15 y el 45%, según los estudios, sin que el tratamiento utilizado para ello arroje ratios significativamente diferentes^{46,47}. A largo plazo, los porcentajes de éxito son menores⁵⁸, perfilándose la abstinencia al cabo de una semana como predictor fuerte de la abstinencia al año⁵⁹.

La recaída constituye pues un suceso esperable durante el proceso de abandono del tabaco, habitualmente debida al síndrome de abstinencia o, menos frecuentemente, al aumento secundario de peso⁶⁰. La mayor parte de los fumadores precisarán varios intentos serios antes de conseguir dejar el tabaco de forma definitiva⁹, por lo que un fracaso no debe significar el abandono de nuevos intentos terapéuticos. No debe culpabilizar al paciente, felicitándolo por el esfuerzo realizado y haciéndole

ver que en un nuevo intento le será más fácil dejar de fumar. Es preciso valorar de nuevo el nivel de dependencia y motivación del paciente, las circunstancias de su entorno y las causas de posibles fallos en el cumplimiento terapéutico, así como replantear el esquema de tratamiento. De no desear un nuevo intento inmediato, debe volver a ofrecerse ayuda al menos semestralmente⁶¹.

Si se han producido intentos serios de abandono con resultado de fracaso, el médico de familia debe valorar su derivación a atención especializada, según los criterios expuestos en el apartado 3.1.

Lugar de aplicación:

Consultas de medicina de familia y enfermería de los centros de salud y consultorios periféricos adscritos al Servicio Murciano de Salud.

Personal:

- Médicos de Familia del Servicio Murciano de Salud.
- Enfermeros de Equipo de Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud.

Rendimiento:

La prevalencia de tabaquismo en mayores de 14 años en la Región de Murcia se sitúa alrededor del 34%⁶. Por tanto, unos 612 usuarios pertenecientes a un cupo estándar de 1800 usuarios serán fumadores. Si estimamos que el 10% de ellos quiere dejar de fumar, 61 pacientes realizarán la valoración inicial y consultas de seguimiento. De éstos es posible que recaigan el 60%, 37 individuos.

Realizar la captación diaria de un fumador desde un cupo estándar de medicina de familia implica preguntar si fuma a 3 personas cada día, necesitándose aproximadamente 3 años para captar a la totalidad de fumadores.

Tiempo estimado para la aplicación del protocolo:

Suponemos que en cada cupo de medicina de familia desarrollan su actividad un profesional médico y otro de enfermería y que los ratios de actuación por paciente entre Medicina/Enfermería son los de la tabla siguiente. Según éstos, cada usuario que decida e intente dejar de fumar precisará 73 minutos de atención, siendo ofrecidos 27,5 de ellos al menos, por el médico de familia y el resto por enfermería.

Material clínico-diagnóstico:

El material clínico-diagnóstico necesario es el habitual en la dotación de una consulta de medicina de familia y enfermería.

Recursos económicos:

El principal recurso a invertir para la ejecución de este protocolo

Actividad	Minutos por actividad	Implicación		Minutos/paciente	
		Médico de Familia	Enfermero	Médico de Familia	Enfermero
Mensaje inicial y oferta de ayuda	3' 1 consulta	50%	50%	1,5	1,5
Valoración Inicial	20' 1 consulta	80%	20%	16	4
Revisiones	10' 5 consultas	20%	80%	10	40
	Total minutos por profesional			27,5	45,5
	Total minutos por paciente			73	

es el tiempo que deben dedicar los profesionales de medicina de familia y enfermería de los equipos de atención primaria en la captación, valoración y seguimiento de estos pacientes, según se detalla más arriba, valorable según normativa de retribuciones vigente para el Servicio Murciano de Salud.

Apoyo de otros niveles asistenciales:

La aplicación del protocolo precisa del concurso de Salud Mental para aquellos pacientes que cumplen los criterios de derivación que se detallan en el apartado 3.1. Éstos han sido consensuados con los profesionales de salud mental del Servicio Murciano de Salud.

Población diana:

Esta Guía es de aplicación a todas las personas fumadoras mayores de 14 años adscritas al Servicio Murciano de Salud.

Profesionales interesados:

Médicos de familia y enfermeros de equipo de atención primaria.

Procedimientos de actuación:

El proceso se encuentra resumido en el flujograma de la página 7 y en las normas de proceso que figuran más adelante.

Lugar de ejecución.

Atención Primaria de Salud, en los centros de salud y consultorios periféricos del Servicio Murciano de Salud.

Tiempo de ejecución.

Las actividades se realizarán en las consultas de demanda y concertadas de los médicos de familia y enfermeros de atención primaria, atendiendo a la distribución que sigue:

- Mensaje inicial y oferta de ayuda: Indistintamente en la consulta de demanda o concertada por otra causa de medicina de familia y enfermería.
- Valoración Inicial: preferentemente en consulta concertada de medicina de familia, en colaboración con enfermería.
- Revisiones: preferentemente en consulta de enfermería, en colaboración con el médico de familia (en especial si se instaura tratamiento farmacológico). Ocasionalmente pueden realizarse revisiones de enfermería por vía telefónica.

Se detallan las normas de proceso que configuran las actividades a realizar según las recomendaciones de la Guía.

1

En toda persona que fuma debe valorarse su historia como fumador.

Excepciones:

- Ninguna

Aclaraciones:

- Se considera fumadora a toda persona que responde afirmativamente a la pregunta ¿fuma Vd?

- Se considera adecuadamente valorada la historia de fumador si se conoce al menos el número de cigarrillos/día fumados y el tiempo transcurrido como fumador, o su número de paquetes-años.

2

Debe informarse a todo fumador que acude a consulta sobre la necesidad de abandonar el tabaco y ofrecerle ayuda para dejar de fumar, al menos una vez cada seis meses.

Excepciones:

- Pacientes que no han acudido a consulta en los últimos 6 meses.

Aclaraciones:

- Se considera fumadora a toda persona que responde afirmativamente a la pregunta ¿fuma Vd?

3

A todo fumador en fase de preparación se le ha de valorar:

- Intentos previos de abandono y motivos de recaída.
- Test de motivación de Richmond.
- Test de dependencia de Fagerström.
- Motivos de recaída

Excepciones:

- Ninguna

Aclaraciones:

- Se considera fumador en fase de preparación a aquella persona que fuma y que expresa su intención seria de dejar de fumar en los 15 días siguientes.
- Debe conocerse la puntuación resultante de las pruebas de motivación y dependencia.
- Por motivos de recaída se entienden los síntomas psíquicos y físicos del síndrome de abstinencia:

Síntomas psíquicos:

- Deseo de fumar
- Ansiedad
- Irritabilidad
- Frustración o rabia
- Tristeza, melancolía
- Dificultad de concentración
- Cansancio, inapetencia por las labores habituales
- Insomnio

Síntomas físicos:

- Estreñimiento
- Cefalea (dolor de cabeza)
- Bradicardia (pulso lento)
- Hipotensión
- Aumento del apetito, ganancia de peso

- El TEST DE RICHMOND PARA VALORACIÓN DE LA MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR y el TEST DE FARGESTRÖM SIMPLIFICADO PARA VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA FÍSICA DEL FUMADOR se reflejan en el anexo V de esta guía.
-

4

Los pacientes que reciben tratamiento farmacológico para dejar de fumar, seguirán pautas no superiores a 12 semanas.

Excepciones:

- Ninguna

Aclaraciones:

- No precisa
-

Todo paciente que fija una fecha para dejar de fumar debe ser valorado en consulta de seguimiento presencial antes de 11 días tras la fecha de cesación, interesándose por:

- Recaídas
- Aparición de signos de privación nicotínica
- Medida de la tensión arterial
- Aparición de efectos secundarios si recibe medicación para dejar de fumar.

Excepciones:

- Recaída comunicada por vía no presencial (teléfono, familiar, etc.) y registrada como tal.

Aclaraciones:

- Se considera revisada la aparición de los signos de privación nicotínica y de efectos secundarios, si consta la ausencia de éstos de forma genérica.
- Se consideran signos de privación, los síntomas psíquicos y físicos ya reflejados en las aclaraciones a la norma de proceso 3.
- Efectos secundarios del tratamiento farmacológico:

1. Terapia sustitutiva con nicotina. Las reacciones adversas más características son:

- Muy frecuentemente (>25%): alteraciones cutáneas en el lugar de aplicación: eritema, prurito o quemazón.
- Frecuentemente (10-25%): cefalea, insomnio; por vía transdérmica: edema, eritema local después de la retirada del parche, síntomas gripales; por vía oral: flatulencia; por vía intranasal: irritación local, rinorrea, estornudos.
- Ocasionalmente (1-9%): confusión, mareos, náuseas, diarrea o estreñimiento, dispepsia, alteración del gusto (sabor amargo), sequedad de boca, palpitaciones; por vía transdérmica: alteraciones del sueño, somnolencia, dismenorrea; por vía oral: estomatitis, hipo, hipersalivación, anorexia.
- Raramente (<1%): por vía transdérmica: hipertensión, sinusitis,. Ocasionalmente se han notificado casos de aumento de las reacciones adversas con los parches en personas que realizan ejercicio físico intenso, debido al aumento de la temperatura corporal y a la vasodilatación cutánea inducida por el ejercicio, pudiendo incrementarse la absorción percutánea de nicotina.

» Si se constata recaída, no es necesario que figure ningún otro de los datos de valoración.

2.Bupropion. Las reacciones adversas más características son:

Habituales: (>1/%):

- Generales: Fiebre.
- Gastrointestinales: Sequedad de boca, alteración gastrointestinal incluyendo náuseas y vómitos, dolor abdominal, estreñimiento.
- Sistema Nervioso Central: Insomnio, temblor, alteración de la concentración, cefalea, mareo, depresión, agitación, ansiedad.
- Cutáneas/Hipersensibilidad: "Rash", prurito, sudoración. Reacciones de hipersensibilidad tales como urticaria.
- Alteraciones del sentido del gusto.

No habituales (0,1% - 1%):

- Generales: Dolor torácico, astenia.
- Cardiovasculares: Taquicardia, aumento de la presión arterial (a veces grave), rubor.
- Sistema Nervioso Central: Confusión.

Raras (menos del 0,1%):

- Cardiovasculares: Vasodilatación, hipotensión postural, síncope.
- Endocrinas y metabólicas: Anorexia.
- Tinnitus, alteración de la visión.
- Cutáneas/Hipersensibilidad: Reacciones de hipersensibilidad más graves incluyendo angioedema, disnea/broncospasmo y shock anafiláctico. También se han notificado artralgia, mialgia y fiebre junto con "rash" y otros síntomas indicativos de hipersensibilidad retardada. Estos síntomas pueden parecerse a la enfermedad del suero. También se han notificado eritema multiforme y síndrome de Stevens Johnson.
- Sistema Nervioso Central: Convulsiones: La incidencia de convulsiones es aproximadamente 0,1% (1/1.000). El tipo más frecuente de convulsiones es el de convulsiones tónico-clónicas generalizadas.

Es una sustancia prohibida en el deporte de competición, susceptible de producir un resultado positivo en un control de dopaje.

6

Todo paciente que deja de fumar debe ser valorado en consulta de seguimiento al menos en 3 ocasiones en el primer semestre tras la fecha de cesación, y al menos en 1 el segundo, interesándose por:

- Recaída
- Media de la tensión arterial
- Aparición de efectos secundarios si recibe medicación para dejar de fumar

Excepciones:

- Recaída en el hábito documentada.
- Fecha de cesación inferior a 2 meses del momento de evaluación.

Aclaraciones:

- Son válidas las valoraciones realizadas por el médico de familia o personal de enfermería.
- Se considera valoración en consulta de seguimiento si existe alguna referencia a efectos secundarios de la medicación y toma de la tensión arterial.
- Si se constata recaída, no es necesario que figure ningún otro de los datos de valoración.
- Para pacientes cuya fecha de cesación es inferior a 6 meses consideramos cumplido el criterio si existen al menos dos revisiones, si continúan abstinentes en la primera consulta de seguimiento tras la fecha de abandono.

1. DATOS MÍNIMOS A RECOGER

1.1. Captación.

- Situación de fumador o no fumador, repitiendo cada dos años, a excepción los mayores de 30 años que nunca fumaron.

1.2. Valoración genérica del fumador.

- Factores de riesgo cardiovascular:
 - HTA
 - Diabetes
 - Dislipemia
 - Obesidad
- Historia del fumador:
 - Número de cigarrillos/día
 - Número de años como fumador
 - Cálculo del número de paquetes-años, a partir de los datos anteriores

1.3. Intervención mínima.

- Situación del paciente según su intención de dejar de fumar:
 - Fase de precontemplación
 - Fase de contemplación
 - Fase de preparación
- Informe sobre la necesidad de abandonar el tabaco.
- Oferta de ayuda para dejar de fumar, al menos una vez cada seis meses.

1.4. Valoración inicial.

- Situaciones que condicionan el esquema terapéutico:
 - Edad
 - Embarazo o lactancia
 - Abuso de alcohol u otras drogas
 - Epilepsia
 - Trastornos bipolares u otras enfermedades psiquiátricas mayores
 - Trastorno del comportamiento alimentario
 - Uso de antidepresivos tipo IMAO o de fármacos que bajen el umbral convulsivo (antimaláricos, tramadol, antipsicóticos,

- antidepresivos)
- Enfermedad cardiovascular aguda o inestable
- Úlcera gastroduodenal activa
- Traumatismos craneoencefálicos
- Tumor cerebral
- Datos de su historia como fumador:
 - Motivos para dejar de fumar
 - Intentos previos y motivos de recaída
 - Entorno familiar y social
 - Test de motivación de Richmond
 - Test de dependencia de Fagerström
- Derivación o no a atención especializada

1.5. Tratamiento.

- Fecha prevista de cesación
- Oferta de información y consejo sobre el síndrome de abstinencia
- Inicio o no de tratamiento farmacológico
- En caso de tratamiento farmacológico:
 - TSN, sí/no, tipo y pauta.
 - Bupropión, sí/no y pauta.

1.6. Seguimiento. 1ª visita y sucesivas

- Fecha
- Consejos para prevención de recaídas
- Aparición de signos de privación nicotínica (anexo V.I)
- Si recibe medicación para dejar de fumar:
 - Medida de la tensión arterial
 - Aparición de efectos secundarios (anexo VI)
 - Adherencia al tratamiento

2. MECANISMO DE RECOGIDA DATOS

Se utilizará la aplicación OMI-AP, la historia clínica informatizada disponible para Atención Primaria en el Servicio Murciano de Salud, que desarrollará los planes personales y protocolos informatizados necesarios.

1. Responsables de la evaluación

La evaluación es responsabilidad de la Subdirección General de Atención Primaria, Urgencias y Emergencias Sanitarias, a través de las Gerencias de Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud.

2. Componentes de la evaluación

Siguiendo la estructura de evaluación de la Cartera de Servicios de Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud , distinguimos tres componentes en la evaluación:

- Accesibilidad, para señalar el adecuado acceso de la población al servicio.
- Proceso, que se ocupa de medir la correcta ejecución de las principales actividades necesarias para llevar a cabo el servicio.
- Resultado, necesario para conocer la efectividad del servicio desarrollado.
- Uso racional del medicamento.

Además de los componentes mencionados, las actividades detalladas de la guía pueden evaluarse a través de sus normas de proceso, en especial en caso de detectarse desviaciones en la evaluación de accesibilidad, proceso o resultado.

2.1. Indicadores de accesibilidad

- Captación: Porcentaje de fumadores sobre la población diana (mayores de 14 años)

Estándar: 34% de la población mayor de 14 años

2.2. Indicadores de proceso

- Mensaje y oferta de ayuda: Porcentaje de la población fumadora estimada a la que se ha ofrecido mensaje a propósito de la necesidad de abandonar el tabaco y oferta de ayuda para conseguirlo.

Estándar: 80%.

- Valoración inicial: Porcentaje de la población fumadora a la que se realiza valoración inicial (fase de preparación) en el periodo de evaluación, según la norma de proceso 3 del servicio.

Estándar: 10%.

- Revisiones: Porcentaje de la población fumadora que ha decidido dejar de fumar en el periodo de evaluación, y es sometida a revisiones según indica la norma de proceso 6 del servicio.
Estándar: 80%.

2.3. Indicadores de resultado.

- Efectividad: porcentaje de la población fumadora que ha abandonado el tabaco durante el periodo evaluado.
Estándar: 30%.

2.4. Indicadores de uso racional del medicamento.

- Adecuación: Porcentaje de la población que ha decidido dejar de fumar y se le ha prescrito tratamiento farmacológico correcto para dejar de fumar, en el periodo evaluado.
Estándar: 80%.

3. Metodología de la evaluación

Toda vez que esta guía pretende servir de apoyo a la implementación y desarrollo del servicio de atención al tabaquismo de la Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud, su metodología de evaluación será paralela a la del resto de servicios.

A partir de los registros creados mediante el plan personal elaborado como soporte de esta guía en la historia clínica informatizada de Atención Primaria (OMI-AP) se capturarán los datos necesarios para la medición de los indicadores desarrollados y de las Normas de proceso del servicios, ambos desarrollados anteriormente en esta guía.

Ya que la captura de datos es informatizada, no es preciso elaborar muestreo alguno. Se evaluará el total de historias clínicas, agregadas por cupo de medicina de familia, zona y área de salud.

4. Periodicidad de la evaluación

Al igual que el resto de servicios, el servicio de atención al tabaquismo y su guía de práctica se evaluarán con periodicidad anual. Para ello se incluirá el periodo comprendido entre el primero de octubre del año anterior al de evaluación y el 30 de septiembre del año de evaluación.

La guía debe ser revisada al fin de la vigencia del actual Plan de Salud de la Región, en el año 2007.

ANEXOS

ANEXO I

MENSAJES VERBALES A NO FUMADORES

Los mensajes a transmitir a las personas fumadoras y no fumadoras han de ser claros y precisos. En el caso de los no fumadores o exfumadores, es útil hacer hincapié en los beneficios de no fumar, felicitando su actitud. Un ejemplo de intervención verbal a personas no fumadoras podría ser:

“¡Enhorabuena!, es la mejor decisión que ha tomado para su salud y para la de los suyos. SEPA que no fumar hace posible:

- *Una mejor calidad de vida*
- *Más resistencia al ejercicio físico y al deporte*
- *Un menor riesgo de morir y enfermar por cáncer, bronquitis crónica y enfermedades del corazón y los vasos como el infarto de miocardio o la trombosis cerebral*
- *Ser un buen ejemplo para sus hijos, familiares y amigos*
- *Y, sobre todo, estará libre de la adicción a una droga”*

ANEXO II

MENSAJES INICIAL PARA FUMADORES Y PARA PERSONAS EN FASES DE CONTEMPLACIÓN Y PRECONTEMPLACIÓN

Los mensajes a transmitir a las personas fumadoras han de tener las siguientes características:

- **BREVE.** Debe realizarse en no más de 3 minutos.
- **CLARO:** "Le aconsejo que deje de fumar y podemos ayudarle".
- **CONTUNDENTE:** "Dejar de fumar es lo mejor que puede hacer por su salud actual y futura".
- **PERSONALIZADO:** según:
 - Condición clínica: antecedentes personales de patologías relacionadas con el tabaco, motivo de consulta, etc.
 - Historia del consumo de tabaco: cigarrillos/día, años de fumador, etc.
 - Motivación/disponibilidad para el cambio: sensibilización por acontecimientos cercanos relacionados por el tabaco. Beneficios de dejar de fumar.
 - Historia familiar: relación de problemas de salud de otros familiares a consecuencia del tabaco.
 - Los intereses personales: Expectativas vitales (mejor forma física, más aceptación social).
 - Los costes sociales y económicos: menos de días de baja, mayor ahorro, menos invalidez.
- **PARTICIPATIVO,** Propiciando la reflexión del fumador sobre:
 - Relevancia personal de los beneficios de dejar de fumar.
 - Riesgos específicos: Tanto agudos, como a largo plazo, como para los miembros de su entorno.
 - Recompensas: Las múltiples recompensas en el ámbito de la salud, la estética, la recuperación de los sentidos, la autoestima, etc.

ANEXO III

ACTITUD ANTE EL TABACO. VENTAJAS Y MOTIVOS PARA DEJAR DE FUMAR

Este diagrama de campos de fuerza ayuda al fumador a hacer conscientes los motivos para dejar de fumar. También sirve como refuerzo en los momentos de duda en el proceso de deshabituación tabáquica para evitar recaídas. El paciente debe completar la lista rellenando espacios vacíos.

VENTAJAS DE FUMAR MOTIVOS PARA SEGUIR FUMANDO	VENTAJAS DE NO FUMAR MOTIVOS PARA DEJAR DE FUMAR
-	- Mejorará mi calidad de vida
-	- Mejorará mi salud
-	- Evitaré enfermedades futuras
-	- Mejorará mi aspecto personal
-	- Seré un ejemplo positivo para mis hijos
-	- Recuperaré el gusto y el olfato
-	- Mejoraré mi rendimiento físico
-	- Ahorraré dinero
-	- Recuperaré mi libertad
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

Complete la lista rellenando los espacios vacíos. Reflexione acerca de los motivos que tiene para continuar fumando o para dejar de hacerlo.

ANEXO IV

DESHABITUACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES

1. **Cardiopatía Isquémica:**

- a. Tratamiento Sustitutivo con Nicotina (TSN) se puede utilizar en Cardiopatía isquémica estable, a mitad de dosis de un individuo sano, y con seguimiento más estrecho.
- b. Bupropión; No se disponen de datos, se precisan más estudios para recomendar su uso con garantías (no viene como indicación en ficha técnica del producto, tampoco contraindicación). Es posible que en el futuro pueda ser considerado como tratamiento de elección en estos pacientes.

2. **Embarazo:** No indicado ni TSN , ni Bupropión.

3. **Lactancia:** No indicado ni TSN , ni Bupropión.

4. **Depresión:** No es buen momento para abordar la deshabituación tabáquica.

- El TSN a la dosis adecuada junto con el tratamiento antidepresivo instaurado 2 o 3 semanas antes de dejar de fumar , puede ser de gran ayuda.
- El Bupropión está contraindicado en los pacientes con antecedentes de trastorno bipolar o usando IMAO: Desaconsejado en tratamiento antidepresivo.

5. **Bulimia y Anorexia:** El TSN es la opción indicada. El Bupropión está contraindicado.

6. **Convulsiones:** El TSN es la opción indicada. El Bupropión está contraindicado.

7. **Úlcus Gastroduodenal:** El TSN no debe prescribirse en fase activa de la enfermedad. Se puede emplear si la enfermedad está controlada, y la opción indicada serían los parches. Se puede instaurar tratamiento con Bupropión.

- 8. Diabéticos en tratamiento con insulina o antidiabéticos orales:**
- El TSN es el tratamiento de elección, monitorizando las glucemias, ya que es posible tener que reajustar las dosis de insulina.
 - El Bupropión está desaconsejado por reducción del umbral convulsivante.
- 9. Insuficiencia Hepática:** se puede utilizar TSN. El Bupropión se puede usar a mitad de dosis.
- 10. Insuficiencia renal:** Se puede utilizar TSN. El Bupropión se usa a mitad de dosis.
- 11. Hipertensión Arterial:** El TSN se puede usar pero con monitorización de la presión arterial que puede elevarse. El bupropión puede usarse.
- 12. Ancianos:** El TSN se puede usar con monitorización de la presión arterial. El Bupropión a mitad de dosis.
- 13. Niños y Adolescentes:** En menores de 18 años no está indicado el tratamiento farmacológico.
- 14. Conductores y operarios de maquinaria pesada:** El TSN es el tratamiento de elección en estos pacientes. El Bupropión por los mareos y somnolencia está desaconsejado.
- 15. Trastornos de la articulación témporo-mandibular, dentarios, aftas bucales:** Contraindicados los chicles de nicotina, no el resto de TSN. El Bupropión se puede usar.

ANEXO V

PRUEBAS DE VALORACIÓN DEL FUMADOR

V.I

Test de Fargeström simplificado para valoración de la dependencia física del fumador

1. ¿Cuánto tiempo pasa desde que se levanta hasta que fuma el primer cigarrillo?
 - Menos de 5 minutos 3 puntos
 - De 6 a 30 minutos 2 puntos
 - De 31 a 60 minutos 1 punto
 - 61 o más minutos 0 puntos
2. ¿Encuentra difícil no fumar en los lugares donde está prohibido?
 - Si 1 punto
 - No 0 puntos
3. ¿Qué cigarrillo le costaría más dejar de fumar?
 - El primero de la mañana 1 punto
 - Otros 0 puntos
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
 - Menos de 10 cigarrillos 0 puntos
 - De 11 a 20 1 punto
 - De 21 a 30 2 puntos
 - 31 ó mas cigarrillos 3 puntos
5. ¿Fuma más en las primeras horas después de levantarse?
 - Si 1 punto
 - No 0 puntos
6. ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama?
 - Si 1 punto
 - No 0 puntos

Valoración de la dependencia:	
- Leve:	1-3 puntos
- Moderada:	4-6 puntos
- Alta:	> 6 puntos

V.II

Test de Richmond para valoración de la motivación para dejar de fumar

- ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?
- | | |
|----|----------|
| No | 0 puntos |
| Sí | 1 punto |
- ¿Cuánto interés tiene usted en dejar de fumar?
- | | |
|------------------|----------|
| Nada en absoluto | 0 puntos |
| Algo | 1 punto |
| Bastante | 2 puntos |
| Muy seriamente | 3 puntos |
- ¿Intentará dejar de fumar en las próximas 2 semanas?
- | | |
|--------------------|----------|
| Definitivamente no | 0 puntos |
| Quizá | 1 punto |
| Sí | 2 puntos |
| Definitivamente sí | 3 puntos |
- ¿Cuál es la posibilidad de que Vd. dentro de los próximos 6 meses sea un no fumador?
- | | |
|--------------------|----------|
| Definitivamente no | 0 puntos |
| Quizá | 1 punto |
| Sí | 2 puntos |
| Definitivamente sí | 3 puntos |

Valoración:

- Puntuación de 4 o menos: Baja motivación
- Valores entre 5 y 6: motivación media
- Valores mayores de 6: alta motivación

ANEXO VI

INFORMACIÓN PARA LA PERSONA QUE DECIDE DEJAR DE FUMAR

VI.1

Decálogo para dejar de fumar

1. Prepárate para dejar de fumar: No enciendas un cigarrillo automáticamente. Cada vez que te fumes uno, anótalo y escribe el motivo por el que lo haces. Elimina aquellos cigarrillos innecesarios.
2. Elige un día para dejar de fumar y comunícaselo a las personas que te rodean, familiares, amigos... y pídeles ayuda y comprensión.
3. Piensa en dejar de fumar solo por el día presente. No te plantees que nunca más vas a fumar.
4. 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.
5. Come muchas veces y poca cantidad. Evita el consumo de bebidas alcohólicas y excitantes (café, té, etc.).
6. Durante los primeros días sentirás un deseo muy fuerte de fumar. Pero no te preocupes, piensa que este estado no durará toda la vida. Y que existen formas de enfrentarse y vencer este deseo. Relájate y piensa en las ventajas de dejar el tabaco.
7. Ten presente que el deseo imperioso de fumar disminuye considerablemente después de la segunda a tercera semana.
8. Puede que engordes algo, no obstante, si vigilas tu dieta y haces un poco de deporte sólo ganarás escasos kilos que después podrás eliminar fácilmente.
9. Felicítate cada día que pasa, porque esta vez seguro que vas a conseguir dejar de fumar.
10. No cedas nunca, ni siquiera por un solo cigarrillo.

VI.II

Síndrome de abstinencia al tabaco

Estos efectos suceden a la mayoría de quienes intentan dejar de fumar, y son la principal causa de recaída. NO son signos de debilidad, son efectos desagradables pero pasajeros, y merece la pena soportarlos comparado con las ventajas que obtendremos si logra dejar de fumar. Si alguno de estos síntomas pone en peligro el éxito de su deshabituación, CONSULTE EN SU CENTRO DE SALUD.

Síntomas psíquicos:

- Deseo de fumar
- Ansiedad
- Irritabilidad
- Frustración o rabia
- Tristeza, melancolía
- Dificultad de concentración
- Cansancio, inapetencia por las labores habituales
- Insomnio

Síntomas somáticos

- Estreñimiento
- Cefalea (dolor de cabeza)
- Bradicardia (pulso lento)
- Hipotensión
- Aumento del apetito, ganancia de peso

VI.III

Recomendaciones al paciente ante la clínica del síndrome de abstinencia al tabaco

DESEO MUY FUERTE DE FUMAR

- Respirar profundamente 10 veces seguidas, o intentar otras técnicas de relajación.
- Beber agua o zumos.
- Masticar chicles sin azúcar o comer algo bajo en calorías.
- Pensar que este deseo será cada vez menos intenso y frecuente.

INSOMNIO

- Evitar café o bebidas con cafeína.
- Tomar infusiones.
- Hacer más ejercicio.
- Intentar técnicas de relajación.

CEFALEA

- Ducha o baño templado.
- Intentar técnicas de relajación.

ESTREÑIMIENTO

- Dieta rica en fibras.
- Beber mucha agua.

DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN

- No exigir un alto rendimiento durante una o dos semanas.
- Evitar las bebidas alcohólicas.

NERVIOSISMO

- Caminar, tomar un baño, intentar técnicas de relajación.
- Evitar café o bebidas con cafeína.

HAMBRE

- Beber mucha agua y zumos que no engorden.
- Vigilar la ingesta de azúcares refinados y de alimentos ricos en calorías.

CANSANCIO

- Aumentar las horas de sueño.

ANEXO VII

FÁRMACOS UTILIZADOS EN ESPAÑA PARA LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA¹

1. TERAPIA SUSTITUTIVA DE NICOTINA.

La nicotina es un agonista de los receptores colinérgicos nicotínicos y responsable de la producción de dependencia al tabaco en fumadores. Proporciona a quienes deseen dejar el hábito de fumar, la cantidad de nicotina suficiente para reducir la aparición de los síntomas de abstinencia.

Efectos adversos

Son, en general, frecuentes y moderadamente importantes. El perfil toxicológico de este fármaco es similar al asociado con el aporte de nicotina al fumar, aunque de forma menos acentuada debido a que las concentraciones plasmáticas de nicotina suelen ser menores. En la mayor parte de los casos, las reacciones adversas son una prolongación de la acción farmacológica y afectan principalmente al sistema nervioso central. El 6% de los pacientes tratados con este medicamento por vía transdérmica se ven obligados a suspender el tratamiento. Las reacciones adversas más características son:

- Muy frecuentemente (>25%): alteraciones cutáneas en el lugar de aplicación: eritema, prurito o quemazón.
- Frecuentemente (10-25%): cefalea, insomnio; por vía transdérmica: edema, eritema local después de la retirada del parche, síntomas gripales; por vía oral: flatulencia; por vía intranasal: irritación local, rinorrea, estornudos.
- Ocasionalmente (1-9%): confusión, mareos, náuseas, diarrea o estreñimiento, dispepsia, alteración del gusto (sabor amargo), sequedad de boca, palpitaciones; por vía transdérmica: alteraciones del sueño, somnolencia, dismenorrea; por vía oral: estomatitis, hipo, hipersalivación, anorexia.
- Raramente (<1%): por vía transdérmica: hipertensión, sinusitis. Ocasionalmente se han notificado casos de aumento de las reacciones adversas con los parches en personas que realizan ejercicio físico intenso, debido al aumento de la temperatura corporal y a la vasodilatación cutánea inducida por el ejercicio, pudiendo incrementarse la absorción percutánea de nicotina.

Contraindicaciones

- Alergia a nicotina.
- Alteraciones cardiovasculares (ictus reciente, angina inestable, arritmia cardiaca, infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardiaca avanzada).
- Dermatopatías que dificulten la aplicación del parche.
- Fumadores ocasionales.

Precauciones

La liberación de catecolaminas inducidas por la nicotina puede provocar un aumento de la presión arterial, la frecuencia cardiaca, y las concentraciones plasmáticas de glucosa, por lo que se deberán guardar precauciones en las siguientes enfermedades:

- Alteraciones cardiovasculares (angina estable, arteriopatía periférica oclusiva), diabetes, feocromocitoma, hipertensión arterial, hipertiroidismo.
- Insuficiencia hepática: dado que se metaboliza mayoritariamente en el hígado, deberá ajustarse la posología al grado funcional hepático.
- Insuficiencia renal: dado que se elimina mayoritariamente por vía renal, deberá ajustarse la posología al grado funcional renal.
- Úlcera péptica: puede exacerbarse.

No se debe fumar mientras se llevan los parches ante el posible aumento de alteraciones cardiovasculares.

Abuso y dependencia

Existe el riesgo de que la interrupción brusca del tratamiento pudiera originar un cuadro similar al observado al retirar el tabaco. El dejar de fumar puede requerir una disminución de la dosis de teofilina, propranolol, warfarina e insulina, debido a que la nicotina en términos generales, es inductora enzimática.

Ventajas e inconvenientes de las diferentes formas de administración²

PARCHES

Ventajas

- Menos riesgo de abuso
- Sobredosificación rara

- Mejores cumplimientos del tratamiento (1 parche/día)
- Pico de nicotina a las 4-8 horas de su aplicación (no relación adictiva)
- Menos frecuencia de efectos secundarios como la dispepsia, parestesias, tos, palpitaciones o sudoración que en otras presentaciones

Inconvenientes

- No satisfactorio en grandes fumadores al no percibir efectos satisfactorios inmediatos sobre el SNC
- Necesita 2-3 días de uso hasta alcanzar una concentración estable en plasma
- Frecuentes alteraciones cutáneas en el lugar de aplicación: eritema, prurito o quemazón (>25%)

CHICLES

Ventajas

- Los fumadores autorregulan el consumo de nicotina para evitar el síndrome de abstinencia
- Pico de absorción sobre los 30 minutos de la toma
- Uso seguro, tras 5 años no aumenta el riesgo cardiovascular

Inconvenientes

- Los fumadores deben ser aleccionados en su empleo: Cada chicle deberá ser lentamente masticado durante media hora, esperando varios segundos entre cada masticación, después de masticar unas diez veces se deslizará durante uno o dos minutos debajo de la lengua, repitiendo este ciclo durante media hora.
- Algunas sustancias, como el café, pueden reducir su absorción
- Es menos eficaz para la prevención de recaídas tardías
- Efectos adversos digestivos más frecuentes

COMPRIMIDOS

Ventajas

- Más fácil de utilizar que el chicle

Inconvenientes

- Más caro que la mayoría del resto de alternativas

Presentaciones disponibles en España.

La tabla de la página siguiente resume las presentaciones disponibles y su precio en mayo de 2004, ordenadas por presentación y coste/día.

Para el cálculo de éste se ha tenido en cuenta lo siguiente:

- Dosis diaria en chicles de 2mg: 10 chicles
- En chicles de 4mg se ha considerado una pauta de 10 chicles/día para dosis media, y de 16 chicles/día para dosis alta.
- Se han agrupado los parches en tres posologías (baja, media y alta dosis) independientemente de su duración (16 o 24 horas), al no existir diferencia clínica apreciable entre ambos.

TERAPIA SUSTITUTIVA DE NICOTINA: FARMACOS COMERCIALIZADOS EN ESPAÑA

TIPO	NOMBRE	DOSIS UNIDAD	UNIDADES ENVASE	PVP ENVASE	PVP UNIDAD	COSTE DIA
CHICLES BAJA DOSIS	NICOMAX 2 MG 105 CHICLES	2	105	17,50	0,17	1,67
	NICOMAX 2 MG 105 CHICLES MINT	2	105	17,50	0,17	1,67
	NICOMAX 2 MG 30 CHICLES	2	30	5,60	0,19	1,87
	NICOMAX 2 MG 30 CHICLES MINT	2	30	5,60	0,19	1,87
	NICORETTE 2 MG 105 CHICLES	2	105	19,96	0,19	1,90
	NICORETTE MINT 2 MG 105 CHICLES	2	105	19,96	0,19	1,90
	NICOTINELL 2 MG 84 CHICLES FRUIT	2	84	15,97	0,19	1,90
	NICOTINELL FRUIT 2 MG 96 CHICLES	2	96	18,51	0,19	1,93
	NICOTINELL MINT 2 MG 96 CHICLES	2	96	18,51	0,19	1,93
	NICOTINELL FRUIT 2 MG 24 CHICLES	2	24	5,19	0,22	2,16
	NICORETTE 2 MG 30 CHICLES	2	30	7,85	0,26	2,62
	NICORETTE MINT 2 MG 30 CHICLES	2	30	7,85	0,26	2,62
	NICOTINELL 2 MG 12 CHICLES FRUIT	2	12	3,24	0,27	2,70
CHICLES DOSIS MEDIA-ALTA	NICOTINELL FRUIT 4 MG 96 CHICLES	4	96	23,68	0,25	2,47-3,95
	NICOTINELL MINT 4 MG 96 CHICLES	4	96	23,68	0,25	2,47-3,95
	NICORETTE 4 MG 105 CHICLES	4	105	27,81	0,26	2,65-4,24
	NICORETTE 4 MG 30 CHICLES	4	30	8,97	0,30	2,99-4,78
COMPRIMIDOS	NICOTINELL MINT 1 MG 36 COMPRIMIDOS	1	36	11,07	0,31	3,08
PARCHES DOSIS BAJA DOSIS	16h NICORETTE 5 8.3 MG 7 PARCHES	5	7	19,92	2,85	2,85
	24h NICOTINELL TTS 10 17.5 MG 28 PARCHES	-	28	66,25	2,37	2,37
	24h NICOTINELL TTS 10 17.5 MG 14 PARCHES	-	14	36,81	2,63	2,63
PARCHES DOSIS MEDIA	16h NICORETTE 10 16.6 MG 14 PARCHES	10	14	36,70	2,62	2,62
	24h NICOTINELL TTS 20 35 MG 28 PARCHES	-	28	69,51	2,48	2,48
	24h NICOTINELL TTS 20 35 MG 14 PARCHES	-	14	37,98	2,71	2,71
PARCHES ALTA DOSIS	16h NICORETTE 15 24.9 MG 14 PARCHES	15	14	38,39	2,74	2,74
	24h NICOTINELL TTS 30 52.5 MG 28 PARCHES	-	28	72,78	2,60	2,60
	24h NICOTINELL TTS 30 52.5 MG 14 PARCHES	-	14	39,73	2,84	2,84

2. BUPROPION

Antidepresivo y deshabituante del tabaco, es un inhibidor selectivo de la recaptación neuronal de catecolaminas (noradrenalina y dopamina) con un mínimo efecto sobre la recaptación de indolaminas (serotonina) y que no inhibe la acción de ninguna monoaminoxidasa. Se desconoce el mecanismo por el cual bupropion potencia la capacidad de los pacientes para abstenerse de fumar. No obstante, se supone que en esta acción intervienen mecanismos noradrenérgicos y/o dopaminérgicos. Tras su ingesta oral se desconoce la biodisponibilidad absoluta; aunque al menos un 87% de la dosis es absorbida. La absorción no está significativamente afectada cuando se toman alimentos y su metabolismo es fundamentalmente hepática.

Reacciones adversas

Es una sustancia prohibida en el deporte de competición, susceptible de producir un resultado positivo en un control de dopaje. Aparte de esto, las reacciones son:

Habituales: (>1%):

- Generales: Fiebre.
- Gastrointestinales: Sequedad de boca, alteración gastrointestinal incluyendo náuseas y vómitos, dolor abdominal, estreñimiento.
- Sistema Nervioso Central: Insomnio, temblor, alteración de la concentración, cefalea, mareo, depresión, agitación, ansiedad.
- Cutáneas/Hipersensibilidad: "Rash", prurito, sudoración. Reacciones de hipersensibilidad tales como urticaria.
- Alteraciones del sentido del gusto.

No habituales (0,1% - 1%):

- Generales: Dolor torácico, astenia.
- Cardiovasculares: Taquicardia, aumento de la presión arterial (a veces grave), rubor.
- Sistema Nervioso Central: Confusión.

Raras (menos del 0,1%):

- Cardiovasculares: Vasodilatación, hipotensión postural, síncope.
- Endocrinas y metabólicas: Anorexia.
- Tinnitus, alteración de la visión.
- Cutáneas/Hipersensibilidad: Reacciones de hipersensibilidad más graves incluyendo angioedema, disnea/broncospasmo y shock

anafiláctico. También se han notificado artralgia, mialgia y fiebre junto con "rash" y otros síntomas indicativos de hipersensibilidad retardada. Estos síntomas pueden parecerse a la enfermedad del suero. También se han notificado eritema multiforme y síndrome de Stevens Johnson.

- Sistema Nervioso Central: Convulsiones: La incidencia de convulsiones es aproximadamente 0,1% (1/1.000). El tipo más frecuente de convulsiones es el de convulsiones tónico-clónicas generalizadas.

Sobredosis

Además de los efectos referidos, la sobredosificación ha dado origen a la aparición de síntomas que incluyen somnolencia, alucinaciones y pérdida de consciencia. Aunque la mayoría de los pacientes se recuperaron sin secuelas, raramente se han notificado fallecimientos relacionados con sobredosis de bupropion en pacientes que ingirieron dosis masivas del fármaco.

En caso de sobredosificación, se aconseja remitir al hospital. Debe asegurarse una vía respiratoria, una oxigenación y una ventilación adecuadas.

Contraindicaciones

- Hipersensibilidad a bupropion o a cualquiera de los excipientes.
- Convulsiones: Trastorno convulsivo actual o pasado. Antes de comenzar el tratamiento deberá descartarse la presencia de posibles factores de riesgo que predisponen a convulsiones. La aparición de convulsiones está estrechamente relacionado con la presencia de factores de riesgo predisponentes como historia de traumatismo craneoencefálico, tumor cerebral, administración concomitante de otros medicamentos de los que se conoce que disminuyen el umbral de convulsiones.
- Historial de bulimia o anorexia nerviosa. Se han registrado un aumento en la incidencia de convulsiones.
- Cirrosis hepática.
- Historia de trastorno bipolar (maniaco-depresivo).
- Tumor del Sistema nervioso central.
- Pacientes que estén en proceso de deshabitación alcohólica o de retirada de benzodiazepinas.
- Uso concomitante con inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO).

- Embarazo: Se desconoce el potencial riesgo para los seres humanos. No se ha establecido la seguridad de uso en mujeres embarazadas.

Efectos secundarios y precauciones

- Deberá interrumpirse la administración si los pacientes experimentan hipersensibilidad o reacciones anafilácticas.
- Insomnio: Alrededor del 30% de los pacientes experimentan insomnio, que puede mitigarse evitando tomar la dosis a la hora de acostarse.
- En insuficiencia renal la dosis recomendada es 150 mg una vez al día.
- Psicosis: puede precipitar episodios de psicosis en pacientes susceptibles.
- Puede afectar la capacidad psicomotora. Se ha notificado que causa mareo. Por consiguiente, los pacientes tendrán precaución antes de conducir o de usar maquinaria hasta que estén seguros de que este medicamento no afecta adversamente su capacidad.

Presentaciones disponibles en España

La tabla siguiente recoge las 2 presentaciones disponibles hoy día:

NOMBRE	DOSIS UNIDAD	UNIDADES ENVASE	PVP ENVASE	PVP UNIDAD	COSTE DIA
ZYNTABAC 150 mg 60 COMPRIMIDOS	150	60	76,59	1,28	2,55
QUOMEM 150 mg 60 COMPRIMIDOS	150	60	76,59	1,28	2,55

- 1 Datos extraídos de la base de datos del medicamento del Colegio Oficial de Farmacéuticos de España (BOT), septiembre 2003. Disponible en internet: <http://www.portalfarma.com/home.nsf>.
- 2 Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Ergon, 2ª Ed. Madrid, 2003.

ANEXO VIII

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Teniendo en cuenta que el tabaquismo es una enfermedad crónica y adictiva, el soporte psicológico mejora los índices de abstinencia.

Los métodos psicológicos se fundamentan en métodos educacionales y conductuales, con el propósito de cambiar la conducta del fumador, reestructurando sus conocimientos para reemplazar y suprimir su conducta de fumar.

• Educacionales:

1. Trabajar las falsas creencias (fumar es relajante, el tabaco light hace menos daño, fumar poco no perjudica...)
2. Beneficios del abandono del tabaco (es la decisión más saludable que podemos tomar en nuestra vida, a corto plazo desaparece la tos, mejora la fatiga, aumenta la capacidad para el ejercicio, se recupera el gusto y el olfato, la piel estará más fresca, dejar el tabaco tiene beneficios para la salud para hombres y mujeres, los exfumadores viven más que los fumadores, disminuye el riesgo de cáncer de pulmón y otros cánceres, ataques cardíacos, accidentes vasculares 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 otras patologías frecuentes en hijos de madres fumadoras...)

• Conductual:

1. Análisis de la situación actual: identificar incentivos positivos del fumador para continuar fumando. Identificar y eliminar barreras (miedo a ganar peso, experimentar síndrome de abstinencia, miedo al fracaso, falta de apoyo, depresión...). Analizar los principales motivos para dejar de fumar (riesgo para la salud, precio elevado, libertad, sentirse mejor, con más energía, superarse a nivel personal...) Valoración de su autoconfianza.
2. Búsqueda de alternativas y toma de decisiones: para aumentar la motivación del fumador para dejarlo necesita alternativas para sustituir el tabaco.

3. Técnicas de afrontamiento de estados o situaciones: Tanto emocionalmente positiva como negativas, que son las de mayor riesgo de recaídas. Ayudar al fumador a que formule objetivos claros de cambio de conducta facilita el cambio.
4. Búsqueda de apoyo social.
5. Abordaje del Síndrome de Abstinencia.
6. Prevención de recaídas: ofrecer ayuda activa analizando barreras, dificultades y riesgos para mantener la abstinencia y trabajando alternativas.

1. Bibliografía básica:

- Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2003.
- Cabezas C. Guía para ayudar a la gente a dejar de fumar. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Ed. SEMFYC. Barcelona, 2000.
Disponible en <http://www.papps.org/guias/g3.html>
- Centro Cochrane Iberoamericano. Evidencia clínica: la fuente internacional de la mejor evidencia disponible para una atención efectiva en salud. Ed . Legis, 2ª edición, Bogotá 2003.
Disponible en www.evidenciaclinica.com
- UMHS Smoking Cessation Guideline, february 2001.
Disponible en: <http://cme.med.umich.edu/pdf/guideline/smoking.pdf>, consultado en agosto de 2003.
- Azagra MJ, Yurrs I, Agudo C: El tratamiento de la dependencia del tabaco. Boletín de Información fármacoterapéutica de Navarra, 9 (3), octubre 2001. Disponible en:
<http://www.cfnavarra.es/wbgn/sou/publicac/bj/textos/v9n3.htm>
- Torrecilla M, Domínguez F, Torres A, Cabezas C, Jiménez CA, Barrueco M et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador: documento de consenso. Aten Primaria 2002; 30:310-7
- Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Ergon, 2ª Ed. Madrid, 2003.

2. Bibliografía general:

- 1.- Clemente ML, Solbes A, Amador FJ et al: Tres semanas sin humo: un paso más allá de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. *Aten Primaria* 2003; 32:163-8.
- 2.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2001. Madrid:
MSC (disponible URL:<http://www.msc.es/notas/2002-05-31-2.htm>) Consultado en Mayo 2003.
- 3.- Burns DM. Adicción a la nicotina. En: Harrison, Principios de Medicina Interna, 15ª Ed, Ed. McGraw-Hill. 2001. 3012-3014.
- 4.- Ezzati M, Lopez A: Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet* 2003; 362:847-52.
- 5.- Thomas Mulet V. La importancia del abordaje del tabaquismo en Atención Primaria. *Prev Tab* 2002; 4(4):171-173.
- 6.- III Plan de Salud 2003-2007 de la Región de Murcia.
- 7.- Subdirección general de epidemiología, promoción y educación para la salud. Dirección general de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud de España, 1997. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1999.
- 8.- Wyser C, Bolliger CT. Smoking-related disorders. Bolliger CT, Fagerström KO (eds.). *The tobacco epidemic. Prog Respir Res* Basel. Karger, 1997; 28:78-106.
- 9.- Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Ergon, 2ª Ed. Madrid, 2003.
- 10.- Pardell H, Saltó E, Salleras L. Beneficios de la cesación tabáquica. Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. Madrid, 1996.
- 11.- Law M, Tang JL. An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Arch Intern Med* 1995;155:1933-1941.
- 12.- Rigotti NA, Munafro MR, Murphy MFG, et al. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Search date 2000; primary sources Cochrane Controlled Trials Register, Centre for Disease Control Smoking and Health database, Cinahl, and experts.
- 13.- Hajek P, Taylor TZ, Mills P. Brief intervention during hospital

- admission to help patients to give up smoking after myocardial infarction and bypass surgery: randomized controlled trial. *BMJ* 2002;324:1-6.
- 14.- Lumley J, Oliver S, Waters E. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2002*. Oxford: Update Software. Search date 1998; primary source Cochrane Tobacco Addiction Group Trials Register.
 - 15.- Edwards G, Hodson R. Nomenclature et classification des problèmes liés à la consommation de drogue et alcool. *Mémoire OMS. Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé* 1982; 60: 499- 520.
 - 16.- Córdoba R, Ortega R, Cabezas C, Forés D, Nebot M, Robledo T. Recomendaciones sobre estilo de vida. *Aten Primaria* 2001; 28:27-51
 - 17.- Cabezas C. Guía para ayudar a la gente a dejar de fumar. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Ed. SEMFYC. Barcelona, 2000. Disponible en: <http://www.papps.org/guias/g3.html>, consultado en agosto de 2003.
 - 18.- Centro Cochrane Iberoamericano. Evidencia clínica: la fuente internacional de la mejor evidencia disponible para una atención efectiva en salud. Ed . Legis, 2ª edición, Bogotá 2003. Disponible en www.evidenciainclinica.com
 - 19.- UMHS Smoking Cessation Guideline, february 2001. Disponible en: <http://cme.med.umich.edu/pdf/guideline/smoking.pdf>, consultado en agosto de 2003.
 - 20.- Azagra MJ, Yurrs I, Agudo C: El tratamiento de la dependencia del tabaco. *Boletín de Información fármacoterapéutica de Navarra*, Vol. 9 (3), octubre 2001. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/webgn/sou/publicac/bj/textos/v9n3.htm>
 - 21.- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Rockville: US Department of Health and Human Services, 2000. Agency for Healthcare Research and Quality. Publication # 00-032.
 - 22.- Servicio de Promoción y Educación para la Salud de la Región de Murcia. Programa de información sobre tabaquismo: infor-

- mación para no fumadores. Ed. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. 2ª Edición. Murcia, 2003. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/nofumadores.pdf>.
- 23.- Servicio de Promoción y Educación para la Salud de la Región de Murcia. Programa de información sobre tabaquismo: información para jóvenes. Ed. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. 2ª Edición. Murcia, 2003. Disponible en <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/jovenes.pdf>.
 - 24.- Servicio de Promoción y Educación para la Salud de la Región de Murcia. Programa de información sobre tabaquismo: información para padres y madres. Ed. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. 2ª Edición. Murcia, 2003. Disponible en <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/padresmadres.pdf>.
 - 25.- Servicio de Promoción y Educación para la Salud de la Región de Murcia. Programa de información sobre tabaquismo: información para mujeres. Ed. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. 2ª Edición. Murcia, 2003. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/mujeres.pdf>.
 - 26.- Torrecilla M, Domínguez F, Torres A, Cabezas C, Jiménez CA, Barrueco M et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador: documento de consenso. *Aten Primaria* 2002; 30:310-7.
 - 27.- Doll R, Crofton J. Tobacco and health. *Br Med Bull* 1996; 52:12-23
 - 28.- Jarvis MJ. Patterns and predictors of smoking in de general population. In: Bolliger CT, Fagegström KO, editors. *The tobacco epidemic*. Basel, Karger: Prog respir Res 1997; 28:151-164.
 - 29.- Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Search date 2000; primary sources Cochrane Tobacco Addiction Group Trials Register and the Cochrane Controlled Trials Register.
 - 30.- Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Library* N 2, 2001. Oxford: Update software.
 - 31.- Plans P, Navas E, Tarín A, Rodríguez G, Gali N, Gayta R et al. Coste-efectividad de los métodos de cesación tabáquica. *Med Clin (Barc)* 1995; 104:49-53
 - 32.- Pieterse ME, Seydel ER, de Vries H, et al. Effectiveness of a

- minimal contact smoking cessation program for Dutch general practitioners: a randomized controlled trial. *Prev Med* 2001; 32:182-190.
- 33.- Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2002*. Oxford: Update Software. Search date 2001; primary sources Cochrane Tobacco Addiction Group Trials Register and Cinahl.
- 34.- Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation (Cochrane review). In: *The Cochrane Library Issue 2, 2002*. Oxford: Update Software. Search date 1999; primary sources previous reviews and meta-analyses, the Tobacco Addiction Review Group register of controlled trials identified from Medline Express (Silverplatter) to 1999/8 and the Science Citation Index to 9/1999.
- 35.- Servicio de Promoción y Educación para la Salud de la Región de Murcia. Programa de información sobre tabaquismo: información para fumadores. Ed. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. 2ª Edición. Murcia, 2003. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/fumadores.pdf>.
- 36.- Servicio de Promoción y Educación para la Salud de la Región de Murcia. Programa de información sobre tabaquismo: guía para dejar de fumar. Ed. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. 2ª Edición. Murcia, 2003. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/dejarfumar.pdf>.
- 37.- SEPAR. Actitud ante el tabaco. Comparar los motivos para dejar de fumar con los motivos para seguir fumando. Disponible en: http://db.separ.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/separ/separ2003.pkg_areas.muestradoc?p_id_menu=17
- 38.- Barrueco M. El conjunto mínimo de datos diagnósticos del fumador (CMDDF). Un documento español en consenso. *Prev Tab* 2002; 4:7-9.
- 39.- Richmond RI, Kehoe L, Webster IW. Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop smoking by general practitioner. *Addiction* 1993; 88: 1127- 1135.
- 40.- Fagerström KO, Schneider N: Measuring nicotine dependence: a review of the FTND. *J Behav Med* 1989; 12:159-182.
- 41.- Jiménez CA, Solano S, Barrueco M, Degrande JI, Lorza JJ, Alonso S et al: Recomendaciones para la organización y funcio-

- namiento de las unidades especializadas en tabaquismo. Arch Bronconeumol 2001; 37:382-7.
- 42.- SEPAR. Decálogo para dejar de fumar. Noviembre 2000. Acceso a por internet en: SEPAR <http://www.separ.es/areas/pub23.htm>.
 - 43.- Jiménez CA. Terapia sustitutiva con nicotina: aspectos prácticos. Rev Clin Esp 1998; 198:1599-1602.
 - 44.- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Search date 2000; primary source Cochrane Tobacco Addiction Group Trials Register.
 - 45.- Jorenby DE, Leischow S, Nides M, Rennard S, Johnston JA et al: A Controlled Trial of Sustained-Release Bupropion, a Nicotine Patch, or Both for Smoking Cessation. NEJM 1999; 340:685-91.
 - 46.- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 - 47.- Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 - 48.- Tonnesen P, Paoletti P, Gustavsson G, Russell MA, Saracci R, Gulsvik A et al. Higher dosage nicotine patches increase one-year smoking cessation rates: results from the european CEASE-trial. Eur Respir 1999; 13:238-456.
 - 49.- Daughton DM, Fortmann SP, Glover ED, et al. The smoking cessation efficacy of varying doses of nicotine patch delivery systems 4 to 5 years post-quit day. Prev Med 1999;28:113-118.
 - 50.- Jiménez CA, Ayesta J, Planchuelo MA, Abéngozar R, Torrecilla M, Quintas AM et al. Recomendaciones de la Sociedad española de Especialistas en Tabaquismo para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Prev Tab 2001; 3:78-85.
 - 51.- BOT: Base de datos del medicamento del Colegio Oficial de Farmacéuticos de España (BOT), septiembre 2003. Disponible en internet: <http://www.portalfarma.com/home.nsf>.
 - 52.- Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ, Fiore MC. Treating tobacco use and dependence: an evidence-based clinical practice

- guideline for tobacco cessation. *Chest* 2002; 121:932-41.
- 53.- Stead LF, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. In: *The Cochrane Library Issue 2, 2002*. Oxford: Update Software. Search date 2000; primary source Cochrane Tobacco Addiction Group Trials Register.
- 54.- Miguez MC, Vasquez FL, Becona E. Effectiveness of telephone contact as an adjunct to a self-help program for smoking cessation. A randomized controlled trial in Spanish smokers. *Addict Behav* 2002;27:139-144.
- 55.- Lancaster T, Stead L, Silagy Ch, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from de Cochrane Library. *BMJ* 2000b; 321: 355- 358.
- 56.- Holm, KJ, and CM Spencer. Bupropion: A Review of its use in the Management of Smoking Cessation. *Drugs* 2000; 59:1007-1024.
- 57.- Paez JM. Acción del tabaco sobre la tensión arterial. En: López V.: *Tabaco, hipertensión y órganos diana*. Espaxs, Barcelona 1999.
- 58.- Daughton DM, Fortmann SP, Glover ED, et al. The smoking cessation efficacy of varying doses of nicotine patch delivery systems 4 to 5 years post-quit day. *Prev Med* 1999;28:113-118.
- 59.- Tonneson P, Paoletti P, Gustavsson G, et al. Higher dose nicotine patches increase one year smoking cessation rates: results from the European CEASE trial. *Eur Respir J* 1999;13:238-246.
- 60.- SEPAR. Normativa sobre el tratamiento del tabaquismo. Noviembre 2000. Acceso a por Internet en: SEPAR <http://www.separ.es/areas/pub23.htm>
- 61.- Raw M, McNeill A, et al: Smoking cessation evidence based recommendations for health care system. *BMJ* 1999; 318: 182-185.
- 62.- López-Picazo JJ, Barragán A, Bravo G, Escribano C, Fernández J: *Cartera de Servicios de Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud, 2003-2004*. Ed. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. Murcia, 2004.

