



GUÍA DE BOLSILLO PARA EL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO (semFYC)

Autores

Francisco Camarelles Guillem. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo de Abordaje del Tabaquismo (GAT) de la semFYC. Grupo de educación sanitaria y promoción de la salud del PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud).

Vidal Barchilón Cohen. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo de Abordaje del Tabaquismo (GAT) de la semFYC.

Lourdes Clemente Jiménez. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo de Abordaje del Tabaquismo (GAT) de la semFYC.

José Manuel Iglesias Sanmartín. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo de Abordaje del Tabaquismo (GAT) de la semFYC.

Carlos Martín Cantera. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo de Abordaje del Tabaquismo (GAT) de la semFYC.

César Minué Lorenzo. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo de Abordaje del Tabaquismo (GAT) de la semFYC.

Joan Antoni Ribera Osa. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo de Abordaje del Tabaquismo (GAT) de la semFYC.

Emilio Salguero Chávez. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo de Abordaje del Tabaquismo (GAT) de la semFYC.





Índice

1. Introducción	3
2. Intervención sobre el consumo de tabaco	3
2.1. El proceso de dejar de fumar	3
2.2. Intervención en el fumador	4
2.2.1. <i>Intervención en el fumador que no quiere dejar de fumar</i>	4
2.2.2. <i>Intervención en el fumador que quiere dejar de fumar</i>	7
3. Bibliografía	15

1. Introducción

El consumo de tabaco presenta una rara confluencia de circunstancias: es una significativa y alta amenaza para la salud, hay una escasa implicación entre el personal sanitario para intervenir consecuentemente y, sin embargo, disponemos de intervenciones efectivas. Realmente es difícil identificar otro condicionante de la salud que presente esta mezcla de letalidad, prevalencia y desatención. Por otra parte, la intervención en tabaco está considerada como el patrón oro de las intervenciones preventivas, muy por encima de otras medidas preventivas realizadas comúnmente¹.

El consumo de tabaco es la primera causa de enfermedad y muerte evitables en nuestro país, y el objetivo de esta guía es mostrar las intervenciones efectivas disponibles para ayudar a dejar de fumar a los pacientes fumadores que atendemos en las consultas².

2. Intervención sobre el consumo de tabaco

Para ayudar a dejar de fumar hay que tener en cuenta las siguientes consideraciones:

Fumar es:

- Una adicción física y psicológica
- Una conducta aprendida
- Una dependencia social

Dejar de fumar supone:

- Superar la adicción ▶ intervención psicosocial y fármacos
- Desaprender una conducta ▶ estrategias conductuales
- Modificar la influencia del entorno

2.1. El proceso de dejar de fumar

Dejar de fumar supone un cambio de conducta que responde a un proceso en el que cada fumador pasa por varias fases a lo largo de un tiempo. Cada fumador se encuentra en una u otra fase en función del menor o mayor grado de motivación para dejar de fumar (figura 1)³. Estas fases son:

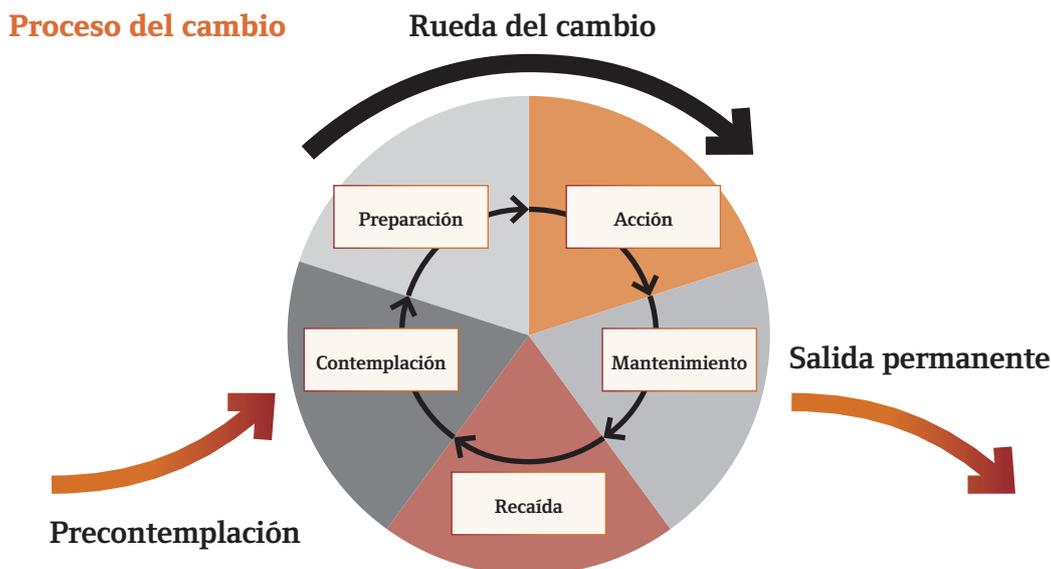
- **Precontemplación:** no se ha planteado seriamente la idea de dejar de fumar, no percibe como un problema su conducta de fumar. Supone el 25-30% de los fumadores.
- **Contemplación:** hay un planteamiento serio de cambio en los próximos 6 meses. En esta fase es característica la ambivalencia o sentimientos contrapuestos respecto al hecho de fumar. Supone el 50-60% de los fumadores.
- **Preparación:** el fumador es capaz de fijar una fecha y pensar un plan para dejar de fumar en el próximo mes. Supone el 10-15% de los fumadores.
- **Acción:** en esta fase se intenta dejar de fumar. No se fuma durante un tiempo menor de 6 meses.
- **Mantenimiento:** la persona se mantiene sin fumar durante más de 6 meses.
- **Exfumador:** persona que ha dejado de fumar hace más de 1 año.
- **Recaída:** es una fase más del proceso, y constituye un paso frecuente. En muchas ocasiones se necesitan tres o cuatro intentos antes de dejar de fumar definitivamente. Cuando aparece, hay que despenalizar la situación y que se vea como una fuente de aprendizaje para el intento definitivo, y revisar los posibles errores que se han cometido. Tras una recaída, hay que intentar generar un nuevo compromiso del paciente para volver a intentar dejar de fumar, habitualmente dejando pasar un tiempo. Es importante valorar los intentos previos de abandono para obtener información que pueda ser de ayuda para volver a preparar al paciente para un nuevo intento.

2.2. Intervención en el fumador

Se estima que un 70% de la población acude al menos una vez al año a su médico de familia, y que las personas que fuman lo hacen con una frecuencia mayor que las que no fuman. Este hecho ofrece una importante oportunidad para promover la intención de dejar de fumar y proporcionar ayuda eficaz a quienes han decidido intentarlo.

En nuestro país, la asistencia al tabaquismo está incluida en la cartera de servicios de Atención Primaria de Salud. El Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS) de la semFYC recomienda preguntar en cada visita por el consumo de tabaco a las personas mayores de 10 años y registrar el consumo en la historia clíni-

FIGURA 1. MODELO TRANSTEÓRICO DE LAS ETAPAS DE CAMBIO.



Fuente: Programa Atención Primaria Sin Humo.
Programas de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC).

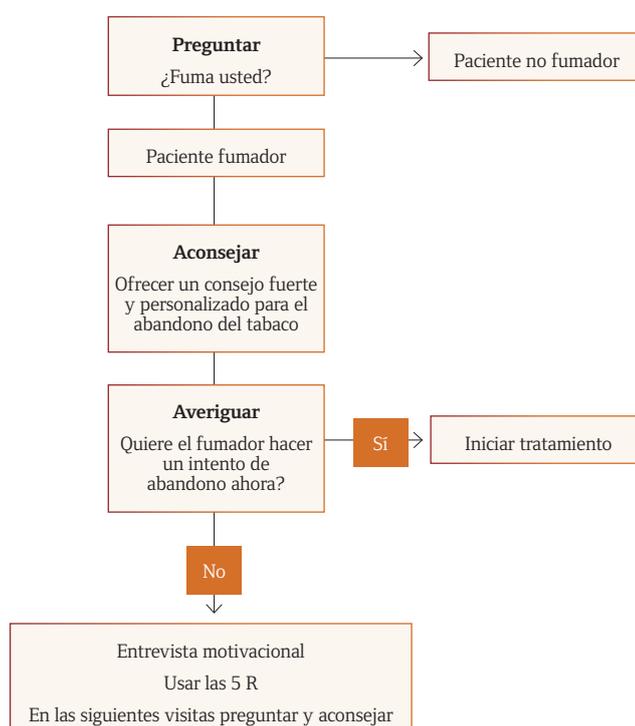
ca. La periodicidad mínima de esta detección debe ser de una vez cada 2 años. No es necesario volver a preguntar a las personas de las que consta en la historia que nunca han fumado y son mayores de 25 años⁴.

Se propone una intervención distinta según la disposición del fumador a dejar de fumar⁵. Esta intervención está basada en la estrategia de intervención de las 5 Aes (Averiguar, Aconsejar, Acordar, Ayudar y Asegurar) para la ejecución de intervenciones conductuales y de consejo sobre los principales factores de riesgo.

2.2.1. Intervención en el fumador que no quiere dejar de fumar

En la figura 2 se muestran las intervenciones que hay que realizar con el paciente fumador que no quiere dejar de fumar.

FIGURA 2. INTERVENCIONES EN EL PACIENTE FUMADOR QUE NO QUIERE HACER UN INTENTO DE ABANDONO EN EL MOMENTO DE LA VISITA.



Adaptada de: Fiore MC⁵.

Las claves para intervenir en el paciente fumador que no quiere dejar de fumar son dos:

1. Dar un consejo de salud para motivarle a dejar de fumar. Este consejo debe ser:
 - **Claro:** «Es importante que usted deje de fumar, y podemos ayudarle. En la actualidad disponemos de tratamientos efectivos».
 - **Directo:** «Como médico/enfermera, le aseguro que dejar de fumar es lo más importante que usted puede hacer por su salud actual y futura».
 - **Personalizado:** relacionar el consejo con los problemas de salud presentes, el coste que representa la compra de tabaco, la dependencia como «esclavitud» y el impacto en la salud de otras personas. Incidir en aquellos en los que el fumador muestre mayor interés.
2. Usar técnicas de entrevista motivacional, teniendo en cuenta sus principios⁶ (tabla 1). Podemos aportar información sobre el consumo de tabaco resaltando más los beneficios de dejar de fumar que los riesgos de fumar, y utilizando preguntas abiertas («¿Qué beneficios obtendría si dejase de fumar? ¿Cómo cree que el tabaco afecta su salud?»), destacando aquellos beneficios/riesgos más relevantes para el paciente (tabla 2). Acompañar la intervención de material de autoayuda (folletos informativos, páginas web), y ofrecer siempre nuestra disposición a ayudarle a dejar de fumar.

A la hora de intervenir en los fumadores que no quieren dejar de fumar, puede resultar útil tener en cuenta que la menor o mayor disposición o motivación para dejar de fumar depende de la **IMPORTANCIA** que tenga para la persona dejar de fumar en ese momento y de la **CONFIANZA** que tenga en poder conseguirlo. Para valorar y aumentar la importancia y la confianza, pueden ser útiles las siguientes estrategias:

- **Importancia:** «¿Qué importancia tiene para usted dejar de fumar en estos momentos?. En una escala de 0 a 10, donde 0 supone ninguna importancia y 10 la máxima importancia, ¿qué puntuación se daría?». «¿Por qué se ha puntuado con x y no con 1?», «¿Qué tendría que suceder para que pasara de x a 9?», «¿Cómo podría yo ayudarle a pasar de x a 9?».
- **Confianza:** «Si decidiera dejar de fumar en este momento, ¿qué confianza tendría en conseguirlo? En una escala de 0 a 10, donde 0 supone no tener ninguna confianza y 10 la máxima confianza, ¿qué puntuación se daría?», «¿Por qué se ha puntuado con x y no con 1?», «¿Qué tendría que suceder para que pasara de x a 9?», «¿Cómo podría yo ayudarle a pasar de x a 9?».

TABLA 1. PRINCIPIOS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

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

Fuente: Miller W⁶.

TABLA 2. MOTIVOS PARA DEJAR DE FUMAR. INTENTAR QUE EL FUMADOR ENCUENTRE SUS PROPIOS MOTIVOS

<p>Adolescentes</p> <ul style="list-style-type: none"> – Mal aliento – Manchas dentales – Ahorro de dinero – Falta de independencia (sentimiento de control por los cigarrillos) – Dolor de garganta – Tos – Fatiga, cansancio (puede afectar a la práctica del deporte) – Infecciones respiratorias frecuentes 	<p>Adultos asintomáticos</p> <ul style="list-style-type: none"> – Se dobla el riesgo de enfermedad del corazón – Aumenta 6 veces el riesgo de enfisema – Aumenta 10 veces el riesgo de cáncer de pulmón – Se pierden 5-8 años de vida – Ahorro de dinero – Coste del tiempo de enfermedad – Mal aliento – Escasa conveniencia y aceptabilidad social – Deterioro de la piel
<p>Embarazadas</p> <ul style="list-style-type: none"> – Mayor riesgo de aborto espontáneo y muerte fetal – Mayor riesgo de que el bebé nazca con poco peso 	<p>Adultos sintomáticos</p> <ul style="list-style-type: none"> – Infecciones de vías respiratorias altas – Tos – Dolor de garganta – Disnea – Úlceras – Angina – Claudicación – Osteoporosis – Esofagitis
<p>Padres</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tos e infecciones respiratorias en hijos de fumadores – Rol ejemplar 	
<p>Fumadores recientes</p> <ul style="list-style-type: none"> – Más facilidad para dejarlo 	
<p>Todos los fumadores</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ahorro de dinero – Sentirse mejor – Mayor capacidad de ejercicio – Vida más larga para disfrutar de la jubilación, de los nietos, etc. 	

Adaptado de: Manley MW, Epps RP, Glynn TJ. The clinician's role in promoting smoking cessation among clinic patients. *Med Clin North Am.* 1992;76:477-94.

La guía americana de la US Public Health Services de 2008 recomienda los contenidos de las áreas que deberían ser abordadas en la entrevista motivacional en personas fumadoras, que pueden estar basados en las 5 R (Relevancia, Riesgos, Recompensas, Reconsiderar obstáculos y Repetición)⁷ (tabla 3).

TABLA 3. LAS 5 R PARA EL FUMADOR QUE NO DESEA DEJAR DE FUMAR

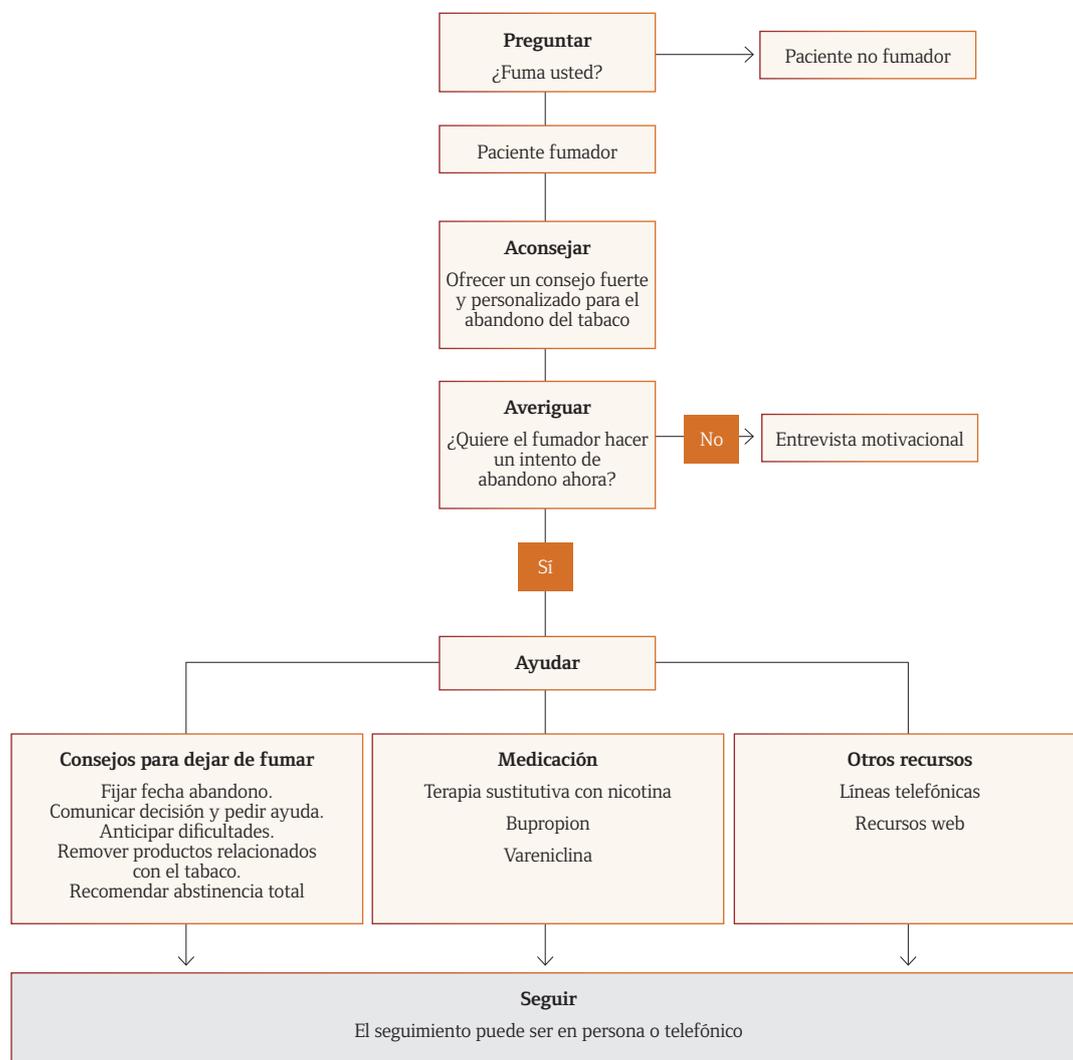
Relevancia	La intervención motivacional tiene un mayor impacto si es relevante para el estado de salud/enfermedad del fumador, de su familia o situación social (por ejemplo, si hay niños en casa), si el tabaco le produce problemas de salud en la actualidad, según la edad, el sexo y otras características del fumador
Riesgos	El clínico debe pedir al fumador que identifique posibles consecuencias negativas del fumar, sugiriendo y clarificando aquellos problemas más relevantes para él, enfatizando que fumar cigarrillos bajos en nicotina o usar el tabaco de otras formas (puros, fumar en pipa, mascar tabaco) no elimina los riesgos. Los riesgos pueden ser a corto plazo (por ejemplo, exacerbación del asma o más problemas respiratorios), a más largo plazo (trombosis, infartos, distintos tipos de cáncer, etc.) y riesgos para el entorno (repercusiones en los hijos)
Recompensas	El clínico debe pedir al fumador que identifique posibles beneficios de dejar de fumar, sugiriendo y enfatizando aquellos que son más relevantes para el fumador: mejora de la salud, ahorro de dinero, recuperación del gusto y del olfato, mejor forma física, más salud para los hijos y otras personas
Reconsiderar impedimentos y dificultades	El clínico debe pedir al fumador que identifique barreras, impedimentos y dificultades para dejar de fumar e intentar dar una solución apropiada. Las típicas barreras incluyen: síntomas del síndrome de abstinencia, miedo a fallar en el intento, ganancia de peso, falta de apoyo, depresión y gusto por fumar
Repetición	La intervención motivacional debe ser repetida cada vez que el fumador que no está motivado para dejar de fumar acuda a la consulta, siempre en un ambiente de empatía y de respeto hacia él. A los fumadores que han fallado en intentos previos de dejar de fumar se les debería informar de que muchos fumadores hacen varios intentos de abandono antes del éxito final

Fuente: Fiore MC⁷.

2.2.2. Intervención en el fumador que quiere dejar de fumar

En la figura 3 se muestran las intervenciones que hay que realizar con el paciente que quiere dejar de fumar.

FIGURA 3. INTERVENCIONES EN EL PACIENTE FUMADOR QUE QUIERE HACER UN INTENTO DE ABANDONO DEL TABACO EN EL MOMENTO DE LA VISITA.



Adaptada de: Fiore MC⁵.

Para ayudar a dejar de fumar a los pacientes dispuestos a hacer un intento serio de abandono, tenemos que elaborar un plan de tratamiento y seguimiento que incluya:

1. **Felicitar por la decisión** («Es la mejor decisión que puede tomar para su salud») y aclarar las expectativas que el paciente tiene respecto a la terapia para dejar de fumar, transmitir que nosotros le vamos a orientar, ayudar y apoyar, pero que es necesario su esfuerzo para conseguir el éxito.
2. **Elegir la fecha de abandono:** dentro del siguiente mes, elegir un momento adecuado (sin estrés, sin compromisos sociales, etc.). Notificarla a familiares, amigos y/o compañeros para aumentar el compromiso y buscar su apoyo y colaboración en todo el proceso.
3. **Hacer una intervención:** psicosocial (tabla 4) y ofrecer y explicar el tratamiento farmacológico a todos los fumadores, excepto si hay contraindicaciones o falta de evidencia clara de su eficacia. El tratamiento farmacológico duplica las posibilidades de dejar de fumar al cabo del año⁸ (tablas 5a, 5b y 5c). En la tabla 6 se especifican técnicas de tratamiento psicológico de gran utilidad para ayudar a dejar de fumar. Es conveniente darle al paciente recomendaciones para paliar el síndrome de abstinencia, que alcanza su máximo durante la primera semana, y luego va disminuyendo hasta desaparecer (tabla 7).

4. **Acordar un plan de seguimiento** en todos los pacientes que realicen un intento de abandono. Programar visitas de seguimiento en la consulta o telefónicamente. Al menos una visita a la semana y otra al mes tras dejar de fumar. En cada visita: felicitar por el éxito y reforzar ventajas (que las verbalice el paciente), abordar problemas residuales (síntomas de abstinencia, aumento de peso, depresión, etc.), valorar la adhesión y problemas con la farmacoterapia, confirmar el no consumo y recomendar la abstinencia total. El objetivo en esta fase es **prevenir la recaída**. Valorar si precisa un seguimiento más intensivo (tabla 8).

TABLA 4. INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL: SUS OBJETIVOS SON QUE EL FUMADOR CONOZCA SU ADICCIÓN, MODIFIQUE SU COMPORTAMIENTO FRENTE A ELLA Y DESARROLLE HABILIDADES PARA MANEJAR LA ABSTINENCIA

- **Pensar en las dificultades** para dejar de fumar, sobre todo las primeras semanas, incluyendo los síntomas de abstinencia
- Pensar y escribir las **razones** para dejar de fumar y también las razones por las que se fuma
- **Desautomatizar** la conducta de fumar: durante unos días registrar todos los cigarrillos que se fuman, las circunstancias en las que se fuman, la importancia que se les da y una posible manera de afrontar esas circunstancias sin cigarrillos. Permite identificar situaciones de riesgo de volver a fumar
- **Calcular el dinero** que se gasta en fumar y planear usarlo en algo que apetezca desde hace tiempo
- **Hacer que fumar le sea un poco más difícil**: no fumar en algunos sitios donde lo haga habitualmente; cambiar de marca de tabaco; ir sin tabaco y sin mechero; no aceptar cigarrillos de nadie
- **Buscar apoyo** para dejar de fumar en el entorno familiar, laboral y social
- Enseñar **técnicas de relajación** sencillas y realizar algún ejercicio suave
- **Consejos para el día D**: pensar solo en el día concreto («Hoy no va a fumar»); repasar frecuentemente sus motivos para dejar de fumar; masticar chicle sin azúcar; tener algo en las manos (como un bolígrafo); cuidar la alimentación (eliminar durante los primeros días la ingesta de café y alcohol; beber zumos naturales; comer verduras, frutas y pan integral; evitar el picoteo, sobre todo los frutos secos y dulces)
- Dar un **folleto-guía** con estos y otros consejos prácticos. Podemos descargarlo de <https://bit.ly/consejosparadejardefumar>

TABLA 5 A. TRATAMIENTO CON FÁRMACOS. UTILIZAR, SALVO CONTRAINDICACIONES O EN POBLACIONES DETERMINADAS (EMBARAZADAS, FUMADORES LIGEROS, ADOLESCENTES) EN LAS QUE NO HAY UNA EVIDENCIA FIRME DE SU EFICACIA

Fármaco	Vareniclina ⁹
Presentaciones	- Comprimidos de 0,5 mg y 1 mg
Dosis/duración	- Del 1º al 3º día: 0,5 mg una vez al día - Del 4º al 7º día: 0,5 mg dos veces al día - Del 8º día al final de tratamiento: 1 mg dos veces al día - Duración del tratamiento: 12 semanas En caso de efectos secundarios, dosis de 1 mg/día en única dosis o repartido en dos dosis de 0,5 mg también aporta beneficios
Instrucciones	- Iniciar el tratamiento 1-2 semanas antes de dejar de fumar - Los comprimidos deben tomarse durante las comidas o al final de las mismas - Acompañar de apoyo psicológico y seguimiento
Efectos adversos	- Náuseas - Cefalea - Insomnio y sueños anormales - Estreñimiento y flatulencia - Vómitos - Los efectos adversos suelen ser dosis dependientes
Contraindicaciones	- Hipersensibilidad al producto
Precauciones	- No se recomienda su uso en < 18 años - No usar en embarazo ni lactancia - No existen interacciones clínicamente significativas - En insuficiencia renal grave, disminuir dosis a 1 mg/día (iniciar dosis con 0,5 mg una vez al día durante los 3 primeros días y evitar durante este tiempo el uso de cimetidina) - No existe experiencia clínica en pacientes con epilepsia - Precaución en pacientes con alteraciones psiquiátricas subyacentes (realizar un seguimiento más frecuente), y en caso de que aparezca ideación o comportamiento suicida, debe suspenderse el tratamiento inmediatamente

TABLA 5B. TRATAMIENTO CON FÁRMACOS. UTILIZAR, SALVO CONTRAINDICACIONES O EN POBLACIONES DETERMINADAS (EMBARAZADAS, FUMADORES LIGEROS, ADOLESCENTES) EN LAS QUE NO HAY UNA EVIDENCIA FIRME DE SU EFICACIA

Fármacos	Parches de nicotina	Chicles de nicotina	Comprimidos para chupar de nicotina	Aerosol bucal de nicotina
Presentaciones	Parches de 24 y de 16 h	Chicles de 2 y 4 mg	Comprimidos de 1, 1,5, 2 y 4 mg	Cada aplicación es de 1 mg
Dosis/duración	<ul style="list-style-type: none"> – Un parche al día. – Si parches de 24 h: <ul style="list-style-type: none"> 4 semanas, 21 mg 2 semanas, 14 mg 2 semanas, 7 mg – Si parches de 16 h: <ul style="list-style-type: none"> 4 semanas, 15 mg 2 semanas, 10 mg 2 semanas, 5 mg <p>Usar más de 8 semanas no aumenta la efectividad^a</p> <p>Los de 16 h producen menos insomnio</p> <p>Para fumadores que se levantan por la noche o tienen turnos cambiantes, mejor de 24 h</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Dar el de 2 mg inicialmente – Dar el de 4 mg si: <ul style="list-style-type: none"> Alta dependencia (≥ 5 en test de Fagerström) Recaída previa con el de 2 mg – Probar pautas de dosificación fijas (1 chicle cada hora mientras se está despierto)^b. No pasar de 25 chicles/día de 2 mg, ni de 15 chicles/día de 4 mg – Disminuir gradualmente después de 3 meses 	<ul style="list-style-type: none"> – Probar pautas de dosificación fijas (1 comprimido cada 1-2 horas)^b – Dosis habitual: 8-12 comprimidos/día. No pasar de 30 comprimidos/día – Disminuir gradualmente después de 3 meses 	<p>*Fase I: 1-6 semanas (1-2 pulverizaciones/ganas de fumar un cigarrillo)</p> <p>*Fase II: 7-9 semanas (reducir el número de pulverizaciones hasta conseguir en la semana 9 el 50% de la fase I)</p> <p>*Fase III: 10-12 semanas (continuar reduciendo pulverizaciones hasta 4 al día en la semana 12 y dejarlo)</p>
Instrucciones	<ul style="list-style-type: none"> – Utilizar sobre la piel sana y sin vello a nivel del tronco, parte superior del brazo o cadera. En mujeres, no aplicar sobre el pecho – Empezar a usar al levantarse el día de dejar de fumar y retirar: <ul style="list-style-type: none"> · El de 24 h al día siguiente · El de 16 h por la noche – Cambiar de localización cada día y no repetir en 7 días 	<ul style="list-style-type: none"> – Masticar el chicle hasta percibir un sabor «picante», colocarlo entre la encía y la pared bucal para permitir que la nicotina se absorba. Cuando disminuya el sabor, volver a masticar (ir cambiando el sitio de colocación del chicle) 	<ul style="list-style-type: none"> – Chupar el comprimido lentamente hasta percibir un sabor «picante», colocarlo entre la encía y la pared bucal para permitir que la nicotina se absorba. Cuando disminuya el sabor, volver a chupar (ir cambiando el sitio de colocación del comprimido) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Use su pulgar para deslizar hacia abajo el botón hasta que se pueda pulsar ligeramente hacia dentro. No apretar demasiado 2. Apuntar con la boquilla hacia la boca abierta lo más cerca que sea posible 3. Presionar firmemente la parte superior del dispensador para liberar una pulverización dentro de la boca, evitando los labios. No inhalar mientras se aplica para evitar la entrada de la pulverización en la garganta. Para obtener mejores resultados, no debe tragar en los segundos posteriores a la pulverización
		<p>Utilizar cada chicle o comprimido durante 30 minutos</p> <p>Absorción limitada por la ingesta de café, bebidas ácidas o refrescos, por lo que deben evitarse durante los 15 minutos anteriores</p> <p>La nicotina se absorbe fundamentalmente por mucosa oral</p>		<p>Máximo: 2 pulverizaciones/aplicación</p> <p>Máximo: 4 pulverizaciones/h</p> <p>Máximo: 64 pulverizaciones/día</p> <p>No usar más de 6 meses</p>
Efectos adversos	<ul style="list-style-type: none"> – Reacciones dermatológicas locales – Insomnio y pesadillas – Cefalea 	<ul style="list-style-type: none"> – Dolor muscular en la mandíbula – Gástricos: náuseas, vómitos, pirosis, hipo – Cefalea – Locales: hipersalivación, irritación y/o úlceras leves en la boca y/o garganta 		<ul style="list-style-type: none"> – Hipo – Efectos en el lugar de administración como hormigueo, sensación de quemazón, inflamación, dolor en la boca o en los labios y cambios en la percepción de los sabores – Sequedad de boca o garganta o incremento de las cantidades de saliva – Sensación de dispepsia (indigestión)

Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Dermatitis generalizada <p>Enfermedad cardiovascular aguda o inestable: infarto agudo de miocardio, angina de pecho inestable, arritmias cardíacas graves, ACV reciente</p>
Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> - En embarazo y lactancia: se debe recomendar siempre el abandono COMPLETO del tabaco sin terapia sustitutiva con nicotina (TSN). No obstante, en caso de no conseguirse en mujeres embarazadas fumadoras muy dependientes, puede recomendarse la TSN bajo supervisión médica, valorando siempre la relación riesgo-beneficio - No recomendado su uso en niños. Puede ser utilizado en adolescentes (de 12 a 17 años) bajo control médico - Utilizar con precaución en: hipertensión no controlada, úlcera péptica activa, feocromocitoma, hipertiroidismo, daño hepático o renal grave - Insuficiencia cardíaca avanzada.
	<ul style="list-style-type: none"> - Se deben combinar parches de nicotina con chicles o comprimidos o inhalador bucal en fumadores con alta dependencia a la nicotina o con antecedentes de síndrome de abstinencia importante

^a Y no existen pruebas de que el tratamiento de disminución progresivo sea mejor que el abandono de forma brusca.

^b Se pueden ofrecer pautas de dosificación a demanda (en estos casos, hay que advertir al paciente que no use una dosis insuficiente).

ACV: accidente cerebrovascular.

TABLA 5C. TRATAMIENTO CON FÁRMACOS. UTILIZAR, SALVO CONTRAINDICACIONES O POBLACIONES DETERMINADAS (EMBARAZADAS, FUMADORES LIGEROS, ADOLESCENTES) EN LAS QUE NO HAY UNA EVIDENCIA FIRME DE SU EFICACIA

Fármacos	Bupropion
Presentaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Comprimidos de 150 mg
Dosis/duración	<ul style="list-style-type: none"> - 150 mg cada mañana durante 6 días; después 150 mg/2 veces al día separadas al menos por un intervalo de 8 h - Empezar el tratamiento 1-2 semanas antes de dejar de fumar - Prolongar el tratamiento de 7 a 9 semanas desde el día que deja de fumar - Si se olvidan una dosis, no recuperarla; esperar a tomar la siguiente
Instrucciones	<ul style="list-style-type: none"> - Fijar el día D de dejar de fumar después de 1-2 semanas del inicio del tratamiento - Acompañar con apoyo/seguimiento
Efectos adversos	<ul style="list-style-type: none"> - Insomnio - Cefalea - Sequedad de boca y alteraciones sentido del gusto - Reacciones cutáneas/hipersensibilidad - Algunos efectos secundarios son dosis dependientes. Si aparecen con 150 mg dos veces al día, se puede mantener 150 mg una vez al día (existen estudios que lo avalan)
Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Hipersensibilidad al producto - Trastorno convulsivo actual o antecedentes - Tumor del sistema nervioso central - Cirrosis hepática grave - Deshabitación brusca de alcohol o benzodiazepinas - Diagnóstico actual o previo de anorexia-bulimia - Uso de inhibidores de la monoamino oxidasa en los 14 días previos - Historia de trastorno bipolar - Embarazo y lactancia - Niños y adolescentes
Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> - En insuficiencia hepática leve-moderada o insuficiencia renal y ancianos, la dosis recomendada es de 150 mg/día - Si el umbral convulsivo está disminuido (tratamiento con medicación que baja el umbral de convulsiones^a, uso abusivo de alcohol, historia de traumatismo craneal, diabetes tratada con hipoglucemiantes o insulina, uso de estimulantes o productos anorexígenos), no debe usarse, salvo que exista una causa clínica justificada donde el beneficio de dejar de fumar supere el riesgo de convulsiones. En estos casos, la dosis será 150 mg/día - Interacciones con otros medicamentos

^a Antipsicóticos, antidepresivos, antimaláricos, tramadol, teofilina, esteroides sistémicos, quinolonas, antihistamínicos sedantes.

TABLA 6. TÉCNICAS DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO PARA LA ADICCIÓN A LA NICOTINA

A. Fase de preparación	Antes del día D
Lista de motivos	El paciente debe elaborar un listado de razones personales para dejar de fumar, frente a un listado de razones para seguir fumando (balance decisional)
Beneficios de dejar de fumar	Debemos informar al paciente de los beneficios del abandono del tabaco y de los perjuicios de seguir fumando
Identificación de ideas erróneas	Determinar, junto con el paciente, las ideas erróneas en torno al proceso de abandono del tabaco, dependencia física y psicológica. Y proporcionar material escrito respecto al afrontamiento eficaz de estos problemas
Autorregistros de consumo para identificar estímulos asociados	El paciente debe realizar por escrito un autorregistro de consumo en el que registre por cada cigarrillo consumido: la hora del consumo, lugar en que se realizó, grado de apetencia y actividad que estaba haciendo. Elaborar conductas alternativas
B. Fase de abandono	Durante las primeras semanas de abstinencia
Afrontamiento del síndrome de abstinencia	Informar de la posible aparición de síntomas del síndrome de abstinencia, ayudar a identificarlos haciendo hincapié en la brevedad de su duración y curso progresivamente descendente. Remarcar los riesgos de una sola calada esporádica. Entregar recomendaciones para aliviar el síndrome de abstinencia
Verbalización de beneficios	Es importante que el paciente verbalice los beneficios obtenidos hasta el momento y reforzarlos: mejora en la actividad física, recuperación del aliento y gusto, eliminación del olor a tabaco en la ropa, etc.
C. Fase de mantenimiento	Prevención de recaídas
Aprendizaje de estrategias y habilidades de autocontrol	Técnicas en resolución de problemas, control del estrés, eliminar estímulos asociados
Estrategias de afrontamiento de situaciones de riesgo	Se basan en el entrenamiento en habilidades o capacidades para reconocer, afrontar y superar situaciones de riesgo y así aumentar la autoeficacia Técnicas de distracción, escape, habilidades sociales y asertivas y reestructuración cognitiva

Adaptada de: Becoña E¹⁰.

TABLA 7. RECOMENDACIONES PARA PALIAR EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA (ALCANZA SU MÁXIMO DURANTE LA PRIMERA SEMANA, Y LUEGO VA DISMINUYENDO HASTA DESAPARECER)

Síntomas	Recomendaciones
Deseo muy fuerte de fumar o <i>craving</i>	Saber que cede en pocos minutos y que con el tiempo será cada vez menos intenso y frecuente Pensar en otra cosa, recordar los motivos por los que se quiere dejar de fumar. Respirar profundamente tres veces seguidas o intentar otras técnicas de relajación. Si se puede, alejarse de la situación que está provocando la necesidad de fumar. Masticar chicle sin azúcar o comer algo bajo en calorías
Insomnio	Evitar el café y las bebidas con cafeína Tomar infusiones relajantes (tila, poleo) Hacer más ejercicio Intentar técnicas de relajación
Cefalea	Ducha o baño templado Intentar técnicas de relajación básicas
Estreñimiento	Tomar una dieta rica en fibra, beber mucha agua
Dificultad de concentración	No exigir un alto rendimiento durante 1 o 2 semanas Evitar bebidas alcohólicas
Nerviosismo	Caminar, hacer más ejercicio, tomar un baño de agua templada, intentar técnicas de relajación Evitar el café y las bebidas con cafeína
Cansancio	Aumentar las horas de sueño y descanso
Apetito, ansiedad por la comida, picoteo	Beber mucha agua, infusiones y zumos que no engorden Vigilar la ingesta de azúcares refinados (pastelería), grasas y otros alimentos ricos en calorías Hacer ejercicio

TABLA 8. AYUDA INTENSIVA. PROTOCOLO DE 6-7 VISITAS DE AYUDA

Visita, fase y calendario	Contenidos
ANTES DEL DÍA D 1 o 2 visitas	<p>Completar historia del consumo de tabaco (edad de inicio, número y tipo de cigarrillos consumidos, intentos previos, recaídas)</p> <p>Valorar los intentos previos/recaídas</p> <p>Explorar motivos y dependencia</p> <p>Reforzar la motivación</p> <p>Valorar y ofrecer fármacos</p> <p>Valorar el entorno familiar, social y laboral, y buscar apoyo</p> <p>Pesar</p> <p>Fijar día D</p> <p>Recomendaciones para disminuir el síndrome de abstinencia</p>
FASE DE EUFORIA 3-8 días después del día D	<p>Consejo sobre cómo afrontar situaciones difíciles</p> <p>Valorar síndrome de abstinencia</p> <p>Control de fármacos (cumplimiento/efectos adversos)</p> <p>Reforzar el apoyo del entorno familiar, social y laboral</p> <p>Facilitar la verbalización de los beneficios y las dificultades de dejar de fumar</p> <p>Si hay recaída, valorar las circunstancias</p> <p>Informar sobre la aparición de un «duelo»</p>
FASE DE DUELO 10-15 días después de dejarlo	<p>Valorar la presencia de: sensación de vacío, aumento de apetito y alteraciones del sueño</p> <p>Disminución del síndrome de abstinencia físico</p> <p>Facilitar la verbalización de los beneficios y reforzarlos</p> <p>Control de los fármacos (cumplimiento/efectos adversos)</p> <p>Reforzar el apoyo del entorno</p>
FASE DE NORMALIZACIÓN 15-30 días después de dejarlo	<p>Informar sobre la posible aparición de una sensación de falsa seguridad</p> <p>Facilitar la verbalización de los beneficios y reforzarlos</p> <p>Control de los fármacos (cumplimiento/efectos adversos; cambio de pauta)</p>
FASE DE CONSOLIDACIÓN 2-3 meses después de dejarlo	<p>Valorar: fantasías de control. Prevenir las recaídas de tipo social</p> <p>Pesar</p> <p>Facilitar la verbalización de los beneficios a largo plazo y reforzarlos</p> <p>Cambiar/suspender la pauta de fármacos</p> <p>Felicitar</p>
Seguimiento al año del exfumador	<p>Felicitar</p> <p>Facilitar la verbalización de los beneficios a largo plazo y reforzarlos</p> <p>Prevenir las recaídas de tipo social</p>

Adaptada de: Ballvé (2000) sobre una propuesta previa de Marín y González (1998).

Se propone **utilizar el protocolo de tres visitas** para el abordaje del tabaquismo en la consulta¹¹ (figura 4).

FIGURA 4. PROTOCOLO DE TRES VISITAS DE AYUDA. ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN TIEMPO REAL USANDO METODOLOGÍA 1-15-30.

Visita 1

Datos de identificación del paciente

¿Cuánto fuma?	cigarrillos/día	edad inicio
Fecha de abandono	(día D)	

Motivos para dejar de fumar (ventajas)	Motivos para seguir fumando (dificultades)

Entorno

Familiar	<input type="checkbox"/> fumador	<input type="checkbox"/> no fumador
Laboral	<input type="checkbox"/> fumador	<input type="checkbox"/> no fumador
Social	<input type="checkbox"/> fumador	<input type="checkbox"/> no fumador

Intentos previos de abandono del tabaco veces

¿Tuvo recaídas los primeros días? Sí No

¿Cuánto tiempo (el máximo) estuvo sin fumar?

¿Qué métodos utilizó?

¿Por qué motivos recayó?

Dependencia nicotina: Test de Fagerström breve

Se suma la puntuación de las dos preguntas y el resultado se valora así:
de 5 a 6 corresponde a dependencia alta; de 3 a 4 a dependencia moderada, y de 0 a 2 a dependencia baja.

1. ¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?

Más de 30 (3 puntos)

De 21 a 30 (2 puntos)

De 11 a 20 (1 punto)

Diez o menos (0 puntos)

2. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma el primer cigarrillo?

Hasta 5 minutos (3 puntos)

De 6 a 30 minutos (2 puntos)

De 31 a 60 minutos (1 punto)

Más de 60 minutos (0 puntos)

Recomendar hacer un registro previo de los cigarrillos que fuma (<https://bit.ly/consejosparadejardefumar>)

¿Ha comunicado la decisión de dejar de fumar?

¿Posibles dificultades para dejar de fumar y alternativas elegidas?

Consejos para hacer más fácil el abandono (<https://bit.ly/consejosparadejardefumar>)

Valoración del uso de la medicación

Visitas	<i>a los 15 días visita 1</i>	<i>a los 30 días visita 2</i>
Preguntar por el consumo de tabaco. Felicitar si no fuma, y si ha habido recaída, valorar las circunstancias		
Beneficios y dificultades de dejar de fumar		
Valorar el síndrome abstinencia		
Control de la medicación		
Recomendación de la abstinencia total		
¿Necesita un seguimiento más intensivo? ¿Problemas residuales?		

Propuesta de: Gascó P, Camaralles F (2011) basada en la Guía Americana Fiore 2008. Disponible en: <http://goo.gl/lzJR1p>.

3. Bibliografía

1. Camarelles Guillem F, Dalmau González-Gallarza R, Clemente Jiménez L, Díaz-Maroto Muñoz JL, Lozano Polo A, Pinet Ogué MC, Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España. *Med Clin (Barc)*. 2013;140:272.e1-e12. - vol.140 núm 06. Disponible en: <http://goo.gl/vCgbBl>
2. Banegas JR, Díez Ganan L, González Enríquez J, Villar Álvarez F, Rodríguez-Artalejo F. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. *Med Clin (Barc)* 2005;124:769-71.
3. Prochaska J, DiClemente C. Stages and process of self-change of smoking: towards an integrative model of change. *J Clin Psychol* 1983; 3:390-5.
4. Córdoba R, Camarelles F, Muñoz E, Gómez J, Díaz D, Ramírez JI, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. grupos de expertos del PAPPS. *Aten Primaria*. 2014;46(Supl 4):16-23.
5. Fiore MC, Baker TB. Clinical practice. Treating smokers in the health care setting. *N Engl J Med*. 2011;365:1222-31.
6. Miller W, Rollnick S. *Motivational Interviewing, Preparing People for Change*. 2a ed. Guilford Press; 2008
7. Fiore MC, et al. A Clinical Practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A US Public health Service Report *Am J Prev Med*. 2008;35(2). Disponible en: <http://goo.gl/xbI3Zr>
8. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Intervenciones farmacológicas para el abandono del hábito de fumar: resumen y metanálisis de redes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013 Issue 5. Art. No.: CD009329. DOI: 10.1002/14651858.CD009329. Disponible en: <http://goo.gl/UUZvFw>
9. Cahill K, Stead L, Lancaster T. Agonistas parciales de los receptores de nicotina para el abandono del hábito de fumar. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012 Issue 4. Art. No.: CD006103. DOI: 10.1002/14651858.CD006103. Disponible en: <http://goo.gl/U4ytXq>
10. Becoña E. El tratamiento psicológico de la adicción a la nicotina. *Papeles del Psicólogo*. 2003;85:48-69.
11. Gascó P, Camarelles F. Abordaje del tabaquismo en tiempo real (metodología 1-15-30). *AMF*. 2011;7(7):402-10.

© 2015, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

Diputació, 320

08009 Barcelona

www.semfy.com

Primera edición: abril 2008

Segunda edición: abril 2011

Tercera edición: abril 2015

Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del titular del *copyright*.

Coordinación y dirección editorial:

semfy  ediciones

Carrer del Pi, 11, 2.^a planta, of. 13

08002 Barcelona

ediciones@semfy.com

Diseño: Glòria Garcia

Printed in Spain