



# Guía para profesionales

2ª edición



Intervención  
en Tabaquismo  
desde Atención Primaria de Salud

## **Autores**

**Miguel Ángel Gallardo Doménech**

**Inmaculada Grasa Lambea**

**Diego Beni Ruiz**

**Ana Esteban Herrera**

**2ª edición. Año 2008.**

## Índice

<b>I. Evidencias de la intervención</b>	Pg. 1
<b>II. El proceso del cambio; el proceso de dejar de fumar</b>	Pg. 3
<b>III. Intervención en tabaquismo: Protocolo de actuación y seguimiento</b>	Pg. 5
<b>1. Preguntar sobre el hábito tabáquico</b>	Pg. 6
<b>2. Valorar la disposición para dejar de fumar</b>	Pg. 6
<b>3. Aconsejar: Consejo sanitario. Entrevista motivacional</b>	Pg. 7
<b>4. Ayudar: Asesoramiento práctico. Tratamiento farmacológico</b>	Pg. 12
<b>5. Visitas de seguimiento</b>	Pg. 22
<b>Algoritmo de intervención</b>	Pg. 24
Intervención en situaciones especiales	Pg. 25
Atención al fumador en La Rioja: circuito asistencial	Pg. 28
Puntos clave	Pg. 30
Anexos	Pg. 32
Direcciones de Internet	Pg. 36
Bibliografía	Pg. 38





## I. Evidencias de la intervención

- Sabemos que el tabaquismo es un trastorno adictivo considerado como una enfermedad crónica, recogida en las principales clasificaciones de enfermedades; además, permítenos recordarlo, el consumo de tabaco es la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte. En nuestras consultas comprobamos que las personas que fuman, presentan procesos agudos y crónicos con más frecuencia que las no fumadoras; los pacientes que fuman ven reducida su esperanza de vida un promedio de 10 años y la mitad de ellos, morirá por enfermedades directamente relacionadas con su hábito tabáquico. En La Rioja el tabaco causa 292 muertes cada año.

Estos efectos pueden aparecer fumando cualquier cantidad de cigarrillos, de forma que no existe un consumo sin riesgo.

Por otro lado, son evidentes los efectos perjudiciales de la exposición al humo de tabaco en los “fumadores pasivos”, especialmente para la población infantil.

- A pesar de sus consecuencias, el consumo de tabaco está muy extendido: el 29,9% de la población adulta española es fumadora (ENS 2006) y se observa una alta incidencia en jóvenes, mujeres y grupos desfavorecidos; en La Rioja fuma el 28,9% de las personas de 15 a 65 años. Esto se debe al alto poder adictivo de la nicotina, a que es un hábito fuertemente ligado a la conducta y a que continúa socialmente aceptado.

- Desde hace años el Banco Mundial describe seis intervenciones coste-efectivas que reducen la muerte y enfermedad causadas por el tabaco: aumento del precio del tabaco mediante el incremento de sus impuestos; prohibición total de la publicidad y promoción del tabaco; prohibición del consumo de tabaco en lugares públicos y de trabajo; mejorar la información sobre las consecuencias del tabaco a través de campañas en los medios de comunicación; advertencias sanitarias en las cajetillas; y tratamientos para ayudar a los fumadores a dejar de fumar, incluyendo el acceso a la medicación.

- Debemos destacar los beneficios inmediatos que el abandono del hábito de fumar produce en la salud de mujeres y hombres de todas las edades. Por otro lado, alrededor del 60% de los fumadores quiere dejar de fumar; muchos no saben dónde pueden pedir ayuda y la mayoría manifiesta, que el consejo médico y de enfermería para dejar de fumar es un importante factor motivador para intentar dejarlo. La función modélica de los profesionales sanitarios resulta a su vez fundamental en la prevención y tratamiento del tabaquismo.

- Las características propias de la Atención Primaria favorecen que tengamos un papel activo en este problema de salud. A la vez, el Equipo de Atención Primaria, formado por médicos de familia y profesionales de enfermería, constituye el nivel asistencial más apropiado para la intervención en tabaquismo; cada año más del 70% de la población acude a nuestras consultas y les atendemos un promedio de 6 a 7 veces al año; esta situación privilegiada permite intervenciones repetidas, en las que el fumador es más receptivo a los consejos de salud por la relación que mantiene con su médico y su profesional de enfermería. Por todo ello, la intervención desde las consultas de Atención Primaria tiene alta efectividad y posee una de las mejores relaciones coste-efectividad entre todas las actividades preventivas.

Este destacado papel se refleja en La Rioja en la Ley 5/2001 sobre drogodependencias y otras adicciones, y se reconoce en la legislación nacional, Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo, que en su artículo 12 señala: “las administraciones públicas competentes promoverán el desarrollo de programas sanitarios para la deshabituación tabáquica en la red asistencial sanitaria, en especial en la atención primaria”.

- Las recomendaciones dirigidas a Atención Primaria para ayudar a los pacientes a dejar de fumar tienen como aspecto central, proporcionar una intervención a todos los fumadores en cada visita, adaptada a la fase del proceso del cambio en la que se encuentra cada fumador. El objetivo es que el fumador vaya progresando por las diferentes fases del proceso de dejar de fumar alcanzando, finalmente, el abandono del tabaco.



## II. El proceso del cambio: el proceso de dejar de fumar

- El cambio de una conducta no es un hecho puntual, sino que responde a un proceso descrito por Prochaska y DiClemente, en el que se suceden varias etapas a lo largo de un tiempo generalmente prolongado, que podemos acelerar con nuestra intervención. El fumador se encuentra en una u otra fase en función del menor o mayor grado de motivación para dejar de fumar.

- **Estadios del proceso del cambio:**

1. Inicialmente, en la **Fase de Precontemplación**, el fumador no es consciente de que el tabaco sea un problema para su salud y no se plantea seriamente dejar de fumar. Cuando se le pregunta si estaría dispuesto a dejar de fumar en los próximos 6 meses, contesta de forma negativa.

2. En la **Fase de Contemplación**, el fumador reconoce que fumar tiene consecuencias negativas para la salud y se plantea dejar de fumar en los próximos 6 meses.

3. En la **Fase de Preparación**, el fumador está dispuesto a hacer un intento serio de abandono y hace planes específicos, como fijar una fecha y preparar un plan para dejar de fumar en los próximos 30 días.

4. Durante la **Fase de Acción**, el paciente deja de fumar y pone en práctica los planes preparados; esta fase continúa hasta 6 meses después de la fecha de abandono del tabaco.

5. Finalmente, la **Fase de Mantenimiento** está marcada porque la persona se mantiene sin fumar durante más de 6 meses. Un año después de dejar de fumar se convierte en exfumador.

Podemos identificar de manera sencilla en qué fase del proceso se encuentra el fumador, empleando el cuestionario original de Prochaska que recogemos en la tabla 1.

- Las **Recaídas** forman parte de este proceso y habitualmente son necesarios varios intentos antes de cambiar definitivamente de conducta; cada vez que se produce un intento de dejar de fumar se van aprendiendo habilidades que favorecen el cambio. Así pues, el tabaquismo debe ser tratado como un problema crónico, en el que se suceden fases de remisión y recaída, siendo necesaria una atención continuada hasta consolidar el cambio.

**Tabla 1. Cuestionario de detección de la fase del cambio**

Pregunta	Respuestas	Fases
¿Usted fuma habitualmente?	Sí	Fumador
	No, lo he dejado en los últimos 6 meses	Acción
	No, lo he dejado hace más de 6 meses	Mantenimiento
	No, no he fumado nunca	No fumador
<b>Pregunta</b> (sólo para fumadores)	<b>Respuestas</b>	<b>Fases</b>
¿Está pensando seriamente en dejar de fumar?	Sí, en los próximos 30 días	Preparación
	Sí, en los próximos 6 meses	Contemplación
	Sí, más tarde de los próximos 6 meses o	Precontemplación
	No, no lo estoy pensando	



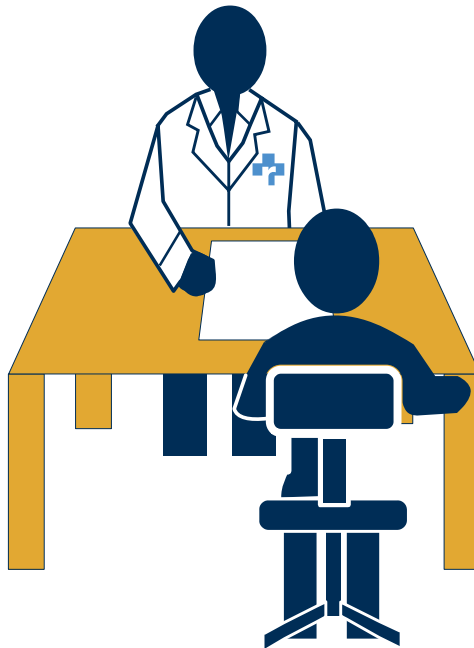


### III. Intervención en tabaquismo: Protocolo de actuación y seguimiento

- Después de solucionar o encaminar el motivo por el cual el paciente acude a la consulta, es esencial intervenir sobre el consumo de tabaco; una buena práctica clínica en atención primaria exige la detección e intervención en tabaquismo.
- A la hora de establecer nuestra actuación, debemos tener en cuenta que fumar es al mismo tiempo, una adicción física y psicológica, una conducta aprendida y una dependencia social; por lo tanto dejar de fumar puede precisar:
  - superar la adicción, mediante fármacos cuando estén indicados, y mediante una intervención psicosocial;
  - desaprender una conducta, mediante estrategias conductuales;
  - modificar la influencia del entorno.
- Las cinco etapas principales de la intervención en el ámbito de la Atención Primaria, recomendadas por el US Public Health Service son las siguientes (5 As):
  1. **Preguntar** siempre a todos los pacientes sobre su hábito tabáquico y registrarlo en la historia clínica (Ask).
  2. **Aconsejar** a todos los fumadores que dejen de fumar (Advice).
  3. **Valorar** la disposición del paciente fumador para hacer un intento de dejar de fumar (Assess).
  4. **Ayudar** al paciente interesado en dejarlo (Assist).
  5. Acordar los contactos de **Seguimiento** (Arrange).

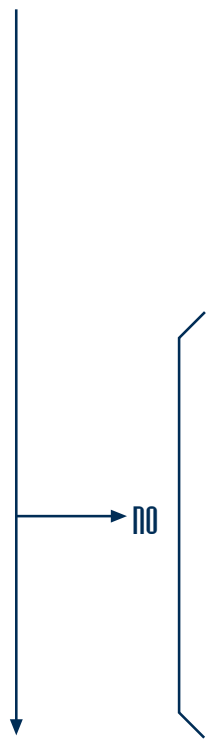
• A continuación desarrollamos el protocolo de actuación y seguimiento, intervención breve, basado en estas recomendaciones, y se incluyen algunos instrumentos útiles para la consulta y las visitas de seguimiento, intervención intensiva; a efectos prácticos, intercambiamos el orden de las etapas 2 y 3 (aconsejar y valorar), tal como aparecen en otras guías recientes como la Guía Europea de Prevención Cardiovascular.

Debemos considerar como un éxito de la intervención, no solamente que las personas dejen de fumar sino también, cualquier cambio de fase dentro de todo el proceso de abandono del tabaco.



**1. PREGUNTAR siempre a todos los pacientes sobre su hábito tabáquico Y REGISTRARLO EN LA HISTORIA clínica.**

**¿Usted fuma?**



. A toda persona mayor de 10 años que acude a nuestra consulta, es clave preguntarle por el consumo de tabaco en cada visita y registrarlo en la historia clínica. La periodicidad mínima de esta actuación debe ser de una vez cada dos años (PAPPS, 2005).

. Resulta útil incluir la identificación del consumo de tabaco como una más de las constantes vitales y relacionarlo con el motivo de la consulta.

. A su vez, el registro del consumo multiplica por tres las oportunidades de intervención.

**NO FUMADOR:**

- Animarle a mantenerse en esta situación.
- Prevención para evitar el inicio del consumo, sobre todo en adolescentes y jóvenes.
- No es necesario seguir preguntando a los no fumadores estables mayores de 25 años.

**Ó EX-FUMADOR:**

- Es la persona que habiendo sido fumadora lleva, al menos, un año sin fumar.
- Felicitarle y reforzar la abstinencia.
- Seguir preguntando por el consumo de tabaco al menos una vez cada dos años.

**SÍ [Cuantificar el consumo en nº cigarrillos/día]**

- fumador es una persona que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno.

**2. VALORAR la disposición del paciente fumador para hacer un intento de dejar de fumar**

En todo paciente fumador es fundamental valorar la disponibilidad para cambiar, determinando en qué fase del proceso de dejar de fumar se encuentra; para ello lo más útil es preguntarle si quiere dejar de fumar, y si contesta afirmativamente, valorar si es capaz de fijar una fecha para dejarlo.

Esto permite adaptar nuestra intervención a cada fumador, aumentando con ello la efectividad: en las fases de precontemplación y contemplación el paciente se beneficia del consejo sanitario y estrategias de motivación y en las fases de preparación, acción y mantenimiento requiere ayuda, con apoyo e instrucciones.



¿Está pensando seriamente en dejar de fumar?		
No (Precontemplación)	Sí, en los próximos 6 meses (contemplación)	Sí en los próximos 30 días (preparación)
Aconsejar		Ayudar



### 3. ACONSEJAR a todos los fumadores que dejen de fumar

• Nuestra intervención con fumadores en fase de precontemplación y contemplación, fumadores no preparados, tiene como objetivo conseguir que el fumador avance en el proceso de dejar de fumar, y debe comprender los siguientes elementos:

a. Consejo sanitario en cada visita.

El consejo sanitario para abandonar el hábito tabáquico debe ser:

- **claro:** “como su médico/enfermero le aconsejo que deje de fumar, es lo mejor que puede hacer por su salud y nosotros podemos ayudarle”.
- **positivo:** pues estamos intentando que una persona tome una decisión positiva cambiando una conducta poco saludable.
- **personalizado:** relacionando el tabaco con la situación clínica de cada paciente, con circunstancias personales o con su entorno familiar: “fumar es perjudicial para cualquier persona pero en su situación está relacionado con su enfermedad, afecta a su familia...”;

b. Ofrecer nuestra disposición a ayudarle, si decide plantearse el abandono del tabaco.

c. Entregar un Folleto Informativo sobre el tabaquismo.

Los fumadores en fase de contemplación pueden beneficiarse si además les entregamos una Guía Práctica para dejar de fumar (adjuntamos un "Folleto Informativo" y una "Guía Práctica para dejar de fumar" en los materiales para el paciente).



- Esta intervención debe completarse, cada vez que el fumador no preparado acude a la consulta, con estrategias de **ENTREVISTA MOTIVACIONAL**: habilidades de comunicación para inducir cambios en nuestros pacientes y promover el cambio de fase, favoreciendo el diálogo y animando a que el fumador identifique sus motivaciones para dejar de fumar. Para ello es útil:

a. **Aportar información** sobre las consecuencias de fumar destacando los beneficios derivados del abandono del tabaco, empleando preguntas abiertas:

*“¿Cómo cree que el tabaco afecta a su salud?”;*

*“¿Ha pensado qué beneficios obtendría si dejase de fumar?”.*

b. **Explorar sus motivos** para el cambio de conducta:

*“¿Qué ventajas tiene para usted dejar de fumar?”;*

*“¿Cuáles podrían ser sus motivos para dejar de fumar?”*

(la tabla 2 muestra las motivaciones específicas según las características del paciente).

A la vez, despejar sus preocupaciones y miedos:

*“¿Qué cree que puede pasar si deja de fumar?”*

(en el Anexo 1 pueden verse algunas de las creencias erróneas y barreras que plantean los fumadores y su posible aclaración).

c. **Apoyar su autoeficacia**, es decir, la confianza en sí mismo para llevar a cabo con éxito una conducta:

*“Actualmente muchas personas dejan de fumar y usted, con nuestra ayuda, también puede lograrlo, igualmente que ha conseguido otras cosas”;*

*“Tengo plena confianza de que cuando lo intente encontrará la forma de hacerlo”.*

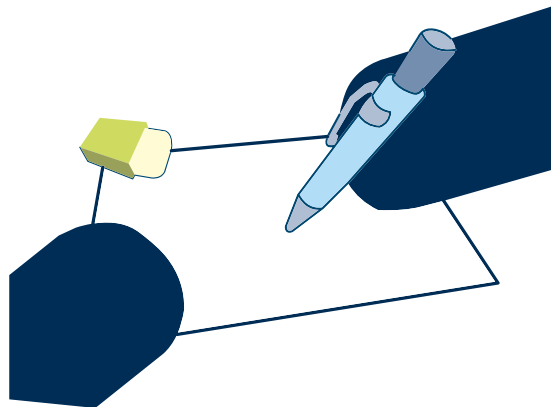
La intervención específica en la fase de precontemplación consiste en realizar una entrevista motivacional que aporte información, con el objetivo de promover la reflexión y generar ambivalencia (sentimientos contrapuestos respecto al hecho de fumar). En la fase de contemplación la entrevista motivacional tiene como objetivo aumentar la motivación y la autoeficacia.

Para personalizar la intervención también es de utilidad conocer la **importancia** (motivación) que tiene para el paciente dejar de fumar, y la **confianza** (autoeficacia) que tiene en lograrlo, para saber sobre qué aspecto hay que incidir. En el Anexo 2 exponemos un método para explorar la importancia y la confianza.

La evidencia indica que nuestra intervención tiene mayor éxito si empleamos los principios de la entrevista motivacional reflejados en la tabla 3. Para conseguirlos disponemos de diversas estrategias, como realizar preguntas abiertas, la escucha atenta y reflexiva, hacer resúmenes de lo hablado, destacar puntos positivos y provocar afirmaciones automotivadoras.

- En definitiva, la intervención en fumadores en fase de precontemplación y contemplación puede ser breve, 2-3 minutos, y debe repetirse cada vez que el paciente poco motivado acude a la consulta; nuestra intención debe ser que nuestro paciente nos identifique como un profesional que escucha y puede ayudarle.

En el Anexo 3 se recogen las intervenciones específicas para cada estadio del proceso del cambio.



**Tabla 2. Motivos para dejar de fumar**

<b>Todos los fumadores:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Sentirse mejor.</li> <li>· Mayor capacidad para el ejercicio.</li> <li>· Ahorro de dinero.</li> <li>· Vida más larga y de mayor calidad.</li> </ul>
<b>Adolescentes:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Mejora el rendimiento deportivo.</li> <li>· Coste del tabaco.</li> <li>· Evitar el mal aliento y los dientes amarillos.</li> <li>· Dolor de garganta, tos e infecciones respiratorias frecuentes.</li> <li>· Falta de independencia (sentimiento de control por los cigarrillos).</li> </ul>
<b>Embarazadas:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Mayor riesgo de aborto espontáneo y muerte perinatal.</li> <li>· Mayor riesgo de bajo peso en el recién nacido.</li> <li>· Complicaciones en el embarazo y parto</li> </ul>
<b>Padres:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Tos e infecciones respiratorias más frecuentes en hijos de fumadores.</li> <li>· Papel de modelo a imitar por los hijos.</li> </ul>
<b>Adultos asintomáticos:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Se duplica el riesgo de enfermedad cardíaca.</li> <li>· Seis veces el riesgo de enfisema.</li> <li>· Diez veces el riesgo de cáncer de pulmón.</li> <li>· Se pierden 10 años de vida.</li> <li>· Coste del tabaco.</li> <li>· Evitar las arrugas y el mal aliento.</li> <li>· Poca aceptabilidad social.</li> </ul>
<b>Adultos sintomáticos:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Dolor de garganta y tos.</li> <li>· Infecciones respiratorias; disnea.</li> <li>· Úlcera; esofagitis.</li> <li>· Angina de pecho.</li> <li>· Claudicación intermitente.</li> <li>· Osteoporosis.</li> <li>· Arrugas y deterioro de la piel.</li> <li>· Mal aliento; gingivitis.</li> </ul>

## Tabla 3. Principios de la entrevista motivacional

<b>Expresar empatía:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>· crear un ambiente de confianza en la consulta.</li><li>· aceptar que la ambivalencia del fumador ante el tabaco es normal.</li></ul>
<b>Favorecer la discrepancia:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>· promover que la persona verbalice sus propias razones para cambiar, y visualice la discrepancia entre sus razones para dejar de fumar y su conducta actual como fumador.</li></ul>
<b>Manejar la resistencia:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>· evitar la confrontación y la argumentación contra el tabaco.</li><li>· proponer opciones a la percepción que tiene el fumador sobre su conducta; no imponer.</li><li>· las soluciones a los problemas de su conducta han de ser encontradas por el fumador.</li><li>· si aparece resistencia, cambiar la forma de actuar.</li></ul>
<b>Apoyar la autoeficacia (o confianza en sí mismo para lograr la meta):</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>· reforzar el sentido de que es la persona la que es protagonista del cambio.</li><li>· reconocer el papel de ayuda del profesional y de otros instrumentos empleados.</li></ul>



## 4. AYUDAR al paciente interesado en dejarlo

- A los fumadores preparados, es decir, motivados para intentar dejar de fumar en los próximos 30 días, podemos ayudarles ofreciendo:

- 4.1. Asesoramiento práctico: intervención psicosocial.
- 4.2. Tratamiento farmacológico.
- 4.3. Visitas de seguimiento.

- Esta intervención requiere mayor dedicación por lo que se aconseja citar al paciente en una o dos consultas programadas; las visitas de seguimiento posteriores pueden realizarse durante la consulta de demanda. En esta consulta programada es conveniente:

1. Felicitar al paciente por su decisión, para reforzar su motivación y autoestima.
2. Realizar el diagnóstico del fumador, que incluye la valoración de los siguientes aspectos:

- **Grado de dependencia de la nicotina:** empleando la versión breve del test de Fagerström. En la tabla 4 mostramos el test de Fagerström para la dependencia de la nicotina –1991- y señalamos las preguntas 1 y 4 que constituyen el test de Fagerström breve.

- **Estadio del proceso del cambio:** se utilizan los criterios del cuestionario de detección de la fase del cambio (tabla 1) reflejados en la página 4.

- **Grado de motivación para dejar de fumar:** se obtiene preguntando al paciente si quiere dejar de fumar, y si contesta afirmativamente, valorar si es capaz de fijar una fecha para dejarlo (comentado en la etapa 2, valorar la disposición para dejar de fumar). Los intentos previos son también buenos indicadores de motivación alta. El test de Richmond para valorar la motivación para dejar de fumar (Anexo 4) está sobre todo indicado para estudios de investigación.

- **Apoyos y dificultades que encontrará en su entorno.**

3. Completar la historia de consumo de tabaco (edad de inicio, número de cigarrillos consumidos diariamente, intentos previos y recaídas).
4. Pesar al paciente y tomarle la tensión arterial; calcular su riesgo cardiovascular global y mostrarle el beneficio que obtiene si deja de fumar.
5. Proponer y pactar con el paciente un plan de cesación que incluya las actividades que forman parte del asesoramiento práctico, el uso de fármacos para dejar de fumar y establecer las visitas de seguimiento.

Podemos sugerir al paciente, que acuda a esta cita programada con una fecha de abandono del tabaco planteada y que traiga elaborados la lista de motivos y el registro de consumo de cigarrillos. A continuación exponemos éstas y otras actividades dentro del plan que hay que seguir.



**Tabla 4. Test de Fagerström para la dependencia de la nicotina (1991)**

Preguntas	Respuestas	Puntos
1. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?	- Hasta 5 minutos	3
	- Entre 6 y 30 minutos	2
	- Entre 31 y 60 minutos	1
	- Más de 60 minutos	0
2. ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde no está permitido, como el cine o la biblioteca?	- Sí	1
	- No	0
3. ¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?	- El 1º de la mañana	1
	- Cualquier otro	0
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	- 10 ó menos	0
	- 11-20	1
	- 21-30	2
	- 31 ó más	3
5. ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	- Sí	1
	- No	0
6. ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	-Sí	1
	-No	0

0 a 3 puntos: dependencia baja;

4 a 7 puntos: dependencia moderada;

8 a 10 puntos: dependencia alta.

**Test de Fagerström breve (preguntas 1 y 4):**

0 a 2 puntos: dependencia baja;

3 a 4 puntos: dependencia moderada;

5 a 6 puntos: dependencia alta

## 4.1 ASESORAMIENTO PRÁCTICO: INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

El asesoramiento práctico consiste en realizar una intervención psicosocial que incluye, por un lado, que el fumador conozca su adicción y modifique su conducta frente a ella, a la vez que desarrolla habilidades para controlar las situaciones difíciles (abstinencia); por otro lado, ofrecer nuestra disposición a ayudarle a elaborar un plan para dejar de fumar y animarle a que busque apoyo en su entorno. Para ello conviene realizar las siguientes actividades:

### a. Fijar una fecha en las cuatro semanas siguientes.

Acordar con el paciente una fecha de abandono adecuada (Día D) que puede coincidir con algún día con un significado especial. Deben evitarse épocas de tensión, pero reconociendo que nunca es el momento ideal.

### b. Recomendaciones para los días previos.

Hasta el Día D el fumador puede hacer las siguientes cosas que le ayudarán a dejar de fumar:

1. **Listas de motivos:** pensar y elaborar dos listados para trabajar la motivación; uno con los motivos para dejar de fumar y otro con las razones por las que fuma. Es conveniente que el paciente vuelva a leerlos durante el proceso de abandono del tabaco (adjuntamos la plantilla “Lista de motivos” en los materiales para el paciente).

2. **Registro de consumo de cigarrillos:** anotar cada uno de los cigarrillos que consume, al menos, durante un día laborable y otro festivo, señalando las circunstancias en las que se fuman, el grado de necesidad que tiene de fumarlos (mediante una escala de valoración sencilla de 0 a 3) y proponiendo alternativas para afrontar esas situaciones sin tabaco. Esto ayuda a desautomatizar la conducta de fumar y a identificar las situaciones de riesgo de volver a fumar (adjuntamos la plantilla de “Registro de cigarrillos” en los materiales para el paciente).

Otras formas de hacer consciente el acto de fumar pueden ser: comprar sólo un paquete en cada ocasión; cambiar de marca de tabaco; no pedir ni aceptar cigarrillos; retrasar el encendido de cada cigarrillo; fumar con la mano contraria a la habitual y establecer horarios sin fumar.

3. **Buscar apoyo para dejar de fumar:** informar de la decisión tomada a la familia, amigos y compañeros de trabajo y pedirles ayuda; puede ser más fácil dejar de fumar al mismo tiempo que un familiar o un amigo.

4. **Crear espacios sin humo:** evitando fumar en algunas zonas donde el fumador pase mucho tiempo. Además puede ser útil retirar todos los productos relacionados con el tabaco (ceniceros, mecheros, etc...).

5. **Modificar las rutinas con riesgo de fumar y adelantarse a las dificultades** que puedan surgir desarrollando habilidades para afrontarlas. En este sentido puede ser de utilidad el registro de cigarrillos, en el que se proponen alternativas a las situaciones asociadas al tabaco (masticar chicle sin azúcar, tener ocupadas las manos, limpiarse los dientes inmediatamente después de comer...). También es importante informar sobre el síndrome de abstinencia y dar recomendaciones para controlar sus síntomas; conocerlos contribuye a asumirlos con menos ansiedad (ver tabla 5).

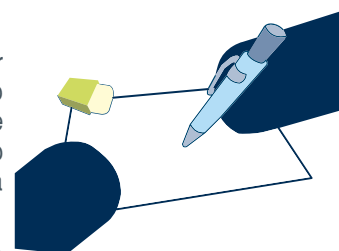
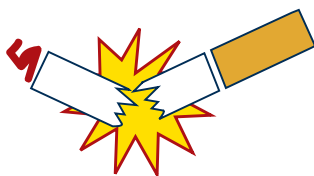


Tabla 5. Síndrome de abstinencia

El síndrome de abstinencia a la nicotina se manifiesta pocas horas después de dejar de fumar y tiene una duración de 2-3 semanas, siendo su intensidad máxima entre el 2º y 3º día.

SÍNTOMAS	RECOMENDACIONES
Deseo intenso de fumar: craving	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pensar que este deseo desaparece en unos minutos y que será cada vez menos intenso y frecuente.</li> <li>- Salir de la situación cambiando de actividad o inducir un cambio de pensamiento.</li> <li>- Respirar profundamente 3 veces seguidas o intentar otras técnicas de relajación.</li> <li>- Beber agua y zumos.</li> <li>- Masticar chicle sin azúcar o comer algo bajo en calorías.</li> </ul>
Aumento del apetito- aumento de peso	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beber mucha agua y zumos que no engorden.</li> <li>- Aumentar la ingesta de frutas y verduras.</li> <li>- Vigilar la ingesta de azúcares refinados y de alimentos ricos en calorías.</li> <li>- Hacer ejercicio.</li> </ul>
Cefalea	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ducha o baño caliente.</li> <li>- Intentar técnicas de relajación.</li> <li>- Analgésicos.</li> </ul>
Insomnio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar café y bebidas estimulantes.</li> <li>- Tomar leche caliente, infusiones relajantes.</li> <li>- Hacer más ejercicio físico.</li> <li>- Intentar técnicas de relajación.</li> </ul>
Nerviosismo-ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caminar y hacer ejercicio físico.</li> <li>- Intentar técnicas de relajación.</li> <li>- Evitar café o bebidas con cafeína.</li> </ul>
Dificultad de concentración	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No exigirse un alto rendimiento durante una o dos semanas.</li> <li>- Evitar bebidas alcohólicas.</li> </ul>
Cansancio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento de las horas de sueño.</li> </ul>
Aumento de la tos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ingerir abundantes líquidos.</li> <li>- Explicar por qué se produce.</li> </ul>
Estreñimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dieta rica en fibra y beber mucha agua.</li> <li>- Ejercicio físico.</li> </ul>



### c. Recomendaciones para los primeros días.

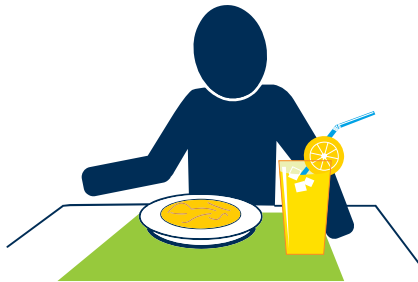
Son útiles los siguientes consejos para el Día D y para los primeros días:

1. **Pensar:** “hoy no voy a fumar”; pensar sólo en el día a día concreto.
2. **Realizar ejercicio físico** adaptado a cada paciente, que además de relajarle, ayudará a controlar el peso.



3. **Beber agua y zumos ricos en vitamina C**, que ayudarán a eliminar la nicotina. **Consejos dietéticos**

dirigidos a mantener el mismo tipo de alimentación, pero evitando azúcares y alimentos ricos en calorías; conviene evitar el consumo de alcohol y café durante las primeras semanas.

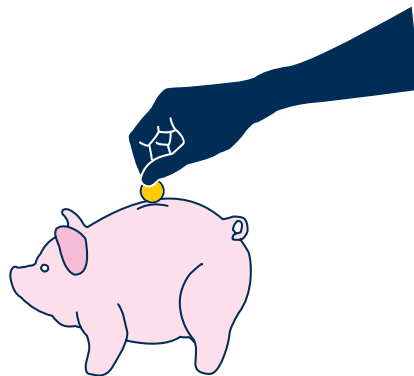


4. **Establecer recompensas:** emplear el dinero ahorrado en algo que apetezca.

5. **Practicar relajación:** ejercicios de relajación sencillos, como hacer respiraciones profundas, que ayudan a que pase la necesidad urgente de fumar (adjuntamos técnicas de relajación en la “Guía Práctica para dejar de fumar de los materiales para el paciente”).

### d. Entregar un Folleto Informativo y una Guía Práctica para dejar de fumar.

A los fumadores que decidan realizar un intento sin nuestra ayuda, les animaremos y ofreceremos el “Folleto Informativo” y la “Guía Práctica para dejar de fumar”; además anotaremos en su historia la fecha de abandono prevista, buscando mayor motivación.



## 4.2. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO



- Además del asesoramiento práctico, los fumadores que intentan dejar de fumar deben recibir tratamiento farmacológico, si está indicado; les explicaremos que su uso reduce los síntomas de abstinencia y aumenta la probabilidad de éxito. Deben ir acompañados de vistas de apoyo para monitorizar los progresos y el seguimiento del tratamiento.
- Recomendaremos fármacos a fumadores con dependencia moderada o alta; y valoramos la dependencia de la nicotina:
  - mediante el test de Fagerström breve (tabla 6), también comentado en la página 13.
  - o bien, conociendo que son dependientes:
    - . los que consumen >15 cigarrillos/día;
    - . los que fuman en la primera media hora después de levantarse;
    - . y los que han hecho intentos previos con recaídas en las primeras semanas.
- En fumadores con baja dependencia, valorar individualmente el uso de tratamiento farmacológico.

### Tabla 6. Test de Fagerström breve

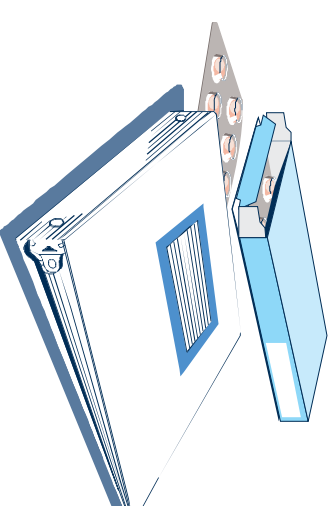
Preguntas	Respuestas	Puntos
1. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?	- Menos de 5 minutos - De 5 a 30 minutos - De 31 a 60 minutos - Más de 60 minutos	3 2 1 0
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	- Más de 30 - De 21 a 30 - De 11 a 20 - 10 ó menos	3 2 1 0

0 a 2 puntos: dependencia baja; 3 a 4 puntos: dependencia moderada; 5 a 6 puntos: dependencia alta

- En la tabla 7 recogemos las características de los fármacos de primera elección para ayudar a dejar de fumar: la terapia sustitutiva de nicotina (TSN) y el bupropion, ambos con igual efectividad; también incluye un nuevo fármaco comercializado con esta indicación: la vareniclina.

Todas las formas de TSN han demostrado ser efectivas para tratar la dependencia de la nicotina, sin diferencias según la vía de administración. En el ámbito de la Atención Primaria se considera el parche de nicotina la forma de TSN recomendada, asociando chicle de nicotina o comprimido de nicotina para chupar a demanda, cuando el paciente sienta un deseo intenso de fumar u otro síntoma de abstinencia.

Tabla 7. Tratamiento farmacológico



**Tabla 1. Tratamiento farmacológico**

	Parches de nicotina	Chicles de nicotina	Comprimidos para chupar de nicotina	Bupropion	Vareniclina
Presentaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibles de 16 y 24 horas de duración (ambos con igual efectividad):               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 16 horas: Nicorette 5, 10 y 15 (5 mg, 10 mg y 15 mg de nicotina).</li> <li>- 24 horas: Nicotrol 7, 14 y 21 (7 mg, 14 mg y 21 mg de nicotina).</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibles de 2, 4 mg nicotina/litro (sabor: nicotina, menta y frutas).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprimidos de 1 mg (equivalente a un chicle de 2 mg) y 2 mg.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprimidos de 150 mg.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprimidos de 0,5 mg y 1 mg.</li> </ul>
Dosis/duración	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un parche al día.</li> <li>- PNH 16 h: 4 semanas parche de 15 2 semanas parche de 10 2 semanas parche de 5</li> <li>- PNT 24 h: 4 semanas parche de 21 2 semanas parche de 14 2 semanas parche de 7</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar el de 2 mg inicialmente. Si alta dependencia o recada previa con el de 2 mg, dar el de 4 mg.</li> <li>- Dosis:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- día 1: chicle cada hora mientras se está despierto.</li> <li>- a demanda.</li> </ul> </li> <li>- No más de 25 chicles/día de 2 mg ni de 15 chicles/día de 4 mg</li> <li>- Disminuir gradualmente después de 3 meses.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosis:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- día 1: comprimido cada 1-2 horas mientras este despierto.</li> <li>- a demanda.</li> <li>- Dosis habitual: 8-12 al día. No pasar de 25 comprimidos/día.</li> </ul> </li> <li>- Disminuir gradualmente después de 3 meses.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Empezar el tratamiento 1-2 semanas antes de dejar de fumar.</li> <li>- 150 mg cada mañana durante 6 días, después 150 mg 2 veces al día separadas al menos por un intervalo de 8 horas.</li> <li>- Prolonga el tratamiento de 7 a 9 semanas desde el día que deja de fumar.</li> <li>- Si se olvida una dosis no recuperarla; esperar a tomar la siguiente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Del 1<sup>er</sup> al 3<sup>er</sup> día: 0,5 mg una vez al día.</li> <li>- Del 4<sup>er</sup> al 7<sup>er</sup> día: 0,5 mg dos veces al día.</li> <li>- Del 8<sup>er</sup> día al final de tratamiento: 1 mg dos veces al día.</li> <li>- Duración del tratamiento: 12 semanas.</li> </ul>
Instrucciones	<p><b>Durante su uso</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizar sobre piel sana y sin vello a nivel del torso, parte superior del brazo o cadera. En mujeres no aplicar sobre el pecho.</li> <li>- Se empieza a usar al levantarse el día elegido para dejar de fumar y se retira:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- el de 16 h, por la noche.</li> <li>- el de 24 h, al día siguiente.</li> </ul> </li> <li>- Cambiar zona de localización cada día y no repetir en 7 días.</li> </ul> <p><b>NO SE DEBE FUMAR y son un complemento a la intervención psicosocial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masticar el chicle de 9 a 10 veces hasta percibir un sabor "picante", colocado entonces entre la encía y la cara interna de la mejilla para permitir que la nicotina se absorba y esperar a que disminuya el sabor picante, luego volver a masticar (ir cambiando el sitio de colocación del chicle).</li> <li>- Utilizar cada chicle o comprimido durante 30 minutos.</li> <li>- Absorción limitada por la ingesta de bebidas calientes (café, zumos o refrescos). Evitar comer y beber líquidos antes y durante su uso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chupar el comprimido lentamente hasta percibir un sabor "picante", colocar el comprimido entre la encía y la cara interna de la mejilla para permitir que la nicotina se absorba y esperar a que disminuya el sabor picante, luego volver a chupar (ir cambiando el sitio de colocación del comprimido).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fijar el día D después de 1-2 semanas del inicio del tratamiento.</li> <li>- Acompañar de apoyo/seguinto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fijar el día D después de 1-2 semanas antes de dejar de fumar.</li> <li>- Los comprimidos deben tragarse enteros con agua y tomarlos durante o después de las comidas.</li> <li>- Acompañar de apoyo psicosocial y seguinto.</li> </ul>	
Efectos adversos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reacciones dermatológicas locales.</li> <li>- Insomnio y pesadillas.</li> <li>- Cefalea.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolor muscular en la mandíbula.</li> <li>- Gástricos: prisis, náuseas, vómitos, hipo.</li> <li>- Cefalea.</li> <li>- Locales: hipersensibilización, irritación y/o úlceras leves en la boca y/o garganta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insomnio.</li> <li>- Cefalea.</li> <li>- Sequedad de boca y alteraciones sentido del gusto.</li> <li>- Reacciones cutáneas (hipersensibilización).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Náuseas.</li> <li>- Cefalea.</li> <li>- Insomnio y sueños anormales.</li> <li>- Estrañamiento y flatulencia.</li> <li>- Vómitos.</li> </ul>	
Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedad cardiovascular aguda o inestable: infarto agudo de miocardio, angina de pecho inestable, arritmias cardíacas graves, ACV reciente, insuficiencia cardíaca avanzada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipersensibilidad al producto.</li> <li>- Trastorno convulsivo actual o antecedente de convulsiones.</li> <li>- Tumor del SNC.</li> <li>- Cirrosis hepática grave.</li> <li>- Deshidratación alcoholica o refracta brusca de benzodiazepinas.</li> <li>- Diagnóstico actual o previo de amoxéa-bulimia.</li> <li>- Tratamiento con IMAOs en los 14 días previos.</li> <li>- Historia de trastorno bipolar.</li> <li>- Embarazo y lactancia.</li> <li>- Niños y adolescentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipersensibilidad al producto.</li> </ul>		
Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 recomenarse la TSN bajo supervisión médica valorando siempre la relación riesgo-beneficio.</li> <li>- No recomendado su uso en niños; puede ser utilizado en adolescentes (de 12 a 17 años) bajo control médico.</li> <li>- Utilizar con precaución en: hipertensión no controlada, úlcera péptica activa, feocromocitoma, hipertridismo, daño hepático o renal grave.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En insuficiencia hepática leve/moderada, responderá mejor a menores dosis (recomendada es de 150 mg/día).</li> <li>- Si unmal convulsivo disminuido (tratamiento con medicación que supla el nivel de convulsiones) a canal del sodio tratado con hidrocloruro de amoxégenos 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.</li> <li>- Interacciones con otros medicamentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No se recomienda su uso en menores de 18 años.</li> <li>- No usar en embarazo y lactancia.</li> <li>- No existe interacciones clínicamente significativas.</li> <li>- El nivel de eficacia renal grave disminuye la dosis a 1 mg/día una vez al día durante los tres primeros días y enfriar durante este tiempo el uso de cítridina).</li> <li>- No existe experiencia clínica en pacientes con epilepsia.</li> <li>- Poca experiencia de uso; hacer uso no indiscriminado.</li> </ul>		

\*\* Antipsicóticos, antidepresivos, antimaláricos, tramadol, teofilina, esteroides sistémicos, quinolonas, antihistamínicos sedantes  
 Modificada de Protocolo de actuación para profesionales sanitarios del Programa Atención Primaria San Humo. Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPS. Grupo de Abordaje al Tabaquismo (GAT) de sanfYC. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2007.



## 5. VISITAS DE SEGUIMIENTO

- Resulta clave establecer actividades de seguimiento desde que el fumador abandona el tabaco, para reforzar la motivación y realizar el seguimiento del tratamiento. Se recomienda realizar visitas de apoyo en las principales fases del proceso de abandono del tabaco:

### 1ª semana, 2ª semana, 1º mes, 2-3 meses y anual

Estas cinco visitas pueden realizarse en la consulta de demanda e incluso alguna telefónicamente, y adaptarse a las necesidades de cada paciente y disponibilidad del profesional sanitario; al menos, conviene realizar una visita la primera semana y otra durante el primer mes.

- En estas visitas de seguimiento debemos:
  - felicitar al paciente.
  - ayudarle a descubrir los beneficios que está produciendo el abandono del tabaco.
  - recordar los consejos para enfrentarse a las dificultades.
  - revisar el tratamiento farmacológico: cumplimiento, tolerancia y cambio de dosificación.
  - informar al paciente sobre las sensaciones que presentará en cada fase del proceso de abandono.
  - recordar los consejos dietéticos, controlar el peso y la tensión arterial. Debido a que el aumento de peso es un motivo importante de recaídas, junto con las recomendaciones dietéticas y aconsejar ejercicio, le ofreceremos controlar el peso y si lo precisa, ayudarle a perderlo después de dejar de fumar.
  - si ha tenido una recaída animarle por el intento, revisar las circunstancias para que sirvan de aprendizaje y valorar un nuevo intento. Es importante mantener un clima de confianza que facilite al fumador a acudir a nosotros si se produce una recaída.
- La tabla 8 contiene las actividades que realizaremos durante la visita programada antes del Día D (referida en la etapa 4) y en cada una de las cinco visitas de seguimiento.
- La confirmación de la abstinencia debe hacerse por lo que dice el paciente; si la relación con la persona es buena no resulta necesario confirmar su declaración de haber dejado de fumar.
- Si se dispone de tiempo y del material, durante las visitas se puede medir el monóxido de carbono (CO) en aire espirado mediante un cooxímetro; en fumadores el resultado es superior a 8 partículas por millón (o al 2% si el aparato mide en porcentaje de carboxihemoglobina). La cooximetría es útil como refuerzo positivo a la hora de dejar de fumar, ya que en los primeros días se produce una normalización de los valores hasta igualarse a los no fumadores y esto ayuda a las personas que están intentando dejar de fumar. También se emplea para validar la abstinencia en estudios de investigación.





Tabla 8. Visitas de seguimiento

Calendario	Fase	Contenidos
Antes del Día D	Preparación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Felicitar.</li> <li>• Diagnóstico del fumador: dependencia de la nicotina, estadio del proceso del cambio, grado de motivación, apoyos y dificultades en su entorno.</li> <li>• Completar la historia de consumo de tabaco (edad de inicio, número de cigarrillos consumidos, intentos previos y recaídas).</li> <li>• Pesar al paciente. Tomar la tensión arterial. Calcular el riesgo cardiovascular.</li> <li>• Asesoramiento práctico; intervención psicosocial:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fijar Día D.</li> <li>- Recomendaciones días previos: 1.lista de motivos; 2.registro de cigarrillos; 3.buscar apoyos; 4.espacios sin humo ;5.modificar rutinas; adelantarse a dificultades - Sd abstinencia.</li> <li>- Recomendaciones primeros días: 1."hoy no voy a fumar"; 2.ejercicio físico; 3.beber agua, zumos y consejos dieta; 4.establecer recompensas; 5.practicar relajación.</li> <li>- Entregar Folleto Informativo y Guía Práctica para dejar de fumar.</li> </ul> </li> <li>• Tratamiento farmacológico: recomendar fármacos en fumadores con dependencia moderada y alta.</li> </ul>
1 semana después del Día D	Euforia: estado de ánimo con cierta euforia; predominan los síntomas de abstinencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar la verbalización de los beneficios y de las dificultades de dejar de fumar.</li> <li>• Preguntar síndrome de abstinencia.</li> <li>• Consejo sobre cómo afrontar situaciones difíciles.</li> <li>• Preguntar apoyo del entorno familiar, social, laboral.</li> <li>• Control de fármacos (cumplimiento, efectos adversos).</li> <li>• Informar sobre la aparición del "duelo".</li> </ul>
2 semanas después de dejar de fumar	Duelo: sensación de vacío, aumento apetito y trastornos del sueño	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar la verbalización de los beneficios y reforzarlo.</li> <li>• Valorar la presencia de síntomas de "duelo".</li> <li>• Insistir en consejos dietéticos y pesar.</li> <li>• Preguntar y reforzar el apoyo del entorno.</li> <li>• Control de fármacos (cumplimiento, efectos adversos).</li> </ul>
1 mes después de dejarlo	Normalización: falsa seguridad; disminuye el deseo de fumar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar la verbalización de los beneficios y reforzarlo.</li> <li>• Informar sobre la posible aparición de una sensación de falsa seguridad y las pruebas: "por uno no pasa nada".</li> <li>• Control de fármacos (cumplimiento, efectos adversos, cambio de pauta).</li> </ul>
2-3 meses después de dejar de fumar	Consolidación: fantasías de control y recaída "social"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FELICITAR.</li> <li>• Facilitar la verbalización de los beneficios a largo plazo y reforzarlos.</li> <li>• Pesar.</li> <li>• Valorar y advertir sobre fantasías de control. Prevenir de las recaídas de tipo social (celebraciones).</li> <li>• Cambiar o suspender la pauta de fármacos.</li> </ul>
1 año después de dejar de fumar	"EXFUMADOR"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FELICITAR.</li> <li>• Facilitar la verbalización de los beneficios a largo plazo y reforzarlos.</li> <li>• Prevenir de las recaídas de tipo social.</li> </ul>

Modificada de Protocolo de actuación para profesionales sanitarios del Programa Atención Primaria Sin Humo. Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPS. Grupo de Abordaje al Tabaquismo (GAT) de semFYC. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. 2007.

## Algoritmo de intervención

### 1. Preguntar y registrar en la historia

¿Usted fuma?

NO

NO FUMADOR: Animar. Prevención. Preguntar cada 2 años hasta los 25.  
EX FUMADOR: Felicitar. Preguntar cada dos años.

SI (Cuantificar el nº de cigarrillos/día)

### 2. Valorar

¿Está pensando seriamente en dejar de fumar?

NO

(precontemplación)

Sí, en los próximos 6 meses

(contemplación)

Sí, en los próximos 30 días

(preparación)

### 3. aconsejar

I. Consejo sanitario  
II. Ofrecer nuestra ayuda  
III. Entregar Folleto Informativo  
Entrevista motivacional en cada entrevista  
Informar - Motivación (importancia) - Autoeficacia (Confianza)

Citar en programada

### 4. Ayudar

I. Asesoramiento práctico: intervención psicosocial  
a. Fijar una fecha en las cuatro semanas siguientes.  
b. Recomendaciones para los días previos:  
1. Lista de motivos; 2. Registro de cigarrillos; 3. Buscar apoyos; 4. Espacios sin humo; 5. Modificar rutinas y adelantarse a dificultades-Sd abstinencia.  
c. Recomendaciones para los primeros días:  
1. "Hoy no voy a fumar"; 2. Realizar ejercicio; 3. Beber agua, zumos y consejos dieta; 4. Establecer recompensas; 5. Practicar relajación.  
d. Entregar "Folleto Informativo" y "Guía Práctica para dejar de fumar".  
II. Tratamiento farmacológico: Recomendar en fumadores con dependencia moderada y alta: Fagerström breve, o bien:  
. ≥15 cigarrillos/día ó  
. fuma en la primera media hora ó  
. recaídas previas en las primeras semanas.

### 5. Seguimiento

III. Visitas de seguimiento: 5 visitas  
1ª semana, 2ª semana, 1 mes, 2-3 meses y anual

## Intervención en situaciones especiales

A continuación presentamos un resumen con las opciones terapéuticas indicadas en determinadas situaciones habituales en nuestra consulta, considerando las contraindicaciones y precauciones del tratamiento farmacológico expuestos en la tabla 7. Es primordial informar al paciente de las posibles alternativas y valorar la relación riesgo beneficio antes de prescribir un tratamiento farmacológico.

### 1. Cardiopatía isquémica:

- Opciones terapéuticas indicadas:
  - Consejo sanitario. Entrevista motivacional.
  - Asesoramiento práctico: Intervención psicosocial.
- Terapia Sustitutiva de Nicotina (TSN): valorar en cardiopatía isquémica estable parches, chicles o comprimidos de nicotina para chupar, a mitad de dosis y con mayor seguimiento. Contraindicada en cardiopatía isquémica inestable.
- Bupropión: no indicación en ficha técnica.
- Vareniclina: no hay estudios. En periodo postcomercialización se han notificado casos de IAM en pacientes que usaban Vareniclina.

### 2. Embarazo y lactancia:

- Opciones terapéuticas de elección:
  - Consejo sanitario. Entrevista motivacional.
  - Asesoramiento práctico: Intervención psicosocial.
- TSN, valorar riesgo-beneficio:
  - Solicitar consentimiento informado.
  - Utilizar dosis bajas y preferentemente comprimidos de nicotina para chupar o chicles de 2 mg.
  - Emplear el tratamiento antes de la 16ª semana de gestación; en la lactancia utilizar fuera de las tomas.
- Contraindicados:
  - Bupropión.
  - Vareniclina.



### 3. Depresión:

- Si es posible y no existe un riesgo vital importante, es aconsejable posponer el momento de iniciar el proceso de deshabituación tabáquica hasta la estabilización del proceso depresivo.
- Opciones terapéuticas indicadas:
  - Consejo sanitario. Entrevista motivacional.
  - Asesoramiento práctico: Intervención psicosocial.
  - Tratamiento farmacológico: TSN.

- Bupropión:
  - Desaconsejado en pacientes que empleen otros antidepresivos o antipsicóticos.
  - Contraindicado en: historia de trastorno bipolar, diagnóstico actual o previo de anorexia-bulimia y tratamiento con IMAOs en los 14 días previos.
- Vareniclina: Usar con precaución.
- El proceso de deshabitación tabáquica puede reagudizar enfermedades psiquiátricas subyacentes.

#### 4. Convulsiones:

- Opciones terapéuticas indicadas:
  - Consejo sanitario. Entrevista motivacional.
  - Asesoramiento práctico: Intervención psicosocial.
  - Tratamiento farmacológico: TSN.
- Bupropión: contraindicado.
- Vareniclina: no existe experiencia.

#### 5. Úlcera gastroduodenal:

- Opciones terapéuticas indicadas:
  - Consejo sanitario. Entrevista motivacional.
  - Asesoramiento práctico: Intervención psicosocial.
  - Tratamiento farmacológico:
    - .- Parches de nicotina, si está controlada.
    - .- Bupropión.
    - .- Vareniclina.
- TSN: contraindicada en fase activa.



#### 6. Hipertensión arterial:

- Opciones terapéuticas indicadas:
  - Consejo sanitario. Entrevista motivacional.
  - Asesoramiento práctico: Intervención psicosocial.
  - Tratamiento farmacológico: Parches de nicotina.
- Pueden producirse elevaciones de la tensión arterial en el transcurso del tratamiento con TSN, Bupropión y Vareniclina, por lo que debe controlarse regularmente.
- La asociación de TSN con Bupropión produjo una elevación de la tensión arterial mayor que el uso de estos dos fármacos de forma individual.

#### 7. Niños y adolescentes:

- Opciones terapéuticas de elección:
  - Consejo sanitario. Entrevista motivacional.



- Asesoramiento práctico: Intervención psicosocial.

• No se recomienda el uso de TSN en niños; puede valorarse su empleo en adolescentes (12 a 17 años) bajo control médico.

• Bupropión y Vareniclina: contraindicados.

#### 8. Ancianos:

• Opciones terapéuticas indicadas:

- Consejo sanitario. Entrevista motivacional.

- Asesoramiento práctico: Intervención psicosocial.

- Tratamiento farmacológico:

- TSN.

- Bupropión a dosis de 150 mg/día.

- Vareniclina: inicialmente no precisa ajuste (valorar individualmente el estado renal del paciente).



#### 9. Diabetes:

• Opciones terapéuticas:

- Consejo sanitario. Entrevista motivacional.

- Asesoramiento práctico: Intervención psicosocial.

- Tratamiento farmacológico:

- TSN.

- Vareniclina.

• Bupropión: precaución en diabéticos tratados con hipoglucemiantes orales o insulina; se aconseja no usar.

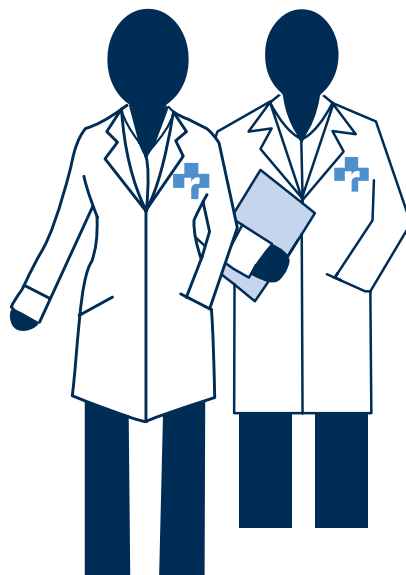
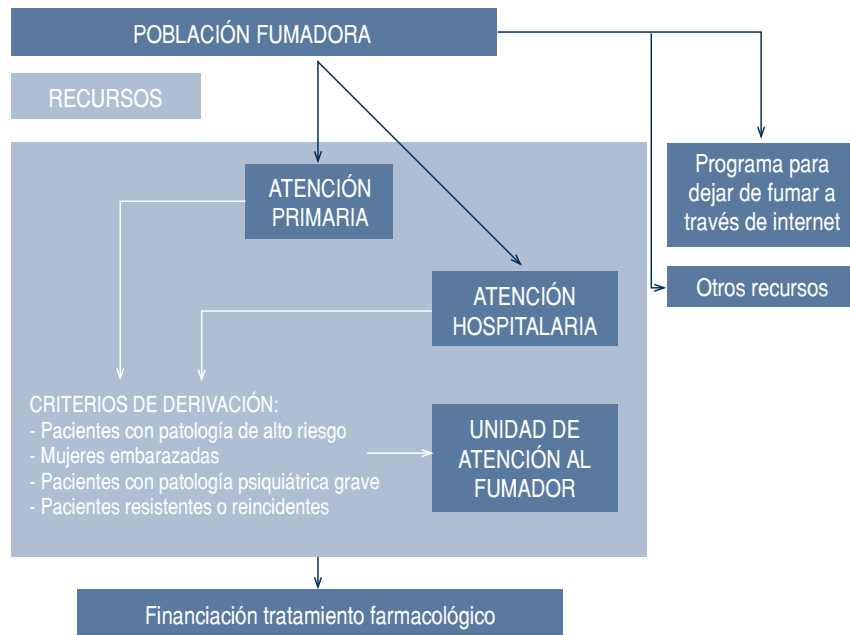
• El proceso de dejar de fumar puede alterar la farmacocinética de la insulina.



## Atención al fumador en La Rioja: circuito asistencial (figura 1)

- El primer nivel asistencial de atención al fumador en La Rioja es la red de Atención Primaria, puerta de entrada y eje de asistencia al fumador. En Atención Primaria los profesionales sanitarios tratan el tabaquismo de forma individual (basándose en el protocolo de intervención desarrollado en esta guía) o grupal.
- El segundo nivel del circuito asistencial es la Unidad de Atención al Fumador integrada en la Red de Salud Mental y Adicciones. Así, esta Unidad realiza tratamiento especializado del tabaquismo caracterizado, entre otros elementos, por su gran intensidad en términos de frecuencia y duración. Los recursos asistenciales de primer nivel pueden derivar a esta Unidad a aquellos pacientes que cumplan los siguientes criterios de derivación:
  - pacientes con patología de alto riesgo,
  - mujeres embarazadas,
  - pacientes con patología psiquiátrica grave,
  - pacientes resistentes o reincidentes.
- Desde enero de 2007 se prescriben gratuitamente fármacos eficaces en el tratamiento del tabaquismo desde Atención Primaria de Salud, la Unidad de Atención al Fumador y Servicios Hospitalarios. Se ha desarrollado para tal fin un protocolo de prescripción farmacológica que es el siguiente:
  - incluir al paciente en el programa de ayuda al fumador y registrarlo en la historia clínica.
  - asimismo, el fumador debe cumplir los siguientes criterios:
    - .- desear dejar de fumar y estar dispuesto a tomar los fármacos,
    - .- fumar como mínimo entre diez y quince cigarrillos diarios,
    - .- ser mayor de dieciocho años, y
    - .- no presentar contraindicaciones.
- Se dispone de otro recurso asistencial dirigido a la población fumadora: el programa para dejar de fumar a través de internet “La Rioja sin tabaco”. Se trata de un programa de autoayuda que consta de ocho sesiones a través de las cuales las personas obtienen estrategias prácticas para lograr y consolidar la abstinencia.
- Por otra parte, algunas poblaciones por su papel modélico (sector sanitario y docente), por presentar graves patologías o por otras circunstancias, pueden acceder a determinados servicios, además de a los ya mencionados.
- Por último, la Consejería de Salud dispone de otros recursos asistenciales con el objetivo de fomentar el abandono del consumo entre los fumadores y poner a su alcance los medios necesarios para ayudarles en este propósito.

Figura I. Atención al fumador en La Rioja: circuito asistencial



## Puntos clave

- El tabaquismo es un problema de Salud Pública de primer orden, tanto por su alta prevalencia como por sus consecuencias para la salud.
- Las evidencias sobre el aumento del riesgo de padecer diversas enfermedades en personas no fumadoras derivado de la exposición al humo de tabaco, “tabaquismo pasivo”, son incuestionables.
- El fumador debe saber que dejar de fumar tiene muchas ventajas y merece la pena conseguirlo.
- El tabaquismo es una enfermedad crónica; el proceso de abandono del tabaco suele ser prolongado y las recaídas, que forman parte de este proceso, no deben ser vistas como un fracaso.
- La consulta de Atención Primaria ofrece la mejor oportunidad para la detección, tratamiento y seguimiento del consumo de tabaco.
- La mayoría de fumadores comienzan a fumar a edades tempranas; se debe intervenir de forma preventiva desde la adolescencia.
- Ayudar a dejar de fumar es una de las intervenciones preventivas con mejor evidencia de efectividad y de coste-efectividad.
- Las intervenciones eficaces para ayudar a dejar de fumar son: el consejo sanitario, el asesoramiento práctico y el tratamiento farmacológico.
- El consejo sanitario para dejar de fumar, es la actividad fundamental para la prevención y tratamiento del tabaquismo, siendo la intervención más efectiva de los profesionales sanitarios.
- Es primordial identificar la fase del proceso de dejar de fumar en la que se encuentra el fumador; nuestra intervención debe adaptarse a la situación de cada fumador, ayudándole a que progrese por las distintas fases de abandono del tabaco hasta alcanzar la abstinencia tabáquica.
- En las fases de precontemplación y contemplación el paciente se beneficia de estrategias de motivación y en las fases de preparación, acción y mantenimiento requiere apoyo e instrucciones.
- Debe recomendarse tratamiento farmacológico a todos los fumadores que intentan dejar de fumar, excepto en presencia de circunstancias especiales, asociar asesoramiento práctico y fijar visitas de seguimiento después de dejar de fumar, aumentando así las probabilidades de éxito.
- Se consideran normas mínimas de correcta atención al paciente con hábito tabáquico:
  - La detección y registro del consumo de tabaco, cuantificado en nº cigarrillos al día.
  - Valorar la fase del proceso del cambio en la que se encuentra.
  - Proporcionar consejo sanitario encaminado al abandono del hábito tabáquico.
  - Determinar la dependencia de la nicotina.
  - Proporcionar asesoramiento práctico para la resolución de problemas y aprendizaje de habilidades.



- En fumadores en fase de acción fijar la fecha de abandono y al menos dos actividades de seguimiento durante el primer mes.
  - En pacientes no preparados para dejar de fumar realizar al menos una actividad de seguimiento al año.
- El circuito asistencial de atención al fumador en La Rioja dispone de recursos con el objetivo de fomentar el abandono del consumo entre los fumadores y poner a su alcance los medios necesarios para ayudarles en este propósito.



## Anexo I. Creencias erróneas y barreras que plantean los fumadores

**“¿Para qué voy a dejar de fumar si seguimos respirando el humo de la contaminación?”.**

Los fumadores introducen en sus pulmones más de 5000 sustancias, alguna de ellas en concentraciones tóxicas 400 veces superiores a los límites aceptados. Los que fuman respiran la polución y además el humo del tabaco.

**“Como fumo cigarrillos bajos en nicotina y alquitrán no corro riesgo”.** Los fumadores que se pasan a los cigarrillos bajos en nicotina varían inconscientemente su forma de fumar para mantener su nivel habitual de nicotina en la sangre. La Unión Europea obligó a eliminar la utilización de las denominaciones light, ultralight, mild, etc., términos a los que considera, cuanto menos, engañosos. No existe ninguna forma segura de fumar.

**“Mi abuelo fumó como un carretero durante toda su vida y vivió más de 90 años”.**

Sabemos que fumar reduce los años de vida de los fumadores. Los últimos estudios muestran que uno de cada dos fumadores morirá por una enfermedad relacionada con el tabaco, y un número mayor padecerán enfermedades causadas por él. Esto significa que para que salgan las cuentas otros compañeros de su abuelo murieron a edad temprana por enfermedades relacionadas con el tabaco. No se puede saber quiénes no van a ser afectados, siendo el riesgo muy grande.

**“No fumo mucho. No creo que tan poco me haga daño”.** **“He reducido el número de cigarrillos que fumo cada día”.**

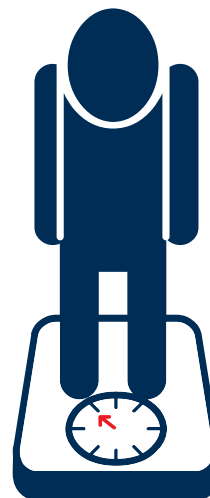
No existe un consumo seguro ni sano de tabaco. Aunque existe una relación dosis-respuesta clara entre el número de cigarrillos consumidos al día y los efectos perjudiciales del tabaco, fumar incluso un cigarrillo al día es dañino. Reducir el consumo es casi tan difícil como dejar de fumar completamente y, además, las probabilidades de volver al nivel de consumo previo son muy altas. No fumar es la única manera de evitar los riesgos relacionados.

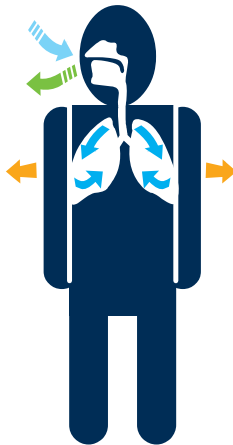
**“No tengo suficiente voluntad para dejar de fumar”.**

Dejar de fumar no depende de ninguna característica previa sino de tener una o varias razones para dejarlo (motivos) y de saber cómo hacerlo. Cada día muchos fumadores dejan de fumar definitivamente. La mayoría de ellos necesitan varios intentos. Cada intento es un paso más que acerca a la persona a su objetivo de dejar de fumar. Ahora nosotros podemos ayudarle.

**“No encuentro el momento de dejarlo”.** Dejar de fumar requiere esfuerzo. Suele ser eficaz elaborar un plan para dejarlo; nosotros podemos ayudarle; usted puede lograrlo igual que otros lo han conseguido.

**“Me gustaría dejarlo pero me da miedo engordar”.** Al dejar de fumar se pueden ganar de 2 a 4 Kg de promedio y menos del 10% de fumadores aumentan más de 10 Kg. Es peor para su salud seguir fumando que ganar peso. Podemos controlar el peso y, si realmente engorda ayudarle a perderlo después de dejar de fumar.





**“Fumar me relaja”.** Lo que ocurre es que el cuerpo se ha acostumbrado a la nicotina y es normal sentirse más relajado cuando se obtiene la nicotina, de la que uno probablemente ya es dependiente, calmando así la ansiedad provocada por la falta de tabaco. Pero en realidad, la nicotina es un estimulante. Pasadas unas semanas sin fumar, muchos fumadores comprueban, sorprendidos, que se sienten menos nerviosos y aprenden a relajarse sin el tabaco.

**“El humo de tabaco ambiental es simplemente una molestia”.** No sólo es una molestia; es un riesgo para la salud. La exposición al humo de tabaco causa, al menos, 200.000 muertes cada año tan solo en los lugares de trabajo. Muchas de esas personas trabaja en los sectores de hostelería, ocio y servicios, pero el problema puede existir en cualquier ocupación.

**“La prohibición de fumar restringe los derechos y la libertad de elección de la población fumadora”.** Las leyes que prohíben fumar no restringen derechos a nadie. Protegen la salud de las personas al regular los lugares donde se permite fumar y donde no se permite fumar. Hay que recordar que la mayoría de la gente no fuma y que la mayoría de los fumadores quieren dejarlo. El derecho de una persona a respirar aire sin tóxicos esta por encima del derecho de los fumadores a fumar en los lugares públicos poniendo en peligro la salud de los demás.



## Anexo 2. Método para explorar la importancia y la confianza.

En la entrevista motivacional, para personalizar la intervención es de utilidad conocer la importancia (motivación) que tiene para el paciente dejar de fumar y la confianza (autoeficacia) que tiene en conseguirlo, y de esta manera saber sobre qué aspecto hay que incidir. Un método simple que se utiliza es una escala de 0 a 10, pidiendo al fumador que se sitúe en un punto de ella con respecto a la importancia y a la confianza, mediante las siguientes preguntas:

- Con respecto a la IMPORTANCIA que tenga para él dejar de fumar:

“¿Qué importancia tiene para usted actualmente dejar de fumar?” Si en una escala del 0 al 10, el 0 fuera ninguna importancia y el 10 mucha importancia. “¿Qué puntuación se daría?”

“¿Por qué se ha dado una puntuación de X y no de 1?” Así facilitamos que verbalice sus motivos.

“¿Qué tendría que suceder para que su motivación pasara de la puntuación X al 9 ó 10?”

- En relación a la CONFIANZA que tiene en que podrá conseguirlo:

“¿Si usted decidiera dejar de fumar en este momento, qué confianza tendría en lograrlo?” Si en una escala del 0 al 10, el 0 significara no tener ninguna confianza y el 10 estar extremadamente confiado “¿Que puntuación se daría?”

“¿Por qué se ha dado una puntuación de X y no de 1?” Esto permite verbalizar sus fortalezas.

“¿Qué tendría que suceder para que su puntuación pasara de X a 9?” Para conocer sus miedos.

“¿Cómo puedo yo ayudarle para que su puntuación pase de X a 8 ó 9?”



## Anexo 3. Intervenciones específicas para cada estadio del proceso del cambio

### • Precontemplación:

Entrevista motivacional que aporte información sobre el tabaquismo, para generar en el fumador la reflexión y ambivalencia.

### • Contemplación:

Entrevista motivacional con el objetivo de aumentar la motivación, vencer resistencias y aumentar la autoeficacia.

### • Preparación:

Entrevista centrada en el paciente para ofrecer apoyo y facilitar estrategias de ayuda: que el fumador conozca su adicción, modifique su conducta frente a ella y desarrolle habilidades para manejar la abstinencia.

### • Acción y Mantenimiento:

Entrevista centrada en el paciente para desarrollar habilidades de afrontamiento y autoeficacia, con el objetivo de prevenir recaídas.

### • Recaída:

Entrevista para aumentar el sentimiento de autoeficacia y seguir ofreciendo ayuda para nuevos intentos.

## Anexo 4. Test de motivación de Richmond

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

No: 0      Sí: 1

2.- ¿Cuánto interés tiene usted en dejar de fumar?

Desde nada en absoluto: 0; hasta mucho: 3

3.- ¿Intentará dejar de fumar completamente en las próximas dos semanas?

Desde definitivamente no: 0; hasta definitivamente sí: 3

4.- ¿Cree que dentro de 6 meses usted no fumará?

Desde definitivamente no: 0; hasta definitivamente sí: 3

Puntuaciones:

**0-6: Baja motivación; 7-9: Moderada motivación; 10: Alta motivación.**



## Direcciones de Internet

• [www.who.int/tobacco](http://www.who.int/tobacco)

Página Web de la Organización Mundial de la Salud dedicada a la iniciativa Liberarse del Tabaco, Tobacco Free Initiative; en inglés, con algunos documentos traducidos al español.

• [www.tobacco-control.org](http://www.tobacco-control.org)

Página Web del Tobacco Control Resource Centre, creado en la British Medical Association. En inglés y español.

• [www.treatobacco.net](http://www.treatobacco.net)

Página Web de la Society for Research on Nicotine and Tobacco. Fuente de datos basados en la evidencia, que puede consultarse en español; incluye apoyo práctico para el tratamiento del tabaquismo.

• [www.cdc.gov/tobacco/data.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/data.htm)

Página Web del Centers for Disease Control and Prevention-Department of Health & Human Services-USA, en inglés y español, en la que se puede acceder a documentos sobre tabaquismo, informes del “Surgeon General” y ayuda a fumadores para dejar de fumar.

• [www.tobaccofreekids.org](http://www.tobaccofreekids.org)

Página de información e intervención en tabaquismo dirigida a jóvenes. European Network on Smoking Prevention.

• [www.globalink.org](http://www.globalink.org)

Web de Globalink: red del Programa Europeo Contra el Cáncer.

• [www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca)

Salud Canadá; acceso a páginas muy completas sobre tabaco.

• [www.update-software.com](http://www.update-software.com)

Acceso a revisiones Cochrane.

• [www.msc.es](http://www.msc.es) ó

• [www.msc.es/ciudadanos/protecciónSalud/adolescencia/tabaco/home.htm](http://www.msc.es/ciudadanos/protecciónSalud/adolescencia/tabaco/home.htm)

Información sobre tabaquismo en la Página Web del Ministerio de Sanidad y Consumo.

• <http://infodrogas.riojasalud.es>

Página Web del Servicio de Drogodependencias de la Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja.

• [www.lariojasintabaco.org](http://www.lariojasintabaco.org)

Programa para dejar de fumar a través de Internet: “La Rioja sin tabaco”.

• [www.cnpt.es](http://www.cnpt.es)

Página Web del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo.

• [www.semfy.com](http://www.semfy.com); [www.papps.org](http://www.papps.org)

Página Web de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Página del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. Recomendaciones sobre tabaquismo y Guía práctica para ayudar a la gente a dejar de fumar.

- [www.sedet.es](http://www.sedet.es)

Página Web de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo. Contiene información, guías y material gráfico actualizados.

- [www.separ.es](http://www.separ.es)

Página Web de la Sociedad Española de Patología del Aparato Respiratorio.

- [www.nofumadores.org](http://www.nofumadores.org)

Web de una organización no gubernamental con información interesante.



## Bibliografía

Ballvé JL, Monteverde X, Zarza E, et al. El tabaquismo en atención primaria. *Medicina Integral* 2000; 35: 52-60.

Barrueco Ferrero M, Hernández Mezquita M, Torrecilla García M. *Manual de Prevención y tratamiento del tabaquismo*. 3ª Ed. ERGON, Madrid 2006.

Becoña E. *Guía clínica para ayudar a los fumadores a dejar de fumar*. Socidrogalcohol. Valencia. 2004.

C. Cabezas Peña, T. Robledo de Dios, F. Marqués, R. Ortega Sánchez-Pinilla, M. Nebot Adell, M.J. Megido Badía, E. Muñoz Seco, J.A. Prados Castillejo y R. Córdoba García. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPS 2005. *Atención Primaria* 2005; 36 (Supl 2): 27-46.

Cabezas C. Guía para ayudar a la gente a dejar de fumar. En: *Guías de educación sanitaria y promoción de la salud del PAPPS*. PAPPS-semFYC 2000 (Modificada mayo 2002)

Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art. No.: CD006103. DOI: 10.1002/14651858.CD006103.pub2.

Clemente ML, Alonso JA, Córdoba R, Cortada J, Grandes G, Nebot M, Solbes A, Tormo J. Descripción de las guías disponibles en España para el abordaje del tabaquismo en atención primaria. *Aten Primaria* 1999; 24 (2):101-8.

Del Pozo J, Esteban A, Nuez C, González A. Tratamiento del tabaquismo en la Comunidad Autónoma de La Rioja. *Trastornos adictivos*. 2007; 9: 6-13.

Directrices clínicas prácticas para el tratamiento del consumo y la dependencia del tabaco. Un informe del Public Health Service de los Estados Unidos. *JAMA* 2000; 283: 3244-54.

Encuesta Nacional de Salud de España 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo-INE. Disponible en:

<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>

Encuesta sobre Consumo de Drogas en La Rioja, 2005. Gobierno de La Rioja, 2006.

Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III. Septiembre 2003. Disponible en: <http://www.isciii.es/htdocs/index.jsp>

Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating Tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.

García P, Ortega G, Lozano J. *Curso Autoformativo en Atención Primaria de Salud (CAAPS/4): Tabaquismo*. Fundación de Atención Primaria. EdiDe, Barcelona 2007.

Granollers S. Tratamiento del tabaquismo. *Guía para profesionales de enfermería*. *Rol* 1999; 22: 65-70.

Protocolo de actuación para profesionales sanitarios del Programa Atención Primaria Sin Humo. Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPS. Grupo de



Abordaje al Tabaquismo (GAT) de semFYC. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. 2007.

Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la práctica clínica. Adaptación Española del CEIPC (Comité Español Interdisciplinario de Prevención Cardiovascular). Atención Primaria 2004; 34 (8): 427-432 y 484-492.

Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1. Art. No.: CD000031. DOI: 10.1002/14651858.CD000031.pub3.

Mallin R. Smoking Cessation: Integration of Behavioral and Drug Therapies. Am Fam Physician 2002; 65: 1107-1114, 1117.

Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 5ª Ed. Elsevier, Madrid 2003.

Miller W.R., Rollnick S. La entrevista motivacional. Ed. Paidós. 1999.

Olano Espinosa E, Matilla Pardo B, Sánchez Sanz E, Alarcón Aramburu. ¿Intervención mínima en tabaquismo?. El protocolo de atención al paciente fumador en Atención Primaria 2005; 36: 510-4.

Pardell H, Jané M, Sánchez Nicolay I, Villalbí JR, Saltó E et al. Manejo del fumador en la clínica. Recomendaciones para el médico español. Organización Médica Colegial. Madrid/Medicina stm Editores (Ars Médica). Barcelona, 2002.

Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross J. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. American Psychologist 1992; 47: 1102-1114.

Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 1. Art. No.: CD001188. DOI: 10.1002/14651858.CD001188.pub2.

Salvador T, Córdoba R, Planchuelo MA, Nebot A, Becoña E, Barrueco M y Riesco JA. Se puede dejar de fumar. Las claves para conseguirlo. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005.

Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 3. Art. No.: CD000146. DOI: 10.1002/14651858.CD000146.pub2.

Lancaster T, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub2.

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

West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Thorax 2000; 55: 987-999.

World Health Organization. Policy recommendations for smoking cessation and treatment of tobacco dependence. World Health Organization, 2003. Disponible en: [www.who.int/tobacco](http://www.who.int/tobacco).

Gobierno de La Rioja  
[www.larioja.org](http://www.larioja.org)



SOCIEDAD  
RIOJANA DE  
MEDICINA DE  
FAMILIA Y  
COMUNITARIA