



somriures  
**sense fum**

---

# Guía de intervención **individual** para el tratamiento del tabaquismo

---



G CONSELLERIA  
O SALUT  
I DIRECCIÓ GENERAL  
B SALUT PÚBLICA  
/ I PARTICIPACIÓ



G CONSELLERIA  
O SALUT  
I SERVEI SALUT  
B ILLES BALEARS  
/

**Edita:**

Direcció General de Salut Pública i Participació  
Conselleria de Salut  
Govern de les Illes Balears

**Autors:**

Lucía Gorreto López, metgessa de família, CS Coll d'en Rebassa  
Rosa Duro Robles, metgessa de família, subdirectora assistencial d'Atenció Primària i Atenció a les Urgències Extrahospitalàries del Servei de Salut de les Illes Balears  
Miguel C. Aguiló Juanola, farmacèutic comunitari, servei de tabaquisme, Farmàcia Aguiló Juanola  
Isidoro Hidalgo Campos, metge de família, CS S'Escorxador  
Consuelo Méndez Castell, infermera, subdirectora d'Infermeria del Sector Migjorn, Atenció Primària de Mallorca

**Autors de capítol:**

Catalina Artigués Mascaró, comare, CS Martí Serra. Embaràs i lactància  
Andreu Estela Mantolan, metge de família, CS Dalt Sant Joan, Menorca. Adolescents  
Pere Rosselló Alemany, infermer, CS Marines. Tabac i cànnabis

**Revisió des de la perspectiva de gènere:**

M. Carme Vidal Mangas

**Revisió lingüística:**

Juana M. Munar Oliver

**Coordinació editorial:**

Arturo López Gonzalez, metge de salut laboral, Servei de Salut de les Illes Balears  
Margarita Gayá Janer, metgessa, DG Salut Pública i Participació

**Impremta:** Amadip Esment

**Disseny:** Som2 disseny

**Edició:** abril 2017

**Dipòsit legal:** PM 422-2017

# Índice

---

Presentación .....	5
1. Agradecimiento .....	6
2. Introducción .....	7
3. Intervención sobre el consumo de tabaco .....	8
3.1. El proceso de dejar de fumar.....	8
3.2. Intervención en la persona fumadora.....	10
3.2.1. Intervención en la persona fumadora que no quiere dejar de fumar.....	11
3.2.2. Intervención en la persona fumadora que quiere dejar de fumar .....	17
* Abordaje individual	
3.2.3. Tratamiento farmacológico .....	20
4. Situaciones especiales.....	26
4.1. Embarazo y lactancia .....	26
4.2. Adolescentes.....	28
4.3. Pacientes con enfermedades crónicas .....	31
4.4. Pacientes con enfermedades psiquiátricas .....	33
4.5. Cigarrillos electrónicos .....	36
4.6. Tabaquismo pasivo .....	37
4.7. Tabaco y cánnabis.....	37
4.8. Tabaco y peso .....	39
5. Guía rápida .....	40
6. Anexos y tablas .....	44
6.1. Recursos internet profesionales y ciudadanía, y nuevas tecnologías en consulta .....	50
6.2. Interacciones del tabaco con fármacos.....	50
Bibliografía .....	52



## Presentación

---

La lucha contra el tabaquismo sigue siendo una prioridad de salud pública. El tabaquismo es la primera causa de muerte evitable, responsable en Balears del 38 % de las muertes en hombres y del 25 % en las mujeres, principalmente por enfermedades cardiovasculares y diferentes tipos de cáncer.

La prevalencia de tabaquismo en las islas está disminuyendo en los hombres, pero estancada en las mujeres, aunque siempre ha sido más baja que en los hombres. En la actualidad, fuma todavía uno de cada cuatro hombres y una de cada cinco mujeres.

Ayudar a las personas fumadoras a dejar de fumar es uno de los principales ejes de la lucha contra el tabaquismo, junto con la protección de los espacios sin humo y la aplicación de medidas fiscales. Dejar de fumar no es fácil, lo sabemos todas las personas que hemos fumado, pero es una de las mejores decisiones que pueden tomarse a lo largo de la vida.

Los profesionales sanitarios, especialmente los de Atención Primaria, son claves para ayudar y acompañar a las personas a dejar de fumar. Esta guía pretende ser una herramienta que facilite a los profesionales sanitarios ayudar a sus pacientes a conseguir este gran objetivo vital que es dejar de fumar. Después de más de diez años de la primera edición, hemos considerado necesaria su revisión.

Deseo agradecer a todos los profesionales que han colaborado en su redacción, revisión y edición el trabajo hecho, que será de gran utilidad, no sólo en atención primaria, sino también en atención hospitalaria, servicios de prevención de riesgos laborales y farmacias.

**Maria Ramos Monserrat**

Directora general de Salud Pública y Participación

## **1. Agradecimiento**

---

A las personas autoras de la GUÍA DE BOLSILLO PARA EL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO DE SEMFYC por permitir el uso de su guía para su adaptación a la nuestra y que sirviera de referencia principal, puesto que guías existen muchas, todas ellas de gran valor en diferentes aspectos, pero ésta nos pareció la más adecuada por ser una de las más recientes, por estar elaborada en Atención Primaria y por su metodología científica estricta y basada en la evidencia.

## 2. Introducción

---

El consumo de tabaco en la actualidad y en nuestro medio sigue siendo la principal causa de morbilidad evitable, y a pesar de ello y de ser una gran amenaza para la salud, existe todavía escasa implicación entre el personal sanitario para abordarlo. Por lo tanto, puede decirse que debido a su alta prevalencia, su impacto en la salud como factor de riesgo y la desatención por parte del colectivo sanitario ha permitido que su letalidad haya ido en aumento. 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 comúnmente.

Así pues, el objetivo de esta guía es mostrar los diferentes tratamientos que hoy por hoy pueden realizarse en el ámbito de la atención primaria sobre la persona fumadora a nivel individual.

### 3. Intervención sobre el consumo de tabaco

---

Para ayudar a las personas fumadoras a dejar de fumar los profesionales de la salud deben 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.

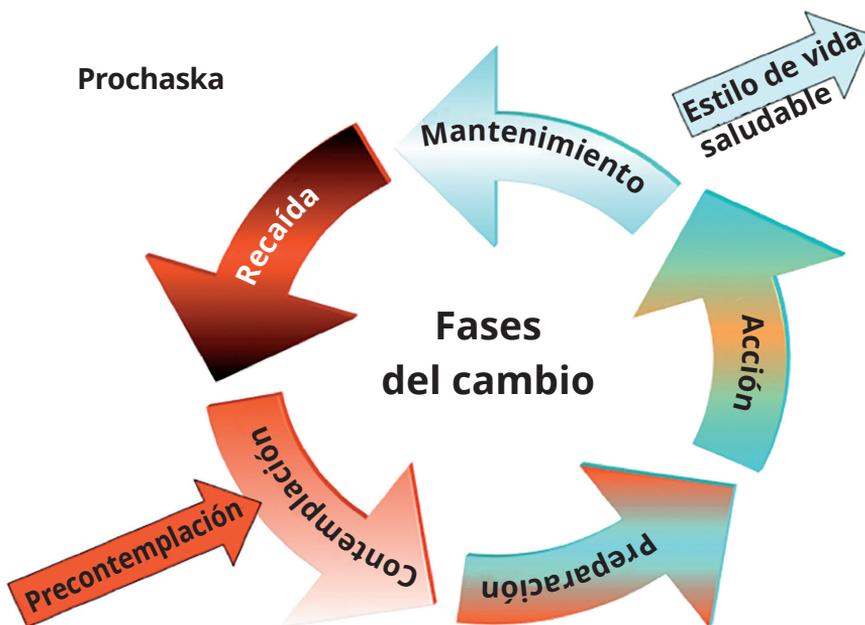
#### 3.1. El proceso de dejar de fumar

Dejar de fumar supone un cambio de conducta que responde a un proceso por el que cada persona fumadora pasa después de varias fases a lo largo del tiempo. Cada persona fumadora se encuentra en una u otra fase en función del menor o mayor grado de motivación para dejar de fumar pudiendo pasar de una a otra en minutos, horas y diferentes días dependiendo de diferentes estímulos internos o externos. Estas fases son (figura 1):

- **Precontemplación:** la persona fumadora no se plantea dejar de fumar. Quizás piensa que el tabaco no le está haciendo daño porque en este momento no nota ningún síntoma de enfermedad. No percibe como un problema su conducta de fumar y aunque ha oído que el tabaco es malo para la salud, su decisión es la de seguir fumando. Supone el 25-30 % de las personas fumadoras.
- **Contemplación:** la persona fumadora se plantea de forma seria un cambio en los próximos 6 meses, pero presenta dudas constantes, quizás porque no objetiva daños claros o los ve muy lejanos. Este es el primer paso para plantearnos un intento serio para dejar de fumar. En esta fase es característica la ambivalencia o sentimientos contrapuestos respecto al hecho de fumar. Supone el 50-60 % de las personas fumadoras. En esta fase ofrecer nuestra ayuda, abrir nuestra puerta para que la persona sea libre de elegir el momento y dar siempre toda la información es una buena herramienta para que la balanza se incline de un lado o de otro.
- **Preparación:** la persona fumadora desea realizar un intento serio para dejar de fumar y está decidida a dejarlo, es capaz de fijar una fecha y pensar un plan para dejar de fumar en el próximo mes. Es fundamental que la persona tome la decisión de forma libre y con toda la información y apoyo necesario, acompañándola en el proceso, informándola de los beneficios que obtendrá con el abandono y ofreciéndole herramientas para mantenerse sin fumar. Supone el 10-15 % de las personas fumadoras.

- **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. Es importante el acompañamiento de las personas en las primeras semanas y meses tras el abandono para ayudarles a evitar recaídas y controlar la abstinencia ya sea enseñando conductas alternativas o prescribiendo fármacos.
- **Persona exfumadora:** 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.

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)

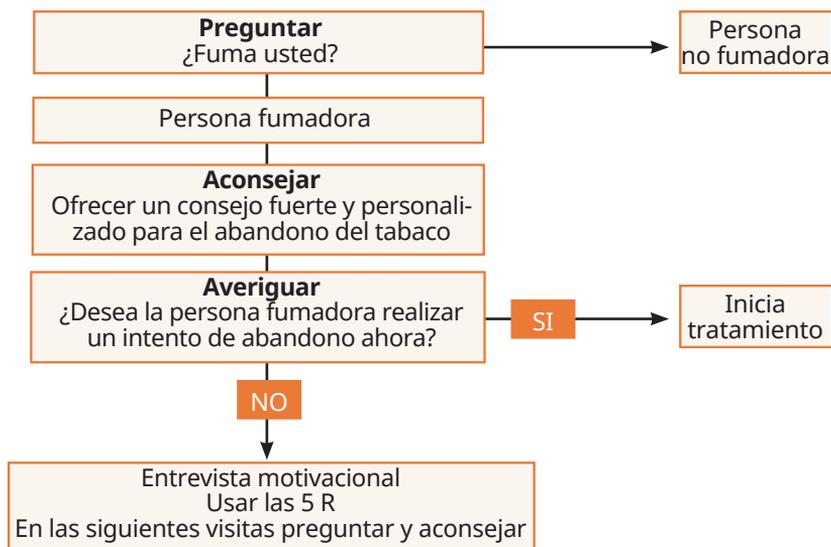
### 3.2. Intervención en la persona fumadora

Se estima que un 70 % de la población acude al menos una vez al año a su médico o médica de familia, y que las personas que fuman lo hacen con una frecuencia mayor que las que no fuman. Cualquier profesional de la salud del ámbito que sea, atención primaria, hospitalaria, oficina de farmacia, etc., debería poder ofrecer un consejo de salud y ayudar a dejar de fumar a las personas. Esto supone 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 clínica, sea cual sea el motivo de visita. 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 años. Si bien debería estar incluida en la cartera de servicios de todos los servicios de salud y en todos los ámbitos asistenciales para disminuir drásticamente la desasistencia de estos pacientes.

Se proponen diferentes intervenciones según la disposición de la persona fumadora a dejar de fumar. Estas intervenciones se basan en la estrategia de las 5 A (Averiguar, Aconsejar, Acordar, Ayudar y Asegurar) para la ejecución de intervenciones conductuales y de consejo sobre los principales factores de riesgo.

**Figura 2. Intervenciones en la persona fumadora que no quiere realizar un intento de abandono en el momento de la visita**



Adaptada de Fiore MC

### 3.2.1. Intervención en la persona fumadora que no quiere dejar de fumar (figura 2)

Ante una persona fumadora que no quiere dejar de fumar podremos dar un consejo breve y/o utilizar la entrevista motivacional para que la persona fumadora avance en su proceso de cambio.

Es necesario comunicar para favorecer el cambio. Al introducir el tema en la consulta será preciso:

#### *Escoger el momento*

Después de resolver el motivo de consulta, especialmente si la conducta saludable tiene relación con la persona. Comprobar que la persona que nos escucha está relajada, receptiva y tiene tiempo.

#### *Crear clima*

De confianza y respeto: tolerar la diferencia. La actitud de la persona que aconseja debe ser cordial y positiva. Demostrar empatía con la persona y sus dificultades durante el proceso de cambio.

#### *Enunciar*

Introducir el tema a tratar, remarcando su importancia e intentando centrar a quien nos escucha, averiguando si quiere hablar sobre el tema.

### **Explorar sus conocimientos o conductas sobre el tema, así como su predisposición al cambio de conducta.**

A partir de aquí:

#### **1. Consejo breve**

Sistematizado, firme, sencillo, corto (2-3 minutos máximo), que contenga información lo más personalizada posible, aprovechando los datos que nos de la persona sobre su conducta, conteniendo una propuesta de cambio.

La información ofrecida debe ser veraz, acorde a los conocimientos científicos del momento, clara y comprensible. Explicada en términos positivos y motivadores, evitando mensajes culpabilizadores para la persona.

- **Claro:** «Es importante que usted deje de fumar, y podemos ayudarle. En la actualidad disponemos de tratamientos efectivos».
- **Directo:** «Como profesional de la salud, le aseguro que dejar de fumar es lo más importante que puede hacer por su salud actual y futura».
- **Personalizado:** relacionar el consejo con los problemas de salud presentes o, en su defecto, con aquellas cosas que acordes a su edad o género puedan ser un elemento motivador y generador de cambio en su actitud, el coste que re-

presenta la compra de tabaco, la dependencia como «esclavitud» y el impacto en la salud de otras personas. Incidir en aquellos en los que la persona fumadora muestre mayor interés.

Tras el consejo podemos entregar **folletos** informativos sobre el cambio de conducta. Siempre **ofreceremos ayuda** para que la persona acuda cuando lo considere oportuno para abordar el cambio de conducta.

## **2. Usar técnicas de entrevista motivacional**, teniendo en cuenta sus principios (tabla 1).

Es un tipo de entrevista semiestructurada, centrada en la persona, utilizada como herramienta de comunicación en el proceso de ayudarla a cambiar una conducta, con el objetivo de aumentar el deseo de cambio y buscar el compromiso de la persona para lograrlo.

La entrevista motivacional se basa en el respeto a las decisiones y valores de la persona, en la empatía y en evitar siempre el enjuiciamiento. Las decisiones parten de la persona, y el profesional las apoya y facilita.

Una persona tiene más posibilidades de cambiar hacia una nueva conducta si:

- aumenta su deseo de cambiar (**motivación**)
- se siente capaz de realizar ese cambio (percepción de **autoeficacia**)

Para aplicar entrevista motivacional es necesario trabajar con la **ambivalencia**: existen motivos para seguir fumando y también para dejarlo. Debe fomentarse que la persona analice unos y otros, y ofrecer feedback sobre ellos, pero sin presionar hacia el cambio. De esta forma, con tolerancia y respeto, sin enjuiciar ni ordenar lo que debe hacerse, la persona sopesa en profundidad sus motivos. La persona percibe que el conflicto crece, y aumenta la posibilidad de que lo resuelva decidiendo dejar de fumar.

En caso de que la ambivalencia sea escasa, podemos realizar preguntas, crear dudas, hacer que la persona tenga conflicto y lo exprese, incluso creando una cierta preocupación donde no la había: es la “angustia terapéutica”. Podemos aportar información sobre el consumo de tabaco resaltando más los beneficios de dejar de fumar que los riesgos de fumar, 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 ayudarla a dejar de fumar.

Nos ayudarán técnicas básicas de entrevista motivacional:

### 1. Hacer preguntas abiertas

Permiten y animan a la persona a hablar libremente, incrementando así su percepción del problema.

## 2. Ejercitar la escucha reflexiva

Es clave en la entrevista motivacional. El o la profesional no se limita a “escuchar” lo que dice la persona, sino que se responde a lo que la persona va diciendo, reflejándolo. Hacemos de **espejo de la persona**.

No es por lo tanto un proceso pasivo. El o la profesional es quien decide qué es lo que refleja y qué es lo que ignora, qué debe enfatizarse y qué palabras usar.

Escogiendo los contenidos que reflejamos a la persona fumadora, buscamos activamente que hable del cambio: que exprese preocupación, ambivalencia, motivos para cambiar... y la “premios” cuando lo hace: una forma de conseguir que una conducta se repita es recompensarla.

Las **recompensas** pueden ser de muchas clases, pero en el marco de la entrevista, una muy fuerte es ofrecer atención empática y comprensiva. Reforzando, incluso felicitando a la persona cuando habla sobre el cambio.

La esencia de una escucha reflexiva es focalizar la atención en lo más importante que intenta decir la persona. Escogemos una preocupación, una ambivalencia, un deseo de cambiar, un sentimiento... y lo devolvemos. Con ello conseguimos que la persona escuche en voz alta sus propias vivencias y reflexione sobre ellas, además de oírlo por segunda vez.

## 3. Hacer sumarios

Los sumarios pueden ser utilizados para poner en conjunto el material que se ha ido comentando, ponen en evidencia la ambivalencia del individuo. Refuerzan todo lo que se ha dicho de importante, muestran que se ha escuchado con atención y preparan a la persona para proseguir.

## 4. Favorecer afirmaciones de automotivación

Si la persona manifiesta deseo de cambio es más fácil que lo decida.

A la hora de intervenir en las personas fumadoras 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**

<p>EXPRESAR EMPATÍA</p>	<p>Aceptar a la persona fumadora facilita el cambio de conducta, por lo que es fundamental una escucha reflexiva adecuada. La ambivalencia de la persona fumadora ante el tabaco es normal. El o la profesional es capaz de transmitir comprensión hacia las emociones de la otra persona. Puede manifestarse por gestos y palabras.</p>
<p>CREAR LA DISCREPANCIA</p>	<p>Es importante que la persona fumadora tome conciencia de las consecuencias de seguir fumando. Debemos intentar crear en ella una discrepancia entre las consecuencias de seguir fumando y las razones para dejar de hacerlo, siendo la persona fumadora la que debe presentar sus propias razones para el abandono del tabaco.</p>
<p>EVITAR LA DISCUSIÓN</p>	<p>Las discusiones del terapeuta con la persona fumadora son contraproducentes. En muchas ocasiones, al argumentar contra el tabaco se provoca la defensa de la persona fumadora y ello hace aflorar las resistencias. La aparición de resistencias nos indica que debemos cambiar las estrategias que se han estado utilizando previamente.</p>
<p>DARLE UN GIRO A LA RESISTENCIA</p>	<p>Las percepciones que tienen las personas fumadoras sobre su conducta de fumar pueden cambiarse. El terapeuta debe sugerir nuevos puntos de vista sobre la conducta de fumar, sin imposiciones. La persona fumadora es una fuente valiosa a la hora de encontrar soluciones a los problemas de su propia conducta.</p>
<p>FOMENTAR LA AUTOEFICACIA</p>	<p>La confianza en la posibilidad de cambiar es un factor motivacional importante. La persona fumadora es responsable de escoger y llevar a cabo un cambio personal. Si el terapeuta cree en la capacidad de cambio de la persona, el cambio se facilita.</p>

Fuente modificada de Miller W.

**Tabla 2. Motivos para dejar de fumar. Intentar que la persona fumadora encuentre sus propios motivos**

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

*Adaptado de Manley, M.W.: Epps, R.P.: Glynn, T.J. The clinician's role in promoting smoking cessation among clinic patients. Med Clin North Am.1992; 76:477-94.*

**Tabla 3. Las 5 R para la persona que no desea dejar de fumar**

RELEVANCIA	La intervención motivacional tiene un mayor impacto si es relevante para el estado de salud/enfermedad de la persona fumadora, de su familia o situación social (por ejemplo, si hay niños o niñas en casa), si el tabaco le produce problemas de salud en la actualidad, según la edad, el sexo u otras características de la persona fumadora.
RIESGOS	El o la profesional debe pedir a la persona fumadora que identifique posibles consecuencias negativas de fumar, sugiriendo y clarificando aquellos problemas más relevantes para ella, enfatizando que fumar cigarrillos bajos en nicotina o usar 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 o la profesional debe pedir a la persona fumadora que identifique posibles beneficios de dejar de fumar, sugiriendo y enfatizando aquellos que son más relevantes para la persona fumadora: mejora de la salud, ahorro de dinero, recuperación del gusto y olfato, mejor forma física, más salud para los hijos e hijas y otras personas,
RECONSIDERAR impedimentos y dificultades	El o la profesional debe pedir a la persona fumadora 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, ganar peso, falta de apoyo, depresión y placer por fumar.
REPETICIÓN	La intervención motivacional debe ser repetida cada vez que la persona fumadora que no está motivada para dejar de fumar acuda a la consulta, siempre en un ambiente de empatía y de respeto hacia ella. A las personas fumadoras que han fallado en intentos previos de dejar de fumar se les debería informar de que muchas personas fumadoras realizan varios intentos de abandono antes del éxito final.

Fuente: Fiore MC.

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) (tabla 3).

### 3.2.2. Intervención en la persona fumadora que quiere dejar de fumar (figura 3)

#### ABORDAJE INDIVIDUAL

**Para ayudar a dejar de fumar** a las personas dispuestas a realizar 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 la persona 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, amistades y/o compañeros para aumentar el compromiso y buscar su apoyo y colaboración en todo el proceso. No obstante, no todas las personas desean o se sienten capaces de este abandono súbito. Por ello la persona debe elegir entre realizar un cese brusco o un descenso gradual del consumo, aunque decidiendo una fecha a partir de la que ya no fumará por el riesgo de aumentar el consumo tras un primer descenso.

3. **Hacer una intervención** psicosocial (tabla 4), ofreciendo y explicando el tratamiento farmacológico a todas las personas fumadoras, 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 año (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 a la persona recomendaciones para paliar el síndrome de abstinencia, que alcanza su máximo durante la primera semana, y luego va disminuyendo hasta desaparecer (tabla 7).

En primer lugar, si la persona quiere dejar de fumar, lo primero es felicitarla por su decisión, dar la enhorabuena y siempre mostrar una actitud positiva con sus acciones y apoyo para con su conducta y seguimiento. A continuación es importante obtener un buen registro del hábito tabáquico en nuestra historia clínica informatizada describiendo el tiempo de persona fumadora, motivos para dejar de fumar, consumo de tabaco diario, intentos previos de abandono, fármacos que haya podido tomar en los intentos previos y si han ido bien o no, causas de recaídas en los intentos previos, motivos que la llevaron a dejar de fumar en anteriores ocasiones, test de dependencia y motivación para dejarlo en este intento, etc.

Existen otras herramientas objetivas que durante el proceso de abandono pueden ser utilizadas como herramientas motivacionales, tales como los medidores de monóxido de carbono o carboxímetro y las espirometrías forzadas con medidores de edad pulmonar (COPD6), pero para ello el o la profesional de salud tiene que estar adiestrado tanto para el uso del aparataje como para la interpretación de sus valores como elemento motivacional.

Una vez obtenemos toda la información, las opciones de intervención también son variadas y si bien la mayoría de los profesionales de atención primaria acabarán realizando una intervención breve, consideramos que es importante que se explique cómo debería ser una intervención intensiva individual en la consulta de atención primaria. La diferencia entre ambas no es más que el tiempo que dedicamos en la consulta y el número de sesiones impartidas es mayor, y por lo tanto la dedicación y la experiencia del profesional de la salud que la realiza la mayoría de veces habitualmente también suele ser mayor.

En ambos casos, la primera visita debería ser de contenido más o menos común si bien en la intervención breve, sobre todo en el **protocolo de las 3 visitas** que se propone en esta guía (figura 4), los test suelen ser más cortos.

Se revisa todo lo descrito sobre la historia clínica, historia tabáquica, entorno familiar y social fumador o no, posibles dificultades que nos encontraremos para dejar de fumar, como estresores, si la persona fuma por recompensa o para mitigar estrés, se habla sobre mitos del tabaco, el coste del mismo y asociaciones del tabaco para después realizar **técnicas de desautomatización**.

Hablamos de sus motivos para dejar de fumar y se le dan pautas para la siguiente visita, planteando que fije un día D. En caso del protocolo de las 3 visitas, se planifica esa fecha, se explora la posibilidad de prescribir fármacos y se cita a la persona en 15 días, siendo este día una semana tras el día D. Si se está realizando una intervención intensiva, las intervenciones serán semanales y estas serán de unos 20-30' de duración.

En la **2ª visita** del protocolo de las 3 visitas se pregunta sobre el tabaco, si la persona está sin fumar, se felicita y se realiza prevención de recaídas ofreciendo toda la información sobre las mismas, dando información siempre sobre los beneficios de mantenerse sin fumar y de las dificultades de mantenerse abstinentes, y siempre dejando la posibilidad de recibir nuestro apoyo ante cualquier problema o duda. Si se ha prescrito medicación, siempre preguntar sobre ella y realizar un buen control de la misma. Siempre nuestra meta es la **abstinencia total**, y en cualquier momento puede ofrecerse a la persona un seguimiento más intensivo si no se ve segura o existe cualquier incidencia.

La siguiente visita del **protocolo de las 3 visitas** se realiza a los 30 días de la visita 2, donde se realiza más o menos un seguimiento similar que en la visita 2 siempre y cuando no haya habido ningún contratiempo. Entre ambas visitas siempre debemos dejar abierta la posibilidad de un contacto telefónico o una cita por cualquier contratiempo que pudiera surgir a la persona.

En las **intervenciones individuales intensivas (tabla 8)**, los pasos se realizan de manera más paulatina a no ser que las personas nos marquen el ritmo de diferente manera.

En esta **tercera visita** la persona ya viene con una fecha fijada para dejar de fumar, si bien en algunas ocasiones hay personas que se adelantan y en días previos ya lo han dejado por su cuenta y acuden sin fumar y con algunos síntomas aflorando del síndrome de abstinencia. En el caso de acudir con fecha fijada, lo que debemos hacer es repasar las técnicas de desautomatización para evitar todas aquellas situaciones de la vida cotidiana que le recordarán al tabaco, la persona ya habrá ido reduciendo el número de cigarrillos los días previos retirando aquellos que no eran puramente necesarios para calmar la abstinencia a la nicotina (tabla 6 y 7), y le recordaremos los beneficios de la decisión tomada al querer dejar de fumar. Si se ha optado por algún fármaco, se repasará su indicación, cómo debe tomarlo, cuándo y desde que momento y si ya lo toma si tiene algún problema. Reforzaremos la fecha elegida y el objetivo de la abstinencia total.

Preguntamos sobre dudas y preguntas y fijamos fecha para 1 o 2 días después del día D.

En la **4ª sesión** la persona viene en abstinencia; si es así, se da la enhorabuena, se repasan posibles síntomas del síndrome de abstinencia por si aparecen y como paliarlos, se le enseñan técnicas de relajación, como hacerlas, y dónde hacerlas.

Preguntar sobre su entorno social, familiar y laboral, si tiene personas aliadas y si hay algún problema a la hora de mantenerse en abstinencia en el día a día de su vida diaria.

Repasar medicación y reforzar técnicas de relajación y desautomatización que le puedan ayudar.

Consejos sobre ejercicio físico y alimentación a todas las personas, pero hacer hincapié sobre todo en aquellas personas que nos hayan verbalizado que un aumento de peso puede ser un problema a la hora de mantenerse en abstinencia.

La **5ª sesión** puede realizarse dependiendo de la persona o bien a la semana de la 4ª o a los 15 días. Suele ser una sesión para valorar la aparición de la "fase de duelo". En ella pueden aparecer síntomas de sensación de vacío, lo verbalizan

como la “falta de un amigo o amiga que les ha acompañado mucho tiempo”, sin embargo hay personas que por el contrario recuperan su libertad. En esta fase el síndrome de abstinencia está en descenso y todos sus síntomas desaparecen, por lo que es muy importante verbalizar los beneficios de la decisión que han tomado y reforzarlos, aconsejar la actividad física puesto que favorece la objetivación de dichos beneficios.

Control de la medicación a quien estuviera tomando, cumplimiento, explorar efectos adversos y sobre todo que no abandonen los fármacos antes de tiempo.

La **6ª y última sesión** puede realizarse al 1-2 meses de la 5ª sesión para valorar el mantenimiento de la abstinencia y sobre todo para prevenir recaídas. Es una etapa peligrosa, puesto que la persona piensa que “todo está controlado” y en esta fase es donde en ocasiones suele ocurrir que “por un cigarrillo no pasa nada” y acaban cayendo. Es importante que se le indique esto a la persona, sobre todo en situaciones sociales de bajada de control.

Posteriormente se realizan controles que pueden ser presenciales o telefónicos a los 6 meses y al año para confirmar la abstinencia de las personas y con el objetivo de hacer refuerzo positivo de hábitos saludables de vida.

Tenemos que recordar a las personas que a pesar de largos periodos de abstinencia siempre se tiene que tener en cuenta la posibilidad de una recaída y por ello se tiene que trabajar en su prevención.

### **3.2.3. Tratamiento farmacológico para el abordaje al tabaquismo**

A día de hoy los fármacos de primera línea para el abordaje de la persona fumadora son la vareniclina, la terapia sustitutiva con nicotina, el bupropión y por último, y en casos individualizados, la combinación de estos fármacos.

A continuación de forma esquemática, clara y concisa pasamos a concretar las especificaciones de cada uno de ellos y aquellos aspectos más reseñables que deben tenerse en cuentas por todos los profesionales de la salud que van a prescribirlos y por aquellos y aquellas que van a atender a personas que van a usarlos.

**Tratamiento con fármacos: vareniclina. Utilizar, salvo contraindicaciones o en poblaciones determinadas (embarazadas, personas fumadoras ligeras, adolescentes) en las que no hay una evidencia firme de su eficacia**

<b>Fármaco</b>	<b>Vareniclina</b>
<b>Presentaciones</b>	Comprimidos de 0,5 mg y 1 mg
<b>Dosis/duración</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Del 1º al 3º día: 0,5 mg una vez al día</li> <li>▪ Del 4º al 7º día: 0,5 mg dos veces al día</li> <li>▪ Del 8º día al final de tratamiento: 1 mg dos veces al día</li> </ul> <p>Duración del tratamiento: 12 semanas</p> <p>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</p>
<b>Instrucciones</b>	<p>Iniciar el tratamiento 1-2 semanas antes de dejar de fumar</p> <p>Los comprimidos deben tomarse durante las comidas o al final de las mismas</p> <p>Acompañar de apoyo psicológico y seguimiento</p>
<b>Efectos adversos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Náuseas</b></li> <li>▪ <b>Insomnio y alteraciones del sueño</b></li> <li>▪ Cefalea</li> <li>▪ Estreñimiento y flatulencia</li> <li>▪ Vómitos</li> </ul> <p>Los efectos adversos suelen ser dosis dependientes</p>
<b>Contraindicaciones</b>	Hipersensibilidad al producto
<b>Precauciones</b>	<p>No se recomienda su uso en &lt; 18 años</p> <p>No usar en embarazo ni lactancia</p> <p>No existen interacciones clínicamente significativas</p> <p>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)</p> <p>No existe experiencia clínica en pacientes con epilepsia</p> <p>Se puede administrar sin problemas en personas con enfermedades psiquiátricas tratadas y estables (Estudio Eagles)</p>

**Tratamiento con fármacos: TSN. Utilizar, salvo contraindicaciones o con precaución en poblaciones determinadas (embarazadas, personas fumadoras ligeras, 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 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"> <li>• Un parche al día.</li> <li>• Si parches de 24 h: 4 semanas, 21 mg 2 semanas, 14 mg 2 semanas, 7 mg</li> <li>• Si parches de 16 h: 4 semanas, 15 mg 4semanas, 10 mg</li> </ul> <p>Usar más de 8 semanas no aumenta la efectividad</p> <p>Los de 16 h producen menos insomnio</p> <p>Para personas fumadoras que se levantan por la noche o tienen turnos cambiantes, mejor de 24 h</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar el de 2 mg inicialmente</li> <li>• Dar el de 4 mg si: - Alta dependencia (<math>\geq 5</math> en test de Fagerström) - Recaída previa con el de 2 mg</li> <li>• Probar pautas de dosificación fijas (1 chicle cada hora mientras se está despierto)<sup>b</sup>.</li> </ul> <p>No pasar de 25 chicles/día de 2 mg, ni de 15 chicles/día de 4 mg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminuir gradualmente después de 3 meses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Probar pautas de dosificación fijas (1 comprimido cada 1-2 horas)<sup>b</sup></li> <li>• Dosis habitual: 8-12 comprimidos/día. No pasar de 30 comprimidos/día</li> <li>• Disminuir gradualmente después de 3 meses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Fase I: 1-6 semanas (1-2 pulverizaciones/ganas de fumar un cigarrillo)</li> <li>* Fase II: 7-9 semanas (reducir el número de pulverizaciones hasta conseguir en la semana 9 el 50 % de la fase I).</li> <li>* Fase III: 10-12 semanas (continuar reduciendo pulverizaciones hasta 4 al día en la semana 12 y dejarlo)</li> </ul>

<p>Instrucciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar sobre piel sana y sin vello a nivel del tronco, parte superior del brazo o cadera. En mujeres, no aplicar sobre el pecho</li> <li>• Empezar a usar al levantarse el día de dejar de fumar y retirar:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- El de 24 h al día siguiente</li> <li>- El de 16 h por la noche</li> </ul> </li> <li>• Cambiar de localización cada día y no repetir en varios días</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Use su pulgar para deslizar hacia abajo el botón hasta que se pueda pulsar ligeramente hacia dentro. No apretar demasiado</li> <li>2. Apuntar con la boquilla hacia la boca abierta lo más cerca que sea posible</li> <li>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</li> </ol>
		<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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Máximo: 2 pulverizaciones /aplicación             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Máximo: 4 pulverizaciones/h</li> <li>- Máximo: 64 pulverizaciones/día</li> </ul> </li> <li>• No usar más de 6 meses</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> </ul>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gástricos: náuseas, vómitos, pirosis, hipo</li> <li>• Cefalea</li> <li>• Locales: hipersalivación, irritación y/o úlceras leves en la boca y/o garganta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipo</li> <li>- Efectos en el lugar de administración como hormigueo, sensación de quemazón, inflamación, dolor en la boca o en los labios o cambios en la percepción de los sabores</li> <li>- Sequedad de boca o garganta o incremento de las cantidades de saliva</li> <li>- Sensación de dispepsia (indigestión)</li> </ul>	
Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dermatitis generalizada</li> </ul>			
	Enfermedad cardiovascular aguda o inestable: infarto agudo de miocardio, angina de pecho inestable, arritmias cardíacas graves, ACV reciente			
Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En embarazo y lactancia: debe recomendarse 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</li> <li>• No recomendado su uso en niños ni niñas. 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, hipertiroidismo, daño hepático o renal grave</li> <li>• Insuficiencia cardíaca avanzada</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deben combinarse parches de nicotina con chicles o comprimidos o inhalador bucal en personas fumadoras con alta dependencia a la nicotina o con antecedentes de síndrome de abstinencia importante</li> </ul>			

<sup>a</sup>La pauta estándar es administración diaria 8 semanas. Según el metaanálisis de Cochrane los tratamientos de más de 8 semanas no aumentan la eficacia de los parches. Si bien se puede ajustar según síntomas de abstinencia, de sobredosis, etc., para personas que son grandes fumadoras, >25 cig./día, podría optarse, según los autores de esta guía, por parches de 15+10 mg 4 semanas, seguido de 15 mg 4 semanas y 10 mg 2 semanas.

<sup>b</sup> Pueden ofrecerse pautas de dosificación a demanda (en estos casos, hay que advertir a la persona que no use una dosis insuficiente).

**Tratamiento con fármacos: bupropión. Utilizar, salvo contraindicaciones o poblaciones determinadas (embarazadas, personas fumadoras ligeras, adolescentes) en las que no hay una evidencia firme de su eficacia**

FÁRMACOS	Bupropión
Presentaciones	Comprimidos de 150 mg
Dosis/duración	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 150 mg cada mañana durante 6 días; después 150 mg/2 veces al día separados al menos por un intervalo de 8 h</li> <li>• Empezar el tratamiento 1-2 semanas antes de dejar de fumar</li> <li>• Prolongar el tratamiento de 7 a 9 semanas desde el día que deja de fumar</li> <li>• Si se olvidan una dosis, no recuperarla; esperar a tomar la siguiente</li> </ul>
Instrucciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fijar el día D de dejar de fumar después de 1-2 semanas del inicio del tratamiento</li> <li>• Acompañar con apoyo/seguimiento</li> </ul>
Efectos adversos	<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/hipersensibilidad</li> <li>• 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)</li> </ul>
Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipersensibilidad al producto</li> <li>• Trastorno convulsivo actual o antecedentes</li> <li>• Tumor del sistema nervioso central <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirrosis hepática grave</li> </ul> </li> <li>• Deshabitación brusca de alcohol o benzodiazepinas</li> <li>• Diagnóstico actual o previo de anorexia-bulimia</li> <li>• Uso de inhibidores de la monoaminoxidasa en los 14 días previos</li> <li>• Historia de trastorno bipolar</li> <li>• Embarazo y lactancia</li> <li>• Niños, niñas y adolescentes</li> </ul>
Precauciones	<p>En insuficiencia hepática leve-moderada o insuficiencia renal y personas ancianas la dosis recomendada es de 150 mg/día</p> <p>Si el umbral convulsivo está disminuido (tratamiento con medicación que baja el umbral de convulsiones<sup>a</sup>, uso abusivo de alcohol, historia de traumatismo craneal, diabetes tratada con hipoglucemiantes o insulina, uso de estimulantes o productos anorexígenos), <b>no debe usarse, salvo</b> 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</p> <p>Interacciones con otros medicamentos</p>

<sup>a</sup>Antipsicóticos, antidepresivos, antimaláricos, tramadol, teofilina, esteroides sistémicos, quinolonas, antihistamínicos sedantes.

## **Tratamientos farmacológicos combinados. Ocasionalmente y según la formación del profesional puede considerarse tratamiento combinado**

**TSN combinada: parche + forma oral.** Aparece en el metaanálisis de Fiore como el tratamiento más efectivo. Con los parches de 16 h, la forma oral al despertar combate el *craving* matutino hasta que se coloca el parche. La forma oral debe pautarse al despertar y en los momentos en los que la persona fumadora relata que fuma con más intensidad (ej. tras comidas) y a demanda.

**TSN + bupropión:** aparece en la guía Fiore de 2008 con nivel de evidencia A y aprobada por la FDA. En estudios recientes, la eficacia de esta combinación mejoró las posibilidades de dejar de fumar en comparación con los que tomaron solo bupropión.

**Vareniclina + nicotina oral.** El uso combinado de vareniclina y nicotina oral es bien tolerado sin problemas y podemos utilizarlo en las fases iniciales de ajuste de dosis para controlar los síntomas de abstinencia nicotínica y cuando el peligro de recaída sea alto.

**Vareniclina combinada con TSN en forma de parches,** no parece incrementar significativamente la eficacia de la misma.

En el caso de personas fumadoras preocupadas por ganar peso podemos combinar **un fármaco de primera línea** (vareniclina, parches o bupropión) **con nicotina oral.**

La combinación de **vareniclina y bupropión** sería una posible opción dados sus diferentes mecanismos de acción y la probable falta de interacciones entre ambos. **Esta combinación incrementa la eficacia a corto y medio plazo pero no a largo plazo.**

## **4. Situaciones especiales**

### **4.1. Embarazo y lactancia**

#### **4.1.1 Tabaco y embarazo**

El embarazo es un periodo especialmente receptivo para los cuidados de salud. Es más probable que una mujer deje de fumar durante el embarazo que en cualquier otro momento de su vida. Una futura madre está generalmente muy motivada para hacer todo lo que esté en su mano para tener a un bebé más sano. Los profesionales de la salud podemos utilizar esta motivación para ayudar a que las gestantes logren cambios permanentes en sus estilos de vida, muy saludables para ellas y para sus familias.

Aunque un significativo número de mujeres embarazadas dejan de fumar antes de que nazca el bebé, el 17 % de las fumadoras continúan fumando durante todo el embarazo (NICE) 2010. La prevalencia del tabaquismo en el embarazo está disminuyendo de forma significativa en los países desarrollados, pero esta disminu-

ción no se reparte por igual en toda la sociedad. Hay una asociación con factores tales como la edad, el nivel socioeconómico y la patología psicológica.

Fumar durante el embarazo es el factor de riesgo modificable más importante para la salud del bebé y de la madre. Sigue siendo un grave problema de salud pública: a pesar de ser conocidos los riesgos sobre la salud asociados a esta conducta, muchas mujeres siguen fumando aún después de saber que están embarazadas; muchas de ellas necesitan ayuda para dejarlo y las personas proveedoras de cuidados obstétricos estamos en una posición única para ayudarlas. Hay estrategias disponibles con una gran evidencia científica sobre su efectividad y eficiencia que deben integrarse en la rutina asistencial.

Las posibles consecuencias de este consumo son obstétricas (aumenta el riesgo de aborto espontáneo, embarazo ectópico, placenta previa, parto prematuro...), neonatales (aumento prematuridad y/o bajo peso al nacer...) y especialmente en el niño o la niña. Los niños y niñas expuestos presentarían más problemas de salud (infecciones respiratorias, bronquitis, asma, sobrepeso, muerte súbita...), trastornos cognitivos (trastornos de la atención, memoria, lenguaje y funciones ejecutivas), trastornos de comportamiento (impulsividad, hiperactividad y déficit de atención (TDAH)), síndrome de abstinencia que a veces pasa desapercibido al nacer (llanto, bebé inconsolable, irritabilidad, trastornos del sueño, digestivos...) pudiendo causar dificultades relacionales importantes entre madre-bebé, retraso del crecimiento, síntomas psiquiátricos (ansiedad, depresión).

Pese a que las intervenciones para dejar de fumar han demostrado aumentar las tasas de abstinencia al tabaco a largo plazo, generalmente no están integradas en las rutinas de las visitas prenatales, siendo el embarazo un periodo especialmente indicado para intervenir sobre el tabaquismo.

Recomendación. Fuerza de evidencia C\*: la farmacoterapia debe considerarse cuando una embarazada fumadora no logra dejar de fumar de ningún otro modo, y cuando los beneficios de dejar de fumar sobrepasan los riesgos de seguir fumando y los potenciales riesgos del propio tratamiento.

La deshabituación tabáquica grupal exclusiva para embarazadas y sus familiares con adicción tabáquica también ofrece importantes ventajas pues se encuentran todas en la misma situación de riesgo compartido junto con los sentimientos de culpa que genera la adicción al tabaco durante el embarazo.

En muchos casos la pareja de la gestante comparte el hábito tabáquico y en algunas ocasiones fuman dentro del hogar. El tabaquismo activo de la pareja es responsable por el tabaquismo pasivo para la madre y su bebé. Supone un momento privilegiado para el o la profesional de la salud para poder promover el cambio de hábito y ofrecer nuestra ayuda para el abandono, así como alertar de los riesgos del tabaquismo pasivo sobre la gestante, el feto, su pareja y el resto de la familia.

#### **4.1.2 Tabaco y lactancia**

La nicotina pasa a la leche materna y afecta a la producción de prolactina y, por lo tanto, reduce la producción de leche. Las mujeres fumadoras tienen menos leche.

La nicotina (en la leche materna y el humo del tabaco) también causa cólico en el RN.

La nicotina también causa una subida de adrenalina, interfiriendo en la producción de oxitocina y, por lo tanto, interfiere con el reflejo de la bajada de la leche.

La leche es también de peor calidad y su sabor cambia 30-60 minutos después de fumar. Esto puede causar que el bebé rechace la leche.

Se ha demostrado que las madres fumadoras dan el pecho menos veces y durante menos meses que las no fumadoras.

En la puérpera con tratamiento sustitutivo con nicotina (TSN) su bebé recibirá menos nicotina que si fuma. El tabaco produce niveles de nicotina en la sangre de 44 ng/ml mientras que si usa parches, éstos producen alrededor de 17 ng/ml. Además, el bebé no estará expuesto al humo del tabaco.

Si no puede dejar de fumar debería intentar reducir el número de cigarrillos diarios, no fumar en casa y, como el humo se queda en la ropa, usar un abrigo o algo que pueda quitarse después para que el bebé no inhale el humo de su ropa. Fumar inmediatamente después de una toma para reducir la cantidad de nicotina que recibe el bebé (después de 95 minutos la mitad de la cantidad de nicotina en la leche materna se habrá eliminado).

Es mejor que continúe dando el pecho. El tabaco y la lactancia materna son preferibles al tabaco y la lactancia artificial.

#### **4.2. Adolescencia (entre los 12 y 17 años)**

##### **Peculiaridades**

Hay un incremento del porcentaje de personas fumadoras ocasionales y diarias desde el inicio hasta el final de la pubertad, para luego mantenerse más o menos estable al igualarse los abandonos con las incorporaciones al consumo. El 90 % de las personas adultas fumadoras iniciaron el consumo antes de los 18 años por lo que la población adolescente está en el punto de mira de muchas intervenciones preventivas, programas de abandono y, por supuesto, de las estrategias de la industria del ramo para captar nuevos clientes.

Una segunda característica de la adolescencia es que la juventud es especialmente vulnerable a convertirse en dependientes. Los primeros síntomas pueden aparecer después de pocos cigarrillos, incluso bastante antes de convertirse en personas fumadoras diarias. A priori no hay ningún rasgo que permita distinguir entre las que han iniciado el consumo si van a ser personas fumadoras duras,

mantendrán un patrón de consumo menos intenso o lo abandonarán, a excepción de la aparición temprana de síntomas de abstinencia, por lo que el apoyo e intervención debería realizarse a todos ellos.

Otra característica importante es el incremento de consumo de distintas formas del tabaco, ya sea tabaco de liar, pipas de agua (cachimbas) y el consumo asociado de marihuana.

Los factores modificables que se asocian más al inicio del consumo son las influencias sociales del entorno cercano a la adolescencia, que incluye el propio hogar (padre, madre, hermanos o hermanas mayores fumadores) y el entorno escolar (normas o actitud frente al tabaco en el centro escolar, consumo entre el profesorado). El grupo de amistades fumadoras parece influir más en el mantenimiento del hábito que en su inicio. Por otra parte, el esfuerzo de las personas cercanas (progenitores, profesorado y amistades) para dejar de fumar, puede ayudar a que el o la adolescente también abandone el consumo.

Las intervenciones que consiguen disminuir el porcentaje de personas fumadoras en la adolescencia son dificultar el acceso al tabaco (aumento del precio, limitar puntos de venta y edad permitida) y desnormalizar la conducta de fumar (política de espacios sin humo, prohibición absoluta de la publicidad directa e indirecta).

Y desde nuestro entorno asistencial, ¿qué podemos hacer?

#### Intervenciones en la adolescencia en la consulta. Estrategia de las 6 A

Es importante hablar con el o la adolescente a solas, dejando clara la confidencialidad y pactando qué información compartir con la familia. Podemos realizar una intervención individual, grupal o/y recomendar aplicaciones informáticas tipo App.

La estrategia recomendada a usar en todas las oportunidades posibles es la de las 6 A, añadiendo una primera "anticípate" a la ya conocidas 5 A, con las siguientes particularidades a tener en cuenta:

**Anticípate.** Se trata de anticipar el riesgo de consumo de tabaco por los adolescentes indagando en los progenitores si hay alguno que fuma y ofreciendo consejo y todas las estrategias para que abandonen el consumo. Ya puede aplicarse en las consultas de pediatría, aprovechando el contacto con las familias y la motivación extra de esta etapa vital, y en nuestras consultas con las personas adultas que tienen hijos e hijas o en las visitas de los adolescentes que vengan acompañados, recordando a las familias su responsabilidad como modelo de referencia para los hijos e hijas.

**Ask.** En todos los adolescentes, aprovechar cualquier visita para preguntar sobre el consumo de tabaco, una vez ya resuelto el motivo de consulta, y pidiendo permiso para hablar de ello. Podemos usar preguntas abiertas, tipo "¿qué piensas sobre que haya personas que fuman", "¿qué piensas del tabaco?"... pero de alguna manera habrá que ir directos para saber si en casa alguien fuma, si tiene amigos que fuman, si ha

pensado en probarlo, si ha echado alguna calada, y preguntar *explícitamente* por todas las formas de consumo: tabaco de liar, pipas de agua, porros, cigarrillo electrónico.

El carácter explorador propio de la adolescencia facilita que experimenten también con las drogas. Un consumo puntual no ha de ser un escándalo pero tampoco debe banalizarse y sí hacer reflexionar al adolescente sobre su consumo futuro dándole los recursos necesarios para que actúe.

**Advise.** Expresar encarecidamente a las personas fumadoras nuestro deseo de que abandonen el consumo y a las personas no fumadoras de que se mantengan sin fumar, de forma clara, contundente y personalizada: “como tu profesional de la salud, quiero que pienses que dejar el tabaco es lo más importante que puedes hacer para proteger tu salud ahora y en el futuro. Te ayudaré a dejarlo”.

**Asses.** Investigar si les apetece dejar de fumar en los próximos 30 días, para ofrecer ayuda a los que quieran dejarlo o esmerarnos en técnicas de entrevista motivadora para los que no (las 5 R). Recordar que el precio del tabaco, aspectos físicos como el mal aliento, la coloración de los dientes, el mal olor, o el bajo rendimiento atlético junto a la falta de libertad o sentirse engañados, son elementos motivadores que podemos sacar a relucir.

**Assist.** Proveer ayuda para el cese del consumo, con las mismas estrategias que con los adultos y animando a explorar App o páginas web a su medida, p. ej.: <http://ydouthink.com/targeting-kids/>; <http://drojnet2.eu/>; <http://teen.smoke-free.gov/>; <http://www.exsmokers.eu/es/icoach>; [https://correu.ssib.es/owa/redir.aspx?REF=yxN6wkB5i0XawP3GTjG\\_SLVspgH6SSRra2fd-EZlzlz6nIRI6H7TCAFod-HRwOi8vd3d3LmV4c21va2Vvycy5ldS9lcy1lcy9pY29hY2g](https://correu.ssib.es/owa/redir.aspx?REF=yxN6wkB5i0XawP3GTjG_SLVspgH6SSRra2fd-EZlzlz6nIRI6H7TCAFod-HRwOi8vd3d3LmV4c21va2Vvycy5ldS9lcy1lcy9pY29hY2g).

En relación al tratamiento farmacológico, el uso de parches y chicles/comprimidos de nicotina es seguro y efectivo en la adolescencia, aunque se recomienda su uso con precaución. Se empieza con dosis menores en personas fumadoras de menos de 10 cigarrillos/día o de menos de 45 kg de peso, siempre junto a técnicas conductuales. Si se sospecha depresión, ha de abordarse y tratarse ésta si hace falta con antidepresivos. El consumo asociado de marihuana es motivo de estudio (p. ej. <http://evictproject.org/>) y debería ser cese simultáneo usando la misma estrategia con más hincapié en técnicas de afrontamiento, motivación y apoyo social. El consumo asociado al alcohol no debe abordarse sin ayuda para dejar el consumo de tabaco.

**Arrange.** El seguimiento y apoyo para evitar recaídas es tanto o más importante que en las personas adultas, por la etapa de cambios e influencias a los que están sometidos. Facilitar el seguimiento por teléfono, redes sociales o en el propio centro escolar, donde podría convertirse en referente motivador para otros adolescentes en situación de riesgo. Felicitar siempre en cada contacto de seguimiento. En los casos de recaídas repetidas, puede considerarse derivar a intervención grupal o programas más intensivos o de ámbito más social para poder ofrecer apoyo.

### **4.3. Pacientes con enfermedades crónicas**

#### **4.3.1. Patología cardíaca**

Si bien hasta no hace mucho tiempo los estudios con personas que presentaban patología cardíaca no parecían subsidiarios de ser tratados con TSN, actualmente existe suficiente evidencia para poder asegurar que la utilización de TSN en pacientes con cardiopatía estable es segura. En personas con angina inestable o infarto agudo de miocardio reciente la TSN puede utilizarse pero debemos tener cautela y realizar vigilancia constante por su efecto vasoconstrictor. Pero lo que se debe tener en cuenta es que los posibles riesgos derivados de la utilización de la TSN son menores que continuar fumando, puesto que el tabaco, además de la nicotina, asocia otros productos tóxicos como el monóxido de carbono más nocivo para el miocardio y para otros órganos. En los pacientes inestables o con patología reciente, es recomendable utilizar preparaciones con rápida reversibilidad como chiches, inhaladores o sprays orales, en vez de comprimidos o parches

El bupropión no es un fármaco peligroso, presenta una tolerancia cardiovascular favorable, tiene un bajo potencial de abuso y una baja cifra de efectos adversos leves.

El uso de vareniclina en un primer momento en personas con patología cardiovascular fue controvertido por la descripción de posibles efectos adversos que posteriormente se fueron disipando, pero a pesar de que se han observado altas tasas de cesación y abstinencia continua en personas con cardiopatía isquémica crónica estable y siendo un fármaco seguro durante este periodo, no se dispone todavía de evidencia suficiente en el caso de cardiopatía isquémica aguda o inestable, aunque su uso no está contraindicado.

#### **4.3.2. Paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)**

De todos es conocido que la principal causa en el mundo occidental de la enfermedad obstructiva crónica (EPOC) es el tabaquismo, y por ello como agente etiológico y desencadenante de la fisiopatología de la enfermedad se considera que el tratamiento del tabaquismo de estas personas debería ser prioritario, en cuanto en tanto se podría prevenir el desarrollo de la enfermedad, su progresión, mejorar su evolución y la supervivencia de las personas, siendo esto último, la única medida junto con la oxigenoterapia, el único tratamiento que hasta la fecha lo ha demostrado.

Respecto a la población general o a personas con otras patologías crónicas, son pacientes con ciertas particularidades. Son pacientes con un consumo mayor de cigarrillos, mayor dependencia, menor motivación, más baja autoestima y autoeficacia, ocasionalmente con otras patologías asociadas, cardiovasculares o trastornos del estado del ánimo y el hecho de que se produzca un aumento de peso en la cesación puede ser un problema.

Por todo ello, es muy importante realizar una buena historia clínica del consumo de tabaco y por supuesto de su patología pulmonar, y en este caso harán falta intervenciones intensivas siempre individualizadas a cada persona.

La entrevista motivacional es una herramienta de gran utilidad en estas personas para promover los cambios en las conductas adictivas, sobre todo en aquellas ambivalentes ante el intento.

#### Tratamiento cognitivo conductual

El tratamiento cognitivo conductual en estas personas es una herramienta imprescindible para la deshabitación, con matices diferentes que podemos incluir en cada consulta.

Utilizando técnicas de entrevista motivacional, el mensaje debe ser claro, pero respetuoso y flexible. Muy útil para la elección del día D o para comenzar la reducción.

Se pueden utilizar como métodos motivadores la espirometría o más aún la edad pulmonar, bien calculándola o, si se tiene, mediante medidores de la misma (COPD6).

Si en todas las personas fumadoras es importante identificar situaciones de riesgo, en estas mucho más, y buscar automatismos externos (consumo de alcohol, relación con lugares o tareas concretas, alimentación...) e interno (momentos de alegría o tristeza, adaptación social, emociones, añoranza...) que puedan condicionar una caída o recaída.

Inicialmente se recomienda la evitación de estos desencadenantes pero después tendremos que ofrecer herramientas de afrontamiento para la exposición a los mismos (desensibilización sistemática).

#### Medidas farmacológicas

Cualquier tratamiento farmacológico, TSN, bupropión o vareniclina a dosis estándar han demostrado ser eficaces en el tratamiento del tabaquismo de pacientes con EPOC. Se puede prolongar el tratamiento hasta 6-12 meses. Se pueden combinar fármacos, por ejemplo, vareniclina a dosis estándar asociado a TSN de liberación rápida (ej.: inhalador bucal o comprimidos) a demanda.

### **4.3.3. Otras comorbilidades frecuentes**

#### **Diabetes mellitus**

En estas personas el tratamiento de elección podría ser vareniclina o TSN siempre individualizando cada caso, sus comorbilidades y monitorizando las glucemias para ajustar su tratamiento hipoglucemiante de base si es preciso. No se recomienda el uso combinado de bupropión y los fármacos antidiabéticos (tanto la insulina como los hipoglucemiantes orales) puesto que ambos tienen la capacidad de reducir el umbral convulsivo y su efecto sinérgico podría aumentar el riesgo de un episodio convulsivo.

## **Hipertensión arterial**

Tanto TSN y sobre todo el bupropión pueden provocar aumentos de la tensión arterial, y especialmente si se usan en combinación, aunque no se contraíndica su utilización siempre y cuando el paciente tenga TA controlada, se usen por separado y se realicen controles periódicos de la tensión arterial. Si se asocian los dos, se recomiendan controles semanales tanto en hipertensos conocidos como en no hipertensos.

Con vareniclina el aumento de la tensión arterial es un hallazgo poco frecuente.

## **Insuficiencia renal**

La TSN debe usarse con precaución en la insuficiencia renal grave.

La vareniclina, en caso de insuficiencia renal leve o moderada no precisa ajuste de dosis. Si aparecen reacciones adversas no tolerables puede reducirse la dosis a 1 mg una vez al día o repartiendo la dosis (0,5mg en 2 tomas). Si la IR es grave (aclaramiento de creatinina estimado < 30 ml/min), debe reducirse la dosis a 1 mg una vez al día. En insuficiencia renal terminal no se recomienda el tratamiento con este fármaco.

El bupropión en insuficiencia renal puede utilizarse ajustando la dosis (150 mg/día) ya que los metabolitos pueden acumularse en una proporción mayor a lo habitual.

## **Insuficiencia hepática**

La TSN como el bupropión puede usarse en insuficiencia hepática, salvo que exista cirrosis. La dosis de bupropión debe reducirse a la mitad (150 mg/día) por la variabilidad farmacocinética.

En el caso de vareniclina no es necesario un ajuste de dosis.

## **4.4. Pacientes con enfermedades psiquiátricas**

### **4.4.1. Enfermedades psiquiátricas**

Las personas con enfermedades psiquiátricas, sean estas las que sean, presentan mayor prevalencia de tabaquismo que la población general, así como una dependencia nicotínica más intensa. Por lo tanto, son personas que presentan un grave riesgo de morbi-mortalidad y de presentar cualquiera de las enfermedades relacionadas con el tabaco.

En cuanto al abordaje del tabaquismo, debemos tener unas consideraciones especiales:

- Se recomienda abordar el consumo de tabaco cuando la patología está en fase estable y aunque hasta hace poco se creía que la deshabituación podía aumentar el riesgo de exacerbación de la patología de base, actualmente la evidencia sugiere que los síntomas psiquiátricos habitualmente no empeoran, e incluso mejoran con el abandono del tabaco.
- Se recomienda un seguimiento y monitorización más estrecha que en la población general.
- Conviene realizar estrategias de abordaje con terapias conductuales intensivas.

#### **4.4.2. Depresión y trastorno de ansiedad**

En ambos casos se recomienda realizar un abordaje combinado con técnicas conductuales y farmacológicas individualizadas en cada paciente.

Las personas con trastornos de ansiedad pueden tener síntomas del síndrome de abstinencia más acusados, por lo que se las debe advertir y tratar correctamente con terapias combinadas cognitivo-conductuales intensivas y fármacos adecuados a cada paciente.

En cuanto a estas personas hay que tener precaución con los fármacos elegidos para su tratamiento para dejar de fumar por sus posibles interacciones, efectos secundarios y mejor perfil de seguridad.

El bupropión se ha asociado a riesgo de convulsiones, el cual es dosis-dependiente. El riesgo aumenta si la persona está en tratamiento con antidepresivos como inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), antidepresivos tricíclicos y otras sustancias que disminuyen el umbral convulsivo.

La TSN en personas con enfermedad psiquiátrica fumadoras puede recomendarse con un grado de evidencia científica C. Las dosis utilizadas deben ser altas, y deben utilizarse entre 12 y 14 semanas como mínimo, aunque en ocasiones puede prolongarse durante más tiempo. Puede asociarse a tratamiento antidepresivo con fluoxetina, nortriptilina, venlafaxina o bupropión. El uso combinado de TSN y bupropión puede aumentar el riesgo de hipertensión arterial, por lo que se tendrá que realizar un estrecho control de las cifras de PA.

La vareniclina se había asociado con depresión, agitación, ideas suicidas e incluso suicidio, pero estudios posteriores (Estudio Eagles) han mostrado elevadas tasas de éxito en pacientes con depresión mayor estable que podrían justificar la utilización en este colectivo de pacientes, siempre realizando un control exhaustivo de los posibles síntomas asociados, cambios de conducta o en el estado de ánimo.

#### **4.4.3. Trastorno bipolar**

El tabaco aumenta el metabolismo de fármacos como olanzapina, clozapina, haloperidol y fluvoxamina. Así pues algunas personas con trastorno bipolar fumadoras pueden precisar hasta un 50 % de aumento en la dosis de estos medicamentos o requerir un cambio de fármaco por otro que no aumente su metabolismo con el tabaco. Además, la nicotina puede disminuir la eficacia ansiolítica de las benzodiazepinas y la capacidad de los bloqueadores beta para reducir la frecuencia cardíaca y la presión sanguínea, por lo que debemos ajustar la dosis de estos medicamentos si las personas fuman o están intentando dejar de fumar.

En estas personas no hay mucha bibliografía, pero se recomienda el tratamiento combinado de farmacoterapia y psicoterapia:

Terapias cognitivo-conductuales, motivacionales y de prevención de recaídas que pueden ser de manera individual o grupal y que hagan especial hincapié en la psicoeducación, reducción de ansiedad, refuerzos positivos y de orientación cognitiva-conductual.

La TSN, se prefiere la combinación de formulaciones, con una presentación de acción corta (chicles o aerosol bucal) y a una formulación de acción más prolongada (parche), para disminuir el craving y mejorar la eficacia comparada con una sola formulación.

El bupropión no es un fármaco de primera elección en estas personas. Su uso debe hacerse con especial precaución en pacientes con enfermedad estable con un estrecho seguimiento, debido a las potenciales interacciones con otros medicamentos (la carbamacepina induce disminución de niveles plasmáticos de bupropión, por ejemplo) y a los efectos secundarios neuropsiquiátricos descritos que pueden presentar en estos pacientes (agitación, convulsiones y suicidio).

La vareniclina también precisa un estrecho seguimiento para poder detectar si existe cualquier cambio en el estado de ánimo y la conducta durante el tratamiento, igual que el bupropión, aunque estudios más recientes no asocian estas alteraciones en el cambio de conducta directamente con el fármaco.

No existen suficientes estudios que aclaren cuando iniciar el tratamiento para dejar de fumar en las personas con trastorno bipolar, por lo que el o la profesional de la salud deberá valorar en qué momento intervenir. Sin embargo, múltiples revisiones aconsejan que los períodos de estabilidad o eutimia pueden ser los ideales para fomentar la cesación del tabaco.

#### **4.4.4 Esquizofrenia**

Igual que el resto de personas con trastornos psiquiátricos, las personas con esquizofrenia presentan alta prevalencia de consumo de tabaco porque fuman para contrarrestar los efectos de los antipsicóticos. Tienen gran dependencia y los síntomas asociados a su enfermedad de base hacen que sea uno de los grupos de pacientes con más dificultad en los intentos de deshabitación, principalmente por el mal cumplimiento y la escasa adherencia. Por todo ello, la reducción del consumo puede considerarse un éxito.

En cualquier caso el abordaje inicial debe realizarse con terapia farmacológica y terapia cognitivo-conductual basada en buscar refuerzos positivos y en reducir la ansiedad.

El tratamiento de elección en estas personas por su fácil posología es la TSN en parches que puede combinarse con los antipsicóticos atípicos (risperidona, olanzapina) y ha demostrado dar buenos resultados.

La vareniclina ha demostrado un efecto beneficioso con un buen perfil de seguridad y el bupropión no está contraindicado.

#### 4.5 Cigarrillos electrónicos

Los cigarrillos electrónicos son un producto de consumo relativamente nuevo que está compuesto por 3 elementos básicos: una batería, un atomizador y un cartucho reemplazable. La mayoría de cartuchos reemplazables contienen nicotina suspendida en propilenglicol o glicerina y agua, pero algunos también contienen componentes potencialmente peligrosos (formaldehído, acetaldehído, acroleína, nitrosaminas y metales pesados) con variaciones importantes entre los diferentes modelos. Según los últimos estudios, hoy por hoy, ningún organismo alimentario ni sanitario puede garantizar el contenido real del líquido de los cartuchos reemplazables. Además, estos dispositivos también pueden contener aromas, no exentos de toxicidad.

El último informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de julio de 2014 indica que no existe evidencia científica consistente para apoyar el uso terapéutico de estos productos. Por otra parte, la OMS ha prohibido expresamente a los fabricantes que anuncien este producto como una forma de tratamiento del tabaquismo y recomienda la regulación del uso de estos dispositivos para evitar que la juventud comience a utilizarlos.

Por lo tanto, no se puede considerar a los cigarrillos electrónicos como una posible ayuda para dejar de fumar representando un riesgo para la salud pública ya que su uso puede conllevar:

- Una puerta de entrada al consumo de cigarrillos y otras sustancias (por la posibilidad de manipular los cartuchos y con ello su contenido) entre la juventud.
- Volver a normalizar el tabaquismo.
- Convertir a las personas fumadoras que habrían dejado de fumar en consumidoras de cigarrillos electrónicos, evitando la abstinencia completa y exponiendo a la persona a un nuevo y desconocido tóxico.

Puntos clave y recomendaciones generales:

1. No está demostrada su efectividad y seguridad en el tratamiento de las personas fumadoras, por lo que no es recomendable aconsejar su uso para dejar de fumar.
2. Son necesarios más estudios para valorar su seguridad a corto y largo plazo y su eficacia para ayudar a la persona fumadora a dejar el tabaco; pero antes de realizar esos estudios debe garantizarse la independencia de los mismos y de forma fiable el contenido del líquido que se vaporiza en dichos dispositivos.
3. Se debe considerar a los cigarrillos electrónicos como un producto de tabaco y como tal ser regulado por las mismas leyes o leyes propias pero en la misma línea, informando de los peligros para los niños y niñas, adolescentes y embarazadas, limitando su consumo y publicidad, tal y como está vigente en los productos del tabaco.

4. Se debería realizar un seguimiento de su consumo en la Encuesta Nacional de Salud al igual que los productos del tabaco y otras adicciones.
5. En la línea del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud prohibir su consumo en determinados lugares públicos cerrados: centros educativos y sanitarios, transporte público y dependencias de las administraciones. Se debería extender esta prohibición a todos los lugares públicos cerrados, en los mismos términos que los cigarrillos tradicionales.

#### **4.6. Tabaquismo pasivo**

El tabaquismo pasivo es la inhalación de los componentes del humo del tabaco por parte de las personas no fumadoras, sobre todo en espacios cerrados. El humo del tabaco puede provenir de la combustión del propio cigarrillo o del humo exhalado por parte de las personas fumadoras.

La Ley 42/2010, de 30 de diciembre, delimita todos los espacios donde está prohibido fumar, evidentemente los espacios de uso público en recintos cerrados, pero también lugares al aire libre como pueden ser parques infantiles o recintos al aire libre de centros escolares y edificios sanitarios.

Una de las tareas pendientes a concienciar entre la población fumadora, es la disminución del tabaquismo pasivo en el ámbito familiar, ya sea dentro de la propia vivienda o en el coche. En este sentido, es clave la educación sanitaria en la época infantil sobre el tabaquismo pasivo familiar. Tanto el test de monóxido de carbono en aire exhalado como la cotinina urinaria son dos pruebas que pueden utilizarse para valorar objetivamente el tabaquismo pasivo.

#### **4.7. Tabaco y cánnabis**

En España, el uso de tabaco está estrechamente asociado con el uso de otras sustancias, especialmente el alcohol y los derivados del cánnabis. Los resultados de la encuesta ESTUDES 2012 muestran que el 60 % de la población escolar española de 14-18 años que declara haber fumado tabaco en los 12 meses previos, también indica haber consumido cánnabis, mientras que el 79,4 % de los que declaran haber consumido cánnabis en los 12 meses previos también afirman haber fumado tabaco.

La edad media de inicio del consumo de tabaco es de 1 a 2 años menor que la correspondiente al inicio del uso de derivados del cánnabis. La mayoría de los adolescentes que consume derivados del cánnabis han experimentado antes con el tabaco, aunque existe también una minoría entre los que el comienzo del uso de cánnabis es anterior al inicio del uso de productos del tabaco.

La nicotina es el principal compuesto psicoactivo presente en la planta del tabaco, fundamental responsable del desarrollo de la adicción al tabaco y el tetrahidro-

cannabinol es el compuesto cannabinoide con mayor capacidad psicoactiva y el que contribuye en mayor medida a la adictividad del cánnabis. El policonsumo de cannabis y tabaco podría producir efectos complementarios, antagónicos o sinérgicos.

Tanto la nicotina como el tetrahidrocannabinol producen complejas acciones farmacológicas sobre el sistema nervioso central, aparato cardiovascular, respiratorio, etc. Se ha descrito que el uso simultáneo de tabaco y cánnabis se asocia a una mayor probabilidad de trastornos asociados al uso de cánnabis, problemas psicosociales y menor probabilidad de abstinencia a largo plazo al cánnabis que el uso secuencial por separado. El consumo de tabaco y cánnabis está asociado a irritación de vías aéreas, tos, aumento de esputo, broncoespasmo, bronquitis, disnea, faringitis y exacerbaciones de asma y fibrosis quística, así como el desarrollo de criterios clínicos de bronquitis crónica. Varios autores concluyen que fumar de forma conjunta tabaco y cánnabis lleva a mayores problemas de salud que fumar sólo tabaco. Existen evidencias sobre la asociación entre consumo elevado de cánnabis y un mayor riesgo de aparición de síntomas psicóticos.

Existe evidencia de la efectividad de los programas preventivos en el entorno escolar, especialmente en el caso del consumo de tabaco, si se dirigen al entrenamiento en habilidades sociales, la interiorización de normas y la superación de la influencia social, además de aportar conocimientos específicos.

La motivación para dejar de consumir tabaco y cánnabis en jóvenes es baja. Sin embargo, parece ser que el éxito de la cesación es mayor entre la juventud que lo intenta que entre las personas adultas. Según diversos estudios, las estrategias de cesación más efectivas dirigidas a jóvenes son intervenciones grupales que incluyen técnicas cognitivo-conductuales, abordan las influencias sociales y refuerzan la motivación en ocho sesiones aproximadamente.

Como principios generales del tratamiento del binomio tabaco-cánnabis cabe destacar la recomendación de tratamiento conjunto, bien simultáneo o secuencial, con el objetivo a priori de la abstinencia completa de ambas sustancias, y el diseño de tratamientos individualizados que integren otros posibles trastornos y aspectos sociales que puedan contribuir al mantenimiento de la conducta de consumo. El tratamiento psicológico sería la primera línea, al haber ensayos clínicos que demuestran su efectividad. Distintos metaanálisis concluyen que la opción terapéutica más clara es una combinación de entrevista motivacional, terapia cognitivo-conductual y terapia de incentivo con refuerzo comunitario. En cuanto al tratamiento farmacológico, son necesarios estudios para poder recomendar fármacos efectivos para la deshabituación conjunta.

#### 4.8. Tabaco y peso

El aumento de peso es uno de los temores más extendidos entre la población que se plantea dejar de fumar.

Algunos estudios señalan que el aumento de peso tiene su punto álgido a los seis meses de haber dejado de fumar y que oscila entre los cuatro y cinco kilos.

No todas las personas aumentan de peso, las más proclives son las mujeres y las personas menores de cincuenta y cinco años y las que fumaban más de 15 cigarrillos al día.

El aumento de peso es debido a varios factores:

1. Desaceleración del metabolismo debido a la supresión de la nicotina.
2. Desaparición del efecto anorexígeno de la nicotina.
3. Aumento de la ingesta de alimentos para aliviar la ansiedad provocada por la falta de nicotina.
4. Continuación del automatismo “mano-boca” ingiriendo alimentos en vez de fumar.
5. Normalización de los sentidos del gusto y olfato al desaparecer la nicotina excretada por dichos sentidos, lo que provoca un aumento placentero hacia los alimentos.

Para intentar evitar ese aumento de peso es necesario informar a la persona fumadora que puede controlarse dicho aumento. En primer lugar, controlando la ingesta calórica, evitando picotear o aliviar la necesidad de fumar un cigarrillo con alimentos calóricos. En su caso, utilizar frutas o agua.

En segundo lugar sería necesario aumentar la actividad física para aumentar el gasto energético y así aliviar el efecto desacelerador del metabolismo.

En tercer lugar, el tratamiento más indicado en estos casos sería el bupropión o la fluoxetina.

## 5. Guía rápida

### AYUDANDO A LAS PERSONAS A DEJAR DE FUMAR: INTERVENCIÓN BREVE PARA PROFESIONALES SANITARIOS

Cómo ayudar a las personas fumadoras a dejar de fumar: Organigrama

Preguntar a las personas sobre el consumo de tabaco en cada contacto o al menos una vez al año. Esto por sí solo aumenta las tasas de abandono. El uso de cigarrillos electrónicos identifica a personas exfumadoras en riesgo de recaída. Documentar la condición de persona fumadora / etapa de motivación / carga de tabaco para todos.<sup>1</sup>

#### 1. ASK (PREGUNTAR):

¿Ha fumado en los últimos 12 meses?

**No**, Felicite. Reforzar el no consumo. Se les debe preguntar acerca de fumar algunos años después de dejar de fumar, aunque rara vez sufren una recaída después de 5 años de abstinencia.

**Sí**, ha dejado de fumar en los últimos 12 meses: felicite. Pregunte si necesita ayuda para permanecer abstinentes. Ofrecer contacto con usted o recursos/ orientación si tienen alguna dificultad (para dejar de fumar, consulta de tabaquismo u otro).

**Sí**, fumadora actual: historia de tabaquismo, nº de cigarrillos día; año que empezó a fumar, tiempo hasta 1º cigarrillo; enfermedades relacionadas con el tabaco; intentos previos de abandono y lo que ocurrió. Utilice preguntas que no juzguen tales como "¿Cómo se siente con respecto a fumar en este momento?", "Expresando preocupación, interés y no crítica".

#### 2. ASSESS (EVALUAR): MOTIVACIÓN PARA EL ABANDONO

En una escala de 1-10 ¿A cuántos le interesa intentar dejar de fumar?

## ¿ESTÁ INTERESADO/A EN DEJAR DE FUMAR?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<p><b>NO</b>, no está lista:</p> <p><b>ACONSEJAR (ADVISE):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivar, puede influenciarse por la cooximetría .</li> <li>• Informe a la persona sobre los beneficios de dejar de fumar sin crítica ni confrontación.</li> <li>• Respetar la decisión de la persona.</li> <li>• Pregunte e informe sobre los peligros de fumar.</li> <li>• Pregunta: “¿ Hay algo que pueda hacer por usted para ayudarle a dejar de fumar?” o “¿Puede usted imaginarse los beneficios de dejar de fumar?”.</li> <li>• Ofrecer ayuda si la persona cambia de idea.</li> </ul> <p><b>ORGANIZAR (ARRANGE):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguimiento: Pedir a la persona si podremos hablar de nuevo en la próxima consulta.</li> </ul>			<p><b>SÍ</b>, pero aún no está segura...</p> <p><b>ACONSEJAR (ADVISE):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Concéntrese en su ambivalencia, ayúdarlos a motivarse.</li> <li>• Ofrecer ayuda al preguntar: “¿Cuáles son las cosas que le gusta y las que no de su hábito de fumar?” “¿Usted ha intentado dejar de fumar anteriormente?” “¿Cómo le fue la última vez?” “¿Qué tendría que pasar para que su puntuación de motivación aumentara?” “¿Cómo puedo ayudarle a aumentar su confianza en dejar de fumar?”</li> </ul> <p><b>AYUDAR (ASSIST):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorar las barreras a la cesación.</li> <li>• Ofrecer ayuda para dejar de fumar.</li> <li>• Remitir a la línea de ayuda, consultas, grupos u otros recursos que la persona prefiera.</li> <li>• Reparta material de ayuda escrito.</li> </ul> <p><b>ORGANIZAR (ARRANGE):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguimiento en consulta o telefónico en 6 meses o recuerde preguntar la próxima vez que vea a la persona.</li> </ul>				<p><b>SÍ</b>, lista para dejar de fumar:</p> <p><b>AYUDAR( ASSIST):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar asistencia en el desarrollo de un plan de ayuda para la persona, fijar una fecha para dejar (día D).</li> <li>• Asesorar en farmacoterapia para dejar de fumar: terapia sustitutiva con nicotina (TSN) , vareniclina o bupropión cuando esté indicado.</li> <li>• Realizar el seguimiento según sea necesario: informe sobre la abstinencia y sugiera estrategias de afrontamiento.</li> <li>• Fomentar el apoyo social.</li> <li>• Ayudar en el tratamiento de las barreras tales como miedo al fracaso, afrontar el estrés, ganar peso, la presión social.</li> <li>• Dar consejos nutricionales, dormir bien, evitando cafeína, alcohol... la actividad física puede ayudar.</li> <li>• Los síntomas de abstinencia se producen sobre todo las primeras 2 semanas y son menos después de 4-7 semanas</li> </ul> <p><b>ORGANIZAR (ARRANGE):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguimiento consultas / teléfono: semanal inicialmente, luego mensual pero individualizar.</li> </ul>		

5 A de ayuda para dejar de fumar: ASK, ASSESS, ADVISE, ASSIST, ARRANGE



### Beneficios de dejar fumar

- Si lo deja antes de los 30 años la esperanza de vida será la misma que sus semejantes que no han fumado.
- **Embarazo:** el riesgo de bajo peso neonatal, muerte fetal y muerte neonatal en sus primeros 28 días baja a nivel normal si deja de fumar antes del embarazo o durante el primer trimestre.
- Aumenta la fertilidad.
- Dentro de las 72 horas, la presión arterial disminuye, desciende la frecuencia cardíaca, el riesgo de un ataque al corazón disminuye, y el gusto y el olfato se va recuperando.
- Dentro de dos semanas, mejora la función pulmonar, la circulación y es más fácil andar.
- Dentro de un año, mejora la falta de aliento y la fatiga, la tos disminuye y el riesgo de enfermedad coronaria se reduce a la mitad.
- Dentro de los 5 años, el riesgo de úlceras disminuye. El riesgo de cáncer de vejiga, riñón, boca, esófago, páncreas y garganta disminuye.
- Dentro de 5-15 años, el riesgo de sufrir una enfermedad cerebrovascular y el riesgo de enfermedad coronaria se reduce a la de una persona no fumadora. El riesgo de cáncer de pulmón es la mitad del de una persona fumadora.
- La ansiedad y la depresión disminuye. El efecto de los tratamiento antidepresivos es igual o mayor. 4

## MEDICACIÓN

La medicación debe ofrecerse a todas las personas adultas con dependencia a la nicotina si:

- Fuman más de 10 cigarrillos al día.
- Fuman dentro de la primera media hora cuando se despiertan porque son particularmente propensas a sufrir de síntomas de abstinencia y se les debe ofrecer apoyo farmacológico una vez que se establece una fecha de abandono.

### La terapia sustitutiva con nicotina (TSN)

Su principal efecto es reducir los síntomas de abstinencia y ayudar a la persona a disminuir el deseo de fumar. La mayoría de las personas utilizan dosis bajas durante un corto espacio de tiempo. Pero debe usarse una dosis que quite los síntomas de abstinencia. La mayoría de las personas necesitan dosis completa durante 2-3 meses, y luego ir reduciendo gradualmente algunos meses. La TSN mejora su éxito si se comienza 14 días antes de la fecha de abandono.

**Dosificación:** se recomienda usar combinada dos tipos de TSN, un parche que dura un período de 24 o 16 horas y chicle u otras formas orales de TSN para situaciones de ansiedad durante el día.

Parches: Las formas de dosificación más comunes son 14 mg / 24 horas o 10 mg / 16 horas para las personas fumadoras moderadas o 21 mg / 24 horas - 15 mg / 16 horas o personas fumadoras más dependientes. Algunas personas necesitan más de un parche para controlar los síntomas. Los posibles efectos secundarios: erupciones en la piel, alergias, insomnio, pesadillas.

Existen formas orales tales como chicles, inhaladores, comprimidos, tabletas sublinguales, para ser administrados cada 1-2 horas para el alivio de los síntomas mientras está despierto. Dado que la nicotina se absorbe a través de la mucosa de la boca pero es importante instruir a la persona en el uso de ellos con cuidado. P. ej.: masticar unas cuantas veces el chicle y luego dejarlo en la boca entre la encía y la mucosa yugal. Los posibles efectos secundarios: boca seca, dispepsia, náuseas, dolor de cabeza, dolor de mandíbula. Suele depender de la dosis y del mal uso.

**Contraindicaciones:** Embarazo (en algunos casos se permite el uso de algunas formas de TSN, pero es preferible dejar de fumar sin tratamiento farmacológico si es posible). El uso en

niños y adolescentes menores de 18 años no está aprobado en muchos países.

### Vareniclina

La vareniclina es un agonista parcial de los receptores nicotínicos. Además de bloquear el receptor también lo estimula, reduciendo así los síntomas de abstinencia. En los ensayos clínicos vareniclina aumenta de dos a tres veces las tasas de abandono comparado con placebo.

**Dosis:** se inicia una semana antes de dejar de fumar con 0,5 mg al día durante 3 días, 0,5 mg dos veces al día durante 4 días, luego 1 mg durante 12 semanas. Entre la 1ª y 2ª semana se realiza el abandono y se debe aconsejar realizar las tomas siempre con ingesta de alimentos o tras ellos.

Efectos secundarios: náuseas y dolor de cabeza. No hay peligro de convulsiones. El riesgo de efectos secundarios psiquiátricos es la misma que en población general, mientras que el riesgo de efectos secundarios cardiovasculares es menor en comparación con otros medicamentos para dejar de fumar. Contraindicaciones: Pregnancy.<sup>5</sup>

### Otra medicación

Otros fármacos han demostrado ser eficaces para dejar de fumar pero no están aprobados con esta indicación. El coste de estos fármacos a menudo es bajo y se debe considerar si su coste es un factor limitante para su uso.

**Nortriptilina** ha demostrado ser eficaz, pero con efectos secundarios que incluyen sedación, boca seca, mareos y el riesgo cardíaco de arritmia en personas con enfermedad coronaria limita su uso. Por lo tanto, debería ser un fármaco de segunda línea.<sup>6</sup>

**Citisinga** tiene un mecanismo de acción similar a vareniclina, la unión al receptor nicotínico. Se ha utilizado para dejar de fumar en los paí-

ses del este de Europa y ha sido objeto de creciente interés debido a su bajo coste. Los efectos secundarios incluyen epigastralgia, sequedad de boca, dispepsia y náuseas.<sup>7</sup>

### Bupropión

Desarrollado de forma original como un antidepresivo. Reduce la necesidad de fumar, así como los síntomas de abstinencia de la nicotina.

**Dosis:** dos veces al día empezando con uno al día durante una semana y posteriormente dos a partir de la fecha de abandono, a continuación, seguir con 150 mg dos veces al día a partir de dejar de fumar de 7-12 semanas.

Efectos secundarios: insomnio, dolor de cabeza, sequedad de boca, mareos, ansiedad, aumento presión arterial si se combina con la TSN.

Contraindicaciones: convulsiones, embarazo, trastornos alimenticios y personas que toman inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO). El riesgo de efectos secundarios psiquiátricos es el mismo comparado con otros fármacos para dejar de fumar.

### REDUCCIÓN DE DAÑOS

Otros productos de nicotina se han sugerido como útiles para reducir el daño del consumo de cigarrillos. Masticable de nicotina, el tabaco de mascar y los cigarrillos electrónicos son todos los métodos que se suponen menos perjudiciales que fumar. Sin embargo, recuerde que todavía conllevan un riesgo para la persona. Los productos más nuevos, e-cigarrillos, han sido fuertemente comercializados con afirmaciones de que ayudan a dejar de fumar. Sus efectos positivos y negativos todavía no se conocen completamente. Su uso debe, por lo tanto, limitarse a las personas fumadoras que han intentado otros métodos sin éxito y como última alternativa.

### Bibliografía

1. Supporting smoking cessation. <http://www.racgp.org.au>
2. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
3. Helping Smokers Quit 2014. <http://www.londonsenate.nhs.uk>
4. Taylor, G. [et al.]. BMJ 2014;348:g1151.
5. Kotz, D. [et al.]. Lancet Respir Med 2015;3:761-8.
6. Hughes, J.R. [et al.]. Nicotine Tob Res 2005;7:491-9.
7. West, R. [et al.]. N Engl J Med 2011;365:1193-200.

## CONSEJOS PRÁCTICOS PARA PACIENTES

Estas son sugerencias para hacer frente al deseo de fumar y la forma de reducir el riesgo de recaída.

Los síntomas de abstinencia son más frecuentes en los primeros días después de dejar de fumar; son un signo de que su cuerpo se está acostumbrando a vivir sin nicotina. Si utiliza medicamentos para ayudar a dejar de fumar es posible reducir los síntomas de abstinencia de la nicotina por lo que recuerde tomar su medicamento y también tratar:

- El retraso que actúa sobre la necesidad de fumar.
- Respirar profundamente.
- Beber agua, sostenerla en la boca un poco más de tiempo para saborearla.
- Hacer otra cosa para tener su mente distraída y no pensar en fumar. Hacer un poco de ejercicio es una buena alternativa.

Evitar factores desencadenantes y asociados a fumar al principio de su intento de dejar de fumar. Los desencadenantes comunes son el alcohol, el café y fumar con amistades. Recuerde: sólo un cigarrillo va a hacer daño. Pensando “Puedo fumar solo uno” es la forma en la que más personas vuelven a fumar con regularidad.

Autor original: Dr. Svein Hoegh Henrichsen Autor de esta edición: Anders Østrem Contribuciones de: Nick Zwar, Onno van Schayck, Noel Baxter, Stephen Brunton, Radost Assenova, Catalina Panaitescu, Vidal Barchilón, Bruce Kirenga, Editores Andy McEwen: Hilary Pinnock y Sian Williams No hay conflictos de interés han sido declarados. Financiado por IPCRG.

Este documento es de asesoramiento, de uso general y no debe considerarse aplicable a casos específicos. Más información: <http://www.theipcr.org/display/OurNetwork/Disclaimer+-+desktop+helpers+and+opinion+sheets>

Licencia Creative Commons Atribución-ShareAlike

El IPCRG es una organización benéfica registrada (Carolina del Sur No 035 056) y una compañía limitada por garantía (Company No 256268). Dirección de comunicación: PO Box 11961, Westhill, AB32 9AE, Escocia, Reino Unido

Traducción al castellano: Lucía Gorreto López.

## 6. Anexos

**Tabla 4. Intervención psicosocial:** sus objetivos son que la persona fumadora 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 fuma, 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 6. Técnicas de tratamiento psicológico para la adicción a la nicotina**

<b>A. FASE DE PREPARACIÓN</b>	<b>Antes del día D</b>
<b>Lista de motivos</b>	La persona debe elaborar un listado de razones personales para dejar de fumar, frente a un listado de razones para seguir fumando (balance decisonal). Es aconsejable que la repase la noche antes del día D y en cada momento de “craving”
<b>Beneficios de dejar de fumar</b>	Debemos informar a la persona de los beneficios del abandono del tabaco y de los perjuicios de seguir fumando
<b>Identificación de ideas erróneas</b>	Determinar, junto con la persona, 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
<b>Autorregistros de consumo para identificar estímulos asociados</b>	La persona debe realizar por escrito un autorregistro de consumo en el que registre por cada cigarrillo consumido: la hora del consumo, lugar en el que se realizó, grado de apetencia y actividad que estaba haciendo. Elaborar conductas alternativas
<b>B. FASE DE ABANDONO</b>	Durante las primeras semanas de abstinencia
<b>Afrontamiento del síndrome de abstinencia</b>	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
<b>Verbalización de beneficios</b>	Es importante que la persona 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, disminución de toses y sibilancias nocturnas, etc.
<b>C. FASE DE MANTENIMIENTO</b>	Prevención de recaídas
<b>Aprendizaje de estrategias y habilidades de autocontrol</b>	Técnicas en resolución de problemas, control del estrés, eliminar estímulos asociados
<b>Estrategias de afrontamiento de situaciones de riesgo</b>	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, E.

**Tabla 7. Recomendaciones para paliar el síndrome de abstinencia** (alcanza su máximo durante la primera semana, y luego va disminuyendo hasta desaparecer)

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

**Tabla 8. Ayuda intensiva. Protocolo de 6-7 visitas de ayuda**

VISITA, FASE Y CALENDARIO	CONTENIDOS
<p>ANTES DEL DÍA D 1 o 2 visitas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Completar historia del consumo de tabaco (edad de inicio, número y tipo de cigarrillos consumidos, intentos previos, recaídas)</li> <li>- Valorar los intentos previos/recaídas</li> <li>- Explorar motivos y dependencia</li> <li>- Reforzar la motivación</li> <li>- Valorar y ofrecer fármacos</li> <li>- Valorar el entorno familiar, social y laboral, y buscar apoyo</li> <li>- Pesar</li> <li>- <b>Fijar día D</b></li> <li>- Recomendaciones para disminuir el síndrome de abstinencia.</li> </ul>
<p>FASE DE EUFORIA 3-8 días después del día D</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consejo sobre cómo afrontar situaciones difíciles</li> <li>- Valorar síndrome de abstinencia</li> <li>- Control de fármacos (cumplimiento/efectos adversos)</li> <li>- Reforzar el apoyo del entorno familiar, social y laboral</li> <li>- Facilitar la verbalización de los beneficios y las dificultades de dejar de fumar</li> <li>- Si hay recaída, valorar las circunstancias</li> <li>- Informar sobre la aparición de un "duelo"</li> </ul>
<p>FASE DE DUELO 10-15 días después de dejarlo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorar la presencia de sensación de vacío, aumento de apetito y alteraciones del sueño</li> <li>- Disminución del síndrome de abstinencia físico</li> <li>- Facilitar la verbalización de los beneficios y reforzarlos</li> <li>- Control de los fármacos (cumplimiento/efectos adversos)</li> <li>- Reforzar el apoyo del entorno</li> </ul>
<p>FASE DE NORMALIZACIÓN 15-30 días después de dejarlo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar sobre la posible aparición de una sensación de falsa seguridad</li> <li>- Facilitar la verbalización de los beneficios y reforzarlos</li> <li>- Control de los fármacos (cumplimiento/efectos adversos; cambio de pauta)</li> </ul>
<p>FASE DE CONSOLIDACIÓN 2-3 meses después de dejarlo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorar: fantasías de control. Prevenir las recaídas de tipo social</li> <li>- Pesar</li> <li>- Facilitar la verbalización de los beneficios a largo plazo y reforzarlos</li> <li>- Cambiar/suspender la pauta de fármacos</li> <li>- <b>Felicitar</b></li> </ul>
<p>SEGUIMIENTO AL AÑO DE LA PERSONA EXFUMADORA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Felicitar</b></li> <li>- Facilitar la verbalización de los beneficios a largo plazo y reforzarlos</li> <li>- Prevenir las recaídas de tipo social</li> </ul>

*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 consulta (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 o la 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       No fumador       Fumador  
               Laboral       No fumador       Fumador  
               Social         No fumador       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 su 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

\_\_\_\_\_

<b>VISITAS</b>	<b>a los 15 días</b>	<b>a los 30 días</b>
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 de abstinencia		
Control de la medicación		
Recomendación de la abstinencia total		
¿Necesita un seguimiento más intensivo? ¿Problemas residuales?		

## 6.1. Recursos internet profesionales y ciudadanía, y nuevas tecnologías en consulta

### 6.1.1 Para profesionales

- [www.sedet.es](http://www.sedet.es)
- [www.cnpt.es](http://www.cnpt.es)
- [www.semfy.com/es/grupos\\_trabajo/tabaquismo/](http://www.semfy.com/es/grupos_trabajo/tabaquismo/)
- [www.separ.es/areas/tabaquismo](http://www.separ.es/areas/tabaquismo)
- [www.academia.cat/cttabaquismo](http://www.academia.cat/cttabaquismo) (de la SCATT: Sociedad Catalana de Atención y Tratamiento del Consumo de Tabaco)
- [www.cdc.gov/tobacco/](http://www.cdc.gov/tobacco/)
- [www.treatobacco.net](http://www.treatobacco.net)
- [http://www.infermeravirtual.com/cat/problemes\\_de\\_salut/situacions\\_de\\_risc/tabaquisme#terapiaperdeixardefumar](http://www.infermeravirtual.com/cat/problemes_de_salut/situacions_de_risc/tabaquisme#terapiaperdeixardefumar)  
[http://www.infermeravirtual.com/cat/problemes\\_de\\_salut/situacions\\_de\\_risc/tabaquisme](http://www.infermeravirtual.com/cat/problemes_de_salut/situacions_de_risc/tabaquisme)  
- [terapiaperdeixardefumar](#)
- [http://www.infermeravirtual.com/cat/problemes\\_de\\_salut/situacions\\_de\\_risc/tabaquisme](http://www.infermeravirtual.com/cat/problemes_de_salut/situacions_de_risc/tabaquisme) - [terapiaperdeixardefumar](#)

### 6.1.2- Para pacientes

- [www.historiesdexumadors.cat](http://www.historiesdexumadors.cat)

### 6.1.3- Para profesionales y pacientes

- [www.ash.org.uk](http://www.ash.org.uk)
- [www.tobaccofreekids.org](http://www.tobaccofreekids.org) (disponible en español)
- [www.tobacco.org](http://www.tobacco.org)
- App "S'acabó", en la web de la SEDET

## 6.2. Interacciones del tabaco con fármacos

Están bien descritas para algunos fármacos y pueden ser farmacocinéticas o farmacodinámicas. Deben valorarse individualmente, según cada fármaco, dosis, y la respuesta de cada persona (metabolizadores rápidos o lentos) y prevenirse principalmente para los fármacos de estrecho margen terapéutico y pacientes psiquiátricos.

En algunos casos, hay que considerar el efecto inductor enzimático de varios componentes del humo del tabaco, principalmente sobre el citocromo P450, isoenzimas 1A2 y 2B6. Cuando se produce la cesación brusca, en una semana se revierte la actividad inducida de CYP1A2, con el consiguiente aumento de efecto y posible toxicidad lo que puede requerir ajuste de dosis, sobre todo en personas que son grandes fumadoras.

- Sustratos mayores del CYP1A2: acenocumarol (aunque depende más de CYP2C9), amitriptilina, cafeína, clomipramina, clozapina, doxepina, duloxetina, estradiol, fluvoxamina, haloperidol, imipramina, mirtazapina, olanzapina, ondansetron, paracetamol, propranolol, rasagilina, ropinirol, teofilina, trifluoperazina, warfarina<sup>1,2,3</sup>, y algunos antiarrítmicos, antifúngicos, antimaláricos, antineoplásicos, antirretrovirales, antihelmínticos, y quinolonas<sup>3</sup>. Como ejemplo significativo, en el caso de clozapina y olanzapina, 7-12 cigarrillos/día provocan la máxima inducción, necesitando las personas fumadoras un 50 % más de dosis diaria.
- Sustratos del CYP2B6: bupropión, clopidogrel, ciclofosfamida, efavirenz, ifosfamida, metadona, nevirapina.

La TSN no afecta la actividad del CYP1A2.

La variación del efecto del fármaco tras dejar de fumar puede producirse por otras causas, a veces no bien definidas. Es el caso de los corticoides inhalados, benzodiazepinas, betabloqueantes, diuréticos, heparina sc, insulina, opioides, que pueden requerir mayores dosis en el caso de las personas fumadoras.

En otros casos, fumar hace que se incrementan los efectos secundarios de fármacos o se producen carencias, pudiendo ser un motivo para sugerir al paciente dejar de fumar: menor efecto de la vacuna de la gripe, déficits vitamínicos, mayor riesgo de infarto por el uso de anticonceptivos orales con estrógenos.

La inhalación de marihuana disminuye el efecto de clorpromazina y teofilina. Se requieren más estudios para conocer el efecto sobre otros fármacos.

## Bibliografía

### Capítulo 1 a 3:

BANEGAS, J.R.; DíEZ, L.; GONZÁLEZ, J. "La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España". *Med. Clin. (Barc.)* 2005;124:769-71.

BECOÑA, E. "El tractament psicològic de l'addicció a la nicotina". *Papers del Psicòleg*. 2003;85:48-69.

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.: CD009329. DOI: 10.1002/14651858.CD009329. [En línea]:

<http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%209405320&DocumentID=CD009329>

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.: CD006103. DOI: 10.1002/14651858.CD006103. [En línea]:

<http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%209405320&DocumentID=CD006103>

CAMARELLES, F.; BARCHILÓN, V.; CLEMENTE, L. [et al.]. *Guía de bolsillo para el tratamiento del tabaquismo* (semFYC), 2015

—"Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España". Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). *Med. Clin. (Barc.)*. 2013;140:272.e1-e12. - vol. 140 núm. 06. [En línea]: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-documento-consenso-atencion-clinica-al-tabaquismo-esp%C3%B1a-90193055>

CÓRDOBA, R.; CAMARELLES, F. [et al.]. "Recomendaciones sobre el estilo de vida". *Grupos de expertos del PAPPs. A. Primaria*. 2014;46 (Supl. 4):16-23.

FIGORE, M.C. [et al.]. "A Clinical Practice guideline for treating tobacco utilizzi and dependence: 2008 update". En *US Public health Service Report Am J Prev Med*. 2008;35(2). [En línea]: [http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating\\_tobacco\\_use08.pdf](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf)

FIGLIORE, M.C.; BAKER, T.B. "Clinical practice. Treating smokers in the health care setting". *N Engl J Med*. 2011;365:1222-31.

GASCÓ, P.; CAMARELLES, F. "Abordaje del tabaquismo en tiempo real (metodología 1-15-30)". *AMF*. 2011; 7(7):402-10.

JIMÉNEZ, C.A.; RUIZ, J.; GRANDA, A. [et al.]. Combinación de fármacos para el tratamiento del tabaquismo. *Rev. Patol Respir*. 2014; 17(3): 87-89. [En línea]: [http://www.revistadepatologiarrespiratoria.org/descargas/pr\\_17-3\\_87-89.pdf](http://www.revistadepatologiarrespiratoria.org/descargas/pr_17-3_87-89.pdf).

MILLER, W.; ROLLNICK, S. "Motivational Interviewing, Preparing People for Change". 2ª ed. Guilford Press; 2008

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.

— "Estades and processes of self-change of smoking: towards an integrative approach". *J Consult Clin Psychol* 1983; 51: 390-5

RAMOS [et al.]. "Effectiveness of intensive group and individual interventions for smoking cessation in primary health care settings: a randomized trial". *BMC Public Health* 2010, 10:89)

ROLLNICK, S.; BUTLER, C.C.; MCCAMBRIDGE, J. [et al.]. "Consultations about changing behaviour". *BMJ* 2005; 331; 961-963.

STEAD, L.; PERERA, R. [et al.]. "Nicotine replacement therapy for smoking cessation". *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008;(1):CD000146.

## Capítulo 4

### 4.1. Embarazo y lactancia

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA, COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA.

BERTRAND, P. "Efectos clínicos de la exposición directa e indirecta a tabaco en los niños". *Neumol. Pediat*. 2011; 8-11.

LAMYA, S.; LAQUEILB, X.; THIBAUTC, F. "Consecuencias potenciales el consumo de tabaco, cannabis y cocaína por mujeres embarazadas en el embarazo, neonatal e infantil: revisión de la literatura. Consecuencias del tabaco, cocaína y cannabis. Durante el embarazo, en el embarazo en sí mismo, en el recién nacido y en el desarrollo infantil: Una revisión". *L'Encéphale* (2015) 41, S13—S20. [En línea]: [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

NICOTINE REPLACEMENT THERAPY (NRT) AND BREASTFEEDING. BREASTFEEDING NETWORK. MARZO, 2009

OLANO, E.; MATILLA, B.; TURÓ, M. [et al.] "Guía de práctica clínica para ayudar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar. Grupo de trabajo "Tabac i Dona", Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET). Traducción y adaptación del programa educativo del colegio americano de obstetricia y ginecología (ACOG), con el apoyo de la Fundación Robert Wood Johnson.

PRIM, E.; RODRÍGUEZ, G.; SAMPER, M.P. [et al.] "Socio-cultural, obstetric and anthropometric characteristics of newborn children of mothers who smoke in Spain". *Anales de Pediatría* (Barcelona, 2003) [Internet]. 2012 Jan [cited 2013 Apr 16]; 76(1):4-9. [En línea]: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2186242>

SMOKING AND BREASTFEEDING. BREASTFEEDING NETWORK. Marzo, 2009

## 4.2. Adolescentes

Intervenciones conductuales como complemento a la farmacoterapia para el abandono del hábito de fumar (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 12. Art. No.: CD009670. DOI: 10.1002/14651858.CD009670

Programas familiares para la prevención del hábito de fumar en niños y adolescentes (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2015 Issue 2. Art. No.: CD004493. DOI: 10.1002/14651858.CD004493

ROSEN, J.; SOCKRIDER, M. "Management of smoking cessation in adolescents". UpToDate: apr. 2016.

VILLALBI, J.R. "Consumo de drogas por los adolescentes y opciones de intervención". FMC. 2013; 20(10):573-9

## 4.3. Pacientes crónicos

FIGLIORE, M.C.; JAÉN, C.R.; BAKER, T.B. [et al.]. "Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update". Clinical Practice Guideline. Rockville, MD:U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, 2008.

HABER, S.L.; BOOMERSHINE, V.; RANEY, E. "Safety of varenicline in patients with cardiovascular disease". *Journal of Pharmacy Practice*. 2014; Vol. 27(1):65-70.

HUGHES, J.R., STEAD, L.F.; LANCASTER, T. "Antidepresivos para el abandono del hábito de fumar". (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus, 2008, número 4. Oxford: Update Software Ltd. [Consulta: 06/04/10]. [En línea]: <http://www.updatesoftware.com>

MOLYNEUX, A. "ABC of smoking cessation". Nicotine Replacement Therapy. BMJ. 2004; 328:454-6.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. "Smoking cessation Services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women, and hard to reach communities". NICE Public Health Guidance 10; 2008.

PROCHASKA, J.; HILTON, J.F. "Risk of cardiovascular serious adverse events associated with varenicline use for tobacco cessation: systematic review and metaanalysis". BMJ. 2012; 344:e2856. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

SOBIERAJ, D.M.; WHITE, W.B. BAKER, W.L. "Cardiovascular effects of pharmacologic therapies for smoking cessation". J Am Soc Hypertens. 2013 January; 7(1):61-7.

#### **4.3.2. Paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)**

CRISTOBAL, M.I.; MAYAYO, A.; CICERO A. [et al.]. "Intervención Psicológica en el abandono del tabaquismo". En: *Manual de Tabaquismo*. SEPAR, 2012.

HILBERINK, S.R.; JACOBS, J.E.; BOTTEMA, B.J. [et al.]. "Smoking cessation in patients with COPD in daily general practice (SMOCC): six months' results". Prev Med. 2005; 41(5-6):822-7.

HOOGENDOORN, M.; FEENSTRA, T.L.; HOOGENVEEN, R.T.; RUTTEN-VAN MÖLKEN, M.P. "Long term effectiveness and costeffectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD". Thorax. 2010; 65:711-8.

JIMÉNEZ, C.A.; RAMOS, A.; CICERO, A.; MAYAYO, M. [et al.]. "Characteristics of COPD smokers and effectiveness and safety of smoking cessation medications". Nicotine Tob Res. 2012; 14(9):1035-9.

MORRIS, J.F.; FERMESA, W. "Spirometric "lung age" estimation for motivating smoking cessation". Prev Med. 1985; 14:655-62.

MURRAY, R.P., BAILEY, W.C.; DANIELS, K. [et al.]. "Safety of nicotine polacrilex gum used by 3,094 participants in the Lung Health Study". Chest. 1996;109(2):438-45.

PARKES, G.; GREENHALGH, T.; GRIFFIN, M.; DENT, R. "Effect on smoking quit rate of telling patients their lung age". The Step2quit randomised controlled trial BMJ. 2008(3); 598-600.

TASHKIN, D.P.; MURRAY, R.P. "Smoking cessation in chronic obstructive pulmonary Disease". Respiratory Medicine. 2009; 103:963-74.

TASHKIN, D.; KANNER, R.; BAILEY, W. [et al.] "Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomised trial". Lancet. 2001; 357(9268):1571-5.

TASHKIN, D.; RENNARD, S.; HAYS, J.T. [et al.]. "Effects of varenicline on smoking cessation in patients with mild to moderate COPD: a randomized controlled trial". Chest. 2011; 139(3):591-9.

TØNNESEN, P. "Smoking Cessation and COPD". Eur Respir Rev. 2013; 22:127:37-43.

TØNNESEN, P.; MIKKELSEN, K. "Smoking cessation with four nicotine replacement regimes in a lung clinic". Eur Respir J. 2000; 16(4):717-22.

TØNNESEN, P.; MIKKELSEN, K.; BREMANN L. "Nurse-conducted smoking cessation in patients with COPD using nicotine sublingual tablets and behavioral support". Chest. 2006; 130(2):334-42.

STRASSMAN, R.; BAUSCH, B.; SPAAR, A. [et al.]. "Smoking cessation interventions in COPD: a network meta-analysis of randomised trials". Eur Respir J. 2009; 34:634-40.

SUNDBLAD, B.M.; LARSSON, K.; NATHELL, L. "High rate of smoking abstinence in COPD patients: Smoking cessation by hospitalization". NicotineTob Res. 2008; 10(5):883-90.

WAGENA, E.J.; KNIPSCHILD, P.G.; HUIBERS, M.J. [et al.]. "Efficacy of bupropion and nortriptyline for smoking cessation among people at risk for or with chronic obstructive pulmonary disease". Arch Intern Med. 2005; 165(19):2286-92.

### **4.3.3. Personas mayores**

Vareniclina. Ver ficha técnica con especificaciones de cada caso. Agencia Europea de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

Bupropión. Ver ficha técnica con especificaciones de cada caso. Agencia Española de medicamentos y Productos Sanitarios.

#### **4.3.4. Otras comorbilidades frecuentes**

GARCÍA, M. "Abordaje del tabaquismo en situaciones especiales". A: RAMOS, A., MAYAYO M.L. *Manual Separ de Procedimientos 13. Abordaje del tabaquismo*. Barcelona, SEPAR. 2007; 59-69.

Vareniclina. Ver ficha técnica con especificaciones de cada caso. Agencia Europea de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

Bupropión. Ver ficha técnica con especificaciones de cada caso. Agencia Española de medicamentos y Productos Sanitarios.

#### **4.4. Pacientes con enfermedades psiquiátricas**

##### **4.4.1. Enfermedades psiquiátricas**

MINICHINO, A.; SAVERIO, F.; CALÒ, W.K. [et al.], "Smoking behaviour and mental health disorders. Mutual influences and implications for therapy". *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2013; (10):4790-811.

##### **4.4.2. Depresión y Trastorno de Ansiedad**

ANTHENELLI, R.M.; MORRIS, C.; RAMEY, T.S. [et al.]. "Effects of varenicline on smoking cessation in adults with stably treated current or past major depression: a randomized trial". *Ann Intern Med*. 2013; 159(6):390-400.

GIERISCH, J.M.; BASTIAN, L.A.; CALHOUN, P.S. [et al.]. "Comparative effectiveness of smoking cessation treatments for patients with depression: a systematic review and meta-analysis of the evidence". Washington. Department of Veterans Affairs. 2010.

GLASSMAN, A.H. "Smoking cessation and the course of major depression: a follow up study". *Lancet*. 2001;357:1929-32.33.

##### **4.4.4. Trastorno bipolar**

ANTHENELLI, R.M. "Treating patients with bipolar disorder and COPD or asthma". *Suppl to Curr Psych*. 2005;4:34-2.

EVINS, A.E.; CATHER, C.; PRATT, S.A. [et al.]. "Maintenance Treatment With Varenicline for Smoking Cessation in Patients With Eschizophrenia and Bipolar Disorder: A Randomized Clinical Trial". *JAMA*. 2014 January 8; 311(2):145-54.

GERSHON, R.B.; HWANG, S.; HAN, J. [et al.]. "Short-term naturalistic treatment outcomes in cigarette smokers with substance abuse and/or mental illness". J Clin Psychiatry. 2007; 68:892-8.

HEFFNER, J.L.; STRAWN, J.R.; DEL BELLO, M.P. [et al.]. "The co-occurrence of cigarette smoking and bipolar disorder: phenomenology and treatment considerations". Bipolar Disord. 2011; 13:439-53.

HIRSCHFELD, R.M.; CALABRESE, J.R.; WEISSMAN, M.M. [et al.]. "Screening for bipolar disorder in the community". J Clin Psychiatry. 2003; 64:53-9.

#### **4.4.5 Esquizofrenia**

EVINS, A.E.; CATHER, C.; PRATT, S.A. [et al.]. "Maintenance Treatment With Varenicline for Smoking Cessation in Patients With Eschizophrenia and Bipolar Disorder: A Randomized Clinical Trial". JAMA. 2014 January 8; 311(2):145-54.

KISHI, T.; IWATA, N. "Varenicline for smoking cessation in people with schizophrenia: systematic review and meta-analysis". Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2014. Oct-5. DOI 10.1007/s00406-014- 0551-3.

### **Capítulo 5**

#### **5.3. Interacciones del tabaco con fármacos**

ANDERSON, G.D.; CHAN, L.N. "Pharmacokinetic Drug Interactions with Tobacco, Cannabinoids and Smoking Cessation Products". Clin Pharmacokinet 2016; doi: 10.1007/540262-016-0400-9

FANKHAUSER, M.P.; ELLINGROD, V.L. "Drug interactions with tobacco smoke: Implications for patient care". Current psychiatry. 2013; 12 juny [consulta: 20 maig 2016]. [En línia]: <http://www.currentpsychiatry.com/print-friendly/drug-interactions-with-tobacco-smoke-implications-for-patient-care/9b4ab30a346354acba4c71e57185fff4.html?type=98>

LUCAS, C.; MARTIN, J. "Smoking and drug interactions". Aust Prescr 2013; 36:102-4