



**ATENCIÓN AL PACIENTE
CON DEPENDENCIA DEL TABACO**

ATENCIÓN AL PACIENTE CON DEPENDENCIA DEL TABACO

ÍNDICE

Introducción	pág. 5
Valoración del paciente	pág. 7
Intervención breve	pág. 10
Intervención intensiva	pág. 13
Tratamiento farmacológico	pág. 14
Seguimiento	pág. 16
Situaciones especiales	pág. 18
Organización de la consulta	pág. 20

Anexos

1. Algoritmo de enfoque del paciente	pág. 22
2. Test de Richmond	pág. 23
3. Test de Fagerstöm de seis ítems	pág. 24
4. Historia clínica	pág. 25
5. Tratamiento farmacológico	pág. 27
6. Prevención de recaídas	pág. 28
7. Síntomas del síndrome de abstinencia	pág. 29
8. Direcciones de interés	pág. 30
Bibliografía	pág. 31

Autores:

Esther Arroyo Ramos. Centro de Salud Torrero-La Paz. Zaragoza. FAECAP

Lourdes Clemente Jiménez. Centro de Salud Santo Grial. Huesca. SAMFYC

Rodrigo Córdoba García. Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza. SAMFYC

Eva Herrero Castillo. Centro de Salud de Daroca. SEMERGEN

Pilar Jaime Martínez. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza. FAECAP

M^a Jesús Lallana Álvarez. FAP Sector 3. Zaragoza. SEFAP

Gloria Martín Gracia. Centro de Salud de Daroca. SEMERGEN

Félix Peña Clemente. Médico de Monreal del Campo. Teruel. SEMG

Delfín Sarasa Piedrafita. Centro de Salud de Cariñena. SEMG

Coordinación: Eva Lamote de Grignon. Dirección de Atención Primaria del Salud

Déposito Legal: Z-1924-2004

El tabaquismo es uno de los más importantes problemas de salud pública, siendo la causa prevenible más importante de mortalidad, y provoca, además, una notable pérdida de calidad de vida. (...)

Es un extracto de la Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias de Aragón. Retazos de una normativa que en su día puso a nuestra Comunidad Autónoma a la cabeza de la legislación en este terreno y que hoy nos lleva a dar un paso más con la elaboración de este protocolo de "Atención al paciente con dependencia del tabaco".

Profesionales de la Medicina, de la Enfermería y de la Farmacia de nuestro sistema de Atención Primaria con reconocida experiencia en este ámbito y con el apoyo de sus respectivas sociedades científicas se han encargado de ordenar sobre el papel las ideas, avances y últimos conocimientos sobre la asistencia a estos pacientes.

Huelga hablar aquí del binomio tabaco-enfermedades, de los altos costes sociales y sanitarios que sus consecuencias generan o, por contemplar el lado positivo, de los muchos beneficios que para el/la fumador/a y para su entorno genera liberarse de esta dependencia.

Y, aunque el consumo de tabaco se ha ido reduciendo de forma paulatina en los últimos años -al menos las cifras globales así lo indican-, nos preocupa el aumento detectado en colectivos como las mujeres y, sobre todo, entre los adolescentes. De ahí que debemos enfrentarnos a este problema con rigor, con tenacidad y con continuidad, pues tales cualidades son las que propiciarán, de cara al futuro, los mayores niveles de éxito.

Creemos, a la vista del documento final, que se han cumplido con creces los objetivos de la Dirección de Atención Primaria del Servicio Aragonés de Salud cuando sugirió su realización, en el sentido de que su aplicación por parte de nuestros profesionales va a permitir proporcionar a los pacientes la asistencia más correcta y cualificada. Sabemos que el análisis posterior de los resultados así lo confirmará.

Somos conscientes, además, del efecto multiplicador que cada actuación individual va a tener en el entorno familiar, laboral y social del paciente que intenta superar su dependencia, y por eso hemos puesto todo nuestro interés en este proyecto, hoy interesante y prometedora realidad.

Antonio Brun Macipe

Director Gerente del Servicio Aragonés de Salud

INTRODUCCIÓN

En los últimos 50 años se ha acumulado un conjunto de evidencias muy consistentes sobre la asociación del consumo de tabaco con un exceso de riesgo de mortalidad por numerosas causas, entre las que se encuentran varios tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares y procesos respiratorios crónicos de elevada prevalencia. Debido a esto, el tabaco ha sido reconocido por la comunidad científica como la causa aislada más importante de morbilidad y mortalidad prematura prevenible.

En estos momentos, se estima que una de cada cuatro muertes en los varones y una de cada 40 en las mujeres se deben al consumo de tabaco. En España, en 1998 el tabaco produjo 55.613 muertes; la mayoría en población masculina (92,5%), mientras que en población femenina se alcanzó el 7,5% (4.182 muertes). El 16% de las muertes ocurridas cada año en nuestro país se debe al tabaco, pero este porcentaje puede llegar a alcanzar el 20% de toda la mortalidad, como ha venido ocurriendo en algunos de los países más desarrollados.

La prevalencia de tabaquismo (fumadores diarios + ocasionales) estimada en nuestro medio es del 34,3% en población de más de 16 años (Encuesta Nacional de Salud, 2001), siendo en varones el 42,1 y en mujeres el 27,2%.

La eficacia de las intervenciones para ayudar a dejar de fumar ha sido probada en diversos estudios. Una revisión bibliográfica basada en la evidencia realizada por la Colaboración Cochrane y la AHCPR encuentra que algo tan sencillo como el consejo mínimo de tres minutos puede producir un incremento de los abandonos del 2%, pero si dura hasta 10 minutos produciría un 13%.

Para la elaboración de este protocolo se solicitó la colaboración de las sociedades científicas con implantación en atención primaria: Sociedad Aragonesa de Medicina Familiar y Comunitaria, Sociedad Aragonesa de Medicina General, Sociedad Española de Medicina General y Rural, Asociación Profesional de Enfermería de Aragón y Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria, para que designaran profesionales expertos en el tema y que estuvieran trabajando en la práctica clínica diaria. También se ha contado con la colaboración de un experto en guías de práctica clínica del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

El trabajo se ha llevado a cabo mediante reuniones de presencia física e intercambio de información por medio de correo electrónico. En la primera reunión se asignó a cada participante la redacción de una parte del protocolo y en los encuentros sucesivos se puso en común el material elaborado para eliminar redundancias y consensuar posibles discrepancias. Finalmente, se remitió el documento al Gabinete de Comunicación del Gobierno de Aragón para correcciones de estilo.

Como documento base se ha trabajado la adaptación de la SAMFyC de la *Guía de Práctica Clínica* elaborada por U.S. Department of Health and Human Services en 2000, y

los artículos publicados a lo largo de 2004 en el BMJ titulados *ABC of smoking cessation*. Al final del documento figura la bibliografía que utilizaron además los componentes del grupo de trabajo.

El grado de recomendación se ha basado en los criterios de Fiore y cols utilizados en la *Guía de Práctica Clínica americana* (Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER et al. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville MD:U. S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.). También se han consultado las recomendaciones y el resumen de evidencia clínica de la Colaboración Cochrane.

Clasificación del grado de recomendación utilizada en este Protocolo

Grado de Recomendación	Fuerza de Evidencia
A= Fuerte	Basado en información obtenida de ensayos clínicos múltiples bien diseñados, directamente relevantes para la recomendación y que presentan un patrón consistente en sus hallazgos.
B= Moderado	Proveniente de ensayos clínicos aleatorizados que apoyan la recomendación pero el soporte científico no fue óptimo. Los datos fueron a menudo inconsistentes o contradictorios.
C= Pobre	Se reserva para situaciones en las que, a falta de ensayos clínicos aleatorizados, se llega a cierto grado de consenso provisional.

VALORACIÓN DEL PACIENTE

El primer paso para el tratamiento del uso y de la dependencia del tabaco es **identificar sistemáticamente a los fumadores que acuden a la consulta por cualquier motivo**. En el **Anexo 1** se presenta el algoritmo para el enfoque de las actuaciones.

La OMS define como **fumador** a todo individuo que haya fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno. Esta definición permite a los profesionales determinar la población sobre la que llevar a cabo las intervenciones más adecuadas respecto al uso del tabaco y evaluar su predisposición al abandono del mismo.

Se puede utilizar un sistema de identificación universal con una serie de preguntas sencillas:

- ¿Usted fuma?
- ¿Cuántos cigarrillos fuma?
- ¿Cuánto tarda desde que se levanta hasta que fuma el primer cigarrillo?
- ¿A qué edad se inició en el hábito de fumar?
- ¿Quiere realmente dejar de fumar?

El interrogatorio del consumo de tabaco debe iniciarse en la adolescencia, ya que la mayoría comienza a fumar entre los 11 y 14 años, mientras que es poco frecuente iniciarse después de los 20 años. Debe preguntarse cada dos años, excepto a aquellas personas de 30 o más años en cuya historia clínica conste que nunca han fumado.

La OMS define como **no fumador** al individuo que nunca ha fumado cigarrillos al menos durante un mes de forma diaria, y como **ex fumador** al individuo que siendo previamente fumador se mantiene al menos 12 meses sin fumar.

Hay dos variables a explorar para el proceso de dejar de fumar: motivación y dependencia.

1. Valoración de la motivación.

Es fundamental saber que la motivación es el motor del cambio, y que cuantos más y mejores motivos encuentre para dejar de fumar más fácilmente logrará su objetivo y aumentará su confianza en que puede dejar el tabaco.

Para conocer el grado de motivación podemos usar cuestionarios como el de Richmond (**Anexo 2**) o algunas preguntas abiertas que nos orienten (**Tabla 1**).

Tabla 1

Test cualitativo sencillo de motivación para dejar de fumar

¿Quiere de verdad dejar de fumar?	No/Sí
¿Está interesado en hacer un intento serio para dejarlo en un futuro próximo?	No/Sí
¿Está interesado en recibir ayuda cuando lo intente?	No/Sí

Tomado de West R. BMJ 2004;328:338-339

Una respuesta afirmativa a todas las preguntas sugiere que debería ofrecerse apoyo y/o medicación.

2. Valoración de la dependencia.

Si el paciente está motivado para dejar de fumar, hay que valorar el grado de dependencia para establecer el tipo de intervención, utilizando algún test cuantitativo como el de Fagerström (**Anexo 3**).

También se pueden utilizar preguntas sencillas para valorar la dependencia, por ejemplo:

- ¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día?
- ¿Cuánto tiempo, desde que se despierta, tarda en encender su primer cigarrillo?

A mayor número de cigarrillos y menor tiempo, mayor dependencia.

Para conocer el grado de dependencia psicológica y social podemos determinar cuáles son aquellas situaciones o actividades habituales a las que el fumador asocia el consumo de tabaco, e investigar el ambiente familiar, laboral y de ocio, lo que determinará el tipo de apoyo conductual.

En este caso podrían servir cuestiones como:

- ¿Quién le podría ayudar en los momentos difíciles?
- Cuando intentó dejar de fumar en el pasado: ¿qué le ayudó y qué no le ayudó?

En la tabla 2 se resumen los objetivos de intervención clínica en los pacientes según dependencia y motivación para abandonar el hábito.

Tabla 2

Objetivos de intervención en fumadores según dependencia y motivación

		Motivación	
		Baja	Alta
Dependencia	Baja	<ul style="list-style-type: none"> • Poco probable que lo deje, pero podría hacerlo sin ayuda • El primer objetivo de intervención es aumentar la motivación (intervención breve) 	<ul style="list-style-type: none"> • Podría dejar de fumar con mínima ayuda • El primer objetivo de intervención es desencadenar un intento de abandono (intervención intensiva)
	Alta	<ul style="list-style-type: none"> • Poco probable que abandone • El primer objetivo de intervención es aumentar la motivación para hacer receptivo al fumador el tratamiento de su dependencia (intervención breve) 	<ul style="list-style-type: none"> • Poco probable que lo deje sin ayuda, pero se beneficiaría del tratamiento • El primer objetivo de intervención es que se comprometa con el tratamiento (intervención intensiva)

Tomado de West R BMJ 2004;328:338-339

Valoración del estadio del cambio. Es importante la utilización de registros específicos (Anexo 4).

a) Paciente que desea dejar de fumar (contemplación).

Si está dispuesto a fijar una fecha y el consumo es >10 cigarrillos/día o fuma el primero en la primera hora de levantarse, intervención intensiva. Si no, intervención breve.

b) Paciente que no quiere abandonar el tabaco en el momento de la visita (precontemplación).

Se debería realizar una intervención breve encaminada a educar, tranquilizar y motivar al paciente para el abandono del tabaco hablando de riesgos, recompensas, resistencias, etc.

c) Paciente que ha abandonado el tabaco recientemente (menos de un año).

Debemos reforzar su decisión de abandonar el tabaco, revisar los beneficios del mismo y ayudarle a resolver mediante visitas clínicas programadas cualquier problema residual que pueda haber surgido a raíz del abandono.

INTERVENCIÓN BREVE

Definición. Abordaje oportunista mediante entrevista profesional/paciente centrada en el uso del tabaco y cuya duración no exceda los 10 minutos, no supere las 3 visitas anuales y la duración total anual no sobrepase los 30 minutos.

Objetivo. Motivar al fumador para el abandono del hábito y prevenir las recaídas. Todos los profesionales sanitarios deberían aconsejar insistentemente a todos los fumadores que abandonen el tabaco (**Grado de recomendación A**).

Descripción.

- Analizar la disposición del paciente para el abandono del hábito. La intervención breve se proporcionará al paciente que no desea dejar de fumar o al que no está dispuesto a fijar una fecha.
- Informar de manera:
 - Clara, explicándole de qué forma se le puede ayudar y asegurándonos de que comprende la información.
 - Personalizada. Investigar los motivos que tiene para seguir fumando es el primer paso para poder desmontar sus argumentos.
 - Convincente. Cada paciente requerirá una estrategia diferente, pero hay que tener argumentos sólidos para que llegue por sí mismo a encontrar motivos para dejar de fumar.

Motivaciones para no fumar

En los **pacientes no motivados** para dejar de fumar hay que usar técnicas de motivación para vencer las resistencias (**5R**).

1. Relevancia

La información motivacional tiene el mayor impacto si es relevante en relación a:

- el estado de enfermedad o de riesgo de un paciente,
- su situación familiar o social (por ejemplo tener niños en casa),
- la preocupación por la salud,
- su edad y sexo,
- el coste económico,
- otras características importantes del paciente (por ejemplo experiencias anteriores, barreras personales...).

2. Riesgos

El profesional sanitario debería solicitar al paciente que identifique las posibles consecuencias negativas del uso del tabaco pudiendo indicarle las que le parezcan más relevantes. Por ejemplo:

- Riesgos agudos: menor capacidad pulmonar, exacerbación del asma, efectos negativos sobre la gestación, impotencia, infertilidad, incremento en sangre de monóxido de carbono.
- Riesgos a largo plazo: infarto de miocardio y accidente cerebrovascular, cáncer de pulmón y de otros puntos (laringe, cavidad oral, faringe, esófago, páncreas, vejiga urinaria, cuello del útero), enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (bronquitis crónica y enfisema), incapacidad a largo plazo y mayor necesidad de atención médica, familiar y social.
- Riesgos para el entorno familiar. En la pareja: incremento del riesgo de cáncer de pulmón y de enfermedad cardíaca. En los hijos: incremento del riesgo de bajo peso al nacer, síndrome de muerte súbita del lactante, asma, otitis media e infecciones respiratorias, y mayor probabilidad de que los hijos sean fumadores.
- Riesgos para el entorno laboral: a los riesgos como fumadores pasivos se han de sumar los del ambiente laboral específico de cada empresa.

Se debería poner de relieve que fumar cigarrillos bajos en alquitrán/nicotina o utilizar de otra forma el tabaco (por ejemplo: no tragarse el humo, fumar puros o en pipa) no elimina los riesgos.

3. Recompensas

El profesional sanitario debería solicitar al paciente que identificase los beneficios potenciales de dejar de fumar e indicar los más relevantes. Por ejemplo:

- mejora de la salud,
- mejora del sabor de la comida,
- mejora del sentido del olfato,
- ahorro de dinero,
- sentirse mejor con uno mismo,
- la casa, el coche, la ropa y el aliento huelen mejor,
- ser un buen ejemplo para los niños,
- tener hijos más sanos,
- no tener que preocuparse por exponer a otros al humo,

- rendir más en las actividades físicas,
- reducir el envejecimiento y las arrugas cutáneas...

4. Resistencias

El profesional debería solicitar al paciente que identificase las barreras o impedimentos para dejar de fumar y destacar los elementos terapéuticos (resolución de problemas, tratamiento farmacológico). Las barreras típicas podrían consistir en: síntomas de abstinencia, temor al fracaso (sentimiento que suele estar encubierto y debemos ayudar a expresar), incremento ponderal, falta de apoyo, depresión, disfrute del tabaco.

5. Repetición

La intervención motivacional consiste en dar la información necesaria para educar, tranquilizar y motivar. Debería repetirse a cada paciente no motivado que visita la consulta. La duración no debe ser mayor de diez minutos y el consejo debe repetirse en cualquier visita por cualquier motivo. A los fumadores que han fracasado en intentos previos se les debería comunicar que la mayoría de personas intenta repetidamente dejar de fumar antes de conseguir el éxito. Sin embargo, **la intervención breve puede secuenciarse y sus contenidos no tienen porqué ser los mismos en cada visita.**

Además se pueden entregar folletos o manuales de autoayuda.

Desde el momento en que el paciente manifiesta su voluntad de dejar de fumar mediante el establecimiento de una fecha y se somete a tratamiento y seguimiento programados, se considera que la intervención es intensiva.

INTERVENCIÓN INTENSIVA

Definición. La intervención intensiva hace referencia a contactos cara a cara entre el profesional y el **paciente dispuesto a dejar de fumar**. En estos encuentros se proporcionan apoyo psicológico y/o farmacológico. Pueden ser individuales o grupales, y deben de tener más de 10 minutos de duración, durante 4 ó más sesiones, y más de 30 minutos de duración total.

Objetivo. Ayudar a los pacientes dispuestos a dejar de fumar. La intervención intensiva es más efectiva que la intervención breve y debe realizarse siempre que sea posible (**Grado de recomendación A**).

Descripción.

- Señalar al paciente una **fecha** para dejar de fumar que idealmente debería establecerse en el plazo de 2 semanas. Decirle que comunique a la familia, amigos y compañeros de trabajo que va a dejar de fumar y solicite su comprensión y apoyo.
- Anticiparse a las dificultades de un intento planificado de dejar de fumar, particularmente durante las primeras semanas. **Incluir información sobre los síntomas de abstinencia de la nicotina.**
- Entregar folletos o los libros de autoayuda disponibles. Estos materiales tienen un impacto pequeño pero real, y mejoran el resultado del conjunto de la intervención.
- Si el paciente ha fracasado en intentos previos sin **tratamiento farmacológico**, se le ofrecerá este tipo de apoyo. El tratamiento farmacológico es útil para superar la dependencia física que suele durar unas 3 semanas y que es la primera causa de recaídas precoces (los dos primeros meses).
- Se recomienda **eliminar los productos del tabaco** (cigarrillos, puros, tabaco de pipa), y objetos relacionados (ceniceros, mecheros) de su entorno familiar y laboral. Antes de dejar de fumar, el paciente debe evitar hacerlo en los lugares en los que pasa mucho tiempo (en el trabajo, en el domicilio o en el coche).
- Prestar asesoramiento práctico para la **resolución de problemas y el aprendizaje de habilidades**. Es esencial la abstinencia total. "Ni una sola calada después de la fecha para dejar de fumar". Puesto que alcohol y café son sustancias que se asocian intensamente al cigarrillo es recomendable evitarlas por completo durante las primeras semanas.
- **Atender al entorno.** Dejar de fumar es más difícil cuando hay más fumadores en el domicilio. Los pacientes deberían animar a sus familiares a dejar de fumar o, al menos, pedirles que no fumen en su presencia.

En los pacientes en los que está indicada la intervención intensiva también está aconsejado casi siempre el tratamiento farmacológico, y es tarea del profesional sanitario animarles a considerar esta posibilidad.

Una pauta útil es indicarlo siempre que el Test de Fagerström (**Anexo 4**) arroje puntuaciones iguales o superiores a 4 (dependencia moderada-severa).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico debe ser ofertado a todo paciente fumador de más de 10 cigarrillos al día que quiera hacer un serio intento de abandono (**Grado de recomendación A**), exceptuando los casos en los que existan contraindicaciones o en situaciones especiales (embarazo, adolescentes). El tratamiento farmacológico debe indicarse siempre en el contexto de la intervención intensiva.

Existen dos grandes grupos de tratamientos farmacológicos de primera línea: los sustitutivos de la nicotina y el hidroclicloruro de bupropion de liberación prolongada. Ambos son tratamientos eficaces.

Para decidir qué terapia utilizar en cada caso se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Grado de motivación y aceptabilidad del tratamiento.
2. Disponibilidad de asesoramiento o ayuda.
3. Historia de intentos de abandono anteriores y procedimientos de ayuda utilizados.
4. Valoración de contraindicaciones y potenciales efectos nocivos.
5. Preferencias personales del fumador en el uso de una u otra terapia.

Las alternativas terapéuticas son dos:

1. Tratamiento sustitutivo con nicotina (TSN). Sirve para aliviar el síndrome de abstinencia.

Existen diferentes presentaciones de venta libre en farmacias (chicles, parches...). Las diferentes presentaciones se han mostrado eficaces y no hay suficiente evidencia para recomendar una forma de TSN sobre otra. Se diferencian en su farmacocinética: los parches consiguen unas dosis estables de nicotina en sangre durante 16 ó 24 horas, mientras los otros productos actúan más rápidamente pero durante periodos más cortos.

La posología de la TSN depende del número de cigarrillos fumados por día. La duración de la terapia suele ser, en la mayoría de los casos, de ocho semanas, pero puede alargarse hasta doce o más semanas en los casos en que la dependencia continúe. No es imprescindible que se realice una disminución gradual de la dosis. La TSN debe ser suspendida si el paciente vuelve a fumar.

La terapia combinada con TSN basada en parches más chicles o comprimidos para chupar o spray nasal puede ser moderadamente más efectiva que la monoterapia, aunque la evidencia es modesta. Debería considerarse sólo en aquellos pacientes que no consiguen dejarlo utilizando un único tratamiento (**Grado de recomendación B**).

Los efectos adversos más frecuentes son reacciones locales e insomnio. No suelen provocar el abandono del tratamiento.

2. Bupropion es un antidepresivo que inhibe la recaptación de dopamina y noradrenalina. No se conoce exactamente su mecanismo de acción pero parece que actúa sobre los mecanismos relacionados con la adicción y la abstinencia. Puede utilizarse en fumadores con baja, moderada o alta dependencia a la nicotina sin diferencia de efecto según género.

Los efectos secundarios más frecuentes son insomnio y boca seca pero el más grave es la aparición de convulsiones en el 0,1% de los pacientes. La administración concomitante con medicamentos que disminuyen el umbral convulsivo aumenta el riesgo. Entre estos medicamentos se encuentran: antipsicóticos, antidepresivos, teofilina, tramadol, quinolonas.

Existen terapias farmacológicas consideradas de **segunda línea** (clonidina, nortriptilina) que no poseen como indicación aprobada su uso en deshabituación del uso del tabaco. Por tanto, no se ha establecido suficientemente su dosis efectiva y presentan más efectos adversos y potencialmente más graves que los fármacos de primera línea. Estos tratamientos sólo deben utilizarse cuando los de primera línea hayan fracasado o estén contraindicados.

Si los fumadores fracasan con TSN o con bupropion puede reiniciarse el tratamiento transcurrido un plazo de 3-6 meses desde que se volvió a fumar.

La terapia combinada de TSN y bupropion no se justifica actualmente, debido a la escasa evidencia científica. En el **Anexo 5** se recogen la posología y las contraindicaciones de las distintas alternativas terapéuticas.

SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES QUE ESTÁN INTENTANDO DEJAR DE FUMAR

Hay que acordar y programar los contactos de seguimiento bien personalmente o por teléfono (ver tabla 3). Posteriormente, los contactos serán establecidos según el tratamiento que se determine y las necesidades individuales de apoyo: síntomas de abstinencia intensos, personalidad dependiente, cuando las medidas tomadas no sean suficientes, etc.

Tabla 3

SECUENCIA DE CONTACTOS DE SEGUIMIENTO

	ACTIVIDADES
Primera semana después de dejar de fumar	<ul style="list-style-type: none">• Dar consejos sobre cómo afrontar situaciones difíciles.• Valorar el síndrome de abstinencia.• Si el paciente está con tratamiento farmacológico, controlar su cumplimiento y efectos adversos.• Se reforzará el apoyo del entorno familiar, social y laboral.• Se identificarán los beneficios y las dificultades de no fumar.• Informar sobre la aparición de un duelo (falsa sensación de pérdida de un amigo: el tabaco). Durante este periodo, hay que ayudarlo a no bajar la guardia.• Posibilitar medidas más agresivas si el paciente así lo solicita (instaurar, añadir o combinar fármacos, alargar el tiempo del tratamiento, derivar al especialista, etc.).
Segunda semana después de dejar de fumar	<ul style="list-style-type: none">• Valorar la presencia de sensación de vacío, aumento de apetito y alteraciones del sueño.• Comprobar la disminución del síndrome de abstinencia física.• Identificar los beneficios y reforzarlos.• Control de los fármacos (cumplimiento y efectos adversos).• Reforzar el apoyo del entorno.
Al mes de dejar de fumar	<ul style="list-style-type: none">• Informar de la posible aparición de una falsa sensación de seguridad. Insistir en que no dé ni una sola calada.• Identificar los beneficios y reforzarlos.• Controlar los fármacos (cumplimiento, efectos adversos y cambios de pauta si se precisan).

A los dos meses de dejar de fumar	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar las fantasías sobre el control obtenido. Prevenir las recaídas de tipo social. • Pesar. • Identificar los beneficios y reforzarlos. • Cambiar/suspender la pauta de fármacos. • FELICITAR.
Al año de dejar de fumar	<ul style="list-style-type: none"> • FELICITAR. • Mantener la identificación de los beneficios a largo plazo y reforzarlos. • Prevenir las recaídas de tipo social.

Prevención de recaídas

Estas intervenciones deberían formar parte de cada encuentro con un paciente que ha dejado de fumar recientemente:

- Todo fumador en proceso de deshabituación debe recibir **ánimos** de manera convincente para seguir la abstinencia.

- Deben formularse preguntas abiertas (por ejemplo: ¿qué beneficios le ha reportado haber dejado de fumar?) para iniciar la **resolución de problemas**.

El profesional sanitario debería fomentar la discusión activa del paciente sobre los siguientes temas:

- **Las ventajas**, incluidos los potenciales beneficios para la salud que se pueden obtener al dejar de fumar.
- Cualquier **éxito** que el paciente haya alcanzado por dejar de fumar (por ejemplo: duración de la abstinencia, reducción de los síntomas de abstinencia...)
- Los **problemas** con los que se ha encontrado o las amenazas anticipadas para el mantenimiento de la abstinencia (por ejemplo: depresión, aumento de peso, alcohol, otros fumadores en su domicilio...) Ver **Anexo 6**.

Síndrome de abstinencia

Los síntomas floridos comienzan entre el segundo y el tercer día, y suelen durar hasta la tercera semana pero en algunos pacientes el síndrome de abstinencia puede durar hasta seis meses.

Las ganas intensas de fumar duran escasos minutos o segundos, cada vez son menores y no son acumulables. En el **Anexo 7** se presenta una tabla con los síntomas más frecuentes y las recomendaciones para paliarlos.

Entre la primera semana y la cuarta puede ocurrir que aparezcan síntomas respiratorios: tos, carraspera, picor de garganta, disfonía o afonía, aumento de la expectoración. Esto es una indicación de que el epitelio se regenera y empieza a funcionar normalmente.

SITUACIONES ESPECIALES

Embarazadas

El consumo de cigarrillos es la causa más predecible de trastornos durante la gestación, tales como: bajo peso al nacer, muerte fetal o riesgo de aborto espontáneo. No obstante, sólo alrededor del 30% de mujeres fumadoras deja de fumar a lo largo del embarazo o del periodo de lactancia.

El objetivo de la intervención es conseguir cuanto antes la abstinencia completa.

Idealmente debería realizarse una captación precoz en la consulta de Atención Primaria, cuando la mujer acude con la intención de quedarse embarazada, y realizar una intervención breve que implique también al otro miembro de la pareja y al resto de la familia.

La motivación es una pieza clave para que la intervención tenga éxito y el embarazo es un momento muy propicio para que la mujer fumadora pase a contemplar la posibilidad de abandonar la dependencia.

Una vez confirmado el embarazo, si no ha dejado de fumar, la conducta a seguir es la misma que en cualquier fumador (ver **Anexo 1**):

Consideraciones del tratamiento.

La ayuda psicosocial y las intervenciones en la embarazada se realizarán de manera más extensa y frecuente, apoyándola durante todo el embarazo.

En una primera intervención, en la embarazada no se utiliza tratamiento farmacológico.

Si fuera necesario, previa valoración de riesgos y beneficios, se utilizaría la TSN, siendo mejor realizar el tratamiento precozmente, y siempre antes de la decimosexta semana de gestación y mediante consentimiento informado explícito.

Seguimiento: los controles se realizarán con la misma periodicidad que al resto de fumadores.

Debido a la alta tasa de recaídas es muy importante el **control postparto**, que será desarrollado por la matrona en una primera consulta y después en las revisiones del niño. En estas visitas es importante recalcar los aspectos referidos a la salud del niño y al papel ejemplarizante de los padres.

Adolescentes

El adolescente es, en las primeras fases, un **fumador ocasional**, dado que no fuma a diario. Debido al gran poder adictivo de la nicotina está en riesgo alto de convertirse en fumador adicto por lo que, en la práctica, debe considerarse fumador a efectos de la intervención breve.

En adolescentes no hay evidencia de que ninguna actuación clínica sea eficaz. A pesar de ello, se le debe ofrecer consejo mínimo, información y tratamiento si lo solicita (**Grado de recomendación C**).

Lo más efectivo es la prevención: reducir la accesibilidad, regular la publicidad e integrar la educación sanitaria en el curriculum escolar. Se ha demostrado que la colaboración de líderes juveniles para la transmisión de mensajes de salud a sus compañeros es eficaz.

ORGANIZACIÓN DE LA CONSULTA

El consejo breve y mínimo se puede y debe proporcionar aprovechando cualquier contacto con los fumadores por cualquier motivo y una vez orientado el tema que motivó la demanda.

Ámbito. El consejo intensivo precisa un tiempo y espacio concretos, por lo que deben citarse estos pacientes en consulta programada médica o de enfermería, disponiendo al menos de quince minutos para cada sesión.

Población diana. Pacientes que desean dejar de fumar, que solicitan ayuda para ello y que cumplen los siguientes criterios:

- 1.- Que estén dispuestos a fijar una fecha para dejar de fumar en las siguientes cuatro semanas
- 2.- Que fuman el primer cigarrillo en los primeros 60 minutos después de levantarse y/o fuman más de 10 cigarrillos al día.

Proveedores. El servicio lo pueden dar indistintamente el personal médico o el personal de enfermería. La recomendación más habitual es que los pacientes acudan a uno de los dos profesionales para alcanzar mayor cobertura.

El personal de enfermería puede recomendar libremente terapia sustitutiva de nicotina (parches, chicles, comprimidos o spray nasal) dado que este tipo de fármacos es de libre prescripción y no precisa receta médica. También pueden recomendar bupropion si cuentan con el respaldo de algún médico del centro.

Materiales

Folleto de autoayuda. Preferiblemente los modelos puestos a disposición por el Gobierno de Aragón. También conviene colocar por todo el centro carteles relacionados con el abandono del tabaco con mensajes del tipo "Podemos ayudarle a dejar de fumar" y disponer de trípticos informativos en los mostradores de admisión. Esto crea un ambiente favorable a la intervención.

Báscula. Es necesaria para monitorizar el peso de los fumadores y tranquilizarlos sobre la relatividad de la ganancia ponderal. Dejar de fumar no reduce la presión arterial de forma sostenida.

Cooxímetro. Aunque no es imprescindible, es interesante la comprobación de la abstinencia mediante el medidor del monóxido de carbono (cooximetría). Esta determinación es simple y barata. La medición del CO tiene un efecto motivador a través de un proceso de bio-feedback que implica un incremento marginal de la tasa de abstinencia.

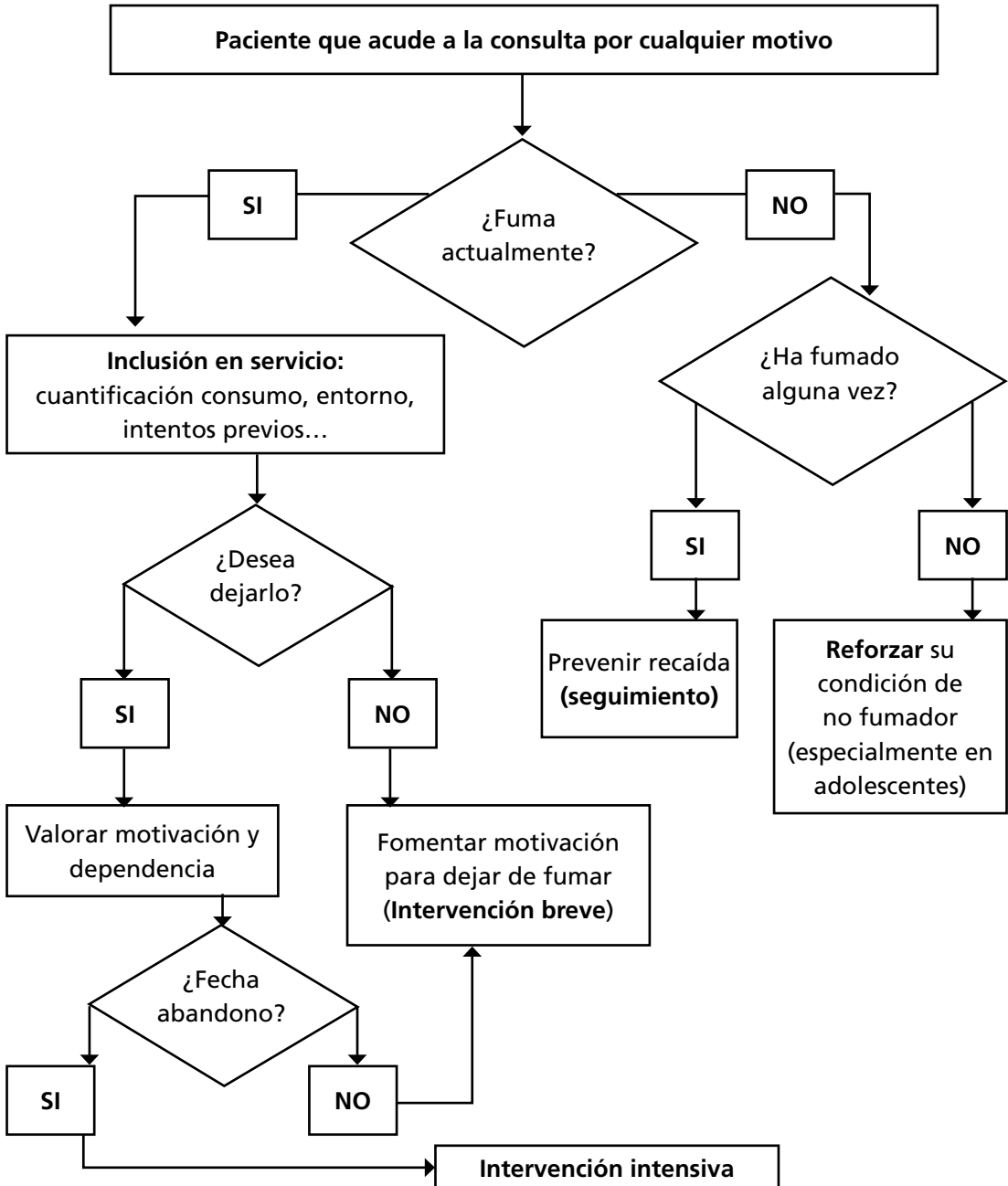
Espirometría. Sólo en algunos fumadores hay una alteración de los flujos mesospiratorios, siendo normal la espirometría en la mayoría de los fumadores asintomáticos de mediana edad. En muchos casos, el refuerzo negativo para dejar de

fumar puede convertirse involuntariamente en un refuerzo positivo para no abandonar el tabaco si la espirometría es normal. Por otra parte, los estudios realizados hasta la fecha no han demostrado una utilidad añadida como factor motivador que tenga una expresión en la tasa de cesaciones. Por lo tanto, la espirometría no está indicada en fumadores jóvenes y de mediana edad asintomáticos. **La espirometría no forma parte del protocolo de deshabitación del uso del tabaco**, pero estaría indicada, por otros motivos, en fumadores que presentan al menos 3 meses al año durante dos o más años consecutivos síntomas respiratorios como tos o expectoración con el fin de descartar una EPOC.

La presión arterial es una determinación independiente del protocolo de tabaco (no hay motivo para monitorizarla por el hecho de ser fumador, más allá de la valoración del riesgo cardiovascular cada año o cada dos años).

Anexo 1

ALGORITMO DEL ENFOQUE DEL PACIENTE



Anexo 2

TEST DE RICHMOND

Valore de 0 a 10 puntos el grado de motivación para dejar de fumar.

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

No 0 puntos

Sí 1 punto

2 -¿Cuánto interés tiene usted en dejarlo?

Nada en absoluto 0 puntos

Algo 1 punto

Bastante 2 puntos

Muy seriamente 3 puntos

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

Definitivamente no 0 puntos

Quizás 1 punto

Sí 2 puntos

Definitivamente sí 3 puntos

4 - ¿Cuál es la posibilidad de que usted, dentro de los próximos seis meses, sea ex-fumador?

Definitivamente no 0 puntos

Quizás 1 punto

Sí 2 puntos

Definitivamente sí 3 puntos

Puntuación menor o igual a 6:

Motivación baja ➔ Precisan consejo personalizado

Puntuación entre 7 y 10:

Motivación media/alta ➔ Acordar fecha ➔ Iniciar tratamiento

Anexo 3

TEST DE FAGERSTRÖM DE SEIS ÍTEMS

El test de Fagerström es un test cuantitativo de dependencia física. Los números de la tercera columna correspondientes a las respuestas del fumador se suman para obtener una escala del 0 (dependencia baja) al 10 (dependencia alta).

¿Cuántos cigarrillos diarios fuma habitualmente? (Escriba el número en el recuadro y ponga un círculo alrededor de la respuesta)	10 ó menos	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 o más	3
¿Cuánto tiempo transcurre desde que se despierta hasta que se fuma el primer cigarrillo? (Ponga un círculo alrededor de la respuesta)	5 minutos	3
	6-30 minutos	2
	31 o más	0
¿Encuentra difícil no fumar en los lugares donde está prohibido? (Ponga un círculo alrededor de la respuesta)	No	0
	Sí	1
¿Qué cigarrillo le costaría más dejar de fumarse? (Ponga un círculo alrededor de la respuesta)	El primero de la mañana	1
	Otros	0
¿Fuma más las primeras horas después de levantarse que el resto del día? (Ponga un círculo alrededor de la respuesta)	No	0
	Sí	1
¿Fuma aunque esté enfermo en cama la mayor parte del día? (Ponga un círculo alrededor de la respuesta)	No	0
	Sí	1

La dependencia se clasifica en:

- 0-3: leve
- 4-6: moderada
- 7-10: severa

Anexo 4

HISTORIA CLÍNICA

Motivo inicial visita:

DATOS CONSUMO:

Edad inicio: Cigarrillos/día: ¿Cree que el tabaco le perjudica? Sí No

ENTORNO FUMADOR:

¿Fuman en casa? Sí No ¿Fuman los amigos? Sí No

¿Fuman en el trabajo? Sí No

¿Tiene hijos? Sí No

¿Desea dejar de fumar?

No (intervención breve)

Sí

¿Desea fijar una fecha? Sí (intervención intensiva)

No (intervención breve)

VALORACIÓN MOTIVACIÓN:

Puntuación Test de Richmond:

INTERVENCIÓN BREVE

Fecha...../...../...../ - Fecha...../...../...../ - Fecha...../...../...../ - Fecha...../...../...../ -
Fecha...../...../...../

INTERVENCIÓN INTENSIVA

Fecha para dejar de fumar:/...../.....

Puntuación Test de Fagerström: Tratamiento No
 Sí TSH Bupropion

ACTIVIDADES:

Recomendaciones de "llegado el día" Consejos previos a dejar de fumar
 Educación sobre síndrome de abstinencia

VISITA DE SEGUIMIENTO 1 (a los 7 días):

Fecha:/...../..... Peso: Talla: IMC: CO:

Recaída: Sí Analizar causas y animar que vuelva a intentarlo
 No Felicitar y animar a continuar abstinencia. Enfatizar ventajas
 Avisar sobre "falsas seguridades"

Síntomas de abstinencia (Sí=1; No=0)

Deseo incontrolable de fumar "craving" Irritabilidad Estreñimiento
 Insomnio Cefalea Depresión/tristeza
 Ansiedad/nerviosismo Incremento de peso Otros.....

Puntuación test s. abstinencia: (1=leve, 2=medio, 3=intenso):

¿Efectos secundarios del TSN/Bupropion?

¿Uso correcto? Sí No. Reeducción

VISITA DE SEGUIMIENTO 2 (a los 14 días):

Fecha:/...../..... Peso: CO:

Recaída: Sí Analizar causas y animar que vuelva a intentarlo
 No Felicitar y animar a continuar abstinencia. Enfatizar ventajas
 Avisar sobre "falsas seguridades"

Síntomas de abstinencia? (Sí=1; No=0)

Deseo incontrolable de fumar "craving" Irritabilidad Estreñimiento
 Insomnio Cefalea Depresión/tristeza
 Ansiedad/nerviosismo Incremento de peso Otros.....

Puntuación test s. abstinencia: (1=leve, 2=medio,3=intenso):

¿Efectos secundarios del tratamiento?

Comentarios

VISITA DE SEGUIMIENTO 3 (a los 30 días):

Fecha:/...../..... Peso: CO:

Recaída: Sí Analizar causas y animar que vuelva a intentarlo
 No Felicitar y animar a continuar abstinencia. Enfatizar ventajas
 Avisar sobre "falsas seguridades"

¿Efectos secundarios del tratamiento?

Comentarios

VISITA DE SEGUIMIENTO 4 (a los 60 días):

Fecha:/...../..... Peso: CO:

Recaída: Sí Analizar causas y animar que vuelva a intentarlo
 No Felicitar y animar a continuar abstinencia. Enfatizar ventajas
 Avisar sobre "falsas seguridades"

¿Efectos secundarios del tratamiento?

Comentarios

ÚLTIMA VISITA (al año) Puede ser telefónica:

Fecha:/...../..... Peso: CO:

Recaída: Sí Analizar causas y animar que vuelva a intentarlo
 No Felicitar y animar a continuar abstinencia. Enfatizar ventajas
 Prevenir recaídas de tipo social

EX-FUMADOR (periodo >12 meses)

Los usuarios de OMI deben registrar al fumador como EPISODIO activo y pasarlo a inactivo cuando sea ex-fumador.

Anexo 5

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Fármaco	Eficacia*	Dosis	Duración	Precauciones/ Contraindicaciones	Efectos Adversos
Bupropion	19 %	150 mg durante los primeros 6 días, posteriormente 150 mg, dos veces al día. En mayores de 65 años, personas con insuficiencia hepática o insuficiencia renal ajustar a dosis de 150 mg/día. Hay que iniciar el tratamiento 1-2 semanas antes de dejar de fumar.	7-9 semanas	Está contraindicado en: pacientes con antecedentes de convulsiones. Antecedentes de trastornos de la alimentación. Trastorno bipolar. Cirrosis hepática grave. Usuarios de IMAO en las últimas 2 sem. Pacientes con tumor en el sistema nervioso contral. Pacientes en proceso de deshabituación alcohólica o de retirada de benzodiacepinas. Mujeres embarazadas y en periodo de lactancia. Precaución en menores de 18 años.	Insomnio. Boca seca. Náuseas. Hipersensibilidad: erupción, urticaria, prurito, y en el 0,1% reacciones severas. Convulsiones en el 0,1% de los pacientes.
Chicle de nicotina	18% IC 95% (17-19%)	2-4 mg/ 2h, hasta un máximo de 60 mg/día. Para fumadores con alta dependencia deben utilizarse los de 4 mg.	3 meses		Irritación oral. Dolor articulación mandibular. Dispepsia, hipo, mal sabor de boca.
Comprimido de nicotina	20% IC 95% (15-25%)	2 mg/1-2 h. Máximo: 30 comp. al día.	3 meses	Aunque no presenta una contraindicación absoluta, debe ser cuidadosamente valorada en: - fumadores menores de 18 años,	Irritación oral y de garganta. Aumento de salivación.
Nebulizador nasal de nicotina	24% IC 95% (20-28%)	1 pulverización (0,5 mg) en cada fosa nasal cuando se tenga deseo de fumar. No deben administrarse más de 6 pulsaciones/hora ni más de 80 pulsaciones/día.	3 meses	- mujeres embarazadas y durante la lactancia, - personas con alteraciones cardiovasculares inestables (infarto agudo de miocardio reciente, arritmias cardiacas...), - pacientes con diabetes mellitus, úlcera péptica, hipertiroidismo e insuficiencia renal y/o hepática.	Irritación nasal, de garganta y ocular. Congestión nasal.
Parche de nicotina	14% IC 95% (13-15%) Los parches de 16 ó 24 horas tienen la misma eficacia.	Parches de 16 horas: 1 parche/ día 15 mg x 4 sem. 1 parche/ día 10 mg x 4 sem. 1 parche/ día 5mg x 4 sem. Parches de 24 horas: 1 parche/ día 30 mg x 4 sem. 1 parche/ día 20 mg x 4 sem. 1 parche/ día 10 mg x 4 sem..	3 meses aunque tratamientos de 8 semanas han resultado igualmente eficaces.		Irritación cutánea. Insomnio.

* % fumadores con abstinencia a los 12 meses

PREVENCIÓN DE LAS RECAÍDAS

<p>La información se individualiza según los problemas encontrados para el mantenimiento de la abstinencia. Estas intervenciones más intensivas de la recaída pueden prestarse durante un contacto de seguimiento (personal o telefónicamente). A continuación se exponen los problemas específicos que probablemente manifestarán los pacientes y las posibles respuestas.</p>	
PROBLEMAS	RESPUESTAS
Falta de apoyo para dejar de fumar	<ul style="list-style-type: none"> • Programar las visitas o las llamadas telefónicas de seguimiento con el paciente (circunstancias personales, evolución individual). • Ayudar al paciente a identificar puntos de apoyo en su entorno. • Remitir al paciente a una organización adecuada que ofrezca asesoramiento o apoyo.
Estado de ánimo negativo o depresión	<ul style="list-style-type: none"> • Si estos síntomas son significativos: prestar asesoramiento, prescribir medicación apropiada o remitir al paciente al especialista.
Síntomas prolongados o graves de abstinencia	<ul style="list-style-type: none"> • Si el paciente manifiesta un prolongado deseo de fumar u otros síntomas de abstinencia, considerar la ampliación del uso del tratamiento farmacológico o añadir/combinar fármacos para reducir los síntomas graves.
Aumento de peso	<ul style="list-style-type: none"> • Tranquilizar e informar sobre la elevada frecuencia de un ligero aumento de peso al dejar de fumar, que parece ser autolimitado. • Recomendar el inicio o el incremento de la actividad física. • Destacar la importancia de una dieta sana y baja en calorías. No fomentar dietas estrictas. • Mantener al paciente con fármacos que retrasan el aumento de peso (por ejemplo bupropion y sustitutivos de la nicotina, en particular chicles). • Remitir al paciente al especialista o a un programa.
Disminución de la motivación /sentimiento de privación	<ul style="list-style-type: none"> • Tranquilizar e informar al paciente sobre la elevada frecuencia de dichos sentimientos. • Recomendar actividades gratificantes. • Indagar que el paciente no haya empezado a fumar periódicamente. • Destacar que empezar a fumar (incluso una calada) incrementará el ansia y dificultará aún más dejar de fumar.

Anexo 7

SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA Y RECOMENDACIONES PARA DISMINUIRLOS

SÍNTOMAS	RECOMENDACIONES
Deseo muy fuerte de fumar	<ul style="list-style-type: none">• Realizar tres respiraciones profundas reteniendo el aire el máximo tiempo posible, concentrándose en lo que está haciendo.• Beber agua o zumos.• Masticar chicles sin azúcar o comer una manzana, fresas, naranja o chupar una rodaja de limón.• Saber que estas ganas tan intensas de fumar cada vez serán menores y menos frecuentes y que no se acumulan.
Insomnio	<ul style="list-style-type: none">• Evitar el café, el té, los refrescos de cola. Tomar tila o valeriana.• Hacer más ejercicio.• Realizar técnicas de relajación.
Dolor de cabeza	<ul style="list-style-type: none">• Ducha o baño templado.• Realizar técnicas de relajación.
Estreñimiento	<ul style="list-style-type: none">• Dieta rica en fibras (fruta con piel, verdura, legumbres).• Beber mucha agua.
Dificultad de concentración	<ul style="list-style-type: none">• No exigirse un alto rendimiento durante las primeras semanas.• Evitar las bebidas alcohólicas.
Nerviosismo	<ul style="list-style-type: none">• Caminar, tomar un baño, realizar técnicas de relajación.• Evitar el café y las bebidas con cafeína.
Hambre	<ul style="list-style-type: none">• Beber mucha agua y zumos sin azúcar.• Vigilar la ingesta de azúcares refinados y de alimentos ricos en calorías.
Cansancio	<ul style="list-style-type: none">• Aumentar las horas de sueño.

DIRECCIONES DE INTERÉS

TRATAMIENTO DE TABAQUISMO EN ARAGÓN (abril 2004)

1. Centros específicos

- APTA. Asociación para la Prevención del Tabaquismo en Aragón. 689 26 67 28
- FMZ. Facultad de Medicina de Zaragoza. 976 76 25 15

2. Centros que ofertan deshabituación tabáquica entre sus servicios

- AECC - Asociación Española contra el Cáncer
- Junta Provincial de Zaragoza. Tfno: 976 29 55 56
- Junta Provincial de Huesca. Tfno: 974 22 56 56
- Junta Provincial de Teruel. Tfno: 978 61 03 94
- Centro de Drogodependencias de Monzón - 974 40 36 41
- Centro de Drogodependencias de Tarragona – 976 64 10 33
- Centro de Drogodependencias de Jaca – 974 35 51 32
- Centro de Drogodependencias de Andorra – 978 84 38 53
- Centro de Drogodependencias de Cruz Roja Teruel – 978 60 73 38
- Centro de Drogodependencias de Alcañiz – 978 87 06 91
- Centro de Drogodependencias del Ayuntamiento de Zaragoza – 976 29 17 27

3. Hospitales. Consultas para personal del Centro y pacientes referidos internamente

- Hospital Clínico Lozano Blesa
- Hospital Royo Villanova
- Hospital Universitario Miguel Servet
- Hospital General San Jorge de Huesca

4. Otros

- Mutua de Accidentes de Zaragoza 976 74 80 00
- Asociación Ibón – Sabiñánigo 974 48 36 23
- Asociación Naxé – Jaca 974 35 64 67
- Plan de Prevención y Control del Tabaquismo

Dirección General de Salud Pública

Servicio de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

C/ Ramón y Cajal, 68. 50071 - Zaragoza sintabaco@aragon.es

Bibliografía

- AHCPR. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff and Consortium representatives. A clinical Practice Guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Report. JAMA 2000;283:3244-3254.
- Antoñanzas F, Portillo F. evaluación económica de terapias farmacológicas para la cesación en el hábito del uso del tabaco. Gaceta Sanitaria 2003;7:393-403.
- Banegas JR, Diez L, Rodriguez F, González J, Graciani A, Villar F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. Med Clin (Barc) 2001;117:692-694.
- Coleman T. ABC of smoking cessation. Special groups of smokers. BMJ, 2004;328: 575-577.
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER et al. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville MD:U. S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.
- Gonzalez-Enriquez J, Salvador-Llivina T, Lopez-Micolas A, Anton E, Musin A, Fernández E et al. Morbilidad, mortalidad y costes sanitarios evitables mediante una estrategia de tratamiento del tabaquismo en España. Gac Sanit 2003; 16 (4):308-317.
- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics and antidepressants for smoking cessation. In: The Cochrane Library, 3, 2000. Oxford: Update Software.
- Jamrozick K, Vessey M, Fowler G, Wald N, Parker G, Vunakis HV. Controlled trial of three different antismoking interventions in general practice BMJ 1984;288:1499-1502.
- Lancaster T, Dobbie W, Vos K, Yudkin P, Murphy M, Fowler G. Randomized trial of nurse-assisted strategies for smoking care. Br J Gen Pract 1999;49:191-194.
- Moreno A, Ochoa FJ, Ramalle-Gomara E, Saralegui I, Fernandez MV, Quintana M. Eficacia de una intervención para dejar de fumar en pacientes con infarto agudo de miocardio. Med Clin (Barc) 2000; 113: 209-210.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation. London: National Institute of Clinical Excellence, 2002 (Technology appraisal No 39).
- Peto R, Lopez AD, Borreham J, Thun M, Heath C. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. Oxford: Oxford University Press, 1994.
- Plans-Rubio P. Cost-effectiveness of cardiovascular prevention programs in Spain. International Journal of Technology Assessment in Health Care 1998; 14 (2):320-330.
- Rigotti NA. Treatment of tobacco use and dependence. N Engl J Med 2002;346:506-12.
- Silagy C. Consejo profesional sanitario para dejar de fumar. En: La Cochrane Library Plus en Español. (Consultado el 26-12-2003). Oxford : Update Software.
- Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library Issue 1, 2004. Chichester.
- Sippel JM, Osborne ML, Bjornson W, Godlberg B, Buist AS. Smoking cessation in primary care clinics. J Gen Intern Med, 2000;15:670-6.
- West R, Mc Neill A, Raw M. Smoking cessation guidelines of health professionals: an update. Thorax 2000; 55:987-999.
- West R. ABC of smoking cessation. Assessment of dependence and motivation to stop smoking. BMJ, 2004; 328:338-9.
- World Health Organization. Regional Office for Europe. First WHO European recommendations on treatment of tobacco dependence. Evidence based core recommendations for health care systems in Europe. WHO. Regional Office for Europe. Denmark, 2001.

