

Semana sin Humo

En tu centro de salud
te podemos ayudar
a dejar de fumar

Guía para el tratamiento del tabaquismo activo y pasivo

Guía para el tratamiento del tabaquismo activo y pasivo

Autores:

Javier Mataix Sancho*, Carmen Cabezas Peña**, Joan Lozano Fernández*, Francisco Camarelles Guillem**, Guadalupe Ortega Cuelva* y Grupos de Abordaje del Tabaquismo (GAT) de semFYC y Educación para la Salud del PAPPS-semFYC.

Revisión y actualización:

Felisa Domínguez Grandal* y Xulio Castañal Canto*.

* Grupo de Abordaje del Tabaquismo (GAT) de la semFYC.

** PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud).

© 2009 Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria
Portaferriça, 8, pral.
08002 Barcelona
www.semfyç.es

Primera edición: abril 2008

Segunda edición: abril 2009

Coordinación y dirección editorial:

semfyç  **ediciones**

Carrer del Pi, 11, 2ª pl., of. 14
08002 Barcelona
ediciones@semfyç.es

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidas la reprografía y el tratamiento informático, sin la autorización por escrito del titular del *copyright*.

D.L.:

ISBN: 978-84-96761-76-6

ÍNDICE

1. Introducción	5
2. Tratamiento del tabaquismo activo	5
2.1. El proceso de dejar de fumar	5
2.2. Intervención en el fumador (estратегия de les 5 aes)	7
3. Intervención en el fumador pasivo	17
3.1. Efectos del tabaquismo pasivo sobre la salud	17
3.2. Abordaje	17
4. Bibliografía	19

1. Introducción

Los tabaquismos activo y pasivo son, respectivamente, la primera y tercera causa de morbilidad evitable en nuestro medio. Existen intervenciones para ayudar a dejar de fumar y para prevenir la exposición al aire contaminado por el humo del tabaco. El objetivo de esta guía de bolsillo es exponer estas intervenciones.

2. Tratamiento del tabaquismo activo

Para ayudar a dejar de fumar, hay que tener en cuenta que fumar y dejar de fumar supone lo que incluye la siguiente tabla:

Fumar es:

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

Dejar de fumar supone:

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

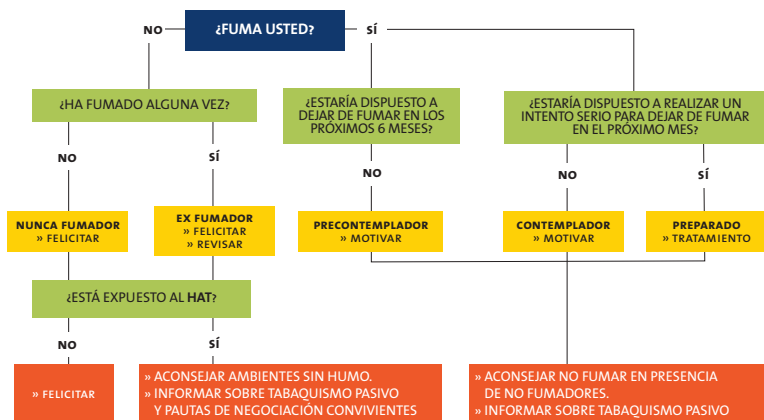
2.1. El proceso de dejar de fumar

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

- **Precontemplación:** no se ha planteado seriamente la idea de dejar de fumar, no percibe como un problema su conducta de fumar; suponen el 25-30% de los fumadores.
- **Contemplación:** hay un planteamiento serio de cambio en los próximos 6 meses, se caracteriza por la ambivalencia o sentimientos contrapuestos respecto al hecho de fumar; suponen el 50-60% de los fumadores.
- **Preparación:** es capaz de fijar una fecha y pensar un plan para dejar de fumar en el próximo mes; suponen el 10-15% de los fumadores.

- **Acción:** intenta dejar de fumar. No fuma durante menos de 6 meses.
- **Mantenimiento:** se mantiene sin fumar durante más de 6 meses.
- **Ex fumador:** persona que, habiendo sido fumador, ha dejado de fumar hace más de 1 año.
- **Recaída:** es una fase más del proceso que suele constituir un paso frecuente. En muchas ocasiones, se necesitan 3 o 4 intentos antes de dejar de fumar definitivamente. Cuando aparece, hay que normalizar la situación y que se vea como una fuente de aprendizaje para el intento definitivo; comprobar los errores que se han cometido, e intentar generar un nuevo compromiso del paciente para volver a dejar de fumar, después de un tiempo. En todos los fumadores es importante valorar los intentos previos de abandono para obtener información que nos puede ser de ayuda para volver a preparar al paciente para hacer un nuevo intento.

Figura 1: Algoritmo para determinar la fase de abandono o etapa de cambio.



Intervención inicial para averiguar el consumo de tabaco, la disposición a dejarlo y la exposición al HAT (humo ambiental de tabaco).

2.2. Intervención en el fumador (estrategia de las 5 aes)

1ª A. AVERIGUAR Y REGISTRAR. Toda persona que consulte debe ser interrogada sobre su consumo de tabaco y su respuesta debe ser registrada en su historia clínica. Intentar relacionarlo con el motivo principal de la consulta. **Fumador** es cualquier persona que dice que fuma, en cualquier medida. **Fumador regular** suele considerarse el que ha fumado un cigarrillo al día durante los últimos 30 días.

La periodicidad mínima de esta detección debe ser de una vez cada 2 años. No es necesario reinterrogar a las personas de las que consta en la historia que nunca han fumado y son mayores de 25 años. La detección debe hacerse en todos los mayores de 10 años.

2ª A. ACONSEJAR. El consejo para dejar de fumar tiene que ser breve y convincente: «lo mejor que puede hacer por su salud es dejar de fumar. No es suficiente con fumar menos». También hay que ofrecer consejo al:

- **No fumador:** reforzar el no consumo y hacer prevención para evitar el inicio del consumo, sobre todo en los más jóvenes.
- **Ex fumador:** dar la enhorabuena y reforzar la abstinencia, alertar de que una sola calada puede desencadenar una recaída. Seguir preguntando por el consumo de tabaco al menos una vez cada 2 años.
- **Fumador pasivo:** (véase «Intervención en el fumador pasivo»).

3ª A. APRECIAR LA DISPOSICIÓN PARA DEJAR DE FUMAR (véase figura 1), y adaptar la intervención a cada fumador en función de la fase en la que se encuentre. Si en ese momento el paciente está dispuesto a intentar dejar de fumar, hay que ayudarlo a dejarlo (pasar a la 4ª A). Y si no está dispuesto a dejarlo, es decir fumadores precontemplativos y contemplativos (es muy importante tener en cuenta que suponen el 85-90% de los fumadores), hay que realizar intervenciones motivacionales (siguiendo los principios expuestos en la tabla 1) con el objetivo de acelerar el proceso de abandono y así disminuir al máximo el tiempo de contacto/exposición al tabaquismo.

Tabla 1: Principios de la entrevista motivacional

Expresar empatía: aceptar que la ambivalencia es normal. Utilizar preguntas abiertas y ofrecer una escucha reflexiva. Permite crear un espacio de confianza y seguridad donde el paciente se encuentra cómodo.

Favorecer la discrepancia: promover que la persona verbalice sus propios argumentos para cambiar y visualice la discrepancia entre sus valores y objetivos personales y su conducta actual como fumador.

Manejar la resistencia: evitar la confrontación y la argumentación directa. Proponer opciones, no imponer. Las soluciones las ha de encontrar la persona. Si aparece resistencia, cambiar la forma de actuar.

Apoyar la autoeficacia (o confianza en sí mismo para lograr la meta): reforzar el sentido de que es la persona la que es protagonista del cambio. Reconocer la función de ayuda del profesional.

De: Miller y Rollnick (2002).

- **Precontemplativo:** aportar información sobre el tabaquismo, resaltando más los beneficios de dejar de fumar que los riesgos de fumar; utilizar preguntas abiertas («¿Qué beneficios obtendría si dejase de fumar?», «¿cómo cree que el tabaco afecta a su salud?»); resaltar aquellos beneficios/riesgos que sean relevantes para el paciente (véase tabla 2). Acompañar de material de autoayuda (folleto informativo) y ofrecer siempre nuestra disposición a ayudar al paciente a dejar de fumar. No repetir en un tiempo (dejar pasar varios meses o pactar con él cuándo volver a hablar del tema). El objetivo en esta fase es poner en marcha el proceso de abandono, generando reflexión y ambivalencia. El éxito terapéutico en estos pacientes es conseguir que avancen a la siguiente fase de abandono.
- **Contemplativo:** promover que verbalice sus propias razones para dejar de fumar (intentando que visualice la discrepancia) y preguntar sobre los obstáculos o temores que tiene para hacerlo (facilitándole la búsqueda de sus propias respuestas y alternativas). Acompañar de material de autoayuda (folleto informativo y guía de ayuda para dejar de fumar) y ofrecer siempre nuestra disposición a ayudarlo a dejar de fumar. Hacerlo sistemáticamente (siempre que venga a la consulta). El objetivo es aumentar la motivación y eliminar los obstáculos para incrementar la autoeficacia del paciente. El éxito consiste en conseguir que pase a la siguiente fase de abandono.

A la hora de intervenir en los fumadores precontemplativos y contemplativos, 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 ellos dejar de fumar en ese momento y de la **CONFIANZA** que tengan en poder conseguirlo. Para valorar y aumentar la importancia y confianza pueden ser útiles las siguientes estrategias:

a) 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 haría que pasara de x a 9?»; «¿cómo podría ayudarle a pasar de x a 9?».

b) 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 haría que pasara de x a 9?», «¿cómo podría yo ayudarle a pasar de x a 9?».

Tabla 2: Motivos para dejar de fumar

Adolescentes

- Mal aliento
- Manchas dentales
- Coste
- Falta de independencia (sentimiento de control por los cigarrillos)
- Dolor de garganta
- Tos
- Disnea (puede afectar a la práctica del deporte)
- Infecciones respiratorias frecuentes

Embarazadas

- Mayor riesgo de aborto espontáneo y muerte fetal
- Mayor riesgo de que el bebé nazca con poco peso

Padres

- Tos e infecciones respiratorias en hijos de fumadores
- Rol ejemplar

Fumadores recientes

- Más facilidad para dejarlo

Adultos asintomáticos

- Se dobla el riesgo de enfermedad del corazón
- Aumenta 6 veces el riesgo de enfisema

- Se incrementa 10 veces el riesgo de cáncer de pulmón
- Se pierden 5-8 años de vida
- Elevado coste de los cigarrillos
- Coste del tiempo de enfermedad
- Mal aliento
- Escasa conveniencia y aceptabilidad social
- Deterioro de la piel

Adultos sintomáticos

- Infecciones de vías respiratorias altas
- Tos
- Dolor de garganta
- Disnea
- Úlceras
- Angina
- Claudicación
- Osteoporosis
- Esofagitis

Todos los fumadores

- Ahorro de dinero
- Sentirse mejor
- Mayor capacidad de ejercicio
- Vida más larga para disfrutar de la jubilación, de los nietos, etc.

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

4ª A. AYUDAR A DEJAR DE FUMAR a los pacientes dispuestos a hacer un intento serio de abandono. Elaborar un plan de tratamiento que incluya:

- **1º Felicitar por la decisión** («es la mejor decisión que puede tomar para su salud») y aclarar las expectativas que el paciente tiene de la terapia para dejar de fumar, transmitir que le vamos a orientar, ayudar y apoyar, pero que es necesario su esfuerzo para conseguir el éxito.
- **2º Elegir la fecha de abandono:** durante el siguiente mes, elegir un momento adecuado (sin estrés, sin compromisos sociales, etc.). Notificarla a familiares, amigos y/o compañeros para aumentar el compromiso y buscar su apoyo y colaboración en todo el proceso.
- **3º Hacer una intervención** psicosocial (véase tabla 3) y valorar la necesidad, en función del grado de dependencia (véase tabla 5), de tratamiento farmacológico (véanse tablas 6a, 6b y 6c).

Tabla 3: Intervención psicosocial

Los objetivos son que el fumador conozca su adicción, modifique su comportamiento frente a ella y desarrolle habilidades para manejar la abstinencia

- **Pensar en las dificultades** para dejar de fumar, sobre todo las primeras semanas, incluyendo los síntomas de abstinencia (VEÁSE TABLA 4).
- **Pensar y escribir las razones** para dejar de fumar y también las razones por las que se fuma.
- **Desautomatizar** la conducta de fumar: durante unos días registrar todos los cigarrillos que se fuman, las circunstancias en las que se fuman, la importancia que se le 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.
- **Haga 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 comenzar a realizar algún ejercicio suave.
- **Consejos para el día D:** pensar sólo 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 éstos y otros consejos prácticos.

5ª A. ACORDAR UN PLAN DE SEGUIMIENTO en todos los pacientes que realicen un intento de abandono. Programar visitas de seguimiento en la consulta o telefónicamente, al menos una visita a la semana y otra al mes después de haber dejado de fumar. En cada visita: felicitar por el éxito y reforzar las ventajas (que las verbalice el paciente), abordar problemas residuales (síntomas de abstinencia, aumento de peso, depresión, etc.), valorar la adhesión y problemas con la farmacoterapia, confirmar el no consumo, controlar la presión arterial y el peso, valorar si precisa un seguimiento más intensivo (véase tabla 7). El objetivo en esta fase es prevenir la recaída.

Tabla 4: Recomendaciones para paliar el síndrome de abstinencia

Alcanza su máximo durante la primera semana, luego va disminuyendo hasta desaparecer

Síntomas y recomendaciones

Deseo muy fuerte de fumar o craving

Saber que cede en pocos minutos y que con el tiempo será cada vez menos intenso y frecuente. Pensar en otra cosa, recordar los motivos por los que quiere dejar de fumar. Respirar profundamente tres veces seguidas o intentar otras técnicas de relajación. Si se puede, alejarse de la situación que le está provocando la necesidad de fumar. Masticar chicle sin azúcar o comer algo bajo en calorías.

Insomnio

Evitar tomar café y bebidas con cafeína. Tomar infusiones relajantes (tila, poleo). Hacer más ejercicio. Intentar técnicas de relajación.

Cefalea

Tomar una ducha o baño templado. Intentar técnicas de relajación.

Estreñimiento

Tomar una dieta rica en fibra, beber mucha agua.

Dificultad de concentración

No exigir un alto rendimiento durante 1-2 semanas. Evitar bebidas alcohólicas.

Nerviosismo

Caminar, hacer más ejercicio, tomar un baño de agua templada, intentar técnicas de relajación. Evitar tomar café y bebidas con cafeína.

Cansancio

Aumentar las horas de sueño y descanso.

Hambre - aumento de peso

Beber mucha agua y zumos que no engorden. Vigilar la ingesta de azúcares refinados (pastelería), grasas y de alimentos ricos en calorías. Hacer ejercicio.

Tabla 5: Valoración de la dependencia

Test de Fagerström breve

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?	Menos de 5 minutos (3 puntos) De 6 a 30 minutos (2 puntos) De 31 a 60 minutos (1 punto) Más de 60 minutos (0 puntos)

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.

Tabla 6a: Tratamiento con fármacos (utilizar en casos de dependencia moderada y alta; en dependencias bajas, individualizar en cada caso)

FÁRMACOS	Parches de nicotina	Chicles de nicotina	Comprimidos para chupar de nicotina
Presentaciones	Parches de 24 y 16 h	Chicles de 2 y 4 mg	(El comprimido de 1 mg equivale a un chicle de 2 mg, y el comprimido de 2 mg., a un chicle de 4 mg.)
Dosis/duración	<ul style="list-style-type: none">▶ Un parche al día▶ Si parches de 24 h:<ul style="list-style-type: none">- 4 sem. 21 mg- 2 sem. 14 mg- 2 sem. 7 mg▶ Si parches de 16 h:<ul style="list-style-type: none">- 4 sem. 15 mg- 2 sem. 10 mg- 2 sem. 5 mg Usar más de 8 sem. no aumenta la efectividad*	<ul style="list-style-type: none">▶ Dar el de 2 mg inicialmente▶ Dar el de 4 mg si:<ul style="list-style-type: none">- alta dependencia (≥ 5 en test de Fagerström)- recaída previa con el de 2 mg▶ Probar pautas de dosificación fijas 1 chicle/ h mientras se está despierto)**.No pasar de 25 chicles/d de 2 mg, ni de 15 chicles/d de 4 mg▶ Disminuir gradualmente después de 3 meses	<ul style="list-style-type: none">▶ Dar el de 1 mg. inicialmente▶ Dar el de 2 mg. si:<ul style="list-style-type: none">- alta dependencia (≥ 5 en test de Fagerström)- recaída previa con el de 1 mg.▶ Probar pautas de dosificación fijas (1 comp/1-2h)**▶ Dosis habitual: 8 -12 comp/d. No pasar de 30 comp/d de 1 mg, ni de 15 comp/día de 2 mg.▶ Disminuir gradualmente después de 3 meses
Instrucciones	▶ Durante su uso NO SE DEBE FUMAR y son un complemento a la intervención psicosocial		

	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Utilizar sobre piel sana y sin vello a nivel del tronco, parte superior del brazo o cadera. En mujeres no aplicar sobre el pecho ▶ Empezar a usar al levantarse el día de dejar de fumar y retirar: <ul style="list-style-type: none"> - el de 24 h al día siguiente - el de 16 h por la noche ▶ Cambiar de localización cada día y no repetir en 7 días 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Masticar el chicle hasta percibir un sabor «picante», colocarlo entre la encía y la pared bucal para permitir que la nicotina se absorba. Cuando disminuya el sabor, volver a masticar (ir cambiando el sitio de colocación del chicle) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Chupar el comprimido lentamente hasta percibir un sabor «picante», colocarlo entre la encía y la pared bucal para permitir que la nicotina se absorba. Cuando disminuya el sabor, volver a chupar (ir cambiando el sitio de colocación del comprimido)
Efectos adversos	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Reacciones dermatológicas locales ▶ Insomnio y pesadillas ▶ Cefalea 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Utilizar cada chicle o comprimido durante 30 minutos ▶ Absorción limitada por la ingesta de café, bebidas ácidas o refrescos, por lo que deben evitarse durante los 15 minutos anteriores ▶ Dolor muscular en la mandíbula ▶ Gástricos: náuseas, vómitos, pirosis 	
Contra-indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Hipo ▶ Cefalea ▶ Locales: hipersalivación, irritación y/o úlceras leves en la boca y/o garganta 		
Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Enfermedad cardiovascular aguda o inestable: infarto agudo de miocardio, angina de pecho inestable, arritmias cardíacas graves, accidente cerebrovascular reciente, insuficiencia cardíaca avanzada ▶ En embarazo y lactancia: recomendar siempre el abandono COMPLETO del tabaco sin terapia sustitutiva con nicotina (TSN), no obstante, en caso de no conseguirlo en mujeres embarazadas fumadoras muy dependientes, puede recomendarse la TSN bajo supervisión médica valorando siempre la relación riesgo-beneficio ▶ No recomendado su uso en niños, puede ser utilizado en adolescentes (de 12 a 17 años) bajo control médico ▶ Utilizar con precaución en: hipertensión no controlada, úlcera péptica activa, feocromocitoma, hipertiroidismo, daño hepático o renal grave 		

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

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

Tabla 6b: Tratamiento con fármacos (utilizar en casos de dependencia moderadas y altas; en dependencias bajas, individualizar en cada caso)

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

IMAO: inhibidores de la monoaminoxidasa; SNC: sistema nervioso central.

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

Tabla 6 c: Tratamiento con fármacos (utilizar en casos de dependencia moderadas y altas; en dependencias bajas, individualizar en cada caso)

Fármaco	Vareniclina
Presentaciones	Comprimidos de 0,5 mg y 1 mg
Dosis/duración	<ul style="list-style-type: none"> ■ Del 1º al 3º día: 0,5 mg una vez al día ■ Del 4º al 7º día: 0,5 mg dos veces al día ■ Del 8º día al final de tratamiento: 1 mg dos veces al día <p>Duración del tratamiento: 12 semanas</p>
Instrucciones	<p>Iniciar el tratamiento 1-2 semanas antes de dejar de fumar</p> <p>Los comprimidos deben tragarse enteros con agua y tomarlos durante o después de las comidas</p> <p>Acompañar de apoyo psicológico y seguimiento</p>
Efectos adversos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Náuseas ■ Cefalea ■ Insomnio y sueños anormales ■ Estreñimiento y flatulencia ■ Vómitos
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al producto
Precauciones	<p>No se recomienda su uso en menores 18 años</p> <p>No usar en embarazo ni lactancia</p> <p>No existen interacciones clínicamente significativas</p> <p>En insuficiencia renal grave, disminuir la dosis a 1 mg/día (iniciar dosis con 0,5 mg una vez al día durante los tres primeros días y evitar durante este tiempo el uso de cimetidina)</p> <p>No existe experiencia clínica en pacientes con epilepsia</p>

Tabla 7: Ayuda intensiva (protocolo de 6-7 visitas de ayuda)

VISITA FASE Y CALENDARIO	CONTENIDOS
ANTES DEL DÍA D 1 o 2 visitas	<ul style="list-style-type: none"> ■ Completar historia del consumo de tabaco (edad de inicio, número y tipo de cigarrillos consumidos, intentos previos, recaídas) ■ Valorar los intentos previos/recaídas ■ Explorar motivos y dependencia ■ Reforzar la motivación ■ Valorar y ofrecer fármacos ■ Valorar el entorno familiar, social y laboral, y buscar apoyo ■ Pesar ■ Fijar el Día D ■ Recomendaciones para disminuir el síndrome de abstinencia

<p>FASE DE EUFORIA 3-8 días después del Día D</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consejo sobre cómo afrontar situaciones difíciles ■ Valorar síndrome de abstinencia ■ Control de fármacos (cumplimiento/efectos adversos) ■ Reforzar el apoyo del entorno familiar, social y laboral ■ Facilitar la verbalización de los beneficios y las dificultades de dejar de fumar ■ Si hay recaída, valorar circunstancias ■ Informar sobre la aparición de un «duelo»
<p>FASE DE DUELO 10-15 días después de dejarlo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Valorar la presencia de: sensación de vacío, aumento de apetito y alteraciones del sueño ■ Disminución del síndrome de abstinencia físico ■ Facilitar la verbalización de los beneficios y reforzarlos ■ Control de los fármacos (cumplimiento/efectos adversos) ■ Reforzar el apoyo del entorno
<p>FASE DE NORMALIZACIÓN 15-30 días después de dejarlo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Informar sobre la posible aparición de una sensación de falsa seguridad ■ Facilitar la verbalización de los beneficios y reforzarlos ■ Control de los fármacos (cumplimiento/efectos adversos; cambio de pauta)
<p>FASE DE CONSOLIDACIÓN 2-3 meses después de dejarlo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Valorar: fantasías de control. Prevenir las recaídas de tipo social ■ Pesar ■ Facilitar la verbalización de los beneficios a largo plazo y reforzarlos ■ Cambiar/suspender la pauta de fármacos ■ Felicitar
<p>SEGUIMIENTO AL AÑO DEL EX FUMADOR</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Felicitar ■ Facilitar la verbalización de los beneficios a largo plazo y reforzarlos ■ Prevenir las recaídas de tipo social

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

3. Intervención en el fumador pasivo

La combustión del tabaco origina dos tipos de humo:

- **Corriente principal (CP):** exhalada directamente por la persona que fuma.
- **Corriente lateral o secundaria (CS):** originada por el cigarrillo al consumirse de forma espontánea.

Gran parte del humo que inhala el fumador pasivo es generado por la CS (75%). Esta corriente es más tóxica porque tiene una concentración de determinados componentes (nicotina, monóxido de carbono, nitrosaminas, benzo(a)pireno, sustancias oxidantes) muy superior a la de la CP y el tamaño de sus partículas es menor, por lo que alcanza regiones más profundas del sistema broncopulmonar.

3.1. Efectos del tabaquismo pasivo sobre la salud

El tabaquismo pasivo es **la tercera causa de muerte evitable**.

El humo del tabaco es un **carcinógeno del grupo 1** (reservado para sustancias para las que no existe un umbral seguro de exposición). Hay evidencia concluyente de la relación del tabaquismo pasivo con:

- Enfermedades respiratorias agudas.
- Síntomas respiratorios crónicos.
- Asma y agravamiento de los síntomas asmáticos en niños y adultos.
- Enfermedades agudas y crónicas del oído medio.
- Morbilidad y mortalidad por enfermedad isquémica coronaria.
- Cáncer de pulmón, de senos nasales y de mama.
- Síndrome de muerte súbita del lactante.

3.2. Abordaje

1º Preguntar por el nivel de exposición al aire contaminado por el humo del tabaco fuera y dentro del hogar a toda persona que se visita (al abrir una historia clínica y en respuesta a problemas relacionados), sin límite de edad y como parte de las actividades preventivas habituales (véase tabla 8).

Tabla 8: Determinación del grado de exposición actual al aire contaminado por el humo del tabaco

1. ¿Cuánto tiempo de promedio diario acostumbra a estar en ambientes cerrados con humo de tabaco, fuera de casa?

	Nunca	Menos de 1 h.	Entre 1 y 4 h.	Más de 4 h.
Un día entre semana				
Un día de fin de semana				

2. ¿Cuántas personas fuman habitualmente dentro de su casa (sin tener en cuenta que fumen en balcones, terrazas, ni galerías), entre las personas que viven y/o visitan su domicilio frecuentemente? _____ personas

3. Número de cigarrillos (en total) que fuman al día **dentro de su casa**:
_____ cigarrillos

2º Valorar qué sabe sobre el efecto del tabaco pasivo e **informar** de forma personalizada de sus efectos sobre la salud.

3º aconsejar para evitar la exposición al aire contaminado por el humo del tabaco (véase tabla 9 y algoritmo de la figura 1):

- Explorar alternativas y proponer sugerencias para hacer cambios.
- Apoyar cualquier esfuerzo para realizar cambios en relación con la exposición al aire contaminado por el humo del tabaco y comentar los problemas que pueden surgir en esos cambios.

Tabla 9: Consejos para prevenir el tabaquismo pasivo

- **Evitar** siempre y en cualquier circunstancia estar expuestos al **humo del tabaco en casa, en el coche, en casa de familiares y amigos, y en lugares públicos**
- Fumar siempre fuera de casa y, si se hace en un balcón o en una galería, cerrar completamente la puerta de acceso a la vivienda
- No existe ningún dispositivo que elimine el humo del tabaco ni sus productos tóxicos del ambiente
- La infancia es la principal perjudicada ya que los niños no pueden evitar voluntariamente la exposición al aire contaminado por el humo del tabaco
- Siempre que se pueda, escoger ambientes libres de humo cuando se esté fuera del hogar
- **Tan sólo un entorno libre del humo del tabaco al 100% puede protegerle a usted, a sus hijos y a su familia de los graves problemas que causa el aire contaminado por el humo del tabaco**

4. Bibliografía

- Banegas JR, Díez L, González J, Villar F, Rodríguez-Artalejo F. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:769-71
- Cabezas C, grupos de expertos del PAPPS. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Atención Primaria* 2005;36 (Supl 2): 27-46. Disponible en URL: <http://www.papps.org/recomendaciones/o6-expertos-estilos-vida.pdf>
- Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Agonistas parciales de los receptores de nicotina para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en URL: <http://212.169.42.7/newgenClibPlus/pdf/CD006103-ES.pdf>
- Cordoba R, Clemente JL, Aller BA. Informe sobre tabaquismo pasivo. *Aten Primaria*. 2003;31(3):181-90.
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2000. Disponible en URL: <http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treatingtobaccouse.pdf>
- Guía nacional de tratamiento de la adicción al tabaco. Ministerio de Salud y Medioambiente de la Nación. Argentina 2005. Disponible en URL: http://www.msal.gov.ar/hm/site_tabaco/info-prof.asp
- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepresivos para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en URL: <http://212.169.42.7/newgenClibPlus/pdf/CD000031-ES.pdf>
- Miller W, Rollnick S. Motivational interviewing, preparing people for change. 2 ed.
- 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.

- Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Terapia de reemplazo de nicotina para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en URL: <http://212.169.42.7/newgenClibPlus/pdf/CD000146-ES.pdf>
- TA123 Smoking cessation-varenicline: Guidance. Disponible en URL: <http://guidance.nice.org.uk/TA123/guidance/pdf/English>
- US Surgeon General. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: A report of the Surgeon General. U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health, Atlanta, Georgia. 2006. Disponible en URL: <http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke>



<http://www.semfy.com/semanasinhumor>