

cómo ayudar a su paciente a dejar de fumar

Todo profesional de la salud sabe que el tabaquismo es una de las primeras causas de morbi-mortalidad en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud considera al tabaquismo como una **enfermedad adictiva crónica, incluida con el código F-17 en su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)**.

En España, casi 52 000 muertes se producen al año por este problema. Esto, extrapolado a nuestra Región, supondría algo más de 1500 fallecimientos al año como consecuencia del consumo de tabaco. Por otra parte, conviene no olvidar que en nuestra Región alrededor del 28,4% de la población entre los 16 y los 65 años, es fumadora, siendo el consumo mayor en hombres (30,6%) que en mujeres (26,4%).

situación del consumo de tabaco a nivel nacional

La Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES) de 2015-2016, realizada en población de 15 a 64 años, refleja que 4 de cada 10 personas fuma tabaco; siendo la segunda sustancia más consumida por la población española, después del alcohol.

En los últimos años se ha estabilizado el consumo de tabaco, gracias a las medidas de control adoptadas a nivel nacional. Un 40,2% de población ha fumado en el último año, siendo el consumo mayor en hombres (44,4%) que en mujeres (36%). Diariamente fuma el 30,8% de la población, es decir 3 de cada 10 personas, más los hombres (25,3%) que las mujeres (22,4%). El grupo de edad que más fuma es el de 45 a 54 años (34,8%) seguido del de 25

a 34 años (34,1%). Entre la población joven de 15 a 17 años, un 20,6% prefiere fumar tabaco y un 12,6% informa consumir cannabis.

La edad media de inicio al consumo se sitúa en 16,6 años, aunque encuestas dirigidas a población juvenil (ESTUDES) lo sitúan entorno a los 14 años.

Además, el 6,8% de la población afirma haber probado los cigarrillos electrónicos en el último año, más en el caso de los hombres (7,3%) que de las mujeres (6,3%). De los consumidores de cigarrillos electrónicos el 74% ha consumido tabaco diariamente en el último mes. La mayoría (81%) usó cigarrillos electrónicos con nicotina.

HOMBRES 44,4%

MUJERES 36%



El tabaco es el responsable directo de unas 30 enfermedades distintas y muchas de ellas son prevenibles, retrasables o mitigables si se deja de fumar.

En este sentido, la actuación del profesional de Atención Primaria de Salud (APS) es primordial. Desde que apareció la publicación de Russell et Al, la actuación del profesional de APS respecto al tabaquismo se ha valorado desde otra óptica. Dicha publicación aseguraba que el simple consejo sanitario junto con la entrega de un folleto y el establecimiento de una consulta de seguimiento, lograba que un 5% de los pacientes abandonaran el tabaco.

El hecho de que una intervención breve y sencilla tenga un efecto positivo sobre la salud de la comunidad, reafirma la necesidad de **incorporar el consejo sanitario en la práctica diaria**, tanto en las consultas a demanda, como programadas de los **Equipos de Atención Primaria de Salud**.



¿por qué desde atención primaria?

La APS es la puerta de entrada al sistema sanitario. Es el marco ideal para intervenir en los fumadores por su accesibilidad y continuidad en la asistencia que se ofrece a la población.

El profesional de la salud es el recurso primordial de los servicios sanitarios para ofrecer un consejo cara a cara. **El 70% de los fumadores visitan, al menos una vez al año, a su médico de familia por alguna razón**, lo que implica que existen numerosas oportunidades que no se deben desaprovechar para emitir mensajes motivadores a las personas fumadoras.

Por otra parte, el profesional de la salud tiene influencia sobre la persona que fuma, desde dos frentes:

-Influencia formal: los profesionales sanitarios tienen una importante influencia sobre los usuarios de los servicios y poseen la oportunidad y la capacidad de influir en su estado de salud, bien a través del **consejo sanitario**, con la puesta en marcha de programas, protocolos, etc.

-Influencia no formal o función modélica: la actitud y conducta ante el tabaco del profesional de APS constituye un modelo a imitar para la población. **Al ofrecer un modelo positivo** (no fumar, promover el respeto de los espacios sin humo...), **proyecta una imagen de salud que enfatiza las ventajas de no fumar.**

efectividad de la intervención



Los equipos de atención primaria tienen tanto la oportunidad como los medios para modificar la conducta de fumar en sus pacientes. Un buen número de ensayos clínicos han demostrado la efectividad de la **intervención mínima** sobre la conducta de fumar de los pacientes.

Este tipo de intervención, cuando es realizada por profesionales de medicina y enfermería, obtiene un incremento significativo en el índice de abstinencia que, se estima, es de un 5-10% de abandonos mantenidos durante al menos un año.

El impacto de esta intervención en la mejora de la salud y calidad de vida de todos los pacientes es muy elevado y supera de forma importante el impacto de otras intervenciones como las realizadas en el control del colesterol e hipertensión arterial.

Sin embargo, muchos profesionales de APS siguen sin asumir este papel asistencial clave, posiblemente debido a la influencia de ser o no fumador, la escasa formación, la falta de percepción de habilidades específicas o la frustración ante las bajas tasas de éxito.

Sólo el 30-40% de los/as fumadores/as reciben consejo sanitario y ayuda para dejar de fumar, a pesar de que esta intervención es un elemento motivador para intentar el abandono del tabaco.

dejar de fumar

es un proceso



El abandono del consumo de tabaco no es el resultado de una decisión aislada, sino un proceso que se puede dilatar en el tiempo, en el que confluyen múltiples factores.

Prochazka y DiClemente establecieron en 1983 las fases del proceso de abandono por las que pasan los fumadores hasta que consiguen dejar de fumar: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y recaída. (Figura 1).

Figura 1



El profesional de APS puede influir en cualquiera de las fases de este proceso, orientando hacia cambios saludables en el comportamiento. Para ello, existen unas estrategias de intervención según la fase de abandono en la que se encuentre la persona que fuma. (Tabla 1).

Tabla 1 **Estrategias de Intervención en el Proceso de Deshabituación Tabáquica**

FASES	DEFINICIÓN	ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN
Precontemplación	El fumador/a no se plantea dejar de fumar en los próximos 6 meses	Consejo y entrega de información sobre el Tabaquismo. Replantear el tema a los 6 ó 12 meses.
Contemplación	Se plantea dejar de fumar en los próximos 6 meses	Consejo firme, aumentar la autoconfianza. Ofrecer apoyo personal y/o terapéutico. Entrega de información sobre Tabaquismo: Materiales de apoyo: · Folletos informativos. · Guía para dejar de fumar.
Preparación	Intención de dejar de fumar en 15 días	Elegir un día de abandono, Día "D". Evaluar el nivel de dependencia nicotínica (test de Fagerström) y nivel de motivación para el cambio (test de Richmond). Establecer con el paciente un plan de abandono tabáquico. Proporcionarle material de apoyo: · Folletos informativos. · Guía para dejar de fumar.
Acción	Ha dejado de fumar hace más de 1 día o lleva menos de 6 meses	Apoyo psicológico (trabajar falsas creencias). Seguimiento del tratamiento farmacológico si procede. Prevención de recaídas. Recordarle los motivos por los que quiere dejar de fumar.
Mantenimiento	Más de 6 meses sin fumar	Insistir sobre los beneficios de abandono. Enseñar estrategias para afrontar una recaída. Buscar nuevas alternativas de distracción.
Recaída (*)	Regresión a un estado anterior	Diagnosticar la fase de abandono en la que se encuentra. Detectar situaciones de riesgo. Reconocer señales que preceden a la recaída. Trabajar las resistencias del paciente. Valorar la terapia farmacológica.

(*) Dentro de las fases de abandono por las que pasan las personas fumadoras, una recaída constituye una fase más del proceso y se puede dar en cualquier momento del mismo. La mayor parte de las personas que consiguen dejar de fumar definitivamente han pasado por esta fase antes de conseguirlo.

Cuando la persona lleva 5 años sin fumar se puede decir que el proceso de abandono está en **fase de terminación**. En estos casos hay que reforzar la decisión del paciente, dándole la enhorabuena, animándole a seguir sin fumar y recordándole los beneficios para su salud.

intervención del profesional sanitario



El Centro de Salud es el entorno más idóneo para el abordaje del Tabaquismo, al disponer los Equipos de Atención Primaria, de frecuentes oportunidades para intervenir sobre pacientes que fuman.

Estos profesionales pueden llevar a cabo diferentes actuaciones, desde una acción individual a un planteamiento más global de tipo comunitario. En síntesis, se pueden desarrollar las siguientes intervenciones:

Intervención breve: Es el consejo o asesoramiento al paciente, conocido como intervención mínima.

Intervención intensiva: Es la intervención educativa individual o grupal que se realiza en el Centro de Salud.

Intervención especializada: Se lleva a cabo en unidades de deshabituación tabáquica. Dirigida a pacientes que por sus características precisan de un tratamiento más especializado.

Intervención comunitaria: Son acciones comunitarias de promoción de la salud y prevención del consumo de tabaco para promocionar el cumplimiento de la ley, favorecer la existencia de espacios sin humo, dinamizar a organizaciones ciudadanas e intervenir y colaborar en programas que se desarrollan en escenarios promotores de salud, como la escuela o el ámbito laboral.

Seguimiento y registro en OMI-AP en:

- Protocolos
- Planes personales
- Hábitos tóxicos



consejo o asesoramiento sanitario:

Va dirigido a todas las personas que acuden a una consulta médica o de enfermería para buscar solución a un problema de salud. Es una **intervención oportunistica**, que se realiza sin esperar a que el paciente la solicite y debe quedar registrada en su historia clínica.

El consejo sanitario debe ser breve, claro, firme y personalizado. Incluye la entrega de material informativo-educativo, así como la oferta de apoyo posterior.

Los **pasos a seguir**, conocidos como las **"5 A"**, son:

Averiguar si fuma y registrarlo en la historia.

Aconsejar el abandono del tabaco.

Apreciar y valorar la disponibilidad para dejar de fumar.

Ayudar a la persona en el intento de abandono.

Acordar y programar visitas de seguimiento.

Figura 2

Intervención Educativa Breve

1. Se pregunta y se registra
2. Aconsejar: Información + Motivación
3. Entregar folleto
4. Ofertar apoyo

Consulta programada
(Enfermería, Medicina, Pediatría...)

EpS
Individual

EpS
Grupal

Intervención Intensiva

Figura 3

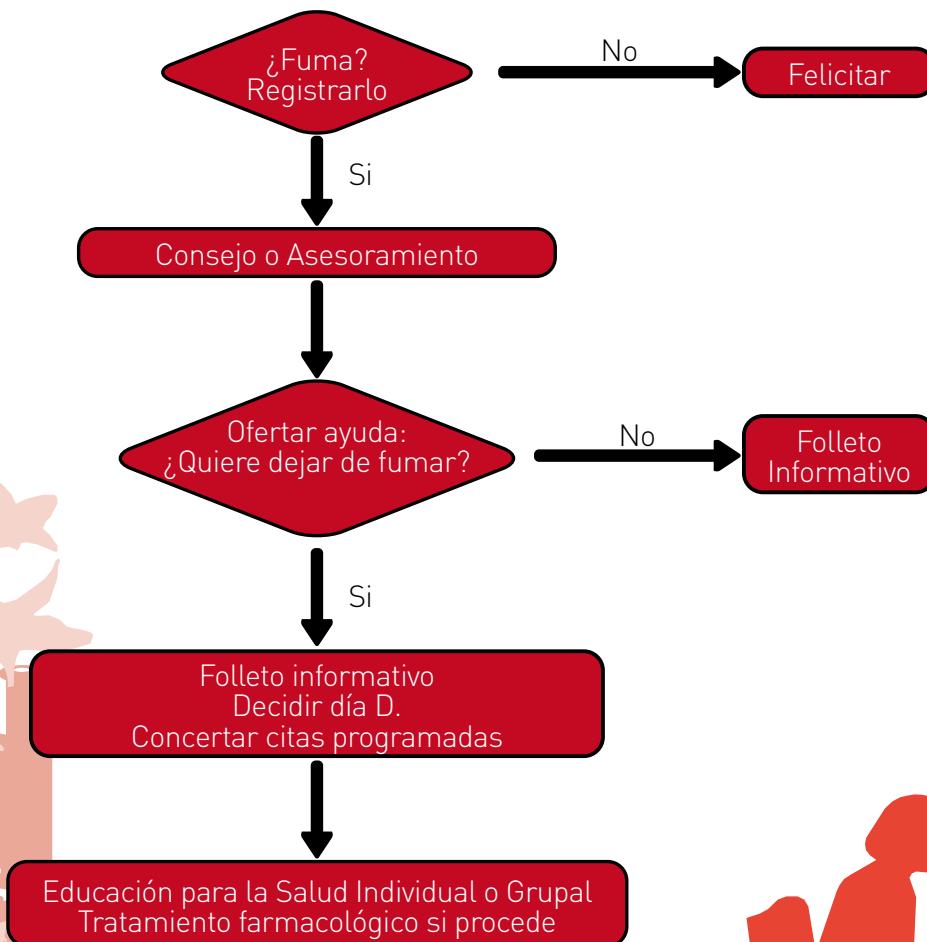
Registro del Consejo Sanitario en Tabaquismo en OMI - AP Murcia

The screenshot shows a web-based registration form titled "CONSEJO SANITARIO EN TABAQUISMO" with a light blue background. The form is divided into several sections:

- Navigation:** Tabs for "CONSUMO TABACO", "CONSUMO ALCOHOL", "CONSUMO DROGAS", and "DETECCION EPOC".
- TABACO Section:**
 - Question: "¿USTED FUMA?" with radio buttons for "Si" (selected) and "No".
 - Checkboxes: "Información sobre la necesidad de abandonar el consumo." and "Oferta de ayuda para dejar de fumar".
 - Input fields: "Nº CIGARRILLOS / DIA" (value: 0), "PAQUETES / AÑO" (value: 0), and "TIEMPO DE FUMADOR" (value: 0).
 - Button: "INF. TABAQUISMO".
- NO FUMADOR Section:**
 - Dropdown menu: "Tiempo sin fumar".
 - Question: "¿Es fumador pasivo?" with radio buttons for "Si" and "No".
- Footer Section:** "¿Es fumador de más de 10 años o tiene síntomas respiratorios (descartar EPOC)?" with radio buttons for "Si" and "No".

The Windows taskbar at the bottom shows the system tray with icons for network, volume, and power, and buttons for "Aceptar" and "Cancelar".

intervención a realizar con todas las personas que acuden a consulta



educación para la salud individual

La Educación para la Salud Individual, consiste en una serie organizada de **consultas educativas programadas**, que se pactan entre el profesional y el paciente.

Dirigida a los pacientes que, en la fase de consejo o asesoramiento, manifiestan su

interés para profundizar en el tema, con la intención de dejar de fumar y establecen una fecha de abandono.

Es una intervención personalizada, con un seguimiento programado, apoyada con técnicas de refuerzo y tratamiento farmacológico, si está indicado.

educación para la salud grupal

Son intervenciones programadas dirigidas a un grupo homogéneo de personas fumadoras. Realizadas por un grupo multidisciplinar de profesionales sanitarios del Equipo de Atención

Primaria, en las que se utilizan técnicas educativas grupales: técnicas expositivas, de análisis, de desarrollo de habilidades u otras.



valoración

de la dependencia

La capacidad del tabaco para generar dependencia se debe fundamentalmente a la nicotina. Sus efectos psiconeurológicos son los responsables de la adicción farmacológica, tolerancia y síndrome de abstinencia. Son factores importantes para el desarrollo y la consolidación de la dependencia psicológica: el bajo coste de los cigarrillos, su alta accesibilidad y la facilidad de su consumo en cualquier contexto y situación.

Se han ideado herramientas útiles para evaluar la dependencia física a la nicotina. La escala más conocida y más utilizada en Atención Primaria es el **test de Fagerström** (Figura 4).

Este test mide el grado de dependencia física que las personas fumadoras

tienen por la nicotina y ayuda a establecer el tipo de tratamiento a utilizar.

Consta de seis preguntas con dos o cuatro alternativas de respuesta. Dependiendo de la respuesta que la persona fumadora dé en cada pregunta, se obtiene una puntuación. La suma nos da la puntuación total que oscila entre 0 y 10 puntos. Puntuaciones altas (mayor de seis) indican un alto grado de dependencia.

Sin embargo, en el caso de puntuaciones menores de cuatro, aunque la dependencia física se considere baja, hay que considerar otros factores que influyen en ella, como el patrón de consumo, la intensidad de la calada, etc., que deben tenerse en cuenta a la hora del abordaje terapéutico.

Figura 4 Test de dependencia de Fagerström.

TABAQUISMO (PREPAR. Y ACCIÓN) - SMS V2.0 (21/11/2007) - COBERTURA1 - PRUEBA DOS PRUEBA DOS, PRUEBA DO...

FAGERSTRÖM RICHMOND VALORACIÓN TTO SMS - CARTERA DE SERVICIOS V2.0

TEST DE DEPENDENCIA DE FAGERSTRÖM:

1.- ¿CUÁNTO TIEMPO PASA DESDE QUE SE LEVANTE HASTA QUE FUMA EL PRIMER CIGARRILLO?

- MENOS DE 5 MINUTOS = 3 puntos
- DE 6 A 30 MINUTOS = 2 puntos
- DE 31 a 60 MINUTOS = 1 punto
- 61 ó MÁS MINUTOS = 0 puntos

2.- ¿ENCUENTRA DIFÍCIL NO FUMAR EN LOS LUGARES DONDE ESTÁ PROHIBIDO?

- SI = 1 punto
- NO = 0 puntos

3.- ¿QUÉ CIGARRILLO LE COSTARÍA MÁS DEJAR DE FUMAR??

- EL PRIMERO DE LA MAÑANA = 1 punto
- OTROS = 0 puntos

4.- ¿CUÁNTOS CIGARRILLOS FUMA AL DÍA?

- MENOS DE 10 CIGARRILLOS = 0 puntos
- DE 11 A 20 = 1 punto
- DE 21 A 30 = 2 puntos
- 31 ó MÁS CIGARRILLOS = 3 puntos

5.- ¿FUMA MÁS EN LAS PRIMERAS HORAS DESPUÉS DE LEVANTARSE?

- SI = 1 punto
- NO = 0 puntos

6.- ¿FUMA AUNQUE ESTÉ TAN ENFERMO QUE TENGA QUE GUARDAR CAMA?

- SI = 1 punto
- NO = 0 puntos

VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA

0

LEVE: 1 - 3 puntos
MODERADA: 4 - 6 puntos
ALTA: > 6 puntos

Aceptar Cancelar

Existe relación entre la puntuación del test y el desarrollo de enfermedades asociadas al tabaco (el Cáncer de pulmón o EPOC en fumadores/as con alto grado de dependencia).

Se acepta que el consumo de tabaco produce una dependencia física al fumador, pero también le genera una dependencia social, gestual y psicológica. La curiosidad, las amistades, la imitación... son factores que influyen en que la persona empiece a fumar. A partir de aquí, la asociación que se hace del tabaco con diversas sensaciones y situaciones (p.e., si estoy triste fumo para animarme, si estoy alegre fumo para celebrarlo, con los compañeros, después de comer, etc.) logra que fumar se convierta en un ritual automatizado difícil de abandonar. Todo esto crea una dependencia psíquica y social que hemos de tener en cuenta en la valoración de nuestros pacientes fumadores.

En este sentido el **test de Glover-Nilsson** (Tabla 2) informa del grado de dependencia psicológica, social y gestual del fumador. Consta de once preguntas con cuatro posibilidades de respuesta. Cada pregunta puntúa de 0 a 4 y permite clasificar la dependencia según la puntuación obtenida en:

- **Dependencia leve:**
puntuación de 0 a 11
- **Dependencia moderada:**
puntuación de 12 a 22
- **Dependencia severa:**
puntuación de 23 a 33
- **Dependencia muy severa:**
puntuación de 34 a 44

Las preguntas 1 y 5 miden dependencia **psicológica**, la pregunta 11 mide la dependencia **social** y las preguntas 2 a 4 y 6 a 10 miden la dependencia **gestual**.

Tabla 2

Test de Glover-Nilsson

¿Cuánto valora lo siguiente? (Preguntas 1 a 2). Por favor, seleccione la respuesta haciendo un círculo en el lugar indicado:

0 = nada en absoluto; 1 = algo; 2 = moderadamente; 3 = mucho; 4 = muchísimo

1. Mi hábito de fumar es muy importante para mí	0 1 2 3 4
2. Juego y manipulo el cigarrillo como parte del ritual del hábito de fumar	0 1 2 3 4

¿Cuánto valora lo siguiente? (Preguntas 3 a 11): Por favor, seleccione la respuesta haciendo un círculo en el lugar indicado

0 = nunca; 1 = raramente; 2 = a veces; 3 = a menudo; 4 = siempre

3. ¿Suele ponerse algo en la boca para evitar fumar?	0 1 2 3 4
4. ¿Se recompensa a sí mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea?	0 1 2 3 4
5. Cuando no tiene tabaco, ¿le resulta difícil concentrarse y realizar cualquier tarea?	0 1 2 3 4
6. Cuando se halla en un lugar en el que está prohibido fumar, ¿juega con su cigarrillo o paquete de tabaco?	0 1 2 3 4
7. ¿Algunos lugares o circunstancias le incitan a fumar: su sillón favorito, el sofá, la habitación, el coche o la bebida (alcohol, café, etc.)?	0 1 2 3 4
8. ¿Se encuentra a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina, sin desearlo realmente?	0 1 2 3 4
9. ¿A menudo se coloca cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca (bolígrafos, palillos, chicles, etc.) y los chupa para relajarse del estrés, la tensión, la frustración, etc.?	0 1 2 3 4
10. ¿Parte de su placer de fumar procede del ritual que supone encender un cigarrillo?	0 1 2 3 4
11. Cuando está solo en un restaurante, parada de autobús, fiesta, etc., ¿se siente más seguro, a salvo o más confiado con un cigarrillo en las manos?	0 1 2 3 4
PUNTUACIÓN TOTAL	

Existen varios cuestionarios elaborados para valorar el grado de motivación. Entre ellos, se encuentran el test de Richmond, el test de Henri Mondor y el test de Russell.

En APS el más utilizado y que está implantado en la historia informatizada

(OMI-AP) de atención al consumidor de tabaco, es el test de Richmond, (Figura 5), accesible desde Protocolo y Hábitos Tóxicos. Consta de cuatro sencillas preguntas con distintas opciones de respuesta y valora entre 0 y 10 el grado de motivación.

Figura 5 **Test de motivación de Richmond.**

TABAQUISMO (1ª VISITA BASAL -SMSV2 (4/11/2008) - - DESPLAZADO DESPLAZADO,DESPLAZADO (48 años)

VALORACIÓN FAGERSTRÖM RICHMOND TTO SMS - CARTERA DE SERVICIOS V2.0

TEST DE MOTIVACIÓN DE RICHMOND:

1.- ¿LE GUSTARÍA DEJAR DE FUMAR SI PUDEIRA HACERLO FÁCILMENTE?

SI = 1 punto

NO = 0 puntos

2.- ¿CUÁNTO INTERÉS TIENE USTED EN DEJAR DE FUMAR?

NADA EN ABSOLUTO = 0 puntos

ALGO = 1 punto

BASTANTE = 2 puntos

MUY SERIAMENTE = 3 puntos

3.- ¿INTENTARÁ DEJAR DE FUMAR EN LAS PRÓXIMAS 2 SEMANAS?

DEFINITIVAMENTE NO = 0 puntos

QUIZÁ = 1 punto

SI = 2 puntos

DEFINITIVAMENTE SÍ = 3 puntos

4.- ¿CUAL ES LA POSIBILIDAD DE QUE VD. DENTRO DE LOS PROXIMOS 6 MESES SEA UN NO FUMADOR?

DEFINITIVAMENTE NO= 0 puntos

QUIZAS = 1 punto

SI= 2 puntos

DEFINITIVAMENTE SI= 3 puntos

VALORACIÓN DE LA MOTIVACIÓN

0

BAJA MOTIVACIÓN = 4 ó menos puntos

MEDIA MOTIVACIÓN = 5 - 6 puntos

ALTA MOTIVACIÓN = > 6 puntos

Aceptar Cancelar

En general, se considera que **para incluir a un fumador en un programa de deshabituación tabáquica** es necesario que su test de Richmond muestre **valores iguales o superiores a 8 puntos**.

También se puede valorar a la persona que fuma en función de la motivación que presente para dejar el tabaco y la dependencia física que tenga.

En la figura 6, se muestra el **esquema de Russell** que clasifica a la persona fumadora en función de dos variantes: Motivación y Dependencia.

Figura 6 **Esquema de Russell**



- En el **cuadrante A** se sitúan los fumadores **motivados y con poca dependencia (preparados)**. Con una intervención adecuada presentan un buen pronóstico.
- En el **cuadrante B** están los que realmente quieren dejar de fumar (**preparables**), pero tienen gran dependencia. Por tanto, necesitarán un tratamiento más específico o especializado.

- En los **cuadrantes C y D** se encuentran las personas fumadoras con **baja motivación para dejar de fumar (no preparados)**. La intervención que requieren es ofrecerle información para que su sensibilización mejore y avancen en su proceso personal de dejar de fumar.

tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico se debe ofrecer a toda persona fumadora, a partir de los 18 años, que quiera hacer un serio intento de abandono, grado de evidencia A, presente moderada o alta dependencia a la nicotina y una alta motivación para la deshabituación tabáquica.

Entre los fármacos considerados de **primera elección** se incluyen la Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN), Bupropión y la Vareniclina. Estos fármacos junto al apoyo psicológico-conductual han demostrado, según los distintos estudios, tener una evidencia científica grado A.

Entre los **fármacos de segunda línea** que han demostrado su efectividad se citan la clonidina y la nortriptilina. No se ha establecido con exactitud su dosis efectiva. Presentan más efectos adversos que los fármacos de primera línea. Estos tratamientos sólo deben utilizarse cuando los de primera elección hayan fracasado o estén contraindicados.

A día de hoy, los cigarrillos electrónicos no han demostrado ser eficaces para dejar de fumar (www.murciasalud.es/cigarrilloselectronicos).

Actualmente está en estudio otros tratamientos para dejar de fumar, así como una vacuna.

terapia sustitutiva con nicotina (TSN)

Se define como la administración de nicotina por una vía diferente a la del consumo del cigarrillo, y en cantidad suficiente para disminuir los síntomas del síndrome de abstinencia, pero insuficiente para crear dependencia.

Existen diferentes vías de administración de la nicotina: chicles, parches, comprimidos y spray bucal. En nuestro país disponemos de 4 de estas presentaciones: parches, chicles, spray

bucal (1mg) y comprimidos de nicotina. La TSN combate el síndrome de abstinencia. La forma de administración y la dosis de nicotina a utilizar se individualizará, según las preferencias y dependencia física que presente la persona fumadora.

Está indicada para situaciones agudas (ingreso hospitalario) y en embarazo. La TSN puede llegar a crear adicción.

	CHICLES	PARCHES	COMPRIMIDOS
INDICACIONES	Fumadores de grado leve moderado-severo con consumo de más de 10 cigarrillos/día. Dependencia leve/moderada/alta.	Fumadores de grado moderado-severo con consumo de más de 10 cigarrillos/día. Dependencia moderada/alta.	Fumadores de grado moderado-severo con consumo de más de 10 cigarrillos/día. Dependencia leve/moderada.
CONTRAINDICACIONES	Hipersensibilidad a la nicotina. Problemas dentarios. Trastornos de la articulación mandibular. Inflamación orofaríngea.	Hipersensibilidad a la nicotina. Enfermedades dermatológicas que compliquen su aplicación.	Hipersensibilidad a la nicotina. Fenilcetonuria (contiene aspartano).
PAUTAS DE ADMINISTRACIÓN	Sustituir cada cigarrillo por un chicle, masticar hasta notar un sabor fuerte y parar hasta dejar de percibir ese sabor y continuar masticando. - 2mg: 8-10 piezas/día durante 8-10 semanas. - 4 mg: cada 1-2 h durante 12 semanas.	Parches de 24 h: 21mg/día, 4 semanas. 14 mg/día 4 semanas. 7 mg/día 4 semanas. Parches 16 h: 15+10mg/día, 4 semanas. 15 mg/día, 4 semanas. 10 mg/día, 4 semanas.	A demanda. Fijar un comprimido cada 1-2 horas, entre 8-12 comprimidos diarios sin pasar de los 25 al día. Duración 3 meses, con reducción a partir de seis semanas.
PRESENTACIÓN	Chicles de 2mg y 4 mg.	- Parches de 16h: 15, 10, 7 mg. - Parches de 24h: 21, 14, 7 mg.	Comprimidos para chupar de 1, 2 y 4 mg de nicotina.

La TSN combinada (parches + chicles) ha demostrado ser más eficaz. Usar si se consume más de 20 cig/día, Test de Fagerström mayor de 5 puntos o recaída previa.

bupropión



Fármaco no nicotínico disponible para ayudar a dejar de fumar. No se conoce con exactitud cuál es el mecanismo de acción, aunque se sabe que actúa a nivel del núcleo accumbens inhibiendo la recaptación neuronal de dopamina. Actúa sobre el síndrome de abstinencia, atenuando los síntomas, mimetizando los efectos de la nicotina sobre la dopamina y noradrenalina y actuando

como antagonista de los receptores nicotínicos, lo que atenúa las propiedades reforzadoras de la nicotina. Este efecto explicaría la **reducción del deseo de fumar (craving)**.

Requiere consejo individual y prescripción médica. Puede subir la Tensión Arterial y la Frecuencia Cardíaca, y producir temblor, nerviosismo o insomnio.

	BUPROPIÓN
INDICACIONES	Personas con antecedentes de depresión. Personas preocupadas por el aumento de peso. Indicado en adultos para dejar de fumar. No tolerar la TSN o haber tenido fracaso previo con TSN
CONTRAINDICACIONES	Hipersensibilidad al bupropión o a sus excipientes. Trastornos convulsivos y epilepsia. Medicación concomitante con Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO). Anorexia/bulimia. Trastorno bipolar, de ansiedad u otros cuadros psiquiátricos. Insuficiencia hepática grave o cirrosis. Tumor del SNC. En procesos de retirada de benzodiazepinas o con fármacos que disminuyen el umbral convulsivo
PAUTAS DE ADMINISTRACIÓN*	Día 1 a 6: 150 mg al día. Día 7 a final del tratamiento: 150 mg 2 veces al día. Deben transcurrir al menos 8 horas entre dosis sucesivas. El tratamiento se prolonga como mínimo de 7 a 9 semanas.
PRESENTACIÓN	Comprimidos de 150 mg.

(*). Iniciar el tratamiento una semana antes de la fecha elegida para dejar fumar con Bupropión.

vareniclina



Es otro fármaco no nicotínico aprobado para el tratamiento del tabaquismo. Es un agonista parcial de los receptores nicotínicos alfa-4-beta-2 de acetilcolina. Vareniclina se une a los receptores de nicotina actuando de dos formas:

- Estimula parcialmente el receptor que libera dopamina (efecto agonista). **Reduce el ansia por fumar y los síntomas relacionados con la abstinencia.**
- Bloquea la unión de la nicotina al receptor. **Disminuye la satisfacción**

asociada a fumar en las personas fumadoras que recaen.

Los efectos secundarios más frecuentes son: Nasofaringitis, náuseas, sueños anormales (muy vividos y pesadillas), insomnio y cefaleas, en alguna ocasión vómitos. En raras ocasiones reacción alérgica cutánea.

Se puede administrar vareniclina a pacientes con problemas cardiovasculares y psiquiátricos con ingesta de psicofármacos, aunque precisan un seguimiento médico más intenso.

	VARENICLINA
INDICACIONES	Indicado en adultos para dejar de fumar.
CONTRAINDICACIONES	Hipersensibilidad al principio activo o a cualquiera de sus excipientes. Insuficiencia Renal Terminal.
PRECAUCIONES	Pacientes con antecedentes de enfermedad psiquiátrica e ideación suicida. Insuficiencia renal. Ficha técnica: http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000699/WC500025251.pdf
PAUTAS DE ADMINISTRACIÓN*	Día 1 a 3: 1 comprimido de 0,5 mg al día. Día 4 a 7: 1 comprimido de 0,5 mg 2 veces/día. Día 8 hasta final del tratamiento: 1 comprimido de 1 mg 2 veces/día. El tratamiento se prolonga como mínimo 12 semanas.
PRESENTACIÓN	Comprimidos de 0,5 mg y de 1 mg.



(*) Iniciar el tratamiento entre 7 y 14 días antes de la fecha elegida para dejar de fumar con Vareniclina

En el Servicio de Atención al consumidor de tabaco, incluido en la historia clínica informatizada (OMI- AP), se muestran las pautas de cada fármaco. (Figura 7)

Figura 7 **Tratamiento farmacológico en Tabaquismo.**

TABAQUISMO (PREPAR. Y ACCIÓN) - SMS V2.0 (21/11/2007) - COBERTURA1 - PRUEBA DOS PRUEBA DOS PRUEBA DO...

FAGERSTRÖM RICHMOND VALORACIÓN TTO

SMS - CARTERA DE SERVICIOS V2.0

ANEXO VI ENTREGAR DECÁLOGO PARA DEJAR DE FUMAR, SÍNDROME DE ABSTINENCIA Y RECOMENDACIONES

ANEXO IV DESHABITUACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES APOYO PSICOLÓGICO VER ANEXO VIII

OP. TERAPEUTICAS TTO FARMACOLÓGICO (pautas no superiores a 12 semanas):

VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA (FAGERSTRÖM)

<input checked="" type="checkbox"/> LEVE (FAGERSTRÖM 1-3)	<input checked="" type="checkbox"/> MODERADO (FAGERSTRÖM 4-6)	<input checked="" type="checkbox"/> ALTA (FAGERSTRÖM 7-10)
<input type="checkbox"/> PARCHES 16 H. PAD 4 SEM. + PMD 2 SEM. + PBD 2 SEM.	<input type="checkbox"/> PARCHES 16 H. PAD 6 SEM. + PMD 4 SEM. + PBD 2 SEM.	<input type="checkbox"/> PARCHES 16 H. PAD 6 SEM. + PMD 4 SEM. + PBD 2 SEM.
	<input type="checkbox"/> PARCHES 24 H. PAD 6 SEM. + PMD 4 SEM. + PBD 2 SEM.	<input type="checkbox"/> PARCHES 24 H. PAD 6 SEM. + PMD 4 SEM. + PBD 2 SEM.
<input type="checkbox"/> CHICLES 2 MGR. 10 / DÍA, 8-12 SEM. REDUCIR DESDE 4ª SEM.	<input type="checkbox"/> CHICLES 4 MGR. 10 / DÍA (8-12 SEM.) REDUCIR DESDE 4ª SEM.	<input type="checkbox"/> CHICLES 4 MGR. 16 / DÍA (8-12 SEM.) REDUCIR DESDE 4ª SEM.
<input type="checkbox"/> COMPRIMIDOS 10 / DÍA, 8-12 SEM. REDUCIR DESDE 4ª SEM.	<input type="checkbox"/> COMPRIMIDOS 10 CP / DÍA (8-12 SEM.) REDUCIR DESDE 4ª SEM.	
<input type="checkbox"/> BUPROPION 150 MGR. 1 CP / DÍA (6 DÍAS) + 1-2 CP / DÍA (7 SEM.)	<input type="checkbox"/> BUPROPION 150 MGR. 1 CP / DÍA (6 DÍAS) + 1-2 CP / DÍA (7 SEM.)	<input type="checkbox"/> BUPROPION 150 MGR. 1 CP / DÍA (6 DÍAS) + 2 CP / DÍA (7 SEM.)
<input type="checkbox"/> VARENICLINA 0,5-1 MGR. 0,5 MGR. 1 CP / DÍA (3 DÍAS) + 0,5 MGR. 2 CP / DÍA (4 DÍAS) + 1 MGR. 2 CP / DÍA (11 SEM.)	<input type="checkbox"/> VARENICLINA 0,5-1 MGR. 0,5 MGR. 1 CP / DÍA (3 DÍAS) + 0,5 MGR. 2 CP / DÍA (4 DÍAS) + 1 MGR. 2 CP / DÍA (11 SEM.)	<input type="checkbox"/> VARENICLINA 0,5-1 MGR. 0,5 MGR. 1 CP / DÍA (3 DÍAS) + 0,5 MGR. 2 CP / DÍA (4 DÍAS) + 1 MGR. 2 CP / DÍA (11 SEM.)



aclaraciones para personas fumadoras



¿QUÉ SE PUEDE HACER EN LUGAR DE FUMAR?

Hay gran cantidad de alternativas al tabaco. La más importante quizás sea el ejercicio físico. Pocos/as deportistas fuman. Cuando la práctica del ejercicio físico se inicia en edades tempranas, se reducen las posibilidades de que la persona fume.

¿POR QUÉ ES TAN DIFÍCIL ABANDONAR EL TABACO?

Se puede dejar de fumar. Millones de personas lo han conseguido en todo el mundo. La dificultad vendría dada por la dependencia que produce el tabaco, tanto psicológica como física. Es importante desterrar la falsa idea de que no se puede dejar de fumar.

¿CÓMO INFLUYEN LOS PADRES EN EL CONSUMO DE TABACO DE SUS HIJOS?

Para los niños/as, uno de los modelos que va a condicionar su conducta y sus hábitos son sus progenitores y por tanto, es muy importante tener en cuenta que cuando éstos fuman, aumenta mucho la probabilidad de que el/la menor fume o consuma otras drogas, ya que muchas de ellas están relacionadas con el consumo del tabaco.

¿SON INOCUOS LOS CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS?

No hay datos que abalen que son inocuos. Hay estudios que reflejan que emiten sustancias químicas que pueden tener efectos perjudiciales al usarlo.

¿MERECE LA PENA DEJAR DE FUMAR SIENDO JOVEN?

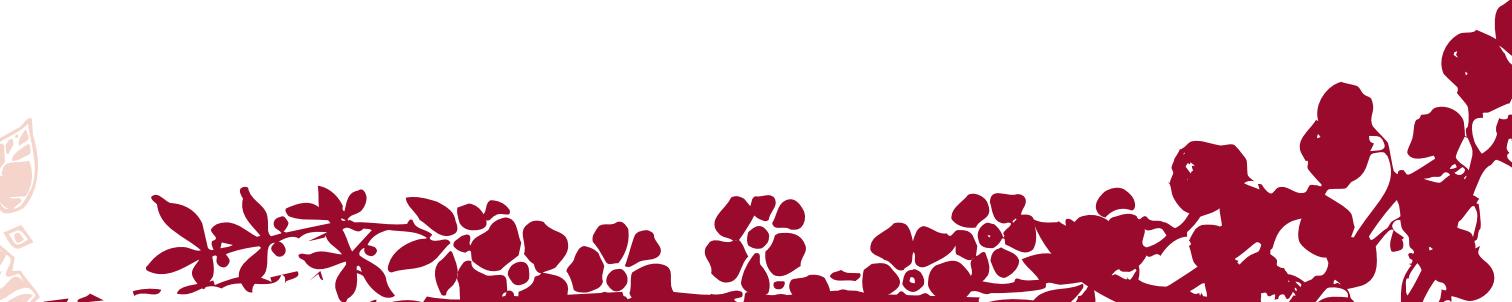
Los/las jóvenes no tienen percepción del riesgo de enfermar por el consumo de tabaco. No obstante la evidencia actual demuestra que un 50% de las personas que fuman morirán a causa del tabaco. La mitad de estas muertes se producirá entre los 45 y los 54 años, con un promedio de 10 a 15 años de vida perdidos. De ahí la importancia de abandonar el consumo lo antes posible, ya que los riesgos disminuyen.

FUMAR POCO NO PERJUDICA

En los estudios realizados que analizan la relación entre consumo de tabaco y padecimiento de enfermedades asociadas al mismo, se observa una relación dosis-respuesta, de tal manera que a mayor consumo de cigarrillos diarios, mayor posibilidad de desarrollar enfermedades relacionadas con ese consumo. Además, no existe un umbral de seguridad para el consumo del tabaco.

AL DEJAR DE FUMAR ESTARÉ MÁS NERVIOSO/A PORQUE FUMAR ME RELAJA

Al abandonar el consumo de tabaco pueden aparecer síntomas derivados del síndrome de abstinencia: ansiedad, irritabilidad o cambios de humor. Estos síntomas van remitiendo paulatinamente, de manera que a las 3-4 semanas, desaparecen.



Para disminuir esta sintomatología podemos recomendar el uso de técnicas de relajación, como la **respiración profunda**.

Al dejar de fumar, muchas personas ex-fumadoras afirman encontrarse menos nerviosas y con mejor autocontrol, lo que conlleva un aumento de su satisfacción personal.

LOS CIGARRILLOS BAJOS EN NICOTINA HACEN MENOS DAÑO

Contienen las mismas sustancias peligrosas que el tabaco normal, aunque la cantidad de nicotina y alquitranes es menor.

La persona fumadora, para compensar los bajos niveles de nicotina, fuma más cantidad, apura más los cigarrillos e inhala el humo con más intensidad con lo cual la ingestión de nicotina y otros tóxicos es igual o mayor.

SI DEJO DE FUMAR, ENGORDARÉ

Los cambios metabólicos después del abandono del tabaco pueden originar un incremento de peso corporal, entre 2-3 kilos, aunque no se aumente la ingesta de alimentos. Además algunas personas comen más en las comidas o entre horas al dejar de fumar. El riesgo para la salud que supone el tabaco es mayor que el riesgo de aumentar de peso.

Al principio no se debe recomendar una dieta estricta, simplemente evitar alimentos muy calóricos, aumentar el consumo de verduras y hortalizas, y aconsejar hacer ejercicio físico para controlar el peso.

AL REALIZAR DEPORTE SE ELIMINAN LAS TOXINAS DEL TABACO

El deporte ayuda a mantenernos en forma física, pero no anula el efecto nocivo del tabaco.

¿LOS PUROS PERJUDICAN MENOS QUE LOS CIGARRILLOS?

Los puros y las pipas a menudo se consideran como la manera menos perjudicial de fumar el tabaco. Sin embargo, aunque no inhalen el humo, el contacto de éste con la mucosa orofaríngea, produce patología neoplásica de la cavidad orofaríngea, alteraciones gingivales y otras enfermedades periodontales, además del riesgo de cáncer de pulmón. Las personas que fuman en pipa tienen un riesgo aumentado de cáncer de labio.

MI ABUELO FUMÓ COMO UN CARRETERO Y VIVIÓ 90 AÑOS

Nadie está afirmando que todos los fumadores vayan a morir a causa del Tabaquismo, pero si tienen mayor probabilidad. El 50% de las personas que fuman morirán por esta causa. Además no estamos hablando sólo de tiempo de vida, sino de calidad de vida.

La persona que fuma tiene menos resistencia física, menor capacidad sensitiva, etc. Todos estos factores contribuyen a que el fumador o fumadora además de vivir menos, viva peor.

información sobre cigarrillos electrónicos

Los cigarrillos electrónicos, también llamados e-cigs, e-cigarrillos o sistemas electrónicos susceptibles de administración de nicotina, son dispositivos con los que se inhala un vapor que generalmente contiene un líquido con propilenglicol, glicerina, saborizantes, aditivos y en ocasiones nicotina, entre otras sustancias químicas. Se utiliza inhalando el vapor o aerosol producido al calentarse el líquido, de manera parecida a cuando se fuman cigarrillos convencionales.

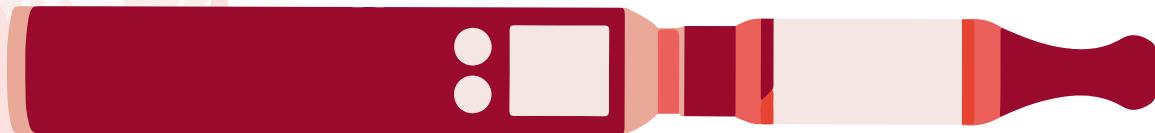
La nicotina que contienen los e-cigs proviene del tabaco y presenta los mismos efectos perjudiciales y adictivos que con los otros productos del tabaco (cigarrillos, puros,

pipas,...). La nicotina puede atravesar la placenta y afectar al desarrollo fetal y postnatal y en jóvenes puede predisponer a otras adicciones.

Hay distintos formatos simulando a un cigarrillo, una pipa, bolígrafos o memorias USB.

Aunque las investigaciones sugieren que los cigarrillos electrónicos son menos perjudiciales que los cigarrillos tradicionales, de todas maneras pueden perjudicar la salud de la población.

Con los datos existentes no se pueden excluir los riesgos para la salud asociados al uso de los cigarrillos electrónicos: efectos fisiológicos adversos en las vías



respiratorias, exposición a sustancias del líquido y/o vapor producidas en el calentamiento o vaporización (nicotina, benceno; diacetilo; nitrosaminas; glioxal; metales: níquel, estaño, plomo, cromo o cadmio;...), o intoxicaciones y efectos adversos de sus componentes. También ha de tenerse en cuenta que el vapor emite propilenglicol, partículas PM2.5, nicotina y sustancias tóxicas que pueden contaminar los espacios cerrados.

Por otra parte, los cigarrillos electrónicos pueden llevar a la adicción a la nicotina y a un mayor riesgo de adicción a otras drogas. Hay indicios de que podrían inducir al consumo de tabaco en jóvenes.

Está por determinar si los e-cigs son efectivos para ayudar a dejar de fumar, sin suponer un riesgo extra para la salud. A día de hoy en España no están aprobados como método para el abandono del tabaco por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Existen otros métodos que sí han demostrado ser eficaces para dejar de fumar y que están autorizados para su uso.

A nivel legal en España está prohibido su uso en centros de las Administraciones Públicas, establecimientos sanitarios, centros docentes y formativos, en medios de transporte público y en los recintos de los parques infantiles.

Más información en:

www.murciasalud.es/cigarrilloselectronicos

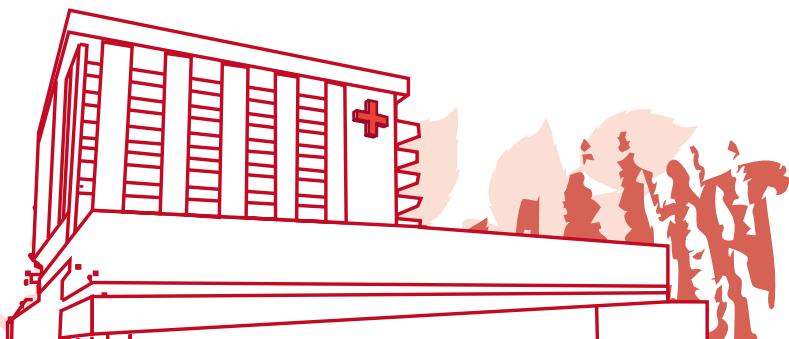


centros de atención al tabaquismo

Centro	Cobertura	Datos de interés
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Consulta de adicciones: Unidad de salud medio-ambiental pediátrica:	Trabajadores y pacientes del hospital y pacientes con patologías asociadas al tabaquismo de los Centros de Salud de referencia. Progenitores de niños/as con problemas derivados del consumo de tabaco ingresados o derivados derivados por otros especialistas con interconsulta. Embarazadas.	Tel.: 968 369 510 Tel.: 968 369 031
Hospital General Universitario Morales Meseguer.	Trabajadores y pacientes del hospital y pacientes con patologías asociadas al tabaquismo derivados por otros especialistas con interconsulta.	Tel.: 968 360 900 ext. 2700 (Secretaría de Neumología) y ext. 2545 (lunes y viernes 11:30 a 15:00 h)
Ayuntamiento de Murcia.	Funcionarios del Ayuntamiento de Murcia. (Centro colaborador con la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria del Área I).	Consulta tabaco: 968 200 293
Consejería de Hacienda y Administración Pública. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.	Funcionarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.	Tel.: 968 366 164 Tel.: 968 257 636 ignacio.sandoval@carm.es
Hospital Reina Sofía	Pacientes con patología asociada al tabaquismo derivados por especialistas con interconsulta.	Derivación mediante interconsulta de un especialista

existentes en la Región de Murcia:

Centro	Cobertura	Datos de interés
Centro de Atención a Drogodependencias (CAD) Murcia.	Población General con criterios de derivación a unidad especializada.	Tel.: 968 359 062
CAD Lorca.	Población General con criterios de derivación a unidad especializada.	Tel.: 968 461 596
CAD Águilas.	Población General con criterios de derivación a unidad especializada.	Tel.: 968 927 015
CAD Caravaca.	Población General con criterios de derivación a unidad especializada.	Tel.: 968 708 322
CAD Cieza.	Población General con criterios de derivación a unidad especializada.	Tel.: 968 453 508
Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Área II Cartagena.	Población general y profesionales Sanitarios del Area II.	Tel.: 968 326 671 Tel.: 968 326 666
Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)	Población General.	Tel.: 968 284 588





recursos de interés

Portal Sanitario de la Región de Murcia:

www.murciasalud.es/tabaquismo

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:

www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/home.htm

Organización Mundial de la Salud: www.who.int/tobacco/es/

Asociación Española Contra el Cáncer Región de Murcia: www.todocancer.com

Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo: www.cnpt.es

Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo: www.sedet.org

Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica: <http://www.separ.es/?q=node/54>

SEMFYC: www.semfyc.es/secciones-y-grupos/grupos-de-trabajo/abordaje-al-tabaquismo/

Asociación de fumadores pasivos: www.nofumadores.org

Comisionado del Mercado de Tabacos: www.cmtabacos.es

Blog de abordaje del tabaquismo desde la enfermería: enfertabac.blogspot.com.es

Surgeon General: www.surgeongeneral.gov/priorities/tobacco/index.html

SRNT (Society for research on Nicotine and Tobacco): www.treatobacco.net

Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria de la Región de Murcia

SEAPREMUR: www.seapremur.es/tabaco.asp

CDC: www.cdc.gov/Spanish/

Campaña formación profesionales sanitarios: #stoptabaco31mayo:

www.youtube.com/channel/UCSSZp-CEXL1WnZ77D9j0jRA

Código Europeo Contra El Cáncer:

<https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/es/doce-formas>

otros recursos



Servicio de Atención al Consumidor de Tabaco en la Historia clínica informatizada del Servicio Murciano de Salud (Protocolo: Hábitos Tóxicos OMI-AP).

Guía de Práctica Clínica de Atención al Tabaquismo en Atención Primaria.
<http://files.sld.cu/antitabaquica/files/2013/04/aps-serv-murciano-2006.pdf>

Web estilos de vida saludable:
www.estilosdevidasaludable.msssi.gob.es

Programa de Información sobre Tabaquismo (PIT): El Programa de Información sobre Tabaquismo tiene como principal cometido elaborar, editar y distribuir material informativo-educativo, destinado a colectivos diferentes con el objetivo de que los mensajes sobre los perjuicios que origina el tabaquismo y los beneficios del abandono del tabaco lleguen de una manera eficiente.

www.murciasalud.es/tabaquismo/folletos

Campaña Gánate la vida. Dejar de fumar ahora es más fácil:
<http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=385416&expand=1>
<http://blogs.murciasalud.es/edusalud/2017/05/26/dia-mundial-sin-tabaco/>

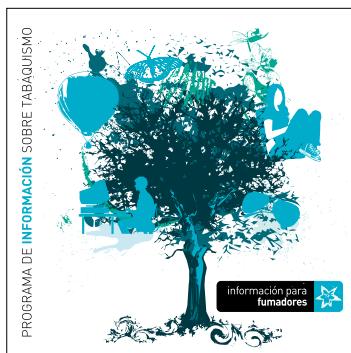


PROGRAMA DE **INFORMACIÓN** SOBRE TABAQUISMO

guía para **dejar de fumar**



información para **fumadores**



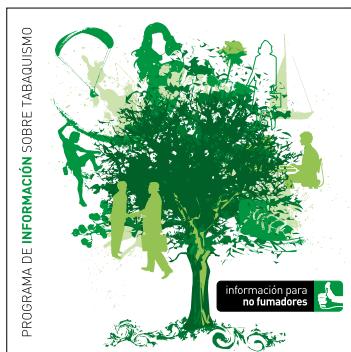
información para **jóvenes**



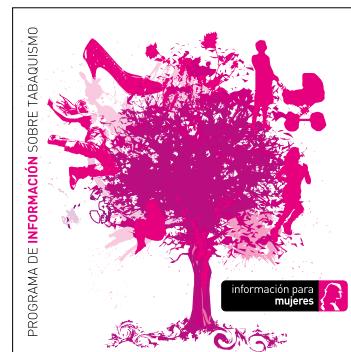
información para **padres y madres**



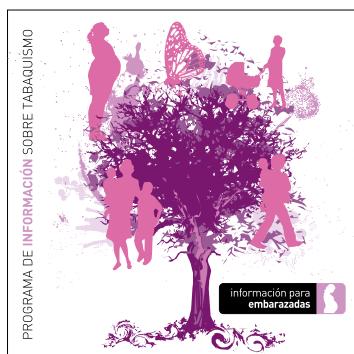
información para **no fumadores**



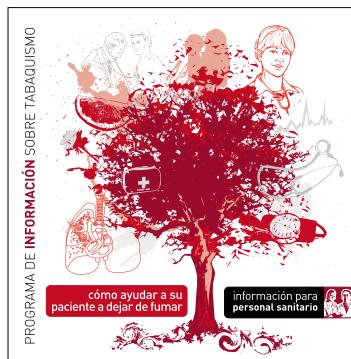
información para **mujeres**



información para **embarazadas**



información para **personal sanitario**



Estos materiales
se encuentran
disponibles en
formato pdf en la
web:

www.murciasalud.es/tabaquismo

Si desea más información,
solicítela a la:

Consejería de Salud

Dirección General de Salud Pública
y Adicciones
Servicio de Promoción y
Educación para la Salud

Ronda de Levante, 11 · 30008 Murcia
Teléfono 968 36 89 40 · Fax 968 36 59 51
E-mail: edusalud@carm.es

www.murciasalud.es





PiT PROGRAMA DE
INFORMACIÓN
SOBRE TABAQUISMO



**SI DESEA MÁS INFORMACIÓN,
SOLICÍTELA EN:**

Consejería de Salud
Dirección General de Salud Pública y Adicciones
Servicio de Promoción y Educación para la Salud

Ronda de Levante, 11. 30008 Murcia
Telfs.: 968 36 89 40-38
Fax: 968 36 59 51
educasalud@carm.es
www.murciasalud.es/tabaquismo

Edita:

© Consejería de Salud
Dirección General de Salud Pública y Adicciones
Servicio de Promoción y Educación para la Salud

Diseño y Maquetación: Portavoz

Edición: 5.ª edición