

FICHA 5 RECOMENDACIONES DE INTERVENCIÓN: ABANDONO DEL HÁBITO TABÁQUICO

INDICACIÓN:

Prevenir situaciones de riesgo en la salud de las personas mayores provocadas por la adherencia al hábito tabáquico.

El tabaquismo es un trastorno adictivo crónico y recidivante, que en la actualidad conforma una de las principales causas de mortalidad prevenibles y causa la muerte prematura de hasta la mitad de las personas consumidoras, generalmente por enfermedades del aparato respiratorio, cardiovasculares y diversas neoplasias¹ y también la causa más importante de años de vida perdidos de forma prematura junto a años vividos con discapacidad en España.²

El consumo de tabaco tiene una alta tasa de letalidad, más del 50% de los fumadores de larga evolución morirá por una enfermedad causada por el tabaco². El tabaquismo continúa produciendo estragos en la población española con más de 53.000 muertes anuales atribuibles al consumo de tabaco que sin duda obedecen, en gran medida, a las aún cifras elevadas de prevalencia del consumo. En Andalucía como consecuencia del consumo de tabaco 10.000 personas mueren anualmente, más muertes que el SIDA, el alcohol, las drogas ilegales y los accidentes de tráfico juntos³.

Según la Encuesta Nacional de Salud del año 2012, el 24% de la población de más de 15 años afirma que fuma a diario (28% en los hombres y 20% en las mujeres)¹.

El abandono del tabaquismo se asocia con una reducción sustancial del riesgo de muerte por todas las causas entre los pacientes con cardiopatía coronaria.² Con frecuencia, y de forma errónea, se considera que el tabaquismo es una opción exclusivamente personal. Contradice esta percepción el hecho de que la mayoría de los fumadores desea abandonar el consumo de tabaco cuando adquiere plena conciencia de los efectos nocivos del tabaco en la salud, aunque ya les resulte difícil dejarlo debido al gran poder adictivo de la nicotina. Sin embargo, disponemos de las herramientas útiles y necesarias para conseguir la abstinencia¹.

Muchas personas recurren a manuales y otras no saben dónde buscar ayuda efectiva y lo cierto, es que a nuestras consultas acude cada año el 75% de las personas asignadas y la mayoría lo hacen 5 ó 6 veces para lograr vencer el hábito. Disponemos de poco tiempo en cada ocasión, pero aún tenemos muchas oportunidades para intervenir y una batería de herramientas terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas de eficacia probada para vencer la lucha

contra el tabaquismo, tan efectivamente impulsada aprobación de la Ley 42/2010, de 30 de diciembre de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, junto con el incremento del precio del tabaco en España, está aumentando la proporción de fumadores que solicitan ayuda para dejar de fumar o se encuentran en disposición de querer abandonar el consumo aunque no lo soliciten directamente ².

Consumo de tabaco según sexo y grupo de edad. Población de 65 y más años.				
	Fumador diario (%)	Fumador ocasional (%)	Ex fumador (%)	Nunca ha fumado (%)
Hombre				
De 65 a 74 años	18,64	1,92	51,55	27,89
De 75 y más años	8,93	0,37	57,46	33,23
Mujer				
De 65 a 74 años	3,86	0,66	5,92	89,57
De 75 y más años	1,37	0,12	2,89	95,62

Fuente: Guía de tabaquismo sociedad gallega de Medicina Familiar y Comunitaria²

Ya en 2002 la Consejería de Salud inició, en el marco del II Plan Andaluz de Salud, un Plan de actuación sobre el tabaquismo para abordar este grave problema y se publicó un segundo Plan de Tabaquismo en Andalucía 2005-2010³, que constituirá el marco de desarrollo de las recomendaciones para el abandono del hábito tabáquico recogidas en este documento.

TEST DE BARTHEL

AUTONOMO

T. Barthel : 100

Intervención Mínima a todos los fumadores en cada contacto que tenga con él cualquier profesional de la salud².

- Averiguar: identificar a los fumadores y documentar su historia de tabaquismo.
- aconsejar: se recomienda un consejo breve, firme, personalizado y oportunista
- apreciar: la disposición para dejar de fumar. La actitud a seguir en los siguientes pasos dependerá de éste.
- Ayudar: preparar y ofrecer un plan terapéutico individualizado
- acordar: planificar el seguimiento. Identificación de la fase de abandono:
 - Precontemplación
 - Contemplación
 - Preparación
 - Acción
 - Mantenimiento.

Entrevista motivacional (para aumentar el abandono en fumadores menos motivados): empatizar, crear discrepancia, promover vencer su resistencia hacia el abandono y apoyar autoeficacia, evitando la discusión. Pasos a seguir: 1) Relevancia: animarlo a poner de manifiesto que el abandono del tabaco es importante para él y su salud. 2) Riesgo: hacer que entienda por sí mismo que el tabaco tiene riesgos para su salud. 3) Recompensa: hacer que identifique los beneficios del abandono. 4) Resistencia: hacer que identifique las barreras que le dificultan dejar de fumar. 5) Repetición: la eficacia de la intervención aumenta si se repite cada vez que el fumador acude al profesional sanitario.

Recoger en la Historia Clínica:

- Síntomas relacionados con enfermedades debidas a la exposición del tabaco: respiratorias y cardiológicas, ORL, digestivas y neoplásicas.
- Antecedentes psiquiátricos
- Abuso de otras sustancias: alcohol, cocaína, opioides, cannabis u otros.

Realizar el Historial de tabaquismo:

- Antecedentes de tabaquismo - Características del fumador
- Intentos de abandono y terapias utilizadas previamente
- Estudio de recaídas y sus causas
- Comportamiento del entorno: Ambiente familiar social, laboral.
- Cuestionarios necesarios para un adecuado diagnóstico de tabaquismo (Motivación:Richmond/Dependencia:Fargestrom).

FRÁGIL

T. Barthel : 90 - 100

Las recomendaciones son las mismas que para las personas mayores autónomas.

DEPENDIENTE

T. Barthel < 90

Las recomendaciones son las mismas que para las personas mayores autónomas. Se realizarán las intervenciones dependiendo del grado de dependencia y capacidad de la persona para desplazarse en:
1. Consulta médica o de enfermería convencional.
2. En caso de personas con dependencia atendidas en el domicilio las intervenciones para abandonar el hábito tabáquico se realizará en este medio.

Exploraciones complementarias:

- a) Constantes, IMC, coloración uñas y dientes etc...
- b) Espirometría: Detección personas con EPOC al inicio y 12 meses después de abandono (valorar beneficios). Se indica en mayores de 35 años y con síntomas respiratorios (disnea, tos y/o expectoración) y exfumadores con síntomas y un consumo acumulado de tabaco de 10 paquetes años.
- c) Edad pulmonar (se precisa de COP6 electrónicos o algunos espirómetros específicos)
- e) ECG: se recomienda realizar ECG en la visita basal y a los 6-12 meses de la deshabituación tabáquica.
- f) Específicas (cooximetría).

Inducir la Reducción del consumo en aquellas personas que no quieran aún abandonar el hábito bruscamente (se puede emplear soporte farmacológico)

Indicación intervención multicomponente en fumadores que quieren dejar el hábito:

A) Apoyo psico-emocional: (intervención individual-grupal).

- Terapias de baja intensidad (hasta 4 sesiones de no más de 10 min)
- Terapias de alta intensidad (más de 4 sesiones de más de 10 min)

Técnicas de afrontamiento de soporte cognitivo conductual (reestructuración cognitiva, detención del pensamiento, técnicas de distracción, entrenamiento en autocontrol, técnicas de imaginación, etc.) para ayudar al fumador a reconocer y evitar temporalmente los estímulos externos asociados al consumo, exponiéndose a los mismos de forma progresiva una vez superado el control del craving*, y reforzando las conductas que ayudan a mantener la abstinencia.

Será útil actuar sobre: conducta o patrón, factores que inducen a fumar, obstáculos en el proceso de abandono. Realizar autorregistros de consumo. Reforzar intervenciones de apoyo mediante uso de TICs (teléfono, internet...). UTILIZAR EL SERVICIO DE SALUD RESPONDE DE SOPORTE QUIT-LINE (tlf 900850300) para dejar de fumar.

Es importante prevenir y actuar con este tipo de técnicas en la prevención de recaídas en caso de abandono reciente

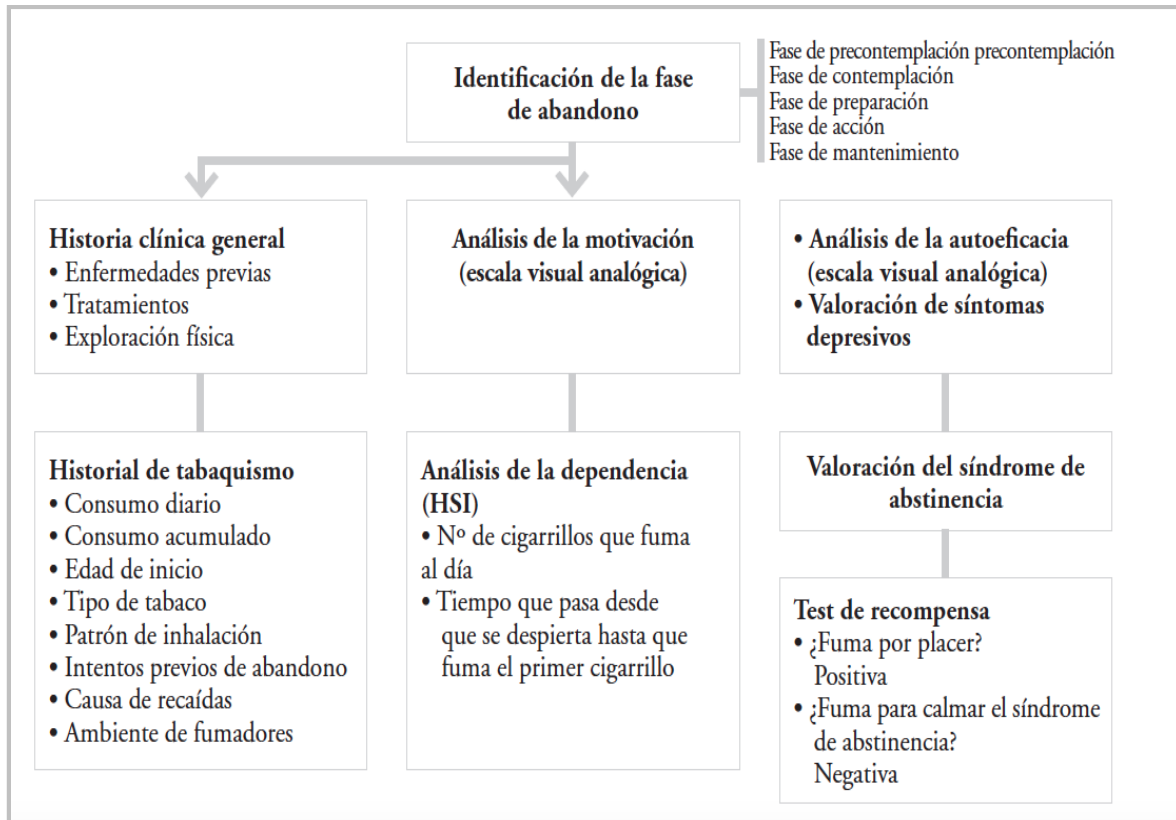
B) Tratamientos farmacológicos:

- 1) Se ofrecerá para el control del síndrome de abstinencia, siempre que no esté contraindicado, ya sea como apoyo a un cese brusco o para un descenso gradual del consumo.
- 2) Se suelen usar en nuestro contexto 3 fármacos: terapia sustitutiva con nicotina (TSN), bupropión y vareniclina. La Amitriptilina y clonidina, serán de limitado uso por sus contraindicaciones. (Anexo 1)
 - El TSN es el tratamiento más utilizado. Se pretende su suministro por vía distinta a al tabaco y en dosis decreciente. Se indica de forma combinada, parches de liberación lenta y chicles o sprays de liberación rápida y uso puntual para control del craving. Explicar bien su uso y evitar infradosificación
 - Fármacos no nicotínicos: Bupropión (mejora los síntomas del síndrome de abstinencia), puede mejorar efecto en combinación con TSN/ Vareniclina (mejora el síndrome de abstinencia y el craving), más seguro que el anterior (no metabolismo hepático y no interacciona con otros fármacos). Es el más eficaz en monoterapia.
 - o Valorar contraindicaciones:
 - Enfermedades previas (Ej: Cardiopatía isquémica reciente o arritmias graves: contraindicación de la Terapia Sustitutiva con Nicotina: TSN)
 - Circunstancias que reduzcan el umbral convulsivo (contraindicación de bupropión).
 - En enfermedades de Salud mental puede estar contraindicado el uso de bupropión
 - Dermopatías extensas: probable contraindicación de parches.
 - Patología oral: probable contraindicación de TSN en forma de chicles, comprimidos para chupar y spray bucal.
 - Alteraciones de articulación temporo-maxilar: probable intolerancia a chicles de nicotina.
 - Fenilcetonuria o intolerancia a fructosa: intolerancia a comprimidos de nicotina.
 - o El abandono o reducción del tabaco puede conllevar al incremento en la actividad de numerosos fármacos.
 - o Tener en cuenta las interacciones farmacológicas con la medicación para dejar de fumar, sobretodo bupropión por su metabolismo hepático y sus efectos secundarios (ej: Los Inhibidores de la MAO están contraindicado uso concomitante de bupropión con tiempo de lavado de 14 días).
- 3) La eficacia de tratamientos farmacológicos no se ha demostrado de forma concluyente en pacientes con edad avanzada.
- 4) El seguimiento debe ser más estrecho y hay que tener en cuenta varias condiciones en estas personas:
 - Las posibles interacciones farmacológicas, ya que en numerosas ocasiones son pacientes pluripatológicos y polimedicados.
 - Si la función renal está disminuida, la dosis de bupropión deberá reducirse (150 mg día en una sola toma).

C) Recomendaciones para la persona que quiere dejar de fumar: Técnicas, pautas y consejos para poner en práctica en los primeros días sin tabaco así como consejos para afrontar los síntomas del síndrome de abstinencia (Anexo 2).

* Craving: Es el deseo incontrolable de volver a consumir tras 8-12 horas sin hacerlo.

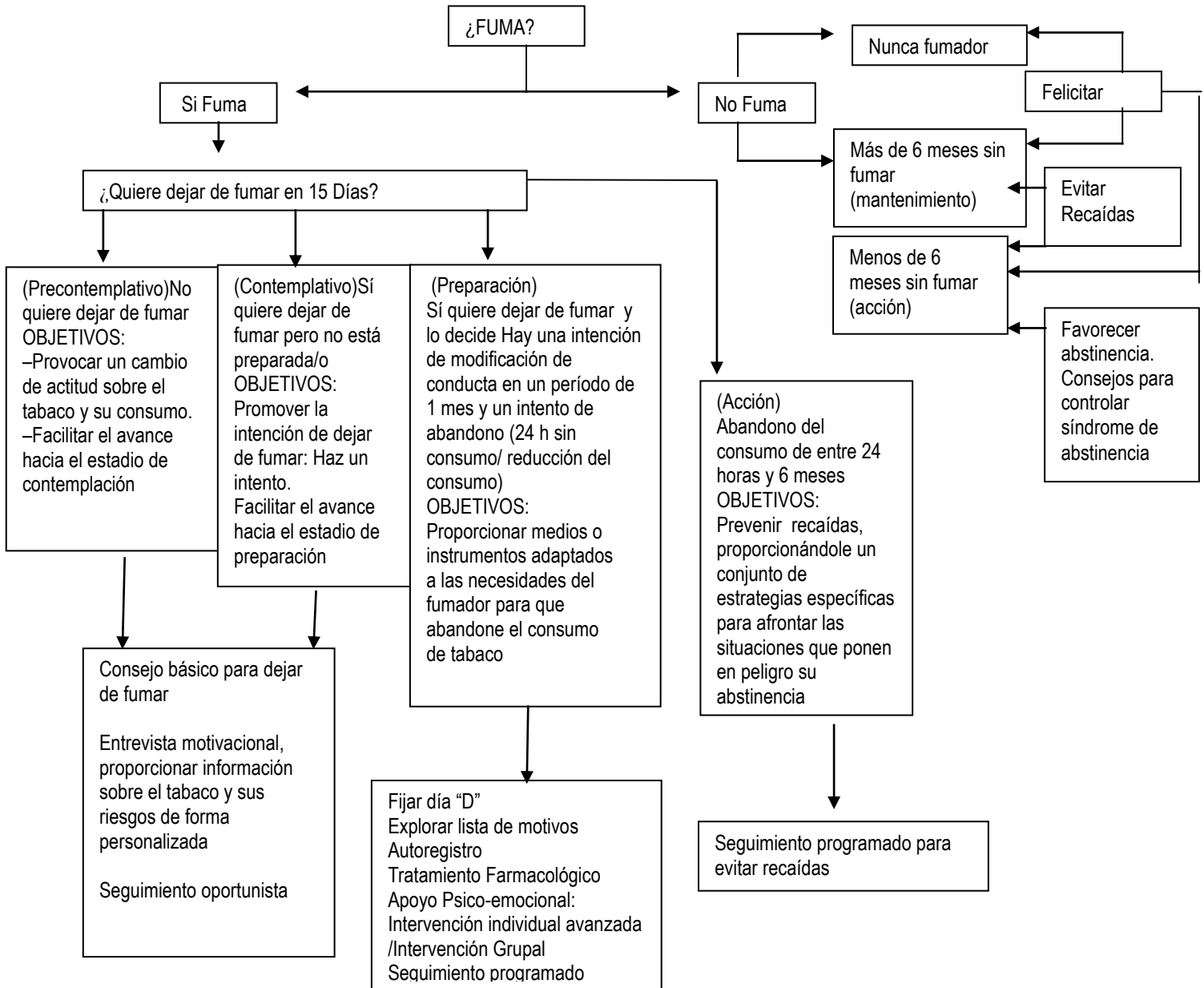
ALGORITMO DIAGNÓSTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA



Fuente: Manual SEPAR de Procedimientos. Manejo diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en la práctica clínica.2015.

Consultar test e índices en Anexo1 (se incluyen además de la Escala visual analógica, el test de Richmond para valorar la motivación y el test de Fageström para valorar dependencia al tabaco).

ALGORITMO DE INTERVENCIÓN



Fuente: Elaboración propia a partir de la Guía de Tabaquismo de la Sociedad Gallega de Medicina Familiar y Comunitaria²

PARA SABER MÁS

Manual SEPAR de Procedimientos. Manejo diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en la práctica clínica. 2015

https://issuu.com/separ/docs/manual_32?e=3049452/13885360

OTROS DOCUMENTOS DE INTERÉS

- Torrecilla M, Martín M, Moreno de Vega B, Plaza D, Hernández-Mezquita MA, Barrueco M. Deshabitación tabáquica e incremento ponderal. *Prev Tab.* 2000; 2: 89-94.
- Holm KJ, Spencer CM. Bupropión. Revisión de su empleo en el tratamiento de la deshabitación tabáquica. *Drugs.* 2000; 59:1007–26.
- Barrueco Ferrero M, et al. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. 2009.
- García Rueda M. Abordaje del tabaquismo en situaciones especiales. En: Ramos Pinedo A, Mayayo Ulibarri ML. Manual Separ de Procedimientos 13. Abordaje del tabaquismo. Barcelona, SEPAR. 2007; 59–69.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Edita: MSC centro de publicaciones. 2009.
- Jiménez Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Altet Gómez N, Lorza Blasco JJ, Signes
- Costa Miñana J, Solano Reina S, et al. Tratamiento del tabaquismo en fumadores con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. *Arch Bronconeumol.* 2013; 49:354–63.
- Mayayo Ulibarri ML, Amor Besada N. Papel de la enfermería en el control del tabaquismo. EN: Jiménez Ruiz CA, Fagerström KO, editores. Tratado del Tabaquismo, 2ª. Edición. Madrid: Grupo Aula médica. 2007; 463–70.
- Mayayo Ulibarri ML. Papel de la Enfermería en la intervención diagnóstica y terapéutica del tabaquismo. En: Jiménez- Ruiz CA, Solano Reina S, editores. Monografías Neumomadrid Volumen VII/2004 Tabaquismo. Madrid: Ergon. 2004; 149–57.
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Madrid: AETS del Instituto de Salud Carlos III. 2003.

ANEXOS

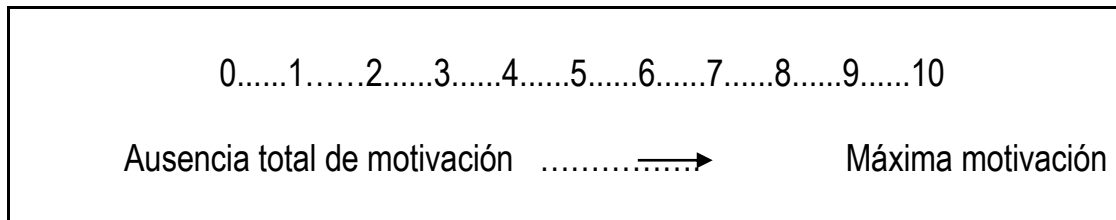
ANEXO 1: CUESTIONARIOS, TEST E INDICES DE VALORACIÓN Y SOPORTE

Análisis de la motivación²:

Podremos realizar una aproximación del grado de motivación a través de la escala visual analógica o a través del Test de Richmond^{4,5}.

Escala visual analógica de la motivación:

Se mostrará al paciente la figura y se le explicará que se trata de una escala en la que 0 se corresponde con la ausencia total de motivación para dejar de fumar y 10 con el grado máximo de motivación para hacerlo. El paciente señalará con su dedo el punto de la escala que define su grado de motivación⁵.



Test de Richmond:

Valora el grado de motivación para dejar de fumar en una escala del 1 al 10. Es un test de 4 preguntas. Para que un paciente tenga expectativas de éxito en un programa de deshabituación tabáquica debe presentar una puntuación de 9 o 10 puntos.

Es importante también analizar cuáles son las razones por las que el paciente quiere dejar de fumar. Los pacientes que no quieren dejar de fumar suelen ignorar la información sobre los efectos nocivos del tabaco, beneficios de dejar de fumar, posibilidades terapéuticas, etc.^{4,6,7}

1. ¿Quiere dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?			
0: NO	1: SI		
2. ¿Cuánto interés tiene para dejarlo?			
0: Nada	1: Algo	2: Bastante	3: Mucho
3. ¿Intentará dejar de fumar en las próximas dos semanas?			
0: Definitivamente no	1: Quizás	2: Sí	3: Definitivamente sí

4. ¿Cabe la posibilidad de que usted sea un exfumador en los próximos seis meses?			
0: No	1: Quizás	2: Sí	3: Definitivamente sí
Motivación alta: 10	Motivación moderada: 7-9	motivación baja ≤ 6	

Test de análisis de la dependencia física²:

Se utiliza el Test de Fageström (FTND) o el Heavy Smoking Index (HSI)

HSI: Es una versión reducida del anterior, que se utiliza con mayor frecuencia en AP. El HSI consta de 2 preguntas: número de cigarrillos al día y tiempo transcurrido hasta el consumo del primer cigarrillo.

La puntuación oscila entre 0-6, de tal forma que aquellos fumadores que tengan una puntuación de 5 y 6 tendrán una dependencia alta. Tiene una buena correlación con el FTND especialmente en varones y en fumadores con dependencia física alta. Es el test recomendable en consultas de Atención Primaria⁸.

1. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	
Menos de 11	0 PUNTO
Entre 11 y 20	1 PUNTO
Entre 21 y 30	2 PUNTOS
Más de 30	3 PUNTOS
2. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma el primer cigarrillo?	
Menos de 5 minutos	3 PUNTO
Entre 5 y 30	2 PUNTO
Entre 30 minutos y 1 hora	1 PUNTOS
≥ 1 hora	0 PUNTOS
0-2 Baja dependencia	3-4 Moderada dependencia
5-6 Alta dependencia	

Test de Fageström (FTND)

Para la valoración de la dependencia al tabaco también se usa actualmente el FTND. También es un test breve y sencillo que consta de 6 preguntas. La

puntuación oscila de 0-10, de tal manera que a mayor puntuación mayor dependencia. No sólo este test mide la dependencia física sino que también tiene un valor terapéutico y pronóstico. A mayor puntuación en el FTND más intensivo es el tratamiento y más riesgo tiene el fumador de desarrollar EPOC y cáncer de pulmón^{4,6, 9}.

1. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se despierta hasta que fuma el primer cigarrillo?	
< 5 minutos	3 PUNTOS
6-30 minutos	2 PUNTOS
31-60 minutos	1 PUNTO
> 1 hora	0 PUNTO
2. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	
1-10	0 PUNTO
11-20	1 PUNTO
21-30	2 PUNTOS
> 30	3 PUNTOS
3. ¿Tiene dificultad para no fumar en lugares donde está prohibido?	
SI	1 PUNTO
No	0 PUNTO
4. ¿De todos los cigarrillos que consume al día, cuál es el que más necesita?	
El primero de la mañana	1 PUNTO
Cualquier otro	0 PUNTO
5. ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	
SI	1 PUNTO
NO	0 PUNTO
6. ¿Fuma cuando está enfermo y tiene que guardar cama la mayor parte del día?	
Si	1 PUNTO
NO	0 PUNTO

Puntuación del Test Fagerström

0-3 Dependencia física baja. 4-6 Dependencia física moderada. ≥7
Dependencia física alta

Análisis de auto eficacia y estado de animo²:

Es importante la valoración de la auto eficacia, de la autoestima y del estado de ánimo en aquellos fumadores que ya han realizado múltiples intentos de abandono, con enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco y que han sido advertidos por los profesionales sanitarios en múltiples ocasiones de la conveniencia de dejar de fumar⁵.

Escala visual analógica de la auto eficacia: Mide el grado de auto eficacia del fumador. Es similar a la escala visual analógica de motivación.

Permite identificar pacientes con mayores posibilidades de sufrir depresión y que vayan a precisar antidepresivos.

Valoración del estado de ánimo

Podremos realizar dos preguntas: durante el último mes 1) ¿ha tenido algún sentimiento de tristeza, desánimo o se ha sentido deprimido? 2) ¿no ha tenido ganas de hacer cosas que antes le producían satisfacción y bienestar? Si las respuestas a estas preguntas son positivas las posibilidades de que el fumador padezca depresión son elevadas.

Valoración del síndrome de abstinencia²

El síndrome de abstinencia es el conjunto de síntomas y signos del fumador derivado de la reducción o del abandono del consumo de tabaco. Conviene analizar la intensidad del síndrome de abstinencia durante todo el proceso de deshabituación¹⁰.

Para analizar dicho síndrome utilizaremos:

Cuestionario MNWS: Es un cuestionario de 9 ítems que el fumador debe de contestar de acuerdo a lo que ha sentido en las últimas 24 horas. Cada uno de los ítems es valorado desde 0 a 4 puntos.

CRAVING	0	1	2	3	4
DISFORIA	0	1	2	3	4
IRRITABILIDAD/FRUSTACIÓN/IRA	0	1	2	3	4
ANSIEDAD	0	1	2	3	4
DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN	0	1	2	3	4

INQUIETUD	0	1	2	3	4
AUMENTO DE APETITO	0	1	2	3	4
DIFICULTAD PARA DORMIRSE	0	1	2	3	4
DIFICULTAD PARA QUEDARSE DORMIDO	0	1	2	3	4
0-Nada en absoluto. 1-Leve. 2-Moderado. 3-Mucho. 4-Grado extremo					

Análisis del craving

Debemos analizar la intensidad, duración, ciclo de aparición y relación con factores externos

Test de recompensa: RFQ

Si se consume tabaco para evitar el padecimiento del síndrome de abstinencia hablaremos de un fumador con recompensa negativa. Si se consume tabaco para disfrutar de la sensación placentera que le produce éste será un fumador con recompensa positiva¹¹.

ANEXO 2: POSOLOGÍA DE FÁRMACOS

La dosis del tratamiento se calculará en función de la dependencia y del número de cigarrillos fumados, manteniendo las dosis durante las primeras semanas para posteriormente hacer un descenso progresivo hasta su suspensión (habitualmente entre 8-12 semanas, aunque con pautas más prolongadas si el paciente lo requiere)².

POSOLOGÍA TSN

Dependencia	Parches 24 horas	Parches 16 horas
< de 5 paq/año 1 ^{er} cig > 30 min < 15 ppm CO	21 mg/6 semanas	15 mg/6 semanas
	14 mg/2 semanas	10 mg/2 semanas
	7 mg/1 semana	5 mg/1 semana
> de 5 paq/año 1 ^{er} cig < 30 min > 15 ppm CO	21 mg/6-8 semanas	25 mg/6-8 semanas
	14 mg/2 semanas	10 mg/2 semanas
	7 mg/1 semana	5 mg/2 semanas

Dependencia	Chicles	Comprimidos	Spray bucal
< de 20 cig/año 1 ^{er} cig > 30 min	2 mg/1-2 horas 8-10 semanas	1 mg/1-2 horas 8-10 semanas	1-2 puff/cigarrillo semana 1-6
> de 20 cig/año 1 ^{er} cig < 30 min	4 mg/1-2 horas 12 semanas hasta 6-12 meses	2 mg/1-2 horas 12 semanas hasta 6-12 meses	reducir hasta 50% semana 7-9
			reducir hasta 4 puff semana 12

POSOLOGÍA BUPROPIÓN Y VARENICLINA

Fármaco	Semana previa día D		Día D hasta semana 12
Bupropión	1 comprimido 150 mg/día en ayunas		2 comprimidos 150 mg/día 8 horas entre tomas
Vareniclina	Días 1-3	Días 4-7	2 comprimidos 1 mg/día 8 horas entre tomas
	1 comprimido 0,5 mg/día por la mañana	2 comprimidos 0,5 mg/día 8 horas entre tomas	

ANEXO 3: RECOMENDACIONES PARA DEJAR DE FUMAR

Consejos que el paciente no debe olvidar

- Piensa en dejar de fumar sólo por el día presente.
- Dejar de fumar es difícil, pero no imposible, merece la pena dedicarle tiempo y esfuerzo adicional.
- Procura comer muchas veces y poco cada vez. Evita el consumo de bebidas alcohólicas y excitantes. Los zumos naturales, las verduras, las frutas y el pan integral serán tus mejores alimentos durante este periodo.
- Durante los primeros días sentirás un deseo intermitente y muy fuerte de fumar. Pero poniendo en práctica técnicas de relajación y respiración, así como actividades que te distraigan, se superan.
- A medida que pasa el tiempo disminuyen los riesgos atribuibles al tabaco, como cáncer de pulmón o infarto de miocardio.
- Mejora el olfato, el gusto y el estado de la piel.
- Las situaciones de tensión o de estrés se pueden superar sin un cigarrillo.
- Date un premio con el dinero que ahorras cada día (el dinero que derrochabas antes en tabaco).
- Vigilando un poco la dieta y haciendo ejercicio el peso se puede mantener.
- Felicítate cada día por el logro que estas consiguiendo.
- No ceda nunca, ni siquiera por un solo cigarrillo.

CONTROL DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA₂

SÍNTOMA	CONSEJOS PARA CONTROLARLO
DESEO INTENSO DE FUMAR	<p>Espere. Las ganas de fumar duran un par de minutos y cada vez serán menos frecuentes e intensas. Cambie de lugar o situación.</p> <p>Beba agua o zumo.</p> <p>Mastique chicle sin azúcar.</p> <p>Permanezca ocupado: aficiones, deportes.....</p>
IRRITABILIDAD	<p>Pasee.</p> <p>Dúchese o tome un baño.</p> <p>Beba infusiones relajantes.</p> <p>Haga técnicas de relajación y respiración.</p> <p>No consuma café o bebidas excitantes.</p>
DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN	<p>No se exija un alto rendimiento durante un par de semanas.</p> <p>Duerma más.</p> <p>Evite bebidas alcohólicas.</p> <p>Haga deporte.</p>
AUMENTO DE APETITO	<p>Beba mucha agua y líquidos.</p> <p>Evite grasas y dulces.</p> <p>Aumente las verduras y las frutas en la dieta.</p> <p>Coma con más frecuencia y menor cantidad.</p>
INSOMNIO	<p>Evite café, té y colas por las tardes.</p> <p>Aumente el ejercicio físico por la tarde.</p> <p>Al acostarse tómese un vaso de leche caliente, tila o valeriana.</p> <p>Evite las siestas.</p> <p>Sea muy regular con los horarios de sueño.</p> <p>Cene ligero y dos horas antes e acostarse.</p>
	Mantenga su actividad.

CANSANCIO, DESÁNIMO	Haga lo que más le guste. Prémiese. Evite la soledad. Busque compañía de amigos. Aumente las horas de sueño.
ESTREÑIMIENTO	Camine. Haga ejercicio. Dieta rica en fibra. Beba muchos líquidos, sobre todo agua. Sea regular en sus hábitos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dominguez Grandal F, Castañal Canto X. Guía de Tabaquismo. Grupo de Tabaquismo de la Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria (semFYC). Junio 2011
2. Manual SEPAR de Procedimientos. Manejo diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en la práctica clínica. 2015
3. Sistema Sanitario Público de Andalucía. Plan de Tabaquismo en Andalucía 2005-2010. Consejería de Salud Junta de Andalucía. Sevilla 2005
4. Ramos Pinedo A, De Higes Martínez E, García-Salmones Martín M. Diagnóstico clínico del tabaquismo En: Manual de Tabaquismo Solano Reina S, Jiménez Ruiz CA, Riesco Miranda Juan A. Ed. Respira. 2012; 61–70.
5. Jiménez Ruiz CA, Riesco Miranda Juan A, Altet Gómez N, Lorza Blasco JJ, et al. Tratamiento del tabaquismo en fumadores con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Normativa SEPAR. Arch Bronconeumol. 2013; 49(8):354–63.
6. Ramos Pinedo A, Prieto Gómez E. Estudio clínico del fumador En: Tratado de tabaquismo Jiménez Ruiz CA. Fagerström KO. Madrid 3ª Edición. 2011; 295–308.
7. Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Torrecilla García M, Domínguez Grandal F, Díaz Maroto Muñoz JL, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso .Arch Bronconeumol .2003; 39:35–41.
8. Hughes JR, Rennard SI, Fingar JR, Talbot SK, Callas PW, Fagerstrom KO. Efficacy of varenicline to prompt quit attempts in smokers not currently trying to quit: a randomized placebo-controlled trial. Nicotine Tob Res . 2011; 13:955–64.
9. Fagerström KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. J Behav Med . 1989; 12:159–82.
10. Pomperleu OF, Fagerström KO, Marks JL, et al .Development and validation of a self rating scale for positive and negative reinforcement smoking: The Michigan Nicotine Reinforcement Questionnaire. Nic Tob Res . 2003; 5:711–8.
11. Shiffman S. Measuring craving and withdrawal. European Conference of SRNT. Madrid October 2007.