

PROCESO
ASISTENCIAL INTEGRADO
PARA LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS FUMADORAS

Edita: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud. Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria. Valladolid.
Diciembre de 2019

Diseño y maquetación: Ernesto Mitre
Documento disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/taquismo>

**PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO
PARA LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS FUMADORAS**

GRUPO DE TRABAJO EN 2019

Cascón Perez-Teijón, Sara María. Medica de Familia. CS Guareña. Zamora.
Flores Santos, Raquel. Medica de Familia. CS Bañeza I. León.
García Lobato, Elena. Farmacéutica. Dirección Técnica de Asistencia Farmacéutica. Gerencia Regional de Salud.
García Ortiz, Alejandra. Farmacéutica. Dirección Técnica de Asistencia Farmacéutica. Gerencia Regional de Salud.
González Bustillo, M^a Begoña. Técnica del Servicio de Coordinación Asistencial, Sociosanitaria y Salud Mental. Gerencia Regional de Salud
Herrero Callejo, Sara. Enfermera. CS Barrio España. Valladolid Este.
Juarros Martinez, Santiago Antonio. Neumólogo. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.
Lázaro Asegurado, Lourdes. Neumóloga. Hospital Universitario de Burgos.
Sánchez Cerezal, Jose Angel. Enfermero. C.S Virgen de la Concha. Zamora.
Vázquez Mallada, Delio. Médico de Familia. C.S Bembibre. El Bierzo.

GRUPO DE TRABAJO EN 2012

Javier Delgado Rodríguez. Médico de Familia. C.S. Zamora Sur.
Fidel Martínez Toribio. Unidad de Tabaquismo de Zamora.
Julio Mata Poyo. Médico de Familia. C.S. Tábara. Zamora.
Jesús Mateos Rodríguez. Médico de Familia. C.S. Sayago. Zamora.
Miguel Pérez del Val. Médico de Familia. C.S. Parada del Camino. Zamora.
Jacinto de la Vega Carnicero. Enfermero. C.S. Guareña. Zamora.
Cristina López Hernández. Médico de Familia. Técnico de Salud GAP Zamora.

COORDINADORES TÉCNICOS

Raquel Cortés Sancho. Técnico de la Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud.
M^a del Mar Echevarría Zamanillo. Técnico de la Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud.
Ángel Vega Suarez. Coordinador Médico de Equipos. Gerencia de Atención Primaria de Salamanca.
M^a Concepción Velasco Velado. Jefa del Servicio de Organización de Centros Asistenciales. Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud.

APOYO ADMINISTRATIVO

Olga Burgos Manjarrés. Auxiliar administrativo. Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud.

CONFLICTO DE INTERESES

Todos los miembros del grupo de trabajo han realizado una declaración de intereses, que constan en el Servicio de Organización de Centros Asistenciales de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos el esfuerzo realizado a todos los profesionales y pacientes que de alguna manera han participado con sus aportaciones y opiniones en la elaboración de este proceso asistencial y esperamos que sea de utilidad para conseguir una atención sanitaria de calidad.

REFERENCIA DE GÉNERO

Las referencias al género masculino contenidas en el presente documento se entenderán referidas también a su correspondiente femenino, y en sentido inverso.

COLABORAN

Sociedad Castellano Leonesa y Cántabra de Patología Respiratoria. SOCALPAR.

Sociedad Castellano Leonesa de Medicina Familiar y Comunitaria. SocalemFYC.

Asociación de Enfermería Comunitaria. AEC.

Asociación Castellano Leonesa de Enfermería Familiar y Comunitaria. ACALEFYC.

Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. SEMERGEN.

Comisionado Regional para la Droga. Consejería de familia e igualdad de oportunidades. (de Álvaro Prieto, M^a Ángeles. Jefe del Servicio de Asistencia a Drogodependientes. Palacios Sanibo, Mercedes. Técnico del Servicio de Asistencia a Drogodependientes.)

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
1 Misión, destinatarios y alcance del proceso	15
2 Mapa del proceso.....	17
3 Actividades del proceso:.....	19
- Captación oportunista de las personas fumadoras: identificación, clasificación, intervención.	21
- Atención a la persona fumadora en fase de preparación para la acción	26
- Atención a la persona fumadora que ha pasado a la acción.....	29
- Atención a la persona fumadora que se encuentra en fase de acción: seguimiento.	31
- Atención a la persona fumadora en fase de mantenimiento: de 6 meses a 1 año.....	32
- Atención a la persona fumadora en fase de recaída.	33
4. Evaluación del proceso	34
5 Anexos	37
LISTADO DE ACRÓNIMOS	57
BIBLIOGRAFÍA	59
ENLACES DE INTERÉS	61

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como fumador a toda persona que haya fumado al menos un cigarrillo al día durante el último mes. El consumo de tabaco es factor de riesgo de diferentes patologías y enfermedades crónicas como el cáncer, enfermedades pulmonares y cardiovasculares y es la primera causa conocida de mortalidad y morbilidad evitables; constituye el principal problema para la salud pública en los países desarrollados.

El 27 de febrero de 2005 entró en vigor el **Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT)** propuesto por la OMS y que actualmente cuenta con 181 países, que representan a más del 90% de la población mundial. El CMCT es un tratado internacional de mínimos necesarios para proteger el derecho a la salud de la población, mediante el desarrollo de políticas que contemplen el incremento de los impuestos, la información a los consumidores sobre los riesgos del consumo, la prohibición de la publicidad, la promoción de espacios públicos libres de humo, y la financiación de programas de prevención y tratamiento de la dependencia al tabaco (World Health Organization, 2003). <https://www.who.int/fctc/cop/about/es/>

En 2004 la Comisión Europea examinó la situación de los países de la Unión en relación al desarrollo de sus políticas sobre tabaquismo (European Commission, 2004) incluyendo las seis intervenciones consideradas más coste-efectivas para el control del tabaquismo: el incremento del precio, la prohibición de la publicidad, las prohibiciones y restricciones de fumar en lugares públicos y en el lugar de trabajo, la información, el uso de los media y la publicidad y las advertencias sanitarias en los productos del tabaco así como el tratamiento para ayudar a dejar de fumar a las personas que han desarrollado una dependencia a la nicotina, incluyendo el acceso a los fármacos; sólo mediante la combinación de todas las medidas mencionadas, será posible conseguir una disminución significativa de la prevalencia del tabaquismo.

La OMS señala además que, si se quiere conseguir una reducción significativa de la morbilidad y mortalidad causadas por el consumo de tabaco en los próximos 30 a 50 años, las medidas de prevención y control deben ir acompañadas de una política asistencial eficaz (World Health Organization, 2003 y World Health Organization, 2004).

Recomendaciones de la OMS a los Sistemas sanitarios para la asistencia a los fumadores

Cada centro sanitario debería poner en marcha un sistema de identificación y registro de pacientes que fuman cuando acuden a consulta.

Todos los sistemas sanitarios deberían proporcionar educación, recursos y respuestas para promover intervenciones para ayudar a dejar de fumar.

Los centros sanitarios deberían dedicar personal que proporcione tratamientos para ayudar a dejar de fumar y asegurarse que se proporciona dicho tratamiento al evaluar las actividades realizadas.

Los hospitales deberían promover políticas que apoyen y proporcionen servicios para ayudar a dejar de fumar.

Los sistemas sanitarios deberían incluir los tratamientos para el abandono del tabaco (de tipo conductual y farmacológico), como una parte más de los servicios que prestan a sus usuarios.

Los sistemas sanitarios deberían recompensar a los clínicos por proporcionar tratamientos efectivos para la cesación tabáquica, e incluir estas intervenciones entre las obligaciones de los sanitarios.

En España, la aprobación de la **Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco** y su modificación 42/2010, constituyó un avance importante en la dirección marcada por los organismos internacionales, y los diversos desarrollos que en este campo se están produciendo en todas las comunidades autónomas constituyen la garantía de que los progresos en el campo del tratamiento del tabaquismo se están acelerando.

La evidencia científica muestra inequívocamente que **el consumo de tabaco sigue siendo el principal problema de salud pública de nuestro país**, tanto por la morbi-mortalidad que genera como por la disminución que ocasiona en las expectativas de calidad y esperanza de vida. Existen medidas eficaces de control de tabaco que se han llevado a cabo en otros países, también de nuestro entorno, y que en España aún no se han aplicado o se han llevado a cabo de manera parcial o deficiente.

El tabaquismo es un problema de salud que es evitable y que afecta directamente a una cuarta parte de la población adulta. Castilla y León tiene un 24.86 % de fumadores actualmente (diarios u ocasionales) de 15 o más años (25.50 % hombres y 24.23 % mujeres) según la Encuesta Nacional de Salud 2017. Existen diferencias de género, el 40.83 % de las personas que fuman consumen entre 10-19 cigarrillos al día (42.34 en hombres-39.36 % en mujeres) y el 23.53 % consumen más de 20 cigarrillos al día (28.10 hombres-19.12 % mujeres).

La edad media de inicio en el consumo diario de tabaco resulta semejante en chicos y chicas. Aunque ellos son los primeros que prueban el tabaco, se inician más tarde en su consumo diario (14,7 años) que las chicas (14,6 años). La mayor diferencia se encuentra en el segmento de 18 años, donde el consumo diario se establece en el 20,4% para los chicos y el 24,0 % de las chicas. En ambos casos, el mayor incremento del consumo diario se produce entre los 17 y los 18 años.

Evidencias del tabaquismo desde la perspectiva de género

Informe para el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas. **Control del Tabaco en España: Asignatura pendiente para la protección de la Salud de las Mujeres en España**. Firmado por 23 organizaciones científicas del ámbito sanitario y civil (entre ellas SEMFYC, FAECAP, SEMI, SEPAR y SESPAS) Julio 2019 <https://www.fesemi.org/publicaciones/semi/otras/informe-control-tabaco-espana>

1. Aunque la prevalencia sigue siendo más frecuente entre los hombres, se observa un incremento entre las mujeres, especialmente en los grupos de edad más jóvenes, siendo las prevalencias de consumo muy similares en ambos sexos entre 15 a 24 años.
2. Determinantes en el inicio de consumo: los factores que incrementan el riesgo entre chicas adolescentes son diferentes a los chicos, estando muy ligados a la percepción del tabaco como una estrategia de control del peso y del estrés, y como elemento que les proporciona libertad, madurez y estar a la moda (construido por la publicidad de la industria).

3. Las motivaciones para el mantenimiento del consumo en las mujeres suelen tener que ver con reducir emociones que generan malestar (tristeza ansiedad) y en menor medida influye el control del peso y la aparición de síntomas depresivos al plantearse el abandono. Esto debe tenerse en cuenta en el abordaje.
4. El abandono del tabaco se está produciendo en mayor medida en hombres que en mujeres. Según los estudios la conducta de fumar entre mujeres puede estar más influenciada por componentes conductuales y menos por la dependencia de nicotina, y por lo tanto el tratamiento debe ser personalizado a cada persona.
5. La mortalidad atribuible al tabaco desde el año 2000 ha aumentado en mujeres y ha descendido en hombres, debido a la incorporación más tardía de las mujeres en la epidemia del tabaco.
6. La incidencia de cáncer ha aumentado el doble en mujeres que en los hombres debido al cáncer de pulmón como consecuencia principalmente del tabaquismo.
7. El riesgo del tabaco para la enfermedad cardiovascular es muy superior en hombres que en mujeres: por cada 10 cigarros que se fuman por día, el riesgo de muerte por enfermedad cardíaca aumenta 31% en mujeres y 18% en hombres.
8. Esfera sexual y reproductiva: hay un mayor retraso en la en la concepción y reducción de la fertilidad (el doble) en mujeres fumadoras, así como los conocidos riesgos en el embarazo. También existe un riesgo de adelanto de la menopausia en mujeres de las fumadoras en torno a los 2 años.

El consumo de tabaco es responsable cada año en España de la muerte de una media estimada de 51.870 personas que en su mayor parte empezaron a fumar mucho antes de alcanzar la mayoría de edad. Según el informe **Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España 2000-2014**. Madrid, Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2016, en los hombres 9 de cada 10 muertes por cáncer son atribuibles al tabaco, lo que supuso la mitad de las muertes atribuibles al tabaco. Durante el quinquenio 2010-2014 del conjunto de muertes atribuibles al tabaco fueron debidas a muertes por cáncer de pulmón (33.1 %), a muertes por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (20.3 %) y a muertes por enfermedad isquémica del corazón (12.5 %). Desde julio de 2019 se han diagnosticado en EEUU numerosos casos de daño pulmonar agudo en personas, la mayoría jóvenes, con antecedente de uso de vapeadores o cigarrillos electrónicos; algunos casos son graves incluso letales. Hasta la actualidad no se ha determinado la causa exacta de este proceso encontrándose en investigación.

El tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica, lo que supone un reconocimiento esencial para el diseño de políticas de prevención y control del tabaquismo, pues señala la necesidad de desarrollar una estrategia eficaz de tratamiento de las personas fumadoras que no las discrimine respecto a las que tienen dependencia a otras drogas para las que sí existe una respuesta asistencial adecuada en España.

El tabaquismo puede incrementar las desigualdades sociales en salud, con un aumento de la incidencia de las enfermedades relacionadas con el tabaco y la mortalidad prematura por la misma causa, desigualdades que ya se han producido en hombres y todas las evidencias señalan que en un plazo corto de tiempo también afectarán a mujeres. Incrementa también las desigualdades de género en salud, lo que ha de tomarse en cuenta en todo lo relativo a la asistencia para dejar de fumar. Al igual que otros colectivos en desigualdad, las mujeres pueden requerir un abordaje específico, que tenga en cuenta sus necesidades y expectativas diferenciadas.

Disponemos de tratamientos efectivos para ayudar a dejar de fumar, que deben hacer revertir la baja tasa de éxito de los intentos de abandono sin ayuda (3-5%). Ayudar a dejar de fumar es una actividad costo-efectiva. Tanto las intervenciones de baja intensidad (consejo sanitario y oferta de tratamiento farmacológico) dirigidas a amplios grupos de población que desean dejar de fumar como las intervenciones más intensivas dirigidas a grupos de especial necesidad han demostrado ser eficientes. Las actuaciones asistenciales complementan el resto de medidas de prevención y control, siendo un elemento esencial para controlar el consumo de tabaco y reducir sus efectos sobre la salud de la población, con beneficios directos a corto, medio y largo plazo.

Se denominan productos del tabaco los que están hechos total o parcialmente con tabaco, sean para fumar, chupar, masticar, esnifar o vapear. Todos contienen nicotina, un ingrediente psicoactivo muy adictivo. **Las formas de fumar o consumir tabaco han ido evolucionando con el tiempo** (ver TABLA): cigarrillos convencionales (procesados), tabaco de liar, pipas de agua/cachimbos, cigarrillo electrónico/e-cigarrillo, productos de tabaco por calentamiento (PTC). En los últimos años están aumentando y sobre todo en adolescentes y adultos jóvenes las nuevas formas de fumar: pipas de agua, cigarrillo electrónico, PTC.

Los dispositivos electrónicos de liberación de nicotina como los cigarrillos electrónicos y los productos de tabaco por calentamiento y no por combustión, como los cigarrillos IQOS (I Quit Ordinary Smoking), se presentan como productos de reducción del daño y recomendados para dejar de fumar. Sin embargo, la evidencia nos demuestra que estos productos producen adicción, y la cantidad y concentración de las sustancias tóxicas detectadas en el humo de estos productos, son capaces de producir enfermedad. La población no percibe el riesgo en estos productos. No hay evidencia suficiente para afirmar que los productos de tabaco por calentamiento y los cigarrillos electrónicos sean menos nocivos para la salud que los productos de tabaco convencional, ni para aquellas personas que los consumen, ni para aquellas expuestas a sus emisiones. Tampoco hay evidencia científica de que sirvan para dejar de fumar, siendo frecuente el consumo dual de cigarrillo convencional y e-cigarrillo.

El protagonismo de la Atención Primaria (AP) en la atención a las personas que fuman. Se estima que un 75% de la población acude a su consulta de medicina de familia al menos una vez al año, y que las personas que fuman lo hacen con una frecuencia mayor que las que no fuman. La asistencia al tabaquismo debe centrarse en un fuerte compromiso del primer nivel de atención sanitaria que ha de proporcionar ayuda al fumador, y es una tarea ineludible de los profesionales de AP promoviendo la intención de dejar de fumar y proporcionando ayuda eficaz a quienes han decidido intentarlo.

Los profesionales de AP son la clave para proporcionar esta ayuda, debido fundamentalmente a que presentan unas características especiales favorecedoras de su actuación: la proximidad a las personas y la frecuentación hacen que puedan intervenir en un gran número de personas en muchas ocasiones. Tienen además mayor facilidad y predisposición para la educación sanitaria y la motivación (credibilidad ante el fumador), así como conocimiento del paciente y su entorno socio familiar. Se suma además la visión multidisciplinar y de trabajo en equipo que facilita la visión global del problema.

Se considera necesario en este momento generar un nuevo impulso que contribuya a potenciar la atención integral al tabaquismo desde el sistema de salud de Castilla y León. La utilización de **la metodología de gestión por procesos en la asistencia al tabaquismo** constituye una importante oportunidad de mejora y garantía de cara a los resultados, contribuyendo a enriquecer y facilitar la tarea de los profesionales de cada nivel asistencial y propiciando altos niveles de eficiencia en el desarrollo de sus funciones. El fin es mantener bajo control los procesos de atención al fumador en sus diferentes niveles asistenciales, estableciendo unas pautas de actuación basadas en la evidencia científica y evitando que se produzca una variabilidad excesiva en el proceso asistencial que dé lugar a ineficiencias, siempre bajo la perspectiva de la mejora continua y la búsqueda de la equidad.

OBJETIVOS GENERALES

- Reducir la prevalencia de tabaquismo en Castilla y León.
- Disminuir la morbilidad atribuible al consumo de tabaco en la población de Castilla y León reduciendo así el gasto sanitario por tabaquismo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aumentar la detección temprana de las personas consumidoras de tabaco, advirtiendo de los peligros de su consumo y ofreciendo ayuda a las personas que deseen dejar de fumar.
- Establecer el diagnóstico de fase en el que se encuentra la persona fumadora.
- Aumentar la accesibilidad al tratamiento en las distintas fases del cambio del paciente fumador, procurando la satisfacción de las personas que quieren dejar de fumar.
- Promover la continuidad asistencial mediante la coordinación entre Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH) para el seguimiento de estos pacientes.
- Mejorar la accesibilidad y la calidad de la atención, contribuyendo a la atención integral e integrada de los pacientes, facilitando el acceso de la población fumadora a profesionales sanitarios entrenados en el abordaje del consumo de tabaco y en el tratamiento del tabaquismo.

FORMAS DE CONSUMO DE TABACO

	Cigarrillos Convencionales (procesados)	Tabaco de liar	Pipas de agua Cachimbas	Cigarrillo electrónico/ e-cigarrillo	Productos de tabacopor calentamiento (PTC)
Nombre Comercial y forma			Shiha/Narguile/Aguile/Hookah/Hubble-Bubble/Goza	BLU/otros/JUUL Cigarrillos, pipa, cigarros, bolígrafo, pendrive USB	IQOS-Philip Morris/ PLOOM GLO/PAX/ iFUSE Cigarrillo
Mecanismo			El humo del tabaco pasa por un recipiente con agua	Dispositivo electrónico	Dispositivo electrónico
Base	Tabaco procesado que combustiona a 800°	Tabaco procesadoque combustiona a 800°	Con o sin tabaco + sustancias tóxicas	Cartuchos con líquidos	Tabaco procesado calentado a 300°-350° IQOS= más tabaco
Producto inhalado	Humo tóxico	Humo tóxico	Humo tóxico	Aerosol/vapor tóxico	Aerosol/vapor tóxico
Contenido	Nicotina + 4000 excipientes tóxicos	Nicotina + excipientes tóxicos	Hojas de tabaco (si o no) + aditivos + aromas + carbón para quemar	Nicotina+propilenglicol+glicerina+saborizantes+nitrosamina+ formaldehido+acetaldéhid+benzopirenos+silicatos+otros	Nicotina+propilenglicol+ glicerina + sabor mentolado
Cantidad de nicotina absorbida	1-2 mgr.			BLU=0.0 mgr/0.8 mgr/1.6 mgr JUUL= 1.8 mgr	1-2 mgr.
Seguridad	No existe límite máximo de seguridad asociado	No existe límite máximo de seguridad asociado	No existe límite máximo de seguridad asociado	No existe límite máximo de seguridad asociado	No existe límite máximo de seguridad asociado
Falsas creencias	Controla los nervios Adelgaza	Más natural Más saludable	Menos perjudicial No crea adicción, no hay nivel máximo de riesgo, el humo ambiental no perjudica	Menos perjudicial Ayuda a dejar de fumar Reduce daños	Menos perjudicial Ayuda a dejar de fumar Reduce daños
Legislación	Se aplica la ley del tabaco	Se aplica la ley del tabaco	Se aplica la ley del tabaco, si contiene tabaco	No se puede fumar en centros sanitarios, escolares, edificios de la administración, parques infantiles y transporte público	Se aplica la ley del tabaco
Otros			Mentol= favorece la inhalación e incrementa la absorción de nicotina	Nicotina letal 5-1 mgr/kg Adultos=50 mgr Niños= 6 mgr ¡Ojo con los cartuchos e-cigarrillos!	

Fuente: adaptado de PAPfs

1 MISIÓN, DESTINATARIOS Y ALCANCE DEL PROCESO

MISIÓN DEL PROCESO

Disminuir la prevalencia del tabaquismo en Castilla y León, reducir las complicaciones y la morbimortalidad atribuible al tabaco en la población, mediante una mejora en la asistencia del proceso de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo fundamentada en la evidencia científica disponible, y consensuar unos mínimos básicos que permitan orientar las actuaciones asistenciales de calidad sobre la persona fumadora en nuestra Comunidad Autónoma.

DESTINATARIOS DEL PROCESO

Personas de Castilla y León, de 15 o más años de edad, que fumen de forma diaria, semanal u ocasional. Se define como fumadora a toda persona que haya fumado al menos un cigarrillo al día (u otro producto de tabaco equivalente) durante el último mes.

ALCANCE DEL PROCESO

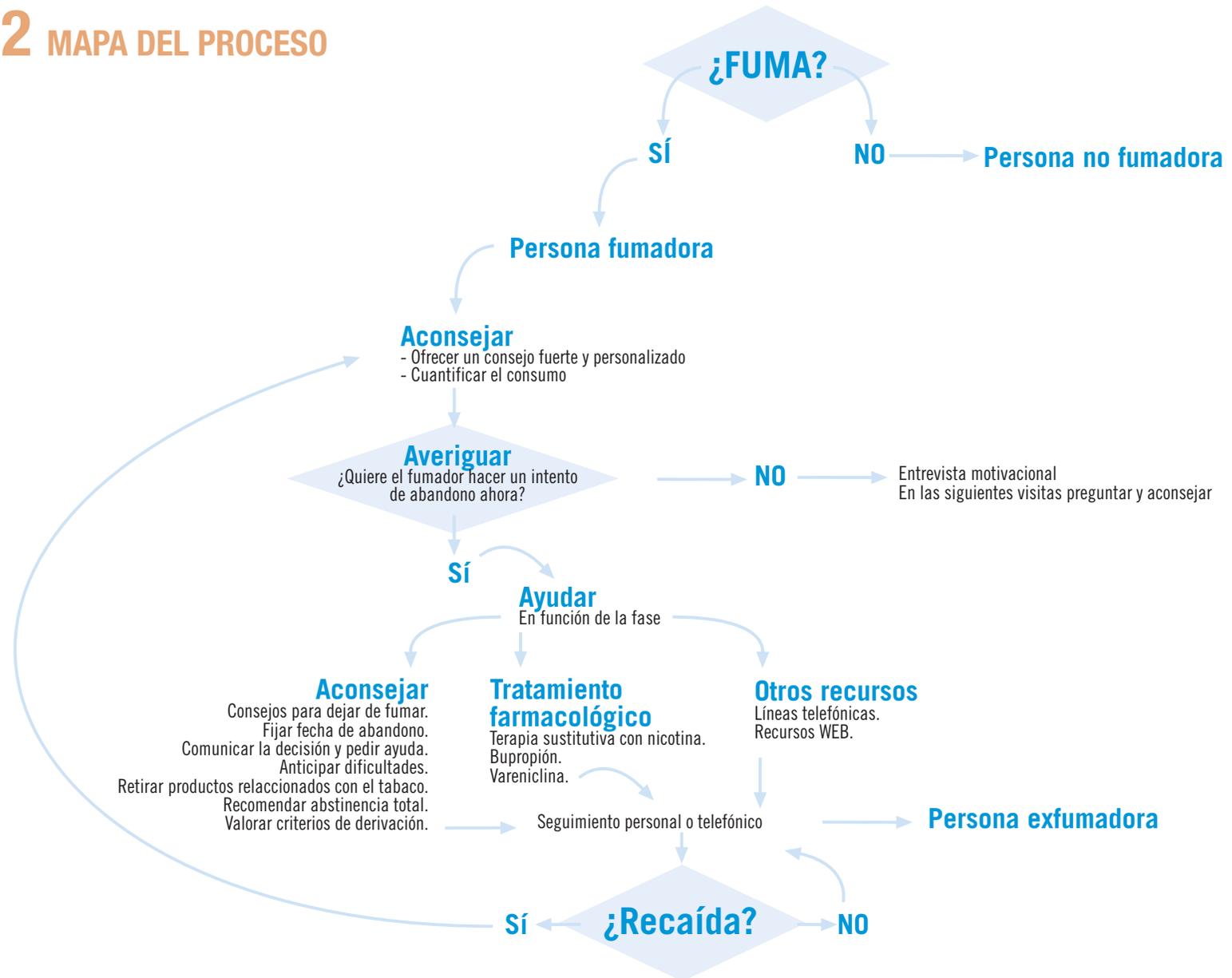
Inicio del proceso

- Persona fumadora de 15 o más años de edad, que consume tabaco de forma diaria, semanal u ocasional, detectada por cualquiera de los distintos ámbitos o servicios asistenciales, con motivo de cualquier consulta o solicitud de atención, o bien con motivo de un ingreso hospitalario.

Final del proceso

- Persona que lleva más de un año en abstinencia continua.
- Exclusión voluntaria del paciente.
- Traslado a otra comunidad autónoma.
- Fallecimiento del paciente.

2 MAPA DEL PROCESO



3 ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
Captación oportunista de las personas fumadoras: identificación, clasificación, intervención breve.	Ficha 1	Enfermera y/o médico de AP y AH.
Atención a la persona fumadora en fase de preparación.	Ficha 2	
Atención a la persona fumadora que ha pasado a la acción.	Ficha 3	
Atención a la persona fumadora que se encuentra en fase de acción: seguimiento.	Ficha 4	
Atención a la persona fumadora en fase de mantenimiento: de 6 meses a 1 año.	Ficha 5	
Atención a la persona fumadora en fase de recaída.	Ficha 6	

CAPTACIÓN OPORTUNISTA DE LAS PERSONAS FUMADORAS

IDENTIFICACIÓN-CLASIFICACIÓN-INTERVENCIÓN BREVE

QUIÉN Todos los profesionales sanitarios implicados en la asistencia sanitaria de ambos niveles asistenciales: médico, enfermera, matrona, fisioterapeuta, odontólogos

CUÁNDO Durante la atención en consulta de AP y/o AH de toda persona de 15 años o más años de edad.

CÓMO IDENTIFICAR A LAS PERSONAS FUMADORAS

- Interrogar sobre el consumo de tabaco a todas las personas que acuden para asistencia sanitaria. Preguntar si fuma o ha fumado alguna vez, también sobre el consumo mediante otros dispositivos susceptibles de liberación de nicotina.
- Preguntar sobre el consumo de otro tipo de sustancias con el tabaco (cannabis, otras drogas...).
- Durante todo el proceso se recomienda seguir la estrategia de las 5 Aes para realizar intervención breve. **(Anexo 1)**.

CUANTIFICAR EL CONSUMO DE TABACO

Centrado en 3 preguntas clave: ¿fuma?, ¿cuánto? y ¿años de fumador? Calcular el índice años-paquete (IAP=nº de cigarrillos/día multiplicado por el nº de años que lleva consumiendo esa cantidad y dividido por 20).

REALIZAR DIAGNÓSTICO DE FASE: (Anexo 2).

- Identificar la fase de motivación para el cambio en la que se encuentra la persona fumadora y planificar intervenciones en función de esta.
- Independientemente de la fase en la que se encuentre el paciente, en caso de que tenga algún otro factor de riesgo cardiovascular (HTA, diabetes mellitus...) y, sobre todo, alguna enfermedad cuyo pronóstico depende de la abstinencia del consumo de tabaco (cardiopatía isquémica, EPOC, claudicación intermitente...), realizar intervenciones más intensivas para motivar al paciente para que deje de fumar.

Fases de motivación para el cambio

Fuente: <https://tejedordehistorias.wordpress.com/2015/12/10/las-fases-del-cambio-el-modelo-transteorico-de-prochaska-ydiclemente/>



CAPTACIÓN OPORTUNISTA DE LAS PERSONAS FUMADORAS**IDENTIFICACIÓN-CLASIFICACIÓN-INTERVENCIÓN MÍNIMA****CÓMO****SI NO FUMA**

- Si nunca ha fumado, clasificar como persona no fumadora y refuerzo positivo.
- Si lo ha dejado, felicitar y preguntar cuanto tiempo hace que lo dejó:
 - Si hace menos de 6 meses, clasificar como persona fumadora en fase de acción (**ficha 3 y 4**).
 - Si lleva entre 6 y 12 meses, clasificar como persona fumadora en fase de mantenimiento (**ficha 5**).
 - Si lleva más de 12 meses sin fumar clasificar como persona exfumadora.

SI FUMA**Preguntar si quiere dejar de fumar:**

- Si la persona no está dispuesta a dejar de fumar, clasificar en FASE DE PRECONTEMPLACIÓN:
 - Consejo breve sistematizado con una posible periodicidad mínima de dos años. Con una posible periodicidad de cada 6 meses, no antes.
 - Entregar guía/folletos informativos.
 - Ofrecer siempre disposición de apoyo por parte del personal sanitario para el abandono.
- Si no quiere dejarlo ahora pero está dispuesto a dejar de fumar en los próximos 6 meses, clasificar como persona en FASE DE CONTEMPLACIÓN:
 - Ofrecer apoyo para que lo intenten.
 - Informar de la poca utilidad de la idea de fumar menos cantidad para conseguir dejar de fumar.
 - Valoración de la motivación en el contexto de la entrevista motivacional. (**Ver tabla 1**) Las 5 R para tabaquismo (**Anexo 3**) con el fin de estimular su motivación para dejarlo. Citar en 4-6 semanas con la intención de que pase a la fase de preparación. En caso de que no se consiga se realizará el mismo abordaje que en el caso de precontemplación.

CAPTACIÓN OPORTUNISTA DE LAS PERSONAS FUMADORAS

IDENTIFICACIÓN-CLASIFICACIÓN-INTERVENCIÓN MÍNIMA

CÓMO

Tabla 1 Principios de la entrevista motivacional

Expresar empatía	Aceptar al fumador facilita el cambio de conducta, por lo que es fundamental una escucha reflexiva adecuada. La ambivalencia del fumador ante el tabaco es normal.
Crear la discrepancia	Es importante que el fumador tome conciencia de las consecuencias de seguir fumando. Debemos intentar crear en él una discrepancia entre las consecuencias de seguir fumando y las razones para dejar de hacerlo, siendo el fumador el que debe presentar sus propias razones para el abandono del tabaco.
Evitar la discusión	Las discusiones del clínico con el fumador son contraproducentes. En muchas ocasiones, al argumentar contra el tabaco se provoca la defensa del fumador y ello hace aflorar las resistencias. La aparición de resistencias nos indica que debemos cambiar las estrategias que se han estado utilizando previamente.
Darle un giro a la resistencia	Las percepciones que tienen los fumadores sobre su conducta de fumar se pueden cambiar. El clínico debe sugerir nuevos puntos de vista sobre la conducta de fumar, sin imposiciones. El fumador es una fuente valiosa a la hora de encontrar soluciones a los problemas de su propia conducta.
Fomentar la autoeficacia	La confianza en la posibilidad de cambiar es un factor motivacional importante. El fumador es responsable de escoger y llevar a cabo un cambio personal. Si el terapeuta cree en la capacidad de cambio del paciente, el cambio se facilita.

Fuente: Miller W.

CAPTACIÓN OPORTUNISTA DE LAS PERSONAS FUMADORAS

IDENTIFICACIÓN-CLASIFICACIÓN-INTERVENCIÓN MÍNIMA

CÓMO

- Si la persona está dispuesta a dejar de fumar en el próximo mes clasificar en FASE DE PREPARACIÓN PARA LA ACCIÓN (Ficha 2)
- Felicitar por la decisión tomada.
- Ofrecer material de apoyo, guía práctica para dejar de fumar para pacientes (Anexo 4).
- Evaluar el grado de motivación (Anexo 5) y de dependencia mediante test de Fagerström. (Anexo 6).
- Realizar diagnóstico del grado de tabaquismo (ver tabla).
- Valorar si cumple criterios de derivación a Unidad Especializada en Tabaquismo. (Anexo 7).
- Preguntar: “¿Quiere ayuda profesional programada para dejar de fumar?”

No quiere ayuda: desea dejar el consumo por su cuenta; se propone fijar una fecha y se oferta nueva consulta después del día D para valorar y reforzar el proceso de abandono.

Sí quiere ayuda: intervención intensiva. (Ficha 2)

Ofrecer tratamiento combinado multicomponente para la deshabituación tabáquica: terapia cognitivo-conductual más tratamiento farmacológico si procede. Realizar plan de intervención programado individual o tratamiento grupal, si es posible. Tener siempre en consideración las preferencias del paciente para la toma de decisiones.

	Años /Paquete	CO (ppm)
Leve	<5	<15
Moderado	5-15	15-20
Severo	16-25	21-30
Muy severo	>25	>30

CAPTACIÓN OPORTUNISTA DE LAS PERSONAS FUMADORAS

IDENTIFICACIÓN-CLASIFICACIÓN-INTERVENCIÓN MÍNIMA

CÓMO

Motivación	FASE	Intervención
Ninguna	Precontemplación	Consejo sanitario. Intervención motivacional breve.
Decisión de dejar de fumar en los próximos 6 meses	Contemplación	Consejo sanitario. Intervención motivacional breve.
Decisión de dejar de fumar en el próximo mes	Preparación	Ayudar a dejar de fumar. Intervención intensiva individual y/o grupal. Visitas 1 a 3 antes del día D
Iniciar el plan pactado con el profesional	Acción	Ayudar y tratamiento farmacológico sí precisa. Intervención intensiva individual y/o grupal. Acordar visitas a los 7-15 días y 1, 3, 6 y 12 meses.
Más de 6 meses sin fumar	Mantenimiento	Acordar seguimiento y refuerzo
Volver a fumar	Recaída	Nueva valoración y reclasificación de la fase.

DÓNDE

Dependiendo del nivel asistencial en el que se realiza la captación del paciente fumador, y si no reúne criterios de derivación a Unidad Especializada en Tabaquismo :

- Pacientes captados en AP, iniciar intervenciones para dejar de fumar. **(Ficha 2)**
- Pacientes captados en servicio de Urgencias de AP y/o Urgencias Hospitalarias: registrar en el informe de alta y derivar a su equipo de AP para iniciar intervenciones para dejar de fumar.
- Pacientes captados en AH:
 - En caso de cumplir criterios de derivación **(Anexo 7)** se realizará el seguimiento en la Unidad Especializada de Tabaquismo.
 - Si no cumple criterios de derivación, realizar informe para AP para realizar seguimiento del proceso.

ATENCIÓN A LA PERSONA FUMADORA EN FASE DE PREPARACIÓN

- QUIÉN** Enfermera y/o médico de ambos niveles asistenciales.
- CUÁNDO** Cuando la persona ha decidido dejar de fumar en los próximos 30 días.
Tras la valoración integral de la persona fumadora, antes del día D realizar 1 a 3 visitas, individualizando según necesidades en cada caso.
- CÓMO**
- ANAMNESIS**
- Antecedentes personales: enfermedades y factores de riesgo cardiovascular (FRCV), patología psiquiátrica, otras adicciones...
 - Tratamientos farmacológicos, reacciones adversas a medicamentos.
 - Valorar consumo de tabaco: edad de inicio, nº de cigarrillos al día, IAP, motivos por los que fuma, y motivos por los que quiere dejar de fumar.
 - Intentos previos de abandono y recaídas: número, tratamientos realizados, duración máxima de abstinencia, fecha del último intento, motivos de recaída.
 - Valorar recursos de soporte social, como el apoyo e implicación de personas próximas al fumador (pareja, familiares, amigos, etc.).
 - Valorar grado de dependencia mediante Test de Fagerström. **(Anexo 6)**
 - Reforzar el estado de motivación en que se encuentra. **(Anexo 3)**
 - Valoración por patrones funcionales. **(Anexo 8)**
- EXPLORACIÓN FÍSICA**
- Presión arterial (PA), índice tobillo-brazo cuando el IAP sea mayor o igual a 10.
 - Peso, talla, IMC.
- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**
- Analítica básica, opcionalmente: hemograma, glucemia, LDL colesterol.
 - Cooximetría en aire espirado.
 - Espirometría para diagnóstico precoz de EPOC en personas ≥ 35 años, fumadoras con IAP ≥ 10 y síntomas respiratorios (tos, expectoración, disnea).
 - Estratificación del riesgo cardiovascular (RCV), electrocardiograma y radiografía de tórax, opcionalmente.
- Tras la valoración integral **establecer un plan de acción**
- Intervención intensiva: más de 30 minutos (tres o cuatro contactos de al menos 10 minutos).
 - Plan de cuidados del proceso tabaquismo. **(Anexo 8)**.
 - Tener siempre en cuenta las preferencias del paciente cuando haya que tomar decisiones.

ATENCIÓN A LA PERSONA FUMADORA EN FASE DE PREPARACIÓN

CÓMO

- Tomar la decisión compartida sobre la modalidad de intervención intensiva individual o bien ofrecer tratamiento grupal si es posible.
- Valorar si cumple criterios de derivación a Unidad Especializada de Tabaquismo ([Anexo 7](#)).

EN ATENCIÓN PRIMARIA

- Valorar la prescripción de tratamiento farmacológico, si cumple los criterios y teniendo en cuenta las preferencias del paciente. El tratamiento con terapia sustitutiva con nicotina, bupropión y vareniclina, aumenta considerablemente la tasa de abstinencia. ([Anexo 9](#)).
- Intervenir sobre el consumo de tabaco mediante la Estrategia de las 5 Aes ([Anexo 1](#)).
- **Intervención individual**
 - Establecer el día D, preferentemente en las siguientes 2-3 semanas.
 - Elaborar un listado de motivos para dejar de fumar y listado de motivos por los que fuma.
 - Buscar un ambiente de apoyo al fumador en su intento de abandono. Comunicarlo al entorno próximo.
 - Realizar cooximetría en aire espirado, lectura y explicación del resultado al paciente.
 - Anticipar las dificultades al dejar de fumar, sobre todo las primeras semanas, incluyendo los signos y síntomas de abstinencia. Estrategias de autocontrol.
 - Aconsejar una alimentación sana y un estilo de vida activo.
 - Eliminar todos los productos relacionados con el tabaco del entorno habitual. Antes de dejar de fumar, evitar fumar en los sitios en que se pasa mucho tiempo (casa, trabajo, coche, etc.).
 - Información práctica sobre cómo resolver problemas: abstinencia total, aprovechar experiencias anteriores, evitar/afrentar las situaciones asociadas al consumo de tabaco, limitar/evitar el consumo de alcohol, buscar el apoyo/respeto de los otros fumadores de su entorno.
 - Entregar material escrito de apoyo: Guía práctica para dejar de fumar ([Anexo 4](#)).

En caso de duda sobre la motivación del paciente o de su capacidad para encarar el cese del consumo, realizar consultas opcionales antes del día D; puede ser útil realizar de 1 a 3 consultas en función de la situación del paciente.

EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

- En pacientes no ingresados, se ofertará la posibilidad de realizar la intervención intensiva en AP o en la Unidad Especializada en Tabaquismo en función de sus preferencias de accesibilidad y de la existencia de criterios de derivación. Se acompañará de un informe escrito en el que se refleje la fase en la que se encuentra y su decisión de abandono para su médico de AP.
- En pacientes ingresados, contactar con el médico o enfermera de la Unidad Especializada de Tabaquismo para programar valoración específica ([Anexo 7](#)). All alta hospitalaria dejar constancia en el informe de alta y realizar seguimiento en AP.

ATENCIÓN A LA PERSONA FUMADORA EN FASE DE PREPARACIÓN**CÓMO****TRATAMIENTO GRUPAL**

Va dirigido a quienes sí consideran de forma firme que el fumar es un problema, están en las fases de Preparación o de Acción y consideran que necesitan ayuda profesional según el protocolo que se establezca. Esta intervención contribuye al cambio de actitud de las personas mediante la discusión, la reflexión y la propuesta de alternativas; cambio de actitud que tiene una importancia clave en el éxito de la intervención.

Se requiere por parte del profesional el desarrollo de un determinado rol como educador o educadora y la utilización de determinadas técnicas educativas grupales (tormenta de ideas, ronda de palabras, análisis de situaciones y toma de decisiones, demostración con entrenamiento, etc.) que posibilite a quienes quieren abandonar el consumo de tabaco:

- Investigar y expresar su realidad, autoexplorarse, conocer mejor sus motivaciones, evaluar ventajas e inconvenientes.
- Profundizar en el tema, disponer de más conocimientos, analizar su implicación en él, movilizar sus propios recursos, identificar necesidades, analizar dificultades y buscar alternativas.
- Abordar la situación, valorar distintas alternativas y decidir, desarrollar habilidades, experimentar y revisar sus propias acciones para el cambio. Las decisiones son suyas.

Las áreas de intervención en terapia grupal se centrarán en:

- Reforzar la motivación y el compromiso: revisar las razones para dejar de fumar y los beneficios de abandonar el tabaco.
- Trabajar expectativas y percepción de autoeficacia, asegurar la adherencia al tratamiento.
- Autoobservación y/o autorregistro: aumento de la concienciación y del conocimiento de la propia conducta de fumar (antecedentes, situaciones de mayor consumo, cigarrillos con más placer, etc.).
- Identificación de posibles conductas alternativas a la conducta de fumar (entrenamiento en técnicas de autocontrol, manejo del estrés, etc.).
- Entrenamiento en control de estímulos y extinción de la relación entre las situaciones y las conductas asociadas al tabaco.
- Retroalimentación, con datos objetivables por la persona, del beneficio obtenido al reducir el consumo de cigarrillos (monóxido de carbono en aire espirado).
- Valoración y registro del cumplimiento del tratamiento farmacológico y de los posibles efectos adversos.
- Facilitar la ayuda mutua entre los participantes del grupo de tratamiento.

ATENCIÓN A LA PERSONA FUMADORA QUE HA PASADAO A LA ACCIÓN

QUIÉN Enfermera y/o médico de ambos niveles asistenciales.

CUÁNDO En el curso de los primeros 7 y 15 días siguientes al día D. Visitas extra a demanda del paciente si lo precisa.

CÓMO PLAN DE ACCIÓN**Intervención intensiva individual**

- Reforzar la motivación y el compromiso: felicitar y valorar el esfuerzo realizado. Refuerzo positivo por los logros, con retroalimentación fisiológica (cooximetría en aire espirado).
- Toma de constantes: PA, peso.
- aconsejar sobre actividad física y alimentación saludable.
- Valorar la aparición de síntomas de abstinencia nicotínica e intervenir sobre ellos (Minnesota Nicotine Withdrawal Scale **(Anexo 10)**).
- Controlar la medicación y adherencia terapéutica: eficacia, reacciones adversas, ajuste de dosis si se precisa.
- Valorar dificultades encontradas.
- Reforzar el apoyo del entorno familiar, social y laboral.
- Entrenamiento en control de estímulos y debilitar progresivamente la relación entre las situaciones y las conductas asociadas al tabaco. Entrenamiento en autoeficacia.
- Definir las situaciones de riesgo y los pensamientos favorecedores del consumo. Evitar los estímulos ambientales, retirada de elementos que recuerden al tabaco (ceniceros, cajetillas, encendedores), evitar temporalmente la asistencia a bares, cafeterías, reuniones sociales... Si no pueden ser evitados, elaborar previamente estrategias de afrontamiento de las situaciones problema.
- Recomendar ocuparse en actividades nuevas, sustitutivas, que no estén asociadas al consumo de tabaco.
- Entrenamiento en técnicas sencillas de relajación para el manejo de situaciones de riesgo.
- Revisar el plan de cuidados.

Prevención de recaídas: ayudar a la persona fumadora a identificar y a utilizar las estrategias para prevenir una recaída **(Ficha 6)**

- Entrenamiento en estrategias de afrontamiento:
 - Estrategias cognitivas:
 - Imaginación (asociar fumar con consecuencias aversivas al tabaco).
 - Reestructuración cognitiva (cambio de percepción de la situación).
 - Autoinstrucciones (darse uno mismo instrucciones para mantenerse abstinentes).
 - Estrategias conductuales:
 - Relajación.
 - Actividad física.
 - Comportamientos alternativos más adecuados, e incompatibles con la conducta de fumar (actividad física y dieta saludable).

ATENCIÓN A LA PERSONA FUMADORA QUE HA PASADAO A LA ACCIÓN

CÓMO

- Habilidades asertivas (rehusar cigarrillos, solicitar apoyo durante una crisis, afrontar críticas, etc.) modelado, role-playing, etc.
- Retrasar el deseo de fumar.
- Entrenamiento en solución de problemas: hacer frente a situaciones esperables o que puedan desestabilizar su nueva situación como persona en proceso de abandono.
- Valorar otros problemas emergentes: ansiedad, depresión, sobrepeso...
- Revisar recaídas que hayan ocurrido en el pasado.
- Diferenciar entre desliz, caída puntual y recaída.
- En caso de recaída, registrar en la historia clínica la fecha y realizar estrategias para intentar de nuevo el abandono.
- Apoyo social, buscar el apoyo e implicación de personas próximas (pareja, compañeros, amigos).

Tabla. SÍNTOMAS DE LA ABSTINENCIA A LA NICOTINA (Anexo 10)

SINTOMA	DURACIÓN	ACTITUD
Confusión, aturdimiento	1 a 2 días	Saber que es una sensación que desaparece rápidamente
Cefalea	Variable	Aprender a relajarse
Astenia	2 a 4 semanas	Hacer ejercicio físico. Aumentar el tiempo de sueño
Tos	Menos de 7 días	Tomar líquidos abundantes
Opresión torácica	Menos de 7 días	Saber que se trata de una sensación pasajera
Alteraciones del sueño	Menos de 7 días	Evitar el consumo de excitantes por la noche (café, té, colas)
Estreñimiento	3 a 4 semanas	Tomar líquidos abundantes. Aumentar la ingesta de fibra dietética
Aumento del apetito	Algunas semanas	Controlar la cantidad y calidad de los alimentos (bajos en calorías) y realizar 3 o 4 comidas diarias regularmente
Disminución de la concentración mental	Algunas semanas	Saber que puede ocurrir y estar preparado para afrontarlo
Deseos intensos de fumar ("craving")	Principalmente las dos primeras semanas; posteriormente aparecerá con menor frecuencia	El deseo no suele durar más de 3 minutos. Realizar alguna actividad. Si no se domina, técnicas de relajación, respiración, pensar en otra cosa...

ATENCIÓN A LA PERSONA FUMADORA QUE SE ENCUENTRA EN FASE DE SEGUIMIENTO

- QUIÉN** Enfermera y/o médico de ambos niveles asistenciales.
- CUÁNDO** Consultas de seguimiento a los 30 días tras día D, a los 60 días y a los 3 meses, al menos.
Consultas extra a demanda del paciente si lo precisa.
- CÓMO**
- Ofrecer al paciente un programa de seguimiento. La periodicidad del mismo debe ser individualizada teniendo en cuenta que debe ser más intensivo durante las primeras semanas.

SESIÓN DE INTERVENCIÓN AVANZADA INDIVIDUAL

- Refuerzo de la motivación y del compromiso de la persona fumadora:
 - Revisar los objetivos pactados.
 - Felicitar y valorar el esfuerzo realizado.
 - Realizar cooximetría en aire espirado.
- Valorar la adherencia al plan terapéutico. Valoración y registro del cumplimiento del tratamiento farmacológico y de los posibles efectos adversos (**Anexo 9**). Valoración de eficacia y ajuste de dosis si es preciso.
- Valorar los síntomas de abstinencia más frecuentes (**ver tabla de ficha 3**): ganas de fumar, irritabilidad-enfado, ansiedad, dificultad de concentración, cansancio, cefalea, estreñimiento, aumento de apetito, depresión-tristeza, somnolencia... Minnesota Nicotine Withdrawal Scale (**Anexo 10**).
- Reforzar la motivación, valorando las dificultades encontradas, facilitando la verbalización de los beneficios y reforzándolos.
- Entrenamiento en control de estímulos y extinción de la relación entre las situaciones y las conductas asociadas al tabaco. Asesoramiento en técnicas conductuales.
- Entrenamiento en técnicas sencillas de relajación para el manejo de situaciones de riesgo. Entrenamiento de la autoeficacia.
- Reforzar apoyo social del entorno.
- Aconsejar sobre actividad física y alimentación saludable. Control de peso y consejo dietético.
- Prevención y actuación en caso de recaída, si ocurre, registrar la fecha en la historia clínica y personalizar las estrategias de afrontamiento, solución de problemas, apoyo social, etc. ante las distintas situaciones que se vayan produciendo. (**Ficha 6**)
- El seguimiento a los 3 meses del día D puede ser presencial o telefónico. En este momento, valorar la suspensión de tratamiento farmacológico.

En caso de **intervención grupal**, continuar con el programa establecido.

Ficha

5

ATENCIÓN A LA PERSONA EN FASE DE MANTENIMIENTO**QUIÉN**

Enfermera y/o médico de ambos niveles asistenciales.

CUÁNDO

Entre los 6 meses y un año desde el cese del consumo de tabaco.
Visita presencial al año y visitas extra a demanda del paciente si lo precisa.

CÓMO

Seguimiento presencial y/o telefónico, aunque es muy recomendable una visita estructurada como las anteriores.

- Valorar el grado de éxito. Realizar refuerzo positivo por los logros conseguidos, felicitar si sigue sin fumar. Facilitar la verbalización de los beneficios a largo plazo y reforzarlos.
- Cooximetría en aire espirado.
- Prevención y tratamiento de la recaída (**Ficha 6**), personalizar las estrategias de afrontamiento, solución de problemas, apoyo social, etc., ante las distintas situaciones que se vayan produciendo. En caso de recaída, registrar la fecha en la historia clínica y realizar estrategias para iniciar un nuevo intento de abandono.
- Valorar si persiste algún síntoma del síndrome de abstinencia a la nicotina (**Anexo 10**)
- Control de peso y consejo dietético.
- A los 6 y 12 meses registrar en la historia clínica la persistencia o no del abandono del consumo de tabaco. A los 12 meses registrar la condición de exfumador si mantiene abstinencia.

Ficha
6

ATENCIÓN A LA PERSONA EN FASE DE RECAÍDA

QUIÉN Enfermera y/o médico de ambos niveles asistenciales.

CUÁNDO En cualquier momento del proceso de abandono a partir del día D.

CÓMO

- Las recaídas son una parte del proceso normal de dejar de fumar y no han de considerarse como fracasos. Puede ocurrir en cualquier momento durante la fase de acción o mantenimiento y regresar a cualquiera de las fases anteriores.

Proceso de abandono del tabaco



- **Analizar las causas de la recaída:** situaciones concretas, factores fisiológicos, aspectos psicológicos... Los principales factores que la provocan son estados anímicos negativos, presión social, conflictos personales y, sobre todo, la aparición de los síntomas del síndrome de abstinencia (**ver tabla de ficha 3**). La intensidad disminuirá progresivamente después de las 2 primeras semanas de cesación, y será aliviada considerablemente mediante el tratamiento con sustitutos de nicotina.
- Valorar **otros problemas emergentes** que pueden ser motivo de recaída: cambios negativos en el estado de ánimo, síntomas depresivos, ganancia de peso... y realizar un abordaje adecuado.
- Entender la recaída como parte del proceso de abandono, sin dramatizar e intentando aprender de ella. Los primeros meses, con la sensación de control y con la insuficiencia de las habilidades de afrontamiento. Al año, con la fantasía de control y con la presencia de un estado de ánimo negativo (impulsividad, depresión, alta reactividad al estrés...).
- **Estrategias de prevención de la recaída:** recordar información básica (adicción, síntomas, síndrome y cómo manejarlo), repasar beneficios generales y personales de dejar de fumar, reforzar la decisión de abandono (motivos, aumentar la percepción de autoeficacia), identificar las situaciones de peligro (tomar café, alcohol, estar enfadado, nervioso...), manejar estas situaciones (estrategias de evitación, de distracción, de sustitución, alternativas...).
- Esta situación debe ser encauzada adecuadamente por el profesional sanitario manteniendo una adecuada empatía con el paciente. Supone una mayor experiencia y más expectativas de éxito en el siguiente intento de cesación.

ATENCIÓN A LA PERSONA EN FASE DE RECAÍDA**CÓMO**

- Todo desliz conlleva en el fumador un sentimiento de culpabilidad y pérdida de control que puede favorecer que siga fumando y la recaída se convierta en definitiva. No culpabilizar, ya que esto no implica fracaso, sino que forma parte del proceso de abandono. Sustituir el sentimiento de culpa por el de responsabilidad. La recaída es lo normal en una dependencia, es volver al patrón de consumo.
- Atribuir el consumo a causas controlables para poder **desarrollar expectativas de autoeficacia adecuadas.**
- Valorar la eficacia y efectos adversos del tratamiento previo. **Ofrecer la posibilidad de retomar el tratamiento mediante entrevista motivacional:**
 - En caso positivo, reiniciar desde la fase en que se encuentre.
 - En caso negativo, ofrecer apoyo para cuando considere que sea el momento oportuno.
- Concretar una cita futura con el objeto de intervenir en la motivación y seguir avanzando en la fase de cambio.

4 EVALUACIÓN DEL PROCESO

INDICADOR	FUENTE	PERIODICIDAD
<p>Porcentaje de personas de 15 o más años en cuya HC está registrada valoración del consumo de tabaco, Fórmula: Personas de 15 o más años en cuya HC está registrado el consumo de tabaco x 100/ Personas mayores de 15 años. Estándar de calidad de referencia: 70%.</p>	HCE	ANUAL
<p>Porcentaje de fumadores en cuya HC está registrado su diagnóstico de Fase. Fórmula: Fumadores en cuya HC está registrado su estado de Fase x 100/ Fumadores registrados que acuden a consulta en el último año. Estándar de calidad de referencia: 70%.</p>		
<p>Porcentaje de fumadores en cuya HC está registrada valoración de la dependencia nicotínica. Fórmula: Fumadores en cuya HC está registrada valoración dependencia mediante el test de Fagerström x 100/ Fumadores registrados en fase de preparación que acuden a consulta en el último año. Estándar de calidad de referencia: 70%.</p>		
<p>Porcentaje de fumadores en cuya HC está registrado haber recibido intervención breve. Fórmula: Fumadores en cuya HC está registrado haber recibido intervención breve o consejo sanitario x 100/ Fumadores registrados que acuden a consulta en el último año.</p>		
<p>Porcentaje de fumadores con tratamiento farmacológico. Fórmula: Fumadores con tratamiento farmacológico (financiado o no) x 100/ Fumadores en fase de preparación para la acción. Estándar de calidad de referencia 4%</p>		

5 ANEXOS

Anexo 1. Estrategia de las 5 Aes.

Anexo 2. Diagnóstico de fase.

Anexo 3. Estrategia de las 5 R.

Anexo 4. Guía práctica para dejar de fumar.

Anexo 5. Escala analógica para valorar motivación.

Anexo 6. Test de Fagerström.

Anexo 7. Criterios de derivación a la Unidad Especializada en Tabaquismo.

Anexo 8. Valoración por patrones funcionales y plan de cuidados.

Anexo 9. Tratamiento farmacológico del tabaquismo.

Anexo 10. Valoración del síndrome de abstinencia a la nicotina. Minnesota Nicotine Withdrawal Scale.

ESTRATEGIA DE LAS 5 AES PARA LA ATENCIÓN AL TABAQUISMO

La intervención clínica breve diseñada para su aplicación en la atención primaria como una serie de actuaciones que sintetiza en las 5 Aes:

Averiguar (Ask). Preguntar a todos los pacientes si fuman. Debe identificarse sistemáticamente a todos los fumadores en cada visita, interrogando sobre la cantidad de tabaco consumido (cigarros/día, años de fumador), grado de dependencia nicotínica, intentos previos y motivos de recaída. Registrando esta información en la historia clínica.

Aconsejar (Advise) a todos los pacientes que dejen de fumar. Como ya se ha comentado, el consejo debe ser:

- Claro: “Como su médico/enfermera, le aconsejo que deje de fumar y puedo ayudarle”. “Reducir el consumo de cigarrillos mientras esté enfermo, no es suficiente”.
- Convincente: “Dejar de fumar es lo mejor que puede hacer por su salud actual y futura. Nosotros podemos ayudarle”.
- Personalizado: adaptado a cada fumador, según su condición clínica, edad, situación social o familiar, intereses personales o costes sociales y económicos.

Apreciar (Assess) la fase de abandono en que se encuentra el fumador. Analizando qué fumadores están listos para hacer un intento serio actuando en consecuencia.

- Si el paciente manifiesta claramente que no quiere dejar de fumar, habrá que realizar una entrevista motivacional, informándole de las ventajas de no fumar y ofreciéndole nuestra ayuda.
- Si el paciente está dispuesto a intentarlo, además de ofrecer nuestra ayuda hay que realizar una oferta terapéutica concreta.
- Si el paciente quiere ayuda intensiva, proporcionársela o derivarlo.

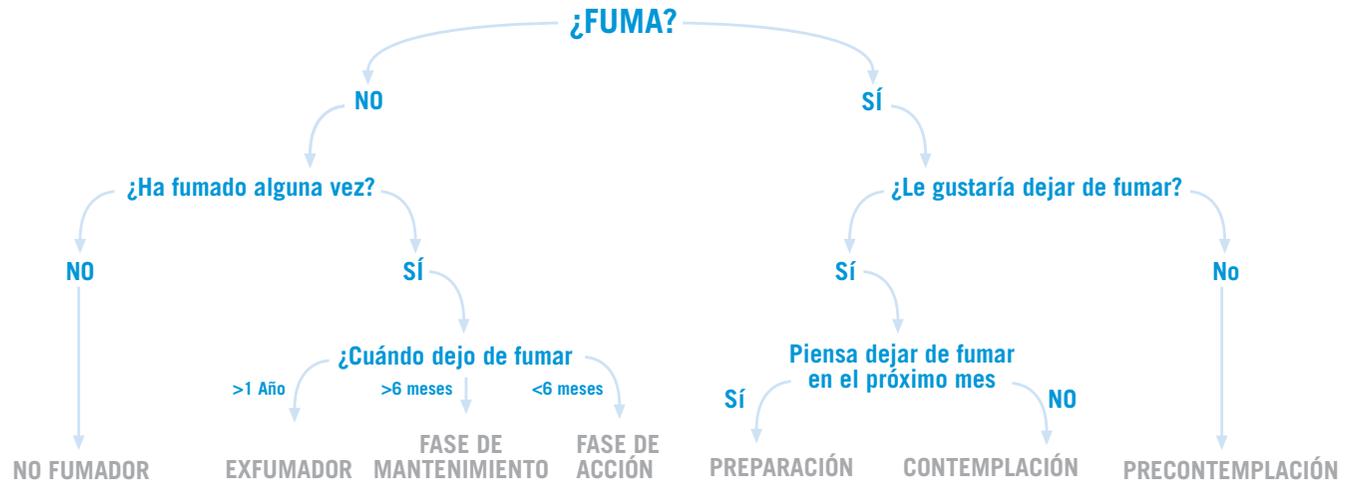
Ayudar (Assist) al paciente a dejar de fumar, utilizando el método más adecuado para su caso concreto y reforzando su motivación para el cambio.

- Fijar una fecha para que deje de fumar, siendo lo ideal fijarla en las 2 semanas siguientes.
- Animarle a buscar apoyo social, solicitando la ayuda y colaboración de las personas que le rodean (familia, amigos, compañeros de trabajo).
- Identificar y anticipar los principales desencadenantes del deseo de fumar, sobre todo en las primeras semanas, informándole de los síntomas del síndrome de abstinencia, ofreciendo algunos consejos para que en caso de que se presenten sean más llevaderos.
- Instruir en técnicas de control y evitación de estímulos. Dando consejos prácticos sobre cómo resolver problemas.
- Eliminar todos los productos relacionados con el tabaco del entorno habitual.
- Facilitar material de autoayuda que le sirva de apoyo e información.
- Recomendar el uso de tratamiento farmacológico si procede. Explicar que aumentan la probabilidad de éxito y reducen los síntomas de abstinencia.

Acordar (Arrange) y programar las visitas de seguimiento. Dado que el tabaquismo es un proceso crónico, con una marcada tendencia a las recaídas, debe programarse al menos una visita previa al día de abandono, donde se desarrolla el punto anterior, y al menos dos contactos de seguimiento. El primero en la primera semana después de dejar de fumar y otra visita durante el primer mes.

DIAGNÓSTICO DE FASE

Algoritmo para determinar la fase de abandono o etapa de cambio



ESTRATEGIA DE LAS 5 R.

APLICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN BREVE

Ante cualquier paciente que acude a una consulta sanitaria se debe indagar sobre el consumo de tabaco, realizando dos preguntas:

¿Fuma usted? (Ask).

Si fuma, ¿estaría dispuesto a dejarlo el próximo mes? (Assess).

Tras esta primera intervención tendremos dos tipos de pacientes en los que intervenir:

1. Fuma y está dispuesto a dejarlo el próximo mes.
2. Fuma pero no está dispuesto a dejarlo el próximo mes.

LOS FUMADORES QUE NO QUIEREN DEJAR DE FUMAR EN EL PRÓXIMO MES:

- Pueden carecer de la información necesaria sobre los efectos nocivos del tabaco.
- Pueden albergar temores o preocupaciones sobre el abandono del tabaco.

En estos casos, se debe hacer consejo sanitario en un máximo de tres minutos (Advise) encaminado a aumentar la motivación para el abandono, proporcionar información sobre los riesgos de seguir fumando y enfatizar los beneficios de dejarlo. Este consejo motivacional, debe darse con empatía, fomentando la autonomía del paciente y apoyando su autoeficacia. Debe ser breve, claro, conciso y adaptado al paciente. Incidiendo en estas 5 R:

1. **Relevancia:** intentar que el paciente identifique sus propios motivos para dejar de fumar. La información debe ir dirigida hacia un área de interés para el paciente.
2. **Riesgos:** debemos ayudar al paciente para que identifique las potenciales consecuencias negativa de fumar tanto para él como para los que le rodean.
3. **Recompensas:** debemos ayudarlo a valorar las ventajas de dejar de fumar y hacer hincapié en las que parezcan más importantes para él.
4. **Resistencias:** intentar que el paciente identifique las barreras o dificultades para dejarlo. Las dificultades más frecuentes son el síndrome de abstinencia, el miedo a fallar, el miedo a engordar, la falta de apoyo, la depresión y la pérdida del placer de fumar.
5. **Repetición:** esta intervención debe repetirse cada vez que un paciente no motivado acuda a la consulta médica.

Anexo

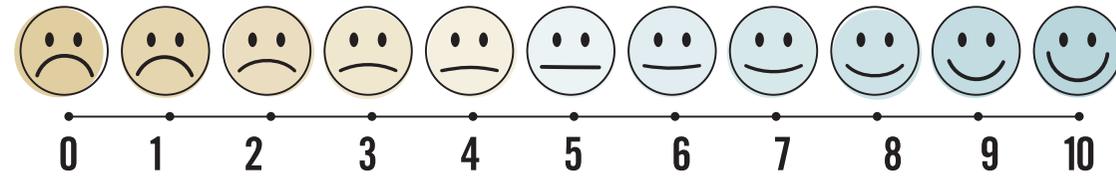
4

GUÍA PRÁCTICA PARA DEJAR DE FUMAR



Disponible en:
<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/tabaquismo>

ESCALA ANALÓGICA PARA VALORAR MOTIVACIÓN



TEST DE FAGERSTRÖM PARA VALORAR DEPENDENCIA DE LA NICOTINA

Población diana. población general fumadora. Se trata de una escala heteroadministrada de 6 ítems que valora la dependencia de las personas a la nicotina. Los puntos de corte son 4 y 7, donde menos de 4 es una dependencia baja, entre 4 y 6 una dependencia moderada y ≥ 7 es una dependencia alta.

PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?	Hasta 5 minutos	3
	Entre 6 y 30 minutos	2
	31 – 60 minutos	1
	Más de 60 minutos	0
¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido, como la biblioteca o el cine?	Sí	1
	No	0
¿Qué cigarrillo le molesta más dejar de fumar?	El primero de la mañana	1
	Cualquier otro	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	10 o menos	0
	11 – 20	1
	21 – 30	2
	31 o más	3
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0
Puntuación Total		

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A LA UNIDAD ESPECIALIZADA DE TABAQUISMO

Personas fumadoras en fase de preparación que cumplan al menos uno de los siguientes criterios:

- Haber realizado varios intentos serios de abandono del consumo de tabaco, correctamente tratados por un profesional sanitario.
- Enfermedades graves cuyo tratamiento requiera un seguimiento intenso, la realización de exploraciones específicas, o ajuste del tratamiento farmacológico; a destacar: cardiopatía isquémica, arritmias cardíacas graves no controladas, hipertensión arterial descompensada, enfermedad vascular, insuficiencia renal crónica grave, EPOC, diabetes mellitus, etc.
- Pacientes con enfermedades psiquiátricas controladas.
- Pacientes con otras drogodependencias.
- Embarazadas o en período de lactancia, en las que han fracasado la intervención mínima y/o los tratamientos conductuales.
- Adolescentes con alta dependencia y consumo.

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES Y PLAN DE CUIDADOS

VALORACIÓN FOCALIZADA EN FASE DE PREPARACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR

1. Percepción-control de la salud

- Conocimientos sobre:
 - La repercusión del tabaco en su salud.
 - Beneficios a corto y largo plazo de dejar de fumar.
 - Proceso de abandono.
 - Dependencia de la nicotina.
- Intentos serios previos de abandono:
 - Tiempo máximo sin fumar.
 - Estrategias que utilizó.
 - Apoyos que tuvo: sin ayuda, consejo sanitario, grupo de ayuda para dejar de fumar, tratamiento farmacológico u otros (acupuntura, hipnosis...).
- Recaídas. Causas (estrés, presión social, ganancia de peso, convivencia con fumadores...).
- Ingesta de alcohol y/o otras sustancias. Describir y cuantificar. Relacionar con consumo de tabaco.

2. Nutricional-metabólico

- Ingesta de líquidos.
- Apetito.
- Preocupación por su peso (ninguna, poca, bastante, mucha).
- Picoteo entre comidas. Tipo y cantidad.

3. Actividad-ejercicio

- Tipo de actividad: ligera, moderada, alta.
- Patrón de ejercicio/deporte: tipo, frecuencia, horario, regularidad.
- Actividades de ocio. Relación con tabaco.

4. Sueño-descanso

- Patrón de sueño/descanso habitual.
- Problemas para dormir o descansar.
- ¿Se levanta descansado?

5. Cognitivo-perceptual

- Habitualmente, ¿le cuesta tomar decisiones?
- Modificaciones en el gusto y/o en el olfato. Con qué lo relaciona.

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES Y PLAN DE CUIDADOS

6. Auto percepción-auto concepto

- En general, ¿se siente capaz de controlar las cosas? ¿Considera que es capaz de dejar de fumar?

7. Rol-relaciones

- ¿Con quién vive?
- ¿Cómo vive su familia que usted sea fumador?
- En el entorno habitual en el que se relaciona (familia, trabajo, amigos...) ¿se fuma?
- ¿Quién cree que le puede ayudar a dejar de fumar?

8. Adaptación-tolerancia al estrés

- ¿Actualmente está pasando por algún cambio importante en su vida?
- La mayor parte del tiempo ¿está tenso o relajado?
- ¿Qué le ayuda a relajarse?

VALORACIÓN FOCALIZADA DESPUÉS DEL CESE DEL CONSUMO DE TABACO

1. Percepción y control de la salud

- Percepción del estado físico y emocional.
- Síntomas del síndrome de abstinencia: deseo intenso de fumar, nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, enfado, dificultad de concentración, mareo, cansancio, trastornos digestivos, cefaleas, irritación de garganta, hambre, depresión, insomnio, somnolencia, craving (deseo imperioso, vehemente y urgente de fumar).
- Percepción de beneficios y dificultades de dejar de fumar.
- Número de días que lleva sin fumar.
- Cigarrillo que le resulta más difícil de dejar.
- Estrategias que utiliza para no fumar.
- Actuación ante los síntomas de abstinencia.
- Si tratamiento farmacológico, valorar correcta administración, adherencia y efectos secundarios.
- Recaídas. Valorar causas.
- Ingesta de alcohol. Cuantificar. Relacionar con consumo de tabaco.

2. Nutricional-metabólico

- Ingesta de líquidos.
- Cambios en el apetito
- Ingesta entre comidas. Tipo y cantidad.

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES Y PLAN DE CUIDADOS

3. Actividad-ejercicio

- Tipo de actividad: ligera, moderada, alta.
- Ejercicio/deporte: tipo, frecuencia, horario, regularidad.
- Actividades de ocio. Modificación.

4. Sueño-descanso

- Problemas para dormir o descansar.
- ¿Se levanta descansado?

5. Cognitivo-perceptual

- Modificaciones en el gusto y/o en el olfato.

6. Auto percepción-autoconcepto

- Percepción de su capacidad para dejar de fumar. Cambios respecto a la primera consulta.

7. Rol-relaciones

- Valorar apoyos en su entorno familiar/social/laboral.

8. Adaptación-tolerancia al estrés

- ¿Esta tenso o relajado la mayor parte del tiempo?
- ¿Cuándo está tenso qué le ayuda a relajarse?

PLAN DE CUIDADOS

NANDA	NOC	NIC
Disposición para mejorar la gestión de la salud	Conducta de fomento de la salud	Educación para la salud
Conocimientos deficientes	Conducta de abandono del consumo de tabaco	Ayuda para dejar de fumar
Afrontamiento ineficaz	Resiliencia personal	Apoyo en la toma de decisiones Mejorar el afrontamiento
Patrón respiratorio ineficaz	Estado respiratorio	Manejo de la vía aérea Monitorización respiratoria
	Conducta de abandono del consumo de tabaco	Ayuda para dejar de fumar

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO

El tratamiento farmacológico forma parte, junto con el asesoramiento cognitivo-conductual, del tratamiento multicomponente del tabaquismo.

Los fármacos actualmente usados en el tratamiento del tabaquismo y que tienen aprobada la indicación para dejar de fumar son la terapia sustitutiva con nicotina, bupropión y vareniclina.

No hay evidencia concluyente sobre qué fármaco se debe utilizar en primera línea o en qué tipo de fumador funciona mejor uno u otro. La elección del tratamiento debe ser individualizada, en función de las características y predilección del paciente, contraindicaciones del fármaco y tratamientos previos realizados. En poblaciones específicas (gestantes, lactancia y adolescentes) se debe valorar individualmente la indicación teniendo en cuenta la relación riesgo-beneficio.

TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE NICOTINA (TSN)

Indicación	Alivio de los síntomas del síndrome de abstinencia a la nicotina, en la dependencia a la nicotina como ayuda para dejar de fumar.			
Mecanismo de acción	La nicotina es agonista del receptor nicotínico en sistema nervioso periférico y central con pronunciados efectos tanto cardiovasculares como en el SNC. En el consumo de productos a base de tabaco, se ha demostrado que la nicotina es adictiva, dando lugar a ganas imperiosas de fumar (craving) y otros síntomas de abstinencia cuando se cesa su administración. La terapia sustitutiva con nicotina consiste en la administración de nicotina por una vía diferente al consumo de tabaco en personas que quieren dejar de fumar, en una cantidad suficiente para disminuir los síntomas del síndrome de abstinencia nicotínica, pero insuficiente para crear dependencia.			
Contraindicaciones	No fumadores o fumadores ocasionales Hipersensibilidad a la nicotina o a cualquiera de los excipientes			
Advertencias y precauciones	<ul style="list-style-type: none"> -Embarazo y lactancia. -Infarto de miocardio reciente, angina de pecho inestable, arritmias cardíacas severas. -Hipertensión grave, angina de pecho estable, enfermedad cerebrovascular. -DM, hipertiroidismo. -Insuficiencia hepática y renal. -Úlcera péptica activa. -Uso no recomendado en menores de 18 años. 			
Presentaciones	Parches transdérmicos	Chicles	Comprimidos para chupar	Pulverizador bucal
	24h: 7mg, 14mg y 21mg.	2mg y 4mg.	1mg; 1,5mg; 2mg y 4mg.	1 mg/pulv.
	16h: 10mg y 15mg.			

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO

	Parches transdérmicos	Chicles	Comprimidos para chupar	Pulverizador bucal
Dosis Según grado de tabaquismo (número de cigarros día) y dependencia medida con el Test de Fagerström (TF)	<p>Un parche al día -Parches de 24h: ≥ 20 cig/día, TF: ≥ 5 3-4 semanas: 21mg 3-4 semanas: 14mg ó 21mg* 3-4 semanas: 7mg ó 14mg*</p> <p>< 20 cig/día, TF: < 5 3-4 semanas: 14mg ó 21mg* 3-4 semanas: 7mg ó 14mg* 3-4 semanas: suspender o 7mg.*</p> <p>-Parches de 16h: ** 8 semanas: 15mg. 4 semanas: 10mg.</p> <p>*En función del síndrome de abstinencia. **En función de tiempo hasta primer cigarrillo.</p>	<p>Dependencia alta y >20 cig/día: 4 mg.</p> <p>Dependencia baja o moderada y ≤ 20 cig/día: 2mg.</p> <p>Probar pautas de dosificación fijas (1 chicle cada hora). No pasar de 25 chicles/día de 2 mg, ni de 15 chicles/día de 4 mg.</p> <p>Reducir gradualmente y suspender cuando se haya reducido hasta 1 ó 2 unidades al día.</p>	<p>Dependencia alta y > 30 cig/día: 2 o 4 mg.</p> <p>Dependencia moderada-alta y 20-30 cig/día: 1, 1,5 o 2 mg</p> <p>Dependencia baja -moderada y < 20 cig/día: 1mg.</p> <p>Probar pautas de dosificación fijas (1 comprimido cada 2 horas). Dosis habitual: 8-12 comprimidos al día.</p> <p>No pasar de 30 comprimidos/día de 1 mg ni de 15 de 2 mg.</p> <p>Reducir gradualmente y suspender cuando se haya reducido hasta 1 ó 2 unidades al día.</p>	<p>-Fase I: 1-6 semanas (1-2 pulv./ganas de fumar un cigarrillo).*</p> <p>-Fase II: 7-9 semanas (reducir hasta conseguir en la semana 9 el 50% de la fase I).</p> <p>-Fase III: 10-12 semanas (reducir hasta 4 al día en la semana 12 y dejarlo). Se pueden aplicar hasta 4 pulv/h. No superar 2 pulv. por aplicación, ni 64 pulverizaciones/24h.</p> <p>*Administrar una pulverización, si pasados 3-4 min no han cedido las ganas de fumar administrar otra.</p>
Ajuste de dosis	No precisa.			
Duración de tratamiento	La duración del tratamiento es de unos 3 meses, varía en función de la respuesta. No se recomienda el uso durante más de 6 meses.			

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO

	Parches transdérmicos	Chicles	Comprimidos para chupar	Pulverizador bucal
Instrucciones de administración	<p>Aplicar en una zona limpia, seca y sin pelo de cualquier zona del tronco, parte superior del brazo o cadera (evitar mamas).</p> <p>La zona de aplicación debe variar cada día, dejando transcurrir varios días antes de volver a utilizar la misma zona.</p> <p>Durante la manipulación del parche, se debe evitar el contacto con los ojos y la nariz y lavar las manos después de su aplicación.</p> <p>Si se despega, volver a fijar con esparadrapo.</p>	<p>Mascar una pieza de chicle medicamentoso hasta que su sabor se haga intenso, momento en el que debe colocarse entre la encía y la pared bucal.</p> <p>Al disminuir el sabor, deberá volverse a iniciar el mascado.</p> <p>La rutina de mascado deberá repetirse durante 30 minutos.</p>	<p>Debe chuparse un comprimido hasta que su sabor se haga intenso.</p> <p>Se coloca entonces el comprimido entre la encía y la pared bucal.</p> <p>Al disminuir el sabor, deberá volverse a chupar el comprimido.</p> <p>Esta rutina se adaptará de manera individual y deberá repetirse hasta la disolución completa del comprimido para chupar (aproximadamente 30 minutos).</p>	<p>Después de preparar el dispositivo, dirigir la boquilla hacia la boca abierta, lo más cerca posible.</p> <p>Presionar firmemente la parte superior del dispensador efectuando una pulverización dentro de la boca, evitando el contacto con los labios. Los pacientes no deben inhalar mientras se realiza la pulverización para evitar la entrada del medicamento en el tracto respiratorio.</p> <p>Para conseguir unos mejores resultados, no tragar durante unos segundos tras la pulverización.</p>
Efectos adversos	<p>Frecuentes: irritación de la piel, mareo, dolor de cabeza, insomnio.</p> <p>Graves (poco frecuentes): arritmias cardíacas, hipertensión, taquicardia, hipersensibilidad.</p>	<p>Frecuentes: Mareos, dolor de cabeza, náuseas, flatulencia, hipo, gastritis, boca seca, estomatitis y esofagitis.</p> <p>Locales: hipersalivación, irritación y/o úlceras leves en boca y/o garganta.</p> <p>Graves (poco frecuentes): frecuencia cardíaca irregular, palpitaciones, sobredosis de nicotina.</p>		<p>Muy frecuentes: Dolor de cabeza, hipo, irritación de garganta, náuseas.</p> <p>Frecuentes: Hipersensibilidad, disgeusia, parestesia, dolor abdominal, boca seca, diarrea, dispepsia, flatulencia, hipersecreción salivar, estomatitis, vómitos, fatiga, sensación de quemazón.</p>
Interacciones	<p>No hay información disponible sobre interacciones con medicamentos.</p>	<p>El consumo simultáneo de bebidas ácidas como el café o refrescos puede disminuir la absorción de la nicotina en la cavidad oral. Deberían evitarse estas bebidas durante los 15 minutos anteriores al mascado del chicle medicamentoso/uso del comprimido de nicotina.</p>		<p>Los pacientes no deben comer o beber durante la pulverización de la solución bucal.</p>
En caso de dosis olvidada	<p>Usar el parche tan pronto como se recuerde, y después continuar con la pauta anterior. No usar 2 parches al mismo tiempo.</p>	<p>Tomarla en cuanto se pueda. No tomar una dosis doble para compensar las dosis olvidadas.</p>		

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO

BUPROPION

Indicación	Está indicado para ayudar a dejar de fumar en pacientes con dependencia a la nicotina, conjuntamente con un apoyo motivacional.
Mecanismo de acción	Es un inhibidor selectivo de la recaptación neuronal de catecolaminas (noradrenalina y dopamina) con un mínimo efecto sobre la recaptación de indolaminas (serotonina) y que no inhibe la acción de ninguna monoaminoxidasa. Se desconoce el mecanismo por el cual bupropion potencia la capacidad de los pacientes para abstenerse de fumar. No obstante, se supone que en esta acción intervienen mecanismos noradrenérgicos y/o dopaminérgicos.
Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Hipersensibilidad a bupropion o a alguno de los excipientes. - Trastorno convulsivo actual o cualquier antecedente de convulsiones. - Tumor en SNC. - En cualquier momento durante el tratamiento, estén en proceso de deshabituación brusca del alcohol o de retirada repentina de cualquier medicamento que esté asociado con riesgo de convulsiones (en particular, benzodiazepinas y fármacos del tipo de las benzodiazepinas). - Diagnóstico actual o previo de bulimia o anorexia nerviosa. - Cirrosis hepática grave. - Uso concomitante de IMAO. - Antecedentes de trastorno bipolar. - Tratamiento con otros medicamentos que contengan bupropion. - Embarazo y lactancia.
Advertencias y precauciones	Si el umbral convulsivo esta 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 donde el beneficio de dejar de fumar supere el riesgo de convulsiones. En estos casos, la dosis será 150 mg/día. Uso no recomendado en menores de 18 años.
Presentaciones	Comprimidos de liberación prolongada de 150 mg.
Dosis	La dosis inicial es de 150 mg al día durante seis días, aumentando a 150 mg dos veces al día el séptimo día (separados al menos por un intervalo de 8 horas).
Ajuste de dosis	Edad avanzada: 150 mg una vez al día. Insuficiencia hepática leve-moderada: 150 mg una vez al día. Insuficiencia renal: 150 mg una vez al día. Menores de 18 años: no se recomienda su uso.
Duración de tratamiento	Los pacientes deberán ser tratados durante 7 - 9 semanas. El tratamiento se debe interrumpir si no se observa efecto alguno a las siete semanas.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO

<p>Instrucciones de administración</p>	<p>Iniciar el tratamiento 1-2 semanas antes de la fecha fijada para dejar de fumar, preferiblemente 2 semanas.</p> <p>Los comprimidos deben tragarse enteros. Los comprimidos no deben partirse, triturarse o masticarse ya que esto puede conducir a un incremento del riesgo de efectos adversos incluyendo convulsiones.</p> <p>Puede tomarse con o sin alimentos.</p> <p>Evitar la toma antes de acostarse (siempre que haya por lo menos 8 horas entre las dosis) para reducir el insomnio.</p>
<p>Efectos adversos</p>	<p>Muy frecuentes: Insomnio.</p> <p>Frecuentes: Reacciones de hipersensibilidad como urticaria, depresión, agitación, ansiedad, temblor, alteración de la concentración, cefalea, mareo, alteración del sentido del gusto.</p>
<p>Interacciones</p>	<p>Bupropion sobre otros medicamentos:</p> <p>Medicamentos de estrecho margen terapéutico metabolizados por CYP2D6 deben iniciarse a las dosis más bajas. Antidepresivos (p. ej. imipramina, paroxetina), antipsicóticos (p. ej. risperidona, tioridazina), betabloqueantes (p. ej. metoprolol) y antiarrítmicos del Tipo C1 (p. ej. propafenona, flecainida).</p> <p>Los medicamentos que requieren de una activación metabólica por el CYP2D6 para que sean efectivos (p. ej. tamoxifeno), pueden tener una eficacia reducida cuando se administran conjuntamente con inhibidores del CYP2D6 como bupropión.</p> <p>La administración concomitante de digoxina con bupropión puede disminuir los niveles de digoxina. Es necesario tener en cuenta que los niveles de digoxina pueden aumentar tras la interrupción del tratamiento con bupropión, por lo que estos pacientes deben ser monitorizados para evitar toxicidad.</p> <p>Otros medicamentos sobre bupropion:</p> <p>Como bupropión se metaboliza ampliamente, se aconseja tener precaución cuando se administre bupropión conjuntamente con medicamentos de los que se conoce que inducen el metabolismo (p. ej. carbamazepina, fenitoína, ritonavir, efavirenz) o que inhiben el metabolismo (p. ej. valproato), pues pueden afectar su eficacia y seguridad clínica.</p>
<p>En caso de dosis olvidada</p>	<p>Esperar y tomar la siguiente dosis a la hora habitual.</p> <p>No tomar una dosis doble para compensar las dosis olvidadas.</p>

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO

VARENICLINA

Indicación	Indicado en adultos para dejar de fumar. Iniciar el tratamiento 1-2 semanas antes de la fecha fijada para dejar de fumar.
Mecanismo de acción	Vareniclina, se une con una afinidad y selectividad alta a los receptores neuronales para acetilcolina de tipo nicotínico $\alpha 4\beta 2$, donde actúa como un agonista parcial: tiene tanto actividad agonista, con menor eficacia intrínseca que la nicotina, como actividad antagonista en presencia de nicotina.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al principio activo o a algunos de los excipientes.
Advertencias y precauciones	Síntomas neuropsiquiátricos. Antecedentes de trastornos psiquiátricos. Embarazo y lactancia. Uso no recomendado en menores de 18 años.
Presentaciones	Comprimidos de 0,5mg y 1mg.
Dosis	Días 1-3: 0,5 mg una vez al día. Días 4-7: 0,5 mg dos veces al día Día 8-Fin del tratamiento: 1 mg dos veces al día. La dosis recomendada es 1 mg de vareniclina dos veces al día después de una titulación semanal.
Ajuste de dosis	Insuficiencia renal grave: 1 mg una vez al día, tras 0.5 mg/día los tres primeros días. No se recomienda en insuficiencia renal terminal.
Duración de tratamiento	La duración del tratamiento es de 12 semanas. En los pacientes que al final de las 12 semanas hayan conseguido dejar de fumar con éxito, puede considerarse un tratamiento adicional de 12 semanas.
Instrucciones de administración	Los comprimidos deben tragarse enteros con agua. Pueden tomarse con o sin alimentos, aunque se aconseja tomar tras ingesta de alimentos para disminuir efectos adversos gastrointestinales.
Efectos adversos	Muy frecuentes: Nasofaringitis, insomnio, cefalea, náuseas. Frecuentes: Bronquitis, sinusitis, somnolencia, mareos, aumento de peso, disnea, tos, alteraciones gastrointestinales, fatiga, prurito, mialgia, artralgia.
Interacciones	Evitar uso concomitante de cimetidina en Insuficiencia renal grave.
En caso de dosis olvidada	En caso de dosis olvidada, tomarla en cuanto se pueda. Sin embargo, si faltan entre 3 y 4 horas para su siguiente dosis, no tomar el comprimido olvidado. No tomar una dosis doble para compensar las dosis olvidadas.

VALORACIÓN DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA A LA NICOTINA (SAN)

La aparición de estos síntomas es una de las principales causas de recaídas durante el proceso de abandono del tabaco. Es importante tener presente durante este proceso de deshabituación los síntomas de este síndrome que presenta cada paciente para intentar paliarlos y así evitar las recaídas durante las primeras semanas.

Los síntomas del SAN aparecen a las 6-12 horas de interrumpir la administración de nicotina, con un pico entre el primero y tercer día y una duración de 3-4 semanas, aunque a veces los síntomas pueden prolongarse hasta 2 y 4 meses. Se ha observado una cierta relación entre la intensidad y duración del SAN y el grado de severidad del fumador.

Los síntomas y signos de este síndrome son de naturaleza tanto física como psicológica, y son los siguientes:

- Síntomas y signos físicos: mareo, sudoración, cefalea, insomnio o somnolencia, tos, aumento del apetito y del peso, estreñimiento, alteraciones de las capacidades psicomotoras, aumento de la temperatura, disminución de la PA y de la frecuencia cardiaca.
- Síntomas psicológicos: aumento del deseo de fumar (craving), ansiedad, irritabilidad, impaciencia, agresividad, dificultad de la concentración y disminución de la memoria reciente.

La valoración del SAN puede realizarse con una escala en la que la intensidad de los síntomas se puntúa de 0 a 3.

Síntomas	Nunca 0	A veces 1	Bastante 2	Mucho 3
Ganas de fumar				
Irritabilidad o ira				
Ansiedad o tensión				
Impaciencia				
Intranquilidad				
Dificultad de concentración				
Depresión				
Aumento del hambre				
Insomnio				
Somnolencia				
Dolor de cabeza				
Problemas de estómago o intestinos				

VALORACIÓN DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA A LA NICOTINA (SAN)

SÍNTOMA	DURACIÓN	ACTITUD
Confusión, aturdimiento	1 a 2 días	Saber que es una sensación que desaparece rápidamente
Cefalea	Variable	Aprender a relajarse
Astenia	2 a 4 semanas	Hacer ejercicio físico. Aumentar el tiempo de sueño
Tos	Menos de 7 días	Tomar líquidos abundantes
Opresión torácica	Menos de 7 días	Saber que se trata de una sensación pasajera
Alteraciones del sueño	Menos de 7 días	Evitar el consumo de excitantes por la noche (café, té, colas)
Estreñimiento	3 a 4 semanas	Tomar líquidos abundantes. Aumentar la ingesta de fibra dietética
Aumento del apetito	Algunas semanas	Controlar la cantidad y calidad de los alimentos (bajos en calorías) y realizar 3 o 4 comidas diarias regularmente
Disminución de la concentración mental	Algunas semanas	Saber que puede ocurrir y estar preparado para afrontarlo
Deseos intensos de fumar ("craving")	Principalmente las dos primeras semanas; posteriormente aparecerá con menor frecuencia	El deseo no suele durar más de 3 minutos. Realizar alguna actividad. Si no se domina, técnicas de relajación, respiración, pensar en otra cosa...

LISTADO DE ACRÓNIMOS

AP: Atención primaria.

AH: Atención hospitalaria.

DM: Diabetes mellitus.

EpS: Educación para la salud.

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

HTA: Hipertensión arterial

IAP: Índice años-paquete.

IMC: Índice de masa corporal.

PA: Presión arterial.

PTC: Productos de tabaco por calentamiento.

RCV: Riesgo cardiovascular.

SAN: Síndrome de abstinencia a la nicotina.

BIBLIOGRAFIA

- Junta de Castilla y León. Deshabituación tabáquica. Guía para la gestión integrada de procesos asistenciales. Valladolid, 2010.
- Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008. Traducción al español: Guía de tratamiento del tabaquismo. Jiménez Ruiz CA, Jaén CR (Coordinadores de la traducción). Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. SEPAR. Mayo 2010.
- Fiore MC, Baker TB. Clinical practice. Treating smokers in the health care setting. N Engl J Med. 2011;365(13):1222–1231. doi:10.1056/NEJMcp1101512
- Barrueco, M; Torrecilla, M; Hernández, MA; Jiménez, CA; Morales, A; Alonso, A; Plaza, D. Deshabituación tabáquica. Valor del resultado en la fase de acción sobre el resultado en la fase de consolidación. Archivos de Bronconeumología. Volumen 43, nº 03, Marzo 2007.
- Olano-Espinosa, E; Matilla-Pardo, B; Sánchez-Sanz, E.; Alarcón-Aramburu, E. ¿Intervención mínima en tabaquismo? El protocolo de atención al paciente fumador en Atención Primaria. Atención Primaria Vol. 36. Núm. 09, 2005.
- Barrueco Ferrero, M; Hernández Mezquita, MA; Torrecilla García, M. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. 4º edición. Euromedice, 2009.
- Córdoba García R, Camarelles Guillén F, Muñoz Seco E, Gómez Puente JM, San José Arango J, Ramiret Manent JI et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPS 2018. Atención Primaria 2018; 50 (supl. 1):29-40.
- National Institute for Health and Care excellence (NICE) guideline. Stop smoking intervencions and services. Actualización 28 de marzo de 2018. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng92/resources/stop-smoking-interventions-and-services-pdf-1837751801029>
- Camarelles Guillen F, Dalmau González-Gallarza R, Clemente Jiménez L, Díaz-Maroto Muñoz JL, Lozano Polo A, Pinet Ogué MC. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España. Med. Clín. (Barc.), 2013; 140:272. e1-e12. –vol. 140.
- Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Proceso asistencial compartido: Tratamiento del tabaquismo en Castilla y León. 2011. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/tabaquismo>
- Junta de Castilla y León. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga. Guía de profesionales sanitarios para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar, 2004.
- Junta de Castilla y León. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga. VII Plan Regional sobre Drogas (2017-2021), 2017.

- Jiménez Ruiz, C., de Granda Orive JI. Et al. Tratamiento del tabaquismo en pacientes hospitalizados. Normativa SEPAR 2017. ISBN: 978-84-94-5873-6-8
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SemFYC). Guía de bolsillo para el tratamiento del tabaquismo. Barcelona, 2015.
- Jiménez-Ruiz CA, de Granda Orive JI, Solano Reina S, Carrión Valero F, Romero Palacios P y Barrueco Ferrero M. Tratamiento del tabaquismo. Arch Bronconeumol 2003; 39: 514 – 523
- De Higes Martínez EB., Perera López, L. Manual de procedimientos SEPAR. Manejo diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en la práctica clínica diaria. 2015. ISBN 978-84-944106-4-2
- Hartmann-Boyce J, Hong B, Livingstone-Banks J, Wheat H, Fanshawe TR. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 6. Art. No.: CD009670. DOI: 10.1002/14651858.CD009670.pub4. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009670.pub4/full>
- Plaza Valía P. Cómo expresar el consumo acumulado de tabaco. Prev Tab (Ed) 2012;14:101-102).Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España 2000-2014. Madrid, 2016.
- Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Declaración de Madrid-2018 por la salud y para el avance de la regulación del tabaco en España. Madrid, 2018. Disponible en: <http://www.cnpt.es/listado-recursos.asp#>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta nacional de salud. INE 2017. Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?type=pcaxis&path=/t15/p419/a2017/p06/&file=pcaxis>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES). 2017.
- Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Boletín Oficial del Estado núm. 309, de 27 de diciembre de 2005, páginas 42241 a 42250 (10 págs.)
- Ley 42/2010 por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 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. Boletín Oficial del Estado núm. 318, de 31/12/2010.
- Real Decreto 579/2017, de 9 de junio, por el que se regulan determinados aspectos relativos a la fabricación, presentación y comercialización de los productos del tabaco y los productos relacionados. Boletín Oficial del Estado núm. 138, de 10 de junio de 2017, páginas 48127 a 48158 (32 págs.) https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2017-6585
- Moreno Arnedi, JJ. Entrevista motivacional. Una guía de aplicación en adicciones y otros comportamientos relacionados con la salud. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Proyecto ÉVICT. 2019. Disponible en: <https://evictproject.org/index.php/otros-materiales/>
- Nerín I, Jané M. Libro blanco sobre mujeres y tabaco. Abordaje con una perspectiva de género. Zaragoza: Comité para la

Prevención del Tabaquismo y Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.

- Villalbí JR, Suelves JM, Martínez C, Valverde A, Cabezas C, Fernández E. El control del tabaquismo en España: situación actual y prioridades. Rev Esp Salud Pública.2019;93: 15 de julio e201907044.
- Camarelles Guillem, F. Tratamiento de deshabituación tabáquica. Formación Médica continuada en Atención Primaria, FMC. 2019;26(9):516-22

ENLACES DE INTERÉS

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

Estilos de vida saludable: <http://www.estilosdevidasaludable.mscbs.gob.es/tabaco/home.htm>

Proyecto évict. Evidencia en cannabis y tabaco: <https://evictproject.org/index.php/otros-materiales/>

Programa para dejar de fumar: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/programaJovenes/home.htm>

Campaña tabaco 2019: <https://www.mscbs.gob.es/campannas/campanas19/tabacoMata.htm>

Aula de pacientes del Portal de Salud de Castilla y León

<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/guia-insuficiencia-cardiaca/consejos-mejorar-calidad-vida/prevencion/deje-fumar>

<https://www.saludcastillayleon.es/es/enfermedades-problemas-salud/enfermedad-cardiovascular/prevencion-habitos-vida-saludables/alcohol-tabaco-drogas>

<https://www.saludcastillayleon.es/es/enfermedades-problemas-salud/enfermedad-cardiovascular/prevencion-habitos-vida-saludables/alcohol-tabaco-drogas/prevencion-control-tratamiento-tabaquismo>

Junta de Castilla y León, información sobre tabaco:

http://www.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100/1170748831750/_/_/

Comité nacional para la prevención del tabaquismo:

<http://www.cnpt.es/>

Asociación Española Contra el Cáncer

<https://www.aecc.es/es/sobre-nosotros/que-hacemos/campanas/dejamos-ya-tabaco-me-apunto>

Observatorio para la Prevención del Tabaquismo

<http://www.msps.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/observatorio.htm>

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

<https://www.semfy.com/biblioteca/desplegable-guia-para-dejar-de-fumar/>

<https://www.socalemfy.com/semana-sin-humo2017/>

Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica:

<https://www.separ.es/node/160>

Fisterra

<https://www.fisterra.com/guias-clinicas/guia-tabaquismo/>

Taller de intervención grupal

http://www.papsf.cat/Projectes/TIG_TabaquismeCat.aspx

Departamento de Salud del Gobierno Vasco

<https://www.euskadi.eus/informacion/guia-practica-para-dejar-de-fumar/web01-a3tabaco/es/>

World Health Organization for Europe

<http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2019/05/tobacco-and-lung-health-world-no-tobacco-day-2019>

Sociedad para la Investigación sobre nicotina y tabaco (SRNT). Con sección en español:

<http://www.treatobacco.net>

Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra

<https://cutt.ly/MrweQ6J>

