

DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

GUÍA PARA LA GESTIÓN INTEGRADA
DE PROCESOS ASISTENCIALES



DESHABITUACIÓN TABÁQUICA
Guía para la gestión integrada de procesos asistenciales

Edita: Junta de Castilla y León

© Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades

© Consejería de Sanidad

Maquetación y preimpresión:

Printed in Spain. *Impreso en España*

Imprime:

Depósito Legal:

DESHABITUACIÓN TABÁQUICA
Guía para la gestión integrada de procesos asistenciales

Autores

Fidel Martínez Toribio

Médico Especialista en Medicina Interna. Unidad de Tabaquismo. Complejo Asistencial de Zamora. (Coordinador del grupo de trabajo).

M^a Teresa Antolín García

Medico Especialista en Neumología. Unidad de Tabaquismo. Complejo Asistencial de Zamora.

José Generoso Gómez Cruz

Médico de Familia. Centro de Salud La Guareña. Gerencia de Salud del Área de Zamora

Virginia Iñigo Moliner

Psicólogo. Unidad de Tabaquismo. Comisionado Regional para la Droga. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

Isabel Piñel Cortés

Psicólogo. Asociación Española Contra el Cáncer.

Colaboradores

M^a Ángeles de Álvaro Prieto

Médico de Familia y Especialista en Salud Pública. Comisionado Regional para la Droga. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

Siro Lleras Muñoz

Médico de Familia. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Gonzalo Sarsa Garrido

Consultor en Sistemas de Gestión Sanitaria. Consultores M&TT

Indice

1. INTRODUCCIÓN/ JUSTIFICACIÓN	9
2. MISIÓN/RAZÓN DE SER DEL PROCESO	13
3. MAPA DEL PROCESO	15
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO	17
4.1 Definición funcional	17
4.2 Límites del proceso	17
4.3 Puertas de entrada y salida	17
4.4 Destinatarios. Necesidades y expectativas	18
4.5 Características de la calidad de los servicios	20
4.6 Actividades del proceso	22
4.7 Representación gráfica – algoritmos	29
4.8 Características de la calidad de los documentos	32
4.9 Evaluación del proceso (indicadores)	32
5. AJUSTE DE TIEMPOS DE ACUERDO A CRITERIOS DE CALIDAD	35
6. RESPONSABLE DEL PROCESO	37
7. FICHA DEL PROCESO	39
8. ANEXOS	41
Anexo I: Diagnóstico de fase	42
Anexo II: Test de Richmond	44
Anexo III: Test de Fagerström	45
Anexo IV: Test de Glover-Nilsson	47
Anexo V: Historia Clínica	48
Anexo VI: Valoración del Síndrome de Abstinencia	49
Anexo VII: Exámenes complementarios	50
Anexo VIII: Criterios de derivación a Unidad/Consulta de Tabaquismo	53
Anexo IX: Consejo sanitario. Intervención breve	54
Anexo X: Terapia Psicológica individual	59
Anexo XI: Terapia Psicológica grupal	61
Anexo XII: Tratamiento farmacológico	62
Anexo XIII: Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN)	64
Anexo XIV: Bupropión	68
Anexo XV: Vareniclina	70
Anexo XVI: Seguimiento. Manejo de Recaídas	72
Anexo XVII: Algoritmo de intervención en Atención Primaria	74
9. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y SIGLAS	75
10. BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA	79

Introducción Justificación

El consumo de tabaco, como factor determinante de diferentes patologías y como primera causa conocida de mortalidad y morbilidad evitables, constituye el principal problema para la salud pública en los países desarrollados. Así, el 21 de Mayo de 2003, 171 países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), firmaron el Convenio Marco para el Control del Tabaco propuesto por la OMS (CMCT). (World Health Organization, 2003) y 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 como más coste-efectivas para el control del tabaquismo, ya que sólo mediante la combinación de todas las medidas mencionadas, será posible conseguir una disminución significativa de la prevalencia del tabaquismo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala además –en un informe reciente- que si se quiere conseguir una reducción significativa de la morbilidad y mortalidad causadas por el uso del 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).

En España, la aprobación de la Ley 28/2005, constituye 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 CCAA constituyen la garantía de que los progresos en el campo del tratamiento del tabaquismo se están acelerando.

Los principales argumentos que justifican la puesta en marcha de respuestas asistenciales de calidad dirigidas a fumadores, son:

1. El tabaquismo es un trastorno adictivo crónico y está considerado como una enfermedad crónica.
2. El tabaquismo incrementa las desigualdades sociales en salud.
3. El tabaquismo incrementa las desigualdades de género en salud.
4. Disponemos de tratamientos efectivos para ayudar a dejar de fumar (tabla I), que deben hacer revertir la baja tasa de éxito de los intentos de abandono sin ayuda (3-5%).
5. Ayudar a dejar de fumar es una actividad costo-efectiva, comparada con otras intervenciones preventivas o asistenciales.

6. Las actuaciones asistenciales complementan el resto de medidas de prevención y control. En la Tabla 2 se presentan unas recomendaciones básicas sobre los elementos a considerar en una política asistencial de calidad, si bien se necesitan más estudios sobre el impacto de los sistemas de financiación en los comportamientos de los profesionales sanitarios (World Health Organization, 2004; Kaper, 2006).

Tabla 1. Eficacia de distintas intervenciones en el tratamiento del tabaquismo frente a la no intervención o placebo.

TIPO DE INTERVENCIÓN	EFICACIA OR (IC 95%)*
Manuales de autoayuda	
Materiales no personalizados	1,24 (1,07-1,45)
Materiales personalizados	1,80 (1,46-2,23)
Intervención mínima	
Consejo médico	1,69 (1,45-1,98)
Consejo enfermería	1,50 (1,29-1,73)
Consejo telefónico por persona entrenada	1,56 (1,38-1,77)
Intervenciones psicológicas intensivas	
Terapia individual	1,62 (1,35-1,94)**
Terapia grupal	2,19 (1,42-3,37)
Terapia aversiva	1,98 (1,36-2,90)
Intervenciones farmacológicas***	
Chicles nicotina	1,66 (1,52-1,81)
Parches de nicotina	1,74 (1,57-1,93)
Spray nasal de nicotina****	2,27 (1,61-3,20)
Inhalador de nicotina****	2,08 (1,43-3,04)
Tabletas sublinguales	1,73 (1,07-2,80)
Bupropión	2,75 (1,98-3,81)
Vareniclina	3,22 (2,43-4,27)
Nortriptilina	2,80 (1,81-4,32)
Clonidina	1,89 (1,30-2,74).

* Todas las determinaciones fueron estadísticamente significativas.

** El consejo individual tendrá mayor eficacia dependiendo del tiempo de contacto: OR= 3,2 para 91-300 minutos; OR= 2,8 para más de 300 minutos. Así como el número de sesiones realizadas: OR= 1,9 para 4-8 sesiones; OR= 2,3 para más de 8 sesiones.

*** Los medicamentos para el tratamiento del tabaquismo, actualmente no están financiados en nuestra Comunidad Autónoma.

**** Presentación no comercializada en España

Modificado de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2003.

Tabla 2. 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

LA GESTIÓN POR PROCESOS EN LA ASISTENCIA INTEGRADA AL TABAQUISMO

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.

Esta metodología trata de estabilizar o 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 de lugar a ineficiencias, siempre bajo la perspectiva de la mejora continua.

Esta Guía para la gestión integrada de procesos asistenciales de deshabituación tabáquica ha sido desarrollada a iniciativa del Comisionado Regional para la Droga de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, por un equipo de trabajo con profesionales representantes de las diferentes entidades públicas (Atención Primaria, Atención Especializada y Comisionado Regional para la Droga) y privadas sin ánimo de lucro (AECC) que desarrollan su actividad en el campo de la asistencia al tabaquismo en el Área de Salud de Zamora, asesorado por un especialista en gestión de procesos. El grupo se ha reunido regularmente durante 12 meses con el fin de compartir y consensuar las visiones y prácticas de sus respectivos ámbitos asistenciales, y elaborar así un conjunto común de procedimientos que sirvan de base al establecimiento de estándares de intervención compartidos por todas las Áreas asistenciales de Castilla y León.

Los autores de la Guía consideran que la misma, debería ser puesta en práctica de forma progresiva y escalonada en los distintos niveles asistenciales. La evaluación de su implementación, a través de los indicadores correspondientes, se debería realizar cada dos años y ser revisada y actualizada cada tres años.

Misión/Razón del proceso

En el momento actual, el tabaquismo es considerado como una enfermedad adictiva crónica capaz de causar la muerte prematura a más de la mitad de aquellos que la padecen. De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de 2006, el 29,50% de la población general española de 16 años y más años de edad, es consumidora habitual de tabaco. Por grupos de edad el porcentaje de población fumadora más alto se observa en el grupo de 25 a 34 años (40,06%), seguido por el grupo de 35 a 44 años (37,59%).

En la Comunidad de Castilla y León, el hábito de fumar es una conducta bastante extendida. En el año 2006, el 23,52% de la población de 16 y más años de la Comunidad se declara fumadora a diario. En la población de estudiantes de 14 a 18 años, la prevalencia de fumadores diarios, aunque en descenso en los últimos años, sigue siendo importante, alcanzando el 17,7% (Encuesta ESTUDES 2004-2006/07).

Los datos más recientes de nuestro país señalan que el tabaco mata cada año a 56.000 personas por enfermedades directamente relacionadas con el consumo de tabaco. El tabaquismo se identifica como una de las principales causas de enfermedades respiratorias en España, causando el 87% de los cánceres de pulmón y el 93% de casos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Estos datos deben alertar a todos los profesionales sanitarios para que durante su práctica asistencial desarrollen intervenciones sobre el tabaquismo. Cualquier tipo de intervención terapéutica que los médicos realicen sobre el tabaquismo de sus pacientes es eficaz. Ahora bien, cuando la intervención se adecúa a las características individuales de cada fumador, su eficacia y eficiencia aumentan.

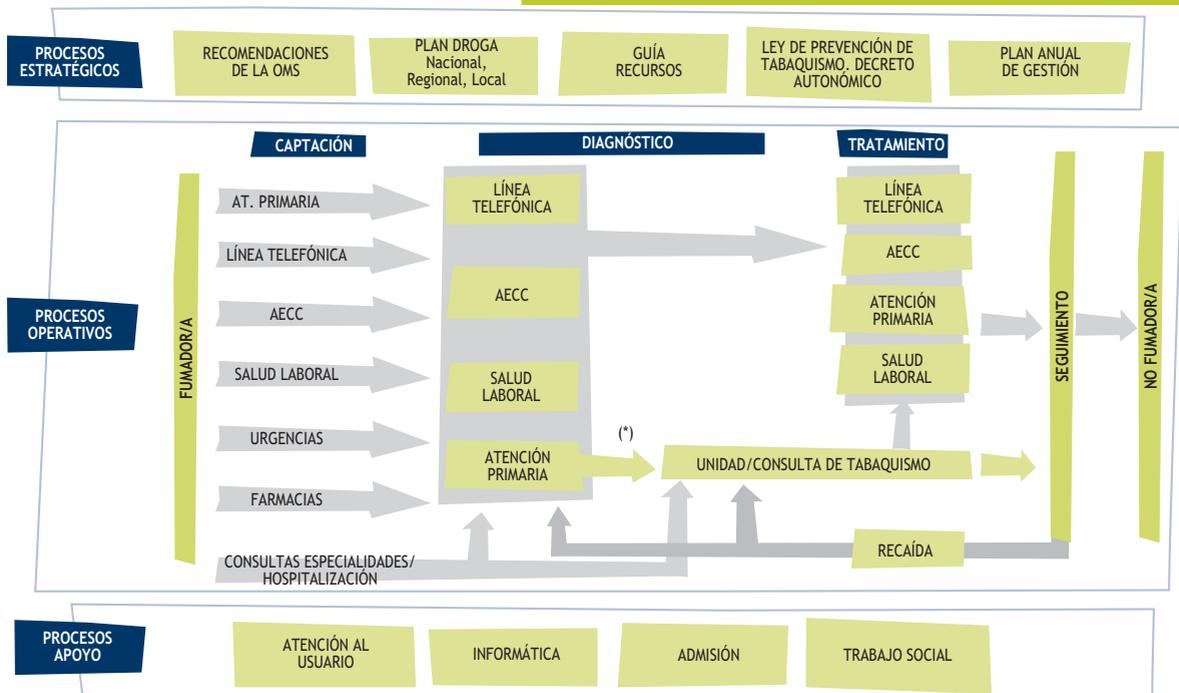
Afortunadamente, cada vez es mayor el número de personas fumadoras que se plantea dejar de fumar y emprende un intento serio de abandono. Una parte de esta población, pese a ello, no puede dejar la conducta adictiva por sí misma y requiere algún tipo de ayuda o tratamiento específico. El Sistema Sanitario Público de Castilla y León debe ser capaz de ofrecer esta atención a las personas que así lo requieran, organizando la atención a las personas fumadoras, con un modelo de asistencia multidisciplinar bajo la perspectiva de la continuidad asistencial y adecuando la oferta de los servicios a las necesidades de la población.

El objetivo principal de este documento es conseguir disminuir la prevalencia del tabaquismo en Castilla y León y reducir las complicaciones y la morbimortalidad atribuible al tabaco en la población.

Este objetivo se conseguirá, mediante una mejora en la asistencia del proceso de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo, fundamentada en la evidencia científica disponible; adecuando de manera efectiva y eficiente la oferta de los servicios a las necesidades de la población, y consensuando unos mínimos básicos que permitan orientar las actuaciones asistenciales de calidad en nuestra comunidad autónoma.

Tampoco se deben olvidar otros aspectos como, facilitar la accesibilidad a los servicios, garantizar la continuidad asistencial y procurar la satisfacción de las personas que quieren dejar de fumar.

Mapa del proceso



(*) Según criterios de derivación (Anexo VIII)

Descripción del proceso

4.1 DEFINICIÓN FUNCIONAL

Conjunto de actividades dirigidas a fumadoras y fumadores residentes en Castilla y León, encaminadas a captar, diagnosticar, indicar e instaurar el tratamiento más efectivo del tabaquismo en función de las mejores evidencias científicas disponibles y a facilitar el seguimiento y apoyo pertinente hasta que el paciente abandone el proceso.

4.2 LÍMITES DEL PROCESO

2.A LÍMITE INICIAL

- Toda persona que consume tabaco de forma diaria o semanal, detectado por los distintos servicios asistenciales, con motivo de cualquier consulta o ingreso hospitalario.

2.B LÍMITE FINAL

- Persona que lleva un año en abstinencia continua.
(Abstinencia anual continua: aquellas personas que llevan un año sin fumar aunque hayan consumido tabaco dentro de los primeros 15 días después del día D).

4.3 PUERTAS DE ENTRADA Y SALIDA

3.A PUERTAS DE ENTRADA

- Paciente que accede a Consulta de Atención Primaria.
- Paciente que accede a Consulta de Atención Especializada.
- Paciente que accede a Servicios de Urgencias.
- Línea telefónica.
- AECC.

- Farmacias.
- Salud Laboral.

3.B PUERTAS DE SALIDA

- Paciente que lleva más de un año sin fumar.
- Exclusión voluntaria del paciente.
- Traslado a otra Comunidad Autónoma.
- Fallecimiento del paciente.

4.4 DESTINATARIOS

- Pacientes
- Profesionales

NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS DESTINATARIOS. PACIENTES

Accesibilidad

- Acceso fácil y rápido a los distintos niveles de atención.
- Oportunidad para recibir asistencia cuando se necesite.
- Proximidad de los centros de atención.
- Adecuada señalización del centro
- Flexibilidad en los horarios de las consultas.
- Puntualidad de las consultas
- Acceso a los distintos profesionales participantes en el proceso, para demandar información sobre las necesidades o dudas que puedan surgir.
- Facilidad de trámites administrativos

Infraestructuras

- Aspecto agradable de las instalaciones donde se realiza la atención
- Mobiliario cómodo y adecuado
- Claridad de los letreros y folletos

Competencia profesional

- Ser atendido por un equipo cualificado y motivado
- Conocimiento, habilidad y experiencia del profesional
- Interés del terapeuta para solucionar el problema
- Transmitir confianza
- Adecuación de la asistencia a las necesidades
- Trato personalizado

- Amabilidad del personal sanitario
- Tiempo adecuado a las necesidades del paciente
- Evitar la repetición de pruebas diagnósticas

Información

- Claridad de la información, utilizando un lenguaje sencillo
- Recibir una información adecuada y útil que permita la toma de decisiones
- Información individualizada.
- Recibir el informe por escrito con el tipo de tratamiento, medicación, profesional responsable, condiciones, etc.

Seguimiento

- Coordinación entre los distintos profesionales y niveles organizativos que participan en el proceso.
- Continuidad en el proceso por parte del mismo profesional.
- Que el seguimiento se pueda realizar en un lugar cercano a la residencia para evitar desplazamientos excesivos
- Seguimiento ininterrumpido y coordinado
- Que haya un profesional de referencia.

Trato

- Trato amable y correcto.
- Respeto a la intimidad y secreto profesional

PROFESIONALES

Recursos y valores

- Formación y entrenamiento en habilidades y estrategias de acogida y comunicación.
- Información clara sobre los distintos recursos que existen para tratar la deshabituación tabáquica y cómo acceder a ellos.
- Sistemas-protocolos de derivación rápidos y sencillos.
- Disponibilidad de profesionales especializados para la intervención psicológica.
- Confianza por parte del enfermo en los profesionales.
- Coordinación y comunicación fluida entre los profesionales que atienden el proceso.
- Profesionales capacitados y con conocimientos actualizados.

Recursos materiales y otros factores

- Disponibilidad de protocolos y recursos materiales adecuados para poder realizar el abordaje integral.
- Creación de un sistema de registro común que pueda ser informatizado y permita

el cálculo de indicadores y evaluación del proceso.

- Existencia de canales de comunicación eficaces entre los profesionales y los pacientes que intervienen: teléfono de contacto, fax, correo electrónico, etc.
- Conocimiento de los circuitos de derivación.
- Información sobre recursos sociosanitarios, acceso, procedimientos, derechos, etc.
- Adecuada competencia de los especialistas y otros profesionales sociosanitarios para dar una atención integral y para trabajar en equipos interdisciplinarios.
- Acceso de los profesionales a una formación continuada, específica y práctica, con evaluación periódica.
- Coordinación sociosanitaria consensuada.
- Disponer de tiempo suficiente para atender a los pacientes.
- Protocolizar la atención según los niveles de intervención, tanto en los aspectos diagnósticos como de seguimiento evolutivo.

4.5 CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS

GENERALES

- Accesibilidad a los diferentes recursos (directamente o mediante derivación).
- Personal cualificado en el tratamiento del tabaquismo.
- Normalización de actividades
- Elaboración de protocolos específicos para el manejo y derivación de la población fumadora en todas sus fases.
- Formación de profesionales.
- Medición a través de indicadores
- Existencia de un sistema de información específico para tabaquismo, accesible a todos los profesionales que trabajan en este ámbito.
- Comparabilidad de indicadores.

ESPECÍFICOS

Línea telefónica:

- Disponibilidad horaria.
- Motivación para el inicio de tratamiento (en cualquier tipo de recurso asistencial).
- Información sobre recursos existentes para el tratamiento.
- Coordinación con otros recursos existentes para el tratamiento.
- Posibilidad de realizar tratamiento reactivo y/o proactivo.
- Utilización de sistema informático específico de seguimiento terapéutico, medición de actividad y resultados.

Atención Primaria:

- Información y seguimiento de fumadores en fase de precontemplación y contemplación.
- Realización de intervención breve en pacientes fumadores.
- Entrega de material escrito a pacientes fumadores.
- Registro sistematizado de actividad y resultados.
- Derivación de los fumadores que cumplen criterios a Unidad/Consulta de tabaquismo.

AECC:

- Formación de grupos de terapia adaptados a las necesidades de la población fumadora: empresas, población universitaria, sanitarios, educadores...
- Registro sistematizado de actividad y resultados.
- Disponibilidad horaria.
- Información sobre recursos existentes para el tratamiento.
- Coordinación con otros recursos existentes para el tratamiento.
- Utilización de sistema informático específico de seguimiento terapéutico, medición de actividad y resultados.
- Derivación de los fumadores que cumplen criterios a Atención Especializada.
- Protocolos asistenciales: la consulta dispondrá de un protocolo clínico escrito de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo, ya sea de elaboración propia o copia del protocolo de referencia
- Tiempo de espera para inclusión en terapia grupo inferior a 3 meses.
- Programación de consultas de seguimiento

Unidad/consulta de tabaquismo:

- En cada área de salud debe existir al menos una unidad/consulta de tabaquismo.
- Atención por profesionales clínicos y psicólogos con formación y experiencia en tratamiento del tabaquismo.
- Programación de consultas de seguimiento
- Tiempo de espera para consulta especializada inferior a 3 meses.
- Protocolos asistenciales: la consulta dispondrá de un protocolo clínico escrito de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo, ya sea de elaboración propia o copia del protocolo de referencia que se siga,
- Sistema de información para la gestión de las consultas y captación periódica de la información.
- Sistema de evaluación para garantizar y proponer mejoras asistenciales.
- Existencia de material específico para el desarrollo del programa: cooxímetro, peso, tallímetro, esfigmomanómetro, hojas/tarjetas de registro de motivos y consumo (cualitativo y cuantitativo), folletos informativos y recomendaciones dietéticas.
- Disponibilidad de realizar pruebas complementarias: radiografías, analíticas, espirometrías y ECG.

- Consulta especializada en el tratamiento del tabaquismo, con posibilidad de aumento del nivel de actividad en función de la lista de espera.
- Comunicación constante y fluida con el resto de recursos asistenciales de su área de salud.

4.6 ACTIVIDADES DEL PROCESO

A continuación se recogen en orden secuencial el conjunto de actividades que se realizan en este proceso:

1. SUBPROCESO CAPTACIÓN

- 1.1 Detección y Registro.
- 1.2 Información sobre recursos.

2. SUBPROCESO DIAGNÓSTICO

- 2.1 Diagnóstico fase (Anexo I)
- 2.2 Valoración de la motivación (Anexo II: Test de Richmond).
- 2.3 Evaluación de la dependencia física, (Anexo III: Test de Fagerström) psicosocial y conductual (Anexo IV: Test de Glover-Nilsson).
- 2.4 Anamnesis y exploración. (Anexo V: Historia Clínica).
- 2.5 Valoración del síndrome de abstinencia (Anexo VI).
- 2.6 Exámenes complementarios (Anexo VII)
- 2.7 Derivación a la Unidad/Consulta de Tabaquismo (Anexo VIII: Criterios de derivación).

3. SUBPROCESO PLAN TERAPÉUTICO

- 3.1 Consejo sanitario. (Anexo IX).
- 3.2 Intervención breve (Anexo IX).
- 3.3 Terapia Psicológica Individual (Anexo X T. Ps. Ind.).
- 3.4 Terapia Psicológica Grupal (Anexo XI: T. Ps. Grupal).
- 3.5 Tratamiento farmacológico (Anexo XII / Anexo XIII: TSN / Anexo XIV: Bupropión / Anexo XV: Vareniclina).
- 3.6 Seguimiento (Anexo XVI)

I. SUBPROCESO CAPTACIÓN

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD	1.1 DETECCIÓN Y REGISTRO DEL FUMADOR
Nivel de evidencia/Grado de recomendación	Grado de recomendación: A.
Participantes en la actividad	Todos los profesionales sanitarios que actúan como puerta de entrada.
Profesional responsable	El responsable de la unidad clínica donde se realiza la actividad.
Recursos materiales necesarios / Características de calidad	Documento físico o informatizado de registro.
Modo de realizar la actividad/Criterios de calidad	Entrevista personal dirigida a cuantificar el consumo de tabaco, centrada en tres preguntas clave: ¿Fuma?, ¿cuánto? y ¿años de fumador?
Registro de la actividad	Historia Clínica o cualquier otro sistema alternativo de archivo de la información.
	1.2 INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS
Participantes en la actividad	Profesional sanitario o administrativo adecuadamente formado
Profesional responsable	El mismo que da la información
Recursos materiales necesarios/ Características de calidad	Guía de recursos escrita y/o informatizada
Modo de realizar la actividad/ Criterios de calidad	Información verbal directa o telefónica y/o escrita. Orientación personalizada.
Registro de la actividad	Sólo en el caso de la línea telefónica se registrará en el programa informático de esta línea.

2. SUBPROCESO DIAGNÓSTICO

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD	2.1 DIAGNÓSTICO FASE
Participantes en la actividad	Facultativos de atención primaria, salud laboral y consulta especializada en tabaquismo. Psicólogos Enfermeras.
Profesional responsable	Responsable de la Unidad a la que está asignado el paciente (recurso utilizado por el paciente)
Recursos materiales necesarios/ Características de calidad	Cuestionario de diagnóstico de fase según modelo de Prochaska y Di Clemente.
Modo de realizar la actividad/Criterios de calidad	Entrevista personal. Debe realizarse como paso previo a la inclusión, o no, en el programa de deshabituación tabáquica.
Registro de la actividad	Historia clínica.
Referencia al Anexo	Anexos I y XVII
	2.2 VALORACIÓN DE LA MOTIVACIÓN
Nivel de evidencia/Grado de recomendación	Grado de recomendación C.
Participantes en la actividad	Médicos, Psicólogos y Enfermeras.
Profesional responsable	Responsable de la Unidad Clínica a la que está asignado el paciente.
Recursos materiales necesarios/ Características de calidad	Cuestionario TEST DE RICHMOND.
Modo de realizar la actividad/Criterios de calidad	Cuestionario cumplimentado directamente por el paciente en la consulta o administrado a través de entrevista.
Registro de la actividad	Historia clínica.
Referencia al Anexo	Anexo II.
	2.3 EVALUACIÓN DE LA DEPENDENCIA
Participantes en la actividad	Médicos, Psicólogos y Enfermeras.
Profesional responsable	Responsable de la Unidad Clínica a la que está asignado el paciente.
Recursos materiales necesarios/ Características de calidad	Test de Fagerström. Test de Glover-Nilsson.
Modo de realizar la actividad/Criterios de calidad	Cuestionario cumplimentado directamente por el paciente en la consulta o administrado a través de entrevista.
Registro de la actividad	Historia clínica.
Referencia al Anexo	Anexos III y IV.

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD	2.4 ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN
Nivel de evidencia/Grado de recomendación	Grado de recomendación: C.
Participantes en la actividad	Médicos y Enfermeras.
Profesional responsable	Médico que realiza la actividad.
Recursos materiales necesarios/Características de calidad	Local de consulta.Impresos de Hª Clínica de Tabaquismo.Material básico de exploración (fonendoscopio, báscula, esfingomanómetro...).
Modo de realizar la actividad/Criterios de calidad	Entrevista personal.
Registro de la actividad	Hª Clínica del paciente.
Referencia al Anexo	Anexo V.
	2.5 VALORACIÓN DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA
Nivel de evidencia/Grado de recomendación	No se aporta nivel de recomendación. La presencia de síntomas del síndrome de abstinencia es la principal causa de recaída durante las primeras semanas de la fase de acción. El conocimiento y control de los mismos es una medida muy útil y necesaria en esos pacientes.
Participantes en la actividad	Médicos, Psicólogos y Enfermeras.
Profesional responsable	Médicos, Psicólogos y Enfermeras
Recursos materiales necesarios/ Características de calidad	Documento elaborado por cada centro con la descripción de los síntomas/signos, así como la intensidad de los mismos (escala de 0 a 3).
Modo de realizar la actividad/Criterios de calidad	Autodeclaración del fumador recogida por el profesional sanitario.
Registro de la actividad	En la historia clínica.
Referencia al Anexo	Anexo VI.

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD	2.6 EXAMENES COMPLEMENTARIOS
Nivel de evidencia/Grado de recomendación	No se aporta nivel de recomendación. La confirmación de la abstinencia se puede realizar de una forma objetiva mediante la determinación de monóxido de carbono, carboxihemoglobina, nicotina, cotinina y tiocianato en diversos fluidos corporales.
Participantes en la actividad	Médicos, Psicólogos y Enfermeras. Especialista en análisis clínicos/bioquímico.
Profesional responsable	Médico, psicólogo, especialista en análisis clínicos, neumólogo
Recursos materiales necesarios/ Características de calidad	Cooxímetro (CO en aire espirado y carboxihemoglobina de forma indirecta). Analizador de gases. Laboratorio especializado para el resto de las pruebas. Tiras reactivas. Documentos de solicitud de pruebas específicos de cada centro. Laboratorio de exploración funcional respiratoria
Modo de realizar la actividad/ Criterios de calidad	Cooximetría según técnica estandarizada y recomendaciones del aparato/fabricante. Gasometría arterial según las normativas de extracción y procesamiento. Extracción sanguínea y recogida de orina. Según protocolos y normativas actualizadas
Registro de la actividad	En la historia clínica. Informes de Laboratorio. Informes de exploración funcional
Referencia al Anexo	Anexo VII
	2.7 DERIVACIÓN A UNIDAD/ CONSULTA DE TABAQUISMO
Participantes en la actividad	Médicos de atención primaria y especializada.
Profesional responsable	Facultativo que realiza la derivación.
Recursos materiales necesarios/ Características de calidad	Documento de derivación a Unidad/ Consulta de Tabaquismo.
Modo de realizar la actividad/Criterios de calidad	Siempre de forma escrita ajustándose a los criterios de derivación contemplados en el Anexo VIII y a las características de calidad enumeradas en el apartado 4.8 de esta guía.
Registro de la actividad	Hª Clínica y Volante de derivación.
Referencia al Anexo	Anexo VIII.

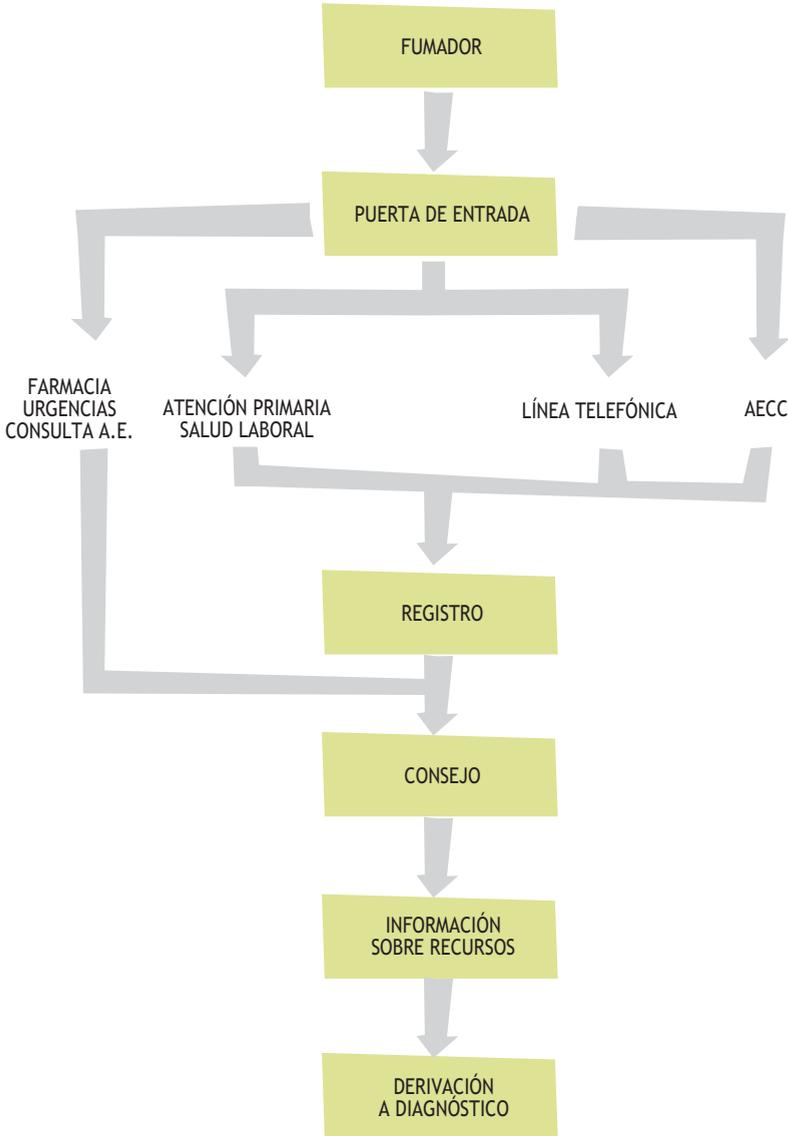
3. SUBPROCESO PLAN TERAPÉUTICO

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD		3.1 CONSEJO SANITARIO
Nivel de evidencia/Grado de recomendación		Grado de recomendación: A.
Participantes en la actividad		Todos los profesionales sanitarios.
Profesional responsable		El responsable de la unidad clínica donde se realiza la actividad.
Recursos materiales necesarios/ Características de calidad		Documento de la Historia Clínica y/o Soporte informático. Folleto informativo. Material de autoayuda
Modo de realizar la actividad/ Criterios de calidad		La actividad se realizará según los conceptos expuestos en los Anexos: Anexo I: Diagnóstico de fase. Anexo IX: Consejo sanitario. Intervención breve.
Registro de la actividad		Historia Clínica y/o Soporte informático.
Referencia al Anexo		Anexos: I, IX y XVII.
		3.2 INTERVENCIÓN BREVE
Nivel de evidencia/Grado de recomendación		Evidencia tipo A.
Participantes en la actividad		Médicos y enfermeras de atención primaria.
Profesional responsable		El responsable de la unidad clínica donde se realiza la actividad.
Recursos materiales necesarios/ Características de calidad		Documento de la Historia Clínica y/o Soporte informático.
Modo de realizar la actividad/ Criterios de calidad		La intervención breve debe realizarse en cada una de las visitas. La actividad se realizará según los conceptos expuestos en el Anexo IX.
Registro de la actividad		Historia Clínica y/o Soporte informático.
Referencia al Anexo		Anexo IX.
		3.3 TERAPIA PSICOLÓGICA INDIVIDUAL
Nivel de evidencia/Grado de recomendación		Nivel de Evidencia A.
Participantes en la actividad		Psicólogos. En el primer nivel asistencial, en ausencia de psicólogo, el personal sanitario, debidamente formado, podrá realizar apoyo psicosocial.
Profesional responsable		Psicólogos. Médicos (en el primer nivel asistencial).
Recursos materiales necesarios/ Características de calidad		Hª Clínica de tabaquismo. Folletos informativos Material didáctico Material de autoayuda
Modo de realizar la actividad/ Criterios de calidad		En consulta presencial o telefónica.
Registro de la actividad		En la Hª Clínica en papel o recurso informático.
Referencia al Anexo		Anexo X

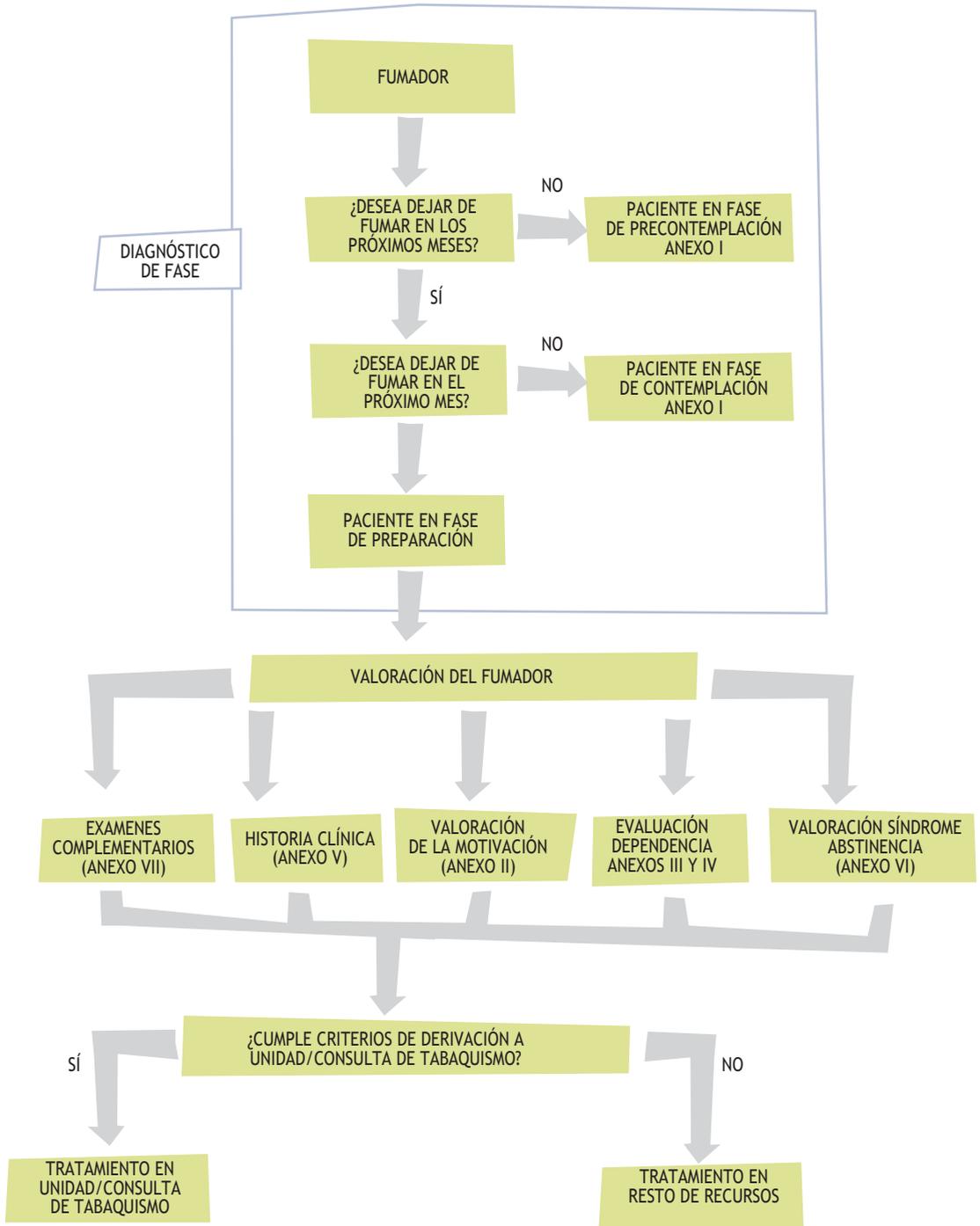
DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD	3.4 TERAPIA PSICOLÓGICA GRUPAL
Nivel de evidencia/Grado de recomendación	Nivel de Evidencia A.
Participantes en la actividad	Psicólogos, médicos y enfermeras
Profesional responsable	Psicólogos.
Recursos materiales necesarios/ Características de calidad	Espacio físico amplio y mobiliario adecuado. Material di- dático.
Modo de realizar la actividad/ Criterios de calidad	Reuniones periódicas. Grupos de entre 10 y 20 personas (ideal 15), Duración no superior a 90 minutos.
Registro de la actividad	Hª Clínica. Registro de seguimiento-participación de las se- siones.
Referencia al Anexo	Anexo XI
3.5 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	
Nivel de evidencia/Grado de recomendación	Recomendación grado A.
Participantes en la actividad	Médicos, Psicólogos, Enfermeras, Farmacéuticos.
Profesional responsable	Médicos
Recursos materiales necesarios/ Características de calidad	Historia clínica del paciente.
Modo de realizar la actividad/ Criterios de calidad	El paciente debe ser informado de las distintas opciones y posibles efectos adversos. La elección de un fármaco se hará en función de la experiencia del terapeuta, contraindicacio- nes, características del paciente y de la preferencia y expe- riencias previas del propio paciente. Se le entregará por es- crito el nombre del fármaco, posología, instrucciones de uso correcto y duración.
Registro de la actividad	En la Hª clínica y en documentación para el paciente.
Anexo de referencia	Anexos XII, XIII, XIV y XV.
3.6 SEGUIMIENTO.	
Nivel de evidencia/Grado de recomendación	Recomendación grado B.
Participantes en la actividad	Médicos. Psicólogos. Enfermeras, Farmacéuticos.
Profesional responsable	Responsable de la Unidad Clínica.
Recursos materiales necesarios/ Características de calidad	Historia clínica del paciente. Posibilidad de contacto no presencial.
Modo de realizar la actividad/ Criterios de calidad	Puede ser presencial o telefónico. Realizar cooximetría y control del peso.Registrar: abstinencia tabáquica, síntomas de abstinencia, adherencia y efectos adversos farmacológi- cos. Reforzar la motivación y técnicas conductuales. Modi- ficar, si es preciso, el tratamiento farmacológico. Prevención y manejo de recaídas.Acordar nueva cita.
Registro de la actividad	En la Hª clínica y en documento para el paciente.
Anexo de referencia	Anexos XVI

4.7 REPRESENTACIÓN GRÁFICA / ALGORITMOS

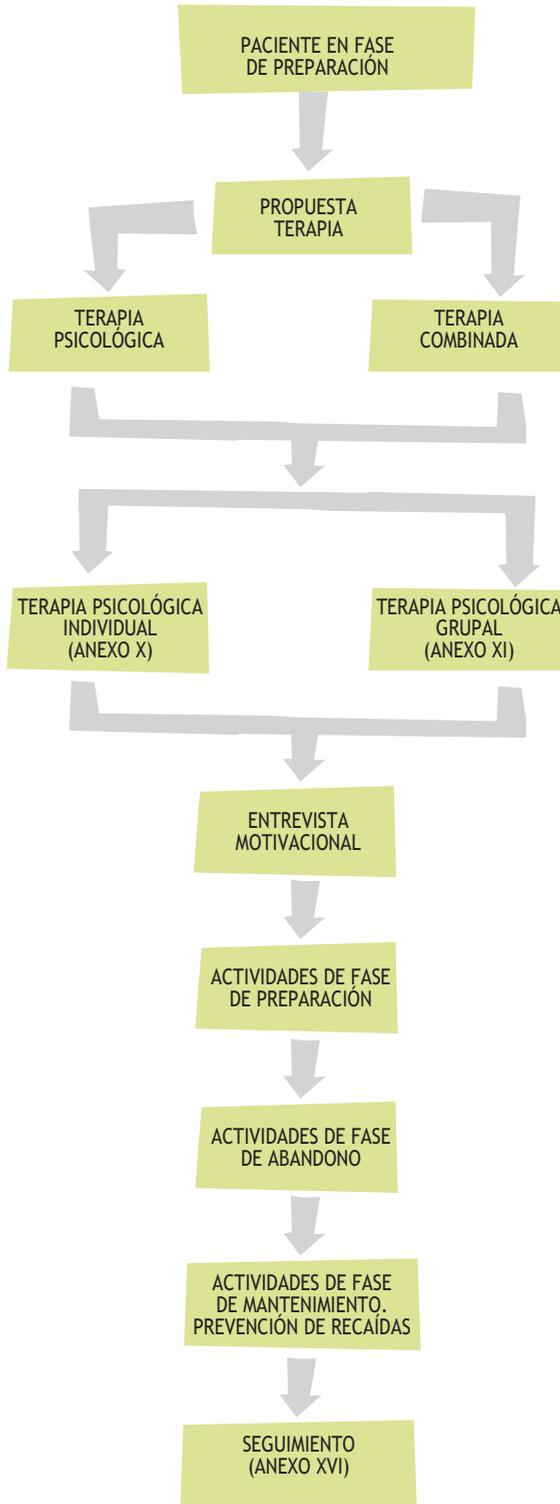
ALGORITMO I: SUBPROCESO CAPTACIÓN



ALGORITMO II: SUBPROCESO DIAGNÓSTICO



ALGORITMO III: SUBPROCESO PLAN TERAPEÚTICO



4.8: CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE LOS DOCUMENTOS

Documento generado	Profesional o unidad generadora del documento	Profesional o unidad receptora del documento	Requisitos/características de calidad del documento.
Documento de derivación a Atención Especializada o a la AECC	Médico de Atención Primaria. Otros especialistas	Profesional responsable de la Unidad/consulta especializada de tabaquismo (con formación específica en tabaquismo) o de la terapia de deshabituación en la AECC.	<ul style="list-style-type: none"> • Datos de filiación. • Resumen de la HC que contemple aspectos relacionados con el consumo de tabaco, dependencia, motivación, fase de abandono. • Motivo de derivación. • Resultados de las pruebas realizadas.
Solicitud de pruebas complementarias	Médicos de cualquier nivel asistencial	Los diferentes servicios a quienes se solicitan las pruebas	<ul style="list-style-type: none"> • Complimentación del documento diseñado para tal fin por el servicio correspondiente. • Datos de filiación del paciente con letra clara y legible. • Especificar el motivo de la consulta.
Documento para el seguimiento	Profesional de la salud responsable del proceso asistencial	Paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento prescrito. • Tolerancia/ reacciones adversas. • Fechas de las sucesivas visitas.
Informe de fin de tratamiento.	Profesional de la salud responsable del proceso asistencial	Paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Grado de tabaquismo. • Tratamientos utilizados, dosis, duración... • Situación al finalizar el tratamiento.

4.9 EVALUACIÓN DEL PROCESO

El grupo de trabajo, autor de esta guía, se ha fijado una serie de indicadores, que permiten monitorizar alguno de los aspectos del proceso. Ello no va en perjuicio de que en cada Área de Salud se utilicen, además de los propuestos, aquellos otros indicadores que se consideren oportunos.

Deben especificarse en cada caso las vías de acceso a la información requerida para la evaluación, tanto para la identificación de los casos como para la revisión y grado de cumplimiento de los criterios definidos.

Indicadores de Estructura

1. Porcentaje de áreas de salud que disponen al menos de una unidad/consulta especializada de tabaquismo. Estándar: 100%
2. Porcentaje de centros donde se realiza tratamiento de tabaquismo que disponen de cooxímetro. Estándar: 100%

3. Porcentaje de consultas en las que se realiza deshabituación tabáquica que disponen de la aplicación informática necesaria para la gestión de la consulta y captación de la información. Estándar: 100%

Indicadores de Proceso

1. Porcentaje de fumadores captados en relación con el total de fumadores estimado en la población mayor de 15 años. Estándar: Se determinará específicamente en el Plan Anual de Gestión.
2. Porcentaje de historias clínicas de fumador en el primer nivel asistencial que tienen registrado el consumo de tabaco, su diagnóstico de fase y el tipo de intervención. Estándar: Se establecerá cada año tras la evaluación del Servicio de Deshabituación tabáquica de la cartera de servicios de atención primaria.
3. Porcentaje de historias clínicas de fumadores atendidos en Unidad/Consulta de tabaquismo que cumplen con los requisitos incluidos en el anexo de historia clínica de tabaquismo. Cada Área de Salud determinará los parámetros básicos que debe incluir la historia clínica de fumador en atención especializada. Estándar: 70%.
4. Porcentaje de fumadores derivado a Unidad/Consulta de tabaquismo que tienen una demora inferior a 3 meses. Estándar: 50%
5. Porcentaje de volantes de derivación a la Unidad/Consulta de tabaquismo que cumplen con los criterios de derivación. Estándar: 60%
6. Porcentaje de pacientes incluidos en terapia de grupo que cumplen con los criterios de inclusión, tienen registrada entrevista previa y se le ha realizado historia clínica. Estándar: 60%.
7. Porcentaje de fumadores que abandonan el proceso de deshabituación tabáquica. Estándar: se fijará en cada uno de los niveles asistenciales.

Indicadores de Resultados

1. Porcentaje de fumadores atendidos en atención primaria que se encuentran en abstinencia continua a los 12 meses. Estándar: 12%
2. Porcentaje de fumadores atendidos en la Unidad/Consulta de tabaquismo que se encuentran en abstinencia continua a los 12 meses. Estándar: 35%
3. Porcentaje de fumadores atendidos en terapia de grupo que se encuentran en abstinencia continua a los 12 meses. Estándar: 40%
4. Porcentaje de fumadores atendidos en la línea telefónica que se encuentran en abstinencia continua a los 12 meses. Estándar: 35%

Ajuste de tiempos de acuerdo a criterios de calidad

ACTIVIDAD	TIEMPO DE REFERENCIA
Desde que el fumador solicita consulta para dejar de fumar hasta que se realiza la primera consulta	7 días
Interpretación de los cuestionarios y sistemas de registro entregados a los pacientes	7 días
Exámenes complementarios	7 días (excepto cooximetría)
Desde la primera consulta hasta el "Día D"	30 días
Desde que atención primaria realiza el volante de derivación hasta la primera consulta en la Unidad/Consulta de tabaquismo	3 meses
Seguimiento	6 - 12 meses

Responsable del proceso

Se entiende por responsable del proceso al profesional que va a tener encomendado el compromiso de la gestión y mejora del proceso.

En general, debería ser el profesional o departamento con mayor grado de actividad o impacto en el proceso, debiendo cumplir una serie de requisitos:

- Que conozca en profundidad el proceso.
- Que tenga conocimientos básicos de la metodología de gestión por procesos.
- Que tenga capacidad para tomar decisiones.
- Que quiera asumir la responsabilidad de la gestión del proceso.

Idealmente el responsable de supervisar el proceso será el responsable de la unidad donde se está realizando el proceso.

Las principales funciones del responsable del proceso serán:

- Asegurar que el proceso se desarrolla como está diseñado.
- Buscar la participación y compromiso de todos los implicados.
- Garantizar el control y mejora continua del proceso.
- Comprobar que el producto final satisface las necesidades del usuario.

Ficha del proceso

TIPO DE PROCESO	-Proceso Clínico-Asistencial
TÍTULO DEL PROCESO	-Deshabitación tabáquica
PROPIETARIO	-Profesional o Técnico responsable de Deshabitación Tabáquica de las Entidades Públicas o Privadas participantes en el proceso.
MISIÓN	-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 en nuestra Comunidad Autónoma.
LÍMITES DEL PROCESO	
LÍMITE INICIAL	-Todo fumador detectado por los distintos servicios asistenciales, con motivo de cualquier consulta o ingreso hospitalario.
LÍMITE FINAL	-Paciente que lleva un año sin fumar
PUERTAS DE ENTRADA Y SALIDA	
PUERTA DE ENTRADA	-Paciente que accede a Consulta de Atención Primaria. -Paciente que accede a Consultas de Especialidades (cardiología, neumología...) -Paciente que accede a Servicios de Urgencias.-Línea telefónica. -AECC. -Farmacias.-Salud Laboral.
PUERTA DE SALIDA	-Exclusión voluntaria del paciente. -Traslado a otra Comunidad Autónoma. - Fallecimiento del paciente. - Paciente que lleva más de un año sin fumar.

REQUERIMIENTOS DE LOS CLIENTES

- Atención rápida, sin demora ni listas de espera.
- Acceso a diversos tratamientos.
- Funcionamiento coordinado entre los distintos profesionales y servicios.
- Continuidad en el proceso por parte del mismo profesional.
- Trato personalizado, respetuoso y amable.
- Rapidez de respuesta (citación, comienzo del proceso, entrevistas, informes, etc.).
- Flexibilidad en cuanto a la forma de dar respuesta a los problemas.

INDICADORES DE MEDIDA

- De estructura
- De proceso
- De resultados

PARTICIPANTES EN EL PROCESO

- Médico.
- Psicólogo.
- Enfermera.
- Farmacéutico.
- Administrativo de citaciones.



Anexos

Anexo I: Diagnóstico de fase	42
Anexo II: Test de Richmond.....	44
Anexo III: Test de Fagerström.....	45
Anexo IV: Test de Glover-Nilsson	47
Anexo V: Historia Clínica	48
Anexo VI: Valoración del Síndrome de Abstinencia	49
Anexo VII: Exámenes complementarios.....	50
Anexo VIII: Criterios de derivación a la Unidad/Consulta de Tabaquismo	53
Anexo IX: Consejo sanitario. Intervención breve.....	54
Anexo X: Terapia Psicológica individual	59
Anexo XI: Terapia Psicológica grupal	61
Anexo XII: Tratamiento farmacológico	62
Anexo XIII: Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN).....	64
Anexo XIV: Bupropión	68
Anexo XV: Vareniclina.....	70
Anexo XVI: Seguimiento. Manejo de Recaídas	72
Anexo XVII: Algoritmo de intervención en Atención Primaria.....	74

ANEXO I: DIAGNÓSTICO DE FASE

El abandono del consumo de tabaco no debe ser considerado como un hecho puntual en la vida del fumador, sino como un proceso que pasa por una serie de etapas que fueron definidas por Prochaska y Di Clemente.

PROCESO DE ABANDONO DEL TABACO



El modelo transteórico considera seis estadios de cambio:

FASE DE PRECONTEMPLACIÓN

Son fumadores consonantes con su conducta que no tienen ninguna intención de dejar de fumar al menos en los próximos 6 meses.

Pueden ser pacientes que nunca hayan intentando seriamente dejar de fumar. No conocen o no quieren conocer los efectos nocivos del tabaquismo. Los “pros” para continuar fumando ganan a los “contras”.

En la fase de precontemplación se encuentra el 20-35% de los fumadores.

FASE DE CONTEMPLACIÓN

El fumador piensa que sería bueno dejar de fumar en los próximos 6 meses pero no se lo plantea a corto plazo, en el próximo mes.

Son fumadores que lo han intentado en varias ocasiones pero no lo han conseguido. El recuento de “pros” y “contras” es casi idéntico.

En esta fase se encuentra el 50-70% de los fumadores.

Hay fumadores que se plantean constantemente abandonar el consumo de tabaco pero no acaban por tomar la decisión final de elegir una fecha. Son fumadores en fase de contemplación crónica y corresponden al 50% de los que se encuentran en fase de contemplación.

ANEXO II: ESTUDIO DE MOTIVACIÓN: TEST DE RICHMOND

1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?	
-No	0 puntos
-Sí	1 punto
2. ¿Cuánto interés tiene usted en dejarlo?	
-Nada en absoluto	0 puntos
- Algo	1 punto
-Bastante	2 puntos
-Muy seriamente	3 puntos
3. ¿Intentará usted dejar de fumar en las próximas dos semanas?	
-Definitivamente no	0 puntos
-Quizás	1 punto
-Sí	2 puntos
-Definitivamente sí	3 puntos
4. ¿Cuál es la posibilidad de que usted dentro de los próximos seis meses sea un no fumador?	
-Definitivamente no	0 puntos
-Quizás	1 punto
-Sí	2 puntos
-Definitivamente sí	3 puntos
TOTAL..... PUNTOS	

Puntuación menor o igual a 6: Baja motivación.

Puntuación entre 7 y 9: Moderada motivación.

Puntuación igual a 10: Alta motivación.

ANEXO III : EVALUACIÓN DE LA DEPENDENCIA FÍSICA: TEST DE FAGERSTRÖM

1.¿Cuánto tiempo transcurre desde que te levantas hasta que fumas el primer cigarrillo?	
Hasta 5 minutos	3
Entre 6 y 30 minutos	2
Entre 31 y 60 minutos	1
Más de 60 minutos.	0
2.¿Te resulta difícil no fumar en lugares donde está prohibido?	
Sí	1
No	0
3.¿Qué cigarrillo te molesta más dejar de fumar?	
El primero de la mañana	1
Cualquier otro	0
4.¿Cuántos cigarrillos fumas al día?	
10 o menos	0
Entre 11 y 20	1
Entre 21 y 30	2
31 o más.	3
5.¿Fumas con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarte que durante el resto del día?	
Sí	1
No	0
6.¿Fumas aunque estés tan enfermo que tengas que guardar cama la mayor parte del día?	
Sí	1
No	0
TOTAL.....PUNTOS	

Grado de dependencia:

1 a 3 puntos: BAJA

4 a 6 puntos: MODERADA

7 a 10 puntos: ALTA

TEST DE FAGERSTRÖM ABREVIADO

1.¿Cuántos cigarrillos fumas al día?	
10 o menos	0
Entre 11 y 20	1
Entre 21 y 30	2
31 o más	3
2.¿Cuánto tiempo transcurre desde que te levantas hasta que fumas el primer cigarrillo?	
Hasta 5 minutos	3
Entre 6 y 30 minutos	2
Entre 31 y 60 minutos	1
Más de 60 minutos	0
TOTAL..... PUNTOS	

Grado de dependencia:

1 a 2 puntos: BAJA

3 a 4 puntos: MODERADA

5 a 6 puntos: ALTA

ANEXO IV: EVALUACION DE LA DEPENDENCIA PSICO-CONDUCTUAL: TEST DE GLOVER NILSSON

¿Cuánto valora lo siguiente? (Preguntas 1 a 3)

Por favor seleccione la respuesta haciendo un círculo en el lugar indicado

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

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

Cuánto valora lo siguiente? (Preguntas 4 a 18)

Por favor seleccione la respuesta haciendo un círculo en el lugar indicado

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

4. ¿Ocupa sus dedos y manos para evitar el tabaco?	0	1	2	3	4
5. ¿Suele ponerse algo en la boca para evitar fumar?	0	1	2	3	4
6. ¿Se recompensa a sí mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea?	0	1	2	3	4
7. ¿Se angustia cuando se queda sin cigarrillos o no consigue encontrar el paquete de tabaco?	0	1	2	3	4
8. Cuando no tiene tabaco, ¿le resulta difícil concentrarse y realizar cualquier tarea?	0	1	2	3	4
9. Cuando se halla en un lugar en el que está prohibido fumar, ¿juega con su cigarrillo o con el paquete de tabaco?	0	1	2	3	4
10. ¿Algunos lugares o circunstancias le incitan a fumar: su sillón favorito, sofá, habitación, coche o la bebida (alcohol, café, etc.)?	0	1	2	3	4
11. ¿Se encuentra a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina, sin desearlo realmente?	0	1	2	3	4
12. ¿Le ayuda a reducir el estrés el tener un cigarrillo en las manos aunque sea sin encenderlo?	0	1	2	3	4
13. ¿A menudo se coloca cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca (bolígrafos, palillos, chicles, etc.) y los chupa para relajarse del estrés, tensión, frustración, etc.?	0	1	2	3	4
14. ¿Parte de su placer de fumar procede del ritual que supone encender un cigarrillo?	0	1	2	3	4
15. ¿Parte del placer del tabaco consiste en mirar el humo cuando lo inhala ?	0	1	2	3	4
16. ¿Enciende alguna vez un cigarrillo sin darse cuenta de que ya tiene uno encendido en el cenicero?	0	1	2	3	4
17. Cuando está solo, en un restaurante, parada de autobús, fiesta, etc., ¿se siente más seguro, a salvo o más confiado con un cigarrillo en las manos?	0	1	2	3	4
18. ¿Suele encender un cigarrillo si sus amigos lo hacen?	0	1	2	3	4

TOTAL..... PUNTOS

La preguntas 1, 6, 7 y 8 miden dependencia psicológica, las preguntas 17 y 18 miden dependencia social, y las preguntas 2 a 5 y 9 a 16 miden dependencia gestual.

ANEXO V: HISTORIA CLÍNICA DE TABAQUISMO

ANAMNESIS:

- Antecedentes patológicos.
- Tratamientos farmacológicos.
- Reacciones adversas a medicamentos.

HISTORIA ESPECÍFICA DE TABAQUISMO:

- Edad de inicio.
- Cigarrillos/día.
- Paquetes/año.
- Intentos previos de abandono:
 - Número.
 - Tratamientos realizados.
 - Duración máxima de abstinencia.
 - Fecha del último.
 - Motivos de recaída.
- Hábito tabáquico en su entorno (familia, trabajo y ocio).

EXPLORACION FÍSICA:

- TA.
- Peso.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- Cooximetría.
- Cotinina.
- Otras: Espirometría, Rx Tórax, Analítica, ECG.

PUNTUACIÓN TEST DE FAGERSTRÖM

PUNTUACIÓN TEST DE RICHMOND

PUNTUACIÓN TEST DE GLOVER-NILSSON

PUNTUACIÓN S. DE ABSTINENCIA

FECHA DE ABANDONO

TRATAMIENTO

SEGUIMIENTO

ANEXO VI: VALORACIÓN DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Después de la interrupción brusca o de la reducción del consumo de tabaco, aparecerá en mayor o menor medida una serie de síntomas característicos del síndrome de abstinencia (SA).

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 deshabitación los síntomas de este síndrome que presenta cada paciente para intentar paliarlos y así evitar las recaídas durante las primeras semanas.

Los síntomas del SA 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 SA 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 TA y de la frecuencia cardíaca.
- 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 SA puede realizarse con una escala en la que la intensidad de los síntomas se puntúan de 0 a 3.

VALORACIÓN DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA

SINTOMA	AUSENTE	LEVE	MODERADO	INTENSO
Craving				
Ansiedad				
Irritabilidad				
Tristeza				
Frustración				
Dificultad de concentración				
Estreñimiento				
Trastornos del sueño				
Aumento de apetito				
Cansancio /inapetencia				
Cefalea				
Total				

ANEXO VII: EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Al paciente fumador se le deben realizar unos exámenes complementarios generales y unas determinaciones más específicas: cooximetría en el aire espirado y determinación de nicotina y cotinina en líquidos corporales.

Exámenes complementarios generales

- Hemograma: el tabaquismo se asocia con un aumento en el recuento de leucocitos y de hematíes, así como con un aumento del hematocrito; tiene validez para objetivar los beneficios que sobre el organismo tiene abandonar el consumo de tabaco.
- Bioquímico: niveles de glucosa y del perfil lipídico en sangre es útil para descartar factores de riesgo cardiovascular asociados.
- Estudio de coagulación.
- Pruebas de función pulmonar:
 - Espirometría forzada: al inicio servirá para identificar a los pacientes que han desarrollado una EPOC, y posteriormente para objetivar los beneficios obtenidos al dejar de fumar.
 - Test de difusión: permitirá diagnosticar de forma precoz el desarrollo de un enfisema pulmonar.

Exámenes complementarios específicos

- Carboxihemoglobina: es el resultado de la unión del CO con la hemoglobina por la que tiene 240 veces más afinidad que el oxígeno, dificultando el transporte de ese a los tejidos. Se debe de determinar para conocer el grado de fumador y como predictor de riesgo cardiovascular.
- Cooximetría: es la determinación de la cantidad de monóxido de carbono (CO) en el aire espirado del paciente. Existe una relación lineal entre los niveles de CO en el aire espirado y los de la HbCO en sangre. La vida media del CO es corta, entre 2 y 5 horas. Las cifras de CO en el aire espirado comienzan a normalizarse a partir de 48-72 horas de abandonar el consumo de tabaco. El mejor momento para la determinación de CO son las últimas horas del día.

Esta medición se realiza mediante la utilización de un cooxímetro.

Técnica:

- Colocar el cooxímetro a cero.
- El paciente debe realizar una inspiración profunda y una pausa de apnea de unos 15 segundos.
- Realizar un espiración lenta prolongada y completa a través de la boquilla del aparato.

- A los pocos segundos podremos leer la cantidad de CO en partes por millón (ppm) en el indicador del cooxímetro.

Interpretación de los resultados:

- inferiores a 6 ppm: no fumadores.
- entre 6 y 10 ppm : fumadores esporádicos.
- superior a 10 ppm: punto de corte entre fumadores y no fumadores.

Factores que influyen sobre el nivel de CO en aire espirado:

- Número de cigarrillos consumidos: cuanto mayor es el número de cigarrillos consumidos más alta es la cantidad de CO obtenida.
- Patrón de consumo: número y profundidad de las pipadas.
- Número de horas transcurridas desde el último cigarrillo.
- Otras fuentes de exposición: calefacciones, tabaquismo pasivo, gases de automóviles.

Ventajas:

- Método barato, de fácil manejo e incruento.
- Refuerzo positivo o motivador.
- Validar la afirmación verbal de abstinencia.
- Como marcador de exposición al tabaco o a otras fuentes de CO. Para conocer el grado de tabaquismo.
- Para conocer el riesgo de desarrollar determinadas enfermedades.

Todas estas características hacen que la cooximetría sea de uso obligado en las consultas de tabaquismo.

Determinación de nicotina y cotinina en líquidos biológicos.

Nicotina: se puede determinar en sudor, leche materna, líquido amniótico, saliva, orina y sangre. El punto de corte para discriminar a fumadores y no fumadores es de 0,4 nmol/l.

Inconvenientes:

- Vida media corta de aproximadamente 2 horas,
- Es una prueba cara.
- Sus niveles en orina está influenciada por el pH y por la cantidad de orina.

Todas estas circunstancias hacen que la determinación de nicotina en distintos fluidos corporales sea poco utilizada en la práctica clínica.

Cotinina: tiene una vida media más prolongada (entre 11 y 37 horas) y alcanza niveles sanguíneos entre 10 y 15 veces superiores a la nicotina. Persiste en el organismo unos 4 días desde que la persona deja de fumar. También pueden hacerse determinaciones de cotinina en saliva, sangre y orina. Los niveles alcanzados en sangre son los más estables pero la muestra de más fácil obtención es la de la saliva.

Ventajas:

- Alta sensibilidad y especificidad para discriminar fumadores y no fumadores:
 - Por debajo de 10 ng/ml: no fumador
 - Entre 40-50 ng/ml: fumadores de poco consumo
 - Entre 200 y 400 ng/ml: fumadores de mayor consumo
- Permiten conocer el grado de dependencia física del paciente y orientar la pauta terapéutica.

Determinación de tiocianato: tiene una vida media de entre 10 y 14 días pudiéndose utilizar la determinación del mismo como marcador de exposición al humo del tabaco, incluso de abstinencia a largo plazo. El medio más utilizado para la determinación de tiocianato es la saliva, estableciéndose como punto de corte para diferenciar a un fumador de un no fumador los 100 mg.

Inconvenientes:

- Está presente de forma natural en algunos alimentos (cerveza, brócoli, rábanos, nabos, nueces, cerveza), lo que hace que la especificidad sea baja.
- Tras el consumo de los mismos, se pueden alcanzar niveles de tiocianato similares a los de los fumadores. Esto hace que apenas se utilice en la práctica clínica ni en los estudios de abandono de tabaco.

Propiedades de los marcadores biológicos del tabaquismo

	Vida media	Punto de corte	S	E	Nivel asistencial
CO	2- 5 h10	ppm	alta	baja	AP/ AE
COHb(%)	6 h	1,7 %	alta	baja	AE
Cotina	15- 40 h	10 ng/ml	alta	alta	AE
Tiocianato	10- 14 días	100 ng/l	alta	baja	AE

Los más útiles en la práctica clínica, por su especificidad y fiabilidad, son la cooximetría, que da una idea de la abstinencia en las últimas 24-48 horas, y la de cotinemia que permite conocer la abstinencia en los últimos 4 días.

ANEXO VIII: CRITERIOS DE DERIVACIÓN A UNIDAD/CONSULTA DE TABAQUISMO

Los fumadores que accedan a una Unidad/Consulta de tabaquismo deben ser fumadores en fase de preparación o acción que cumplen al menos uno de los siguientes criterios de derivación:

1. Fumadores que, después de haber realizado 2 ó 3 intentos serios de abandono del consumo de tabaco, correctamente tratados por un profesional sanitario, no han logrado dejar de fumar.
2. Fumadores con enfermedades cardiovasculares no controladas: cardiopatía isquémica descompensada o de menos de 3 meses de evolución, arritmias cardíacas, hipertensión arterial, etc.
3. Fumadores con enfermedades psiquiátricas.
4. Fumadores con antecedentes de otras drogodependencias y que lleven al menos dos años sin recaer.
5. Fumadoras embarazadas o en período de lactancia, en las que han fracasado la intervención mínima y/o los tratamientos conductuales.
6. Adolescentes con alta dependencia y consumo.
7. Coexistencia con enfermedades crónicas que contraindiquen o condicionen la prescripción de los fármacos de primera línea (EPOC, diabetes mellitus, insuficiencia renal, epilepsia...).

ANEXO IX: CONSEJO SANITARIO. INTERVENCIÓN BREVE

Es preciso crear una estructura asistencial en tabaquismo, con intervenciones terapéuticas proporcionadas a los diversos ámbitos que la integren y a las necesidades que los fumadores vayan expresando según su fase de abandono o la intensidad de su adicción.

Debemos definir pues:

- Una intervención básica o consejo sanitario para dejar de fumar, administrado por todo profesional sanitario de forma oportunista.
- Una intervención breve o protocolo de atención al paciente fumador en atención primaria de salud, en la consulta a demanda. La intervención breve es aquella que dura menos de 10 minutos por sesión, se hace en menos de 4 sesiones y dura menos de 30 minutos en total.
- Una intervención intensiva, que se realiza en atención primaria, en consulta programada. Existe evidencia de que a mayor intensidad se producen tasas más altas de éxito. Una intervención intensiva tiene una duración de más de 10 minutos por sesión, se realiza en 4 sesiones o más y tiene en total una duración de más de 30 minutos.
- Una intervención especializada, realizada por unidades especializadas, combina el tratamiento psicológico y farmacológico, está integrada por personal sanitario con una formación específica y atiende a pacientes derivados del nivel anterior.

CONSEJO SANITARIO

El consejo sanitario para dejar de fumar debe ser firme, serio, breve y personalizado.

La firmeza en el “debe o tiene que dejar de fumar” tiene que ser lo suficientemente convincente como para que al menos sea motivo de reflexión. El “debe dejar de fumar” debe ir acompañado del “cómo” tiene que hacerlo, debiendo el profesional realizar un control que facilite el correcto cumplimiento terapéutico.

La seriedad de esta actuación va ligada a la función ejemplarizante del profesional sanitario respecto al consumo de tabaco.

Informar al fumador de los inconvenientes del consumo de tabaco y de las ventajas de su abandono, con mensajes positivos, de manera que contribuya a reafirmar el proceso de abandono del tabaco, no tiene que durar más de 3-5 minutos.

El consejo sanitario debe relacionar el uso del tabaco con los motivos concretos de cada uno para dejar de fumar.

INTERVENCIÓN BREVE

Su objetivo principal es identificar a todo fumador cuando acude a consulta, ofrecerle tratamiento y conseguir que avance en el proceso de dejar de fumar.

El US Public Health Service Report del año 2000 define la intervención clínica breve diseñada para su aplicación en la atención primaria como una serie de actuaciones que sintetiza en las 5 A:

- 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”.
 - Convinciente: “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. Si es un adolescente: “...tener los dientes y dedos amarillos no es atractivo...”. En el caso de una embarazada: “Si fuma su hijo puede tener dificultades al nacer y mayor riesgo de presentar alguna complicación”. Si es padre de familia “Si fuma las posibilidades de que sus hijos sean fumadores, serán mayores; ¿le gustaría que sus hijos fumasen?”
- 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 tratamientos farmacológicos. 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.

El seguimiento puede ser:

- Oportunista, preguntando y reforzando al paciente en cada visita que nos haga por cualquier motivo a iniciativa propia, al menos durante el primer año, aprovechando la accesibilidad de la atención primaria.
- Programado: el contacto a los 2 meses se justifica por la finalización en la mayoría de los casos del tratamiento médico, y el contacto a los 6 meses o al año por ser importante para valorar la efectividad de nuestro protocolo.

Las actividades a realizar durante las visitas de seguimiento serían: si no ha fumado felicitarle enfatizando las ganancias obtenidas; si ha fumado analizar las circunstancias, identificar los problemas e intentar reconducir la situación. Advertir de las situaciones de riesgo que puedan inducir a fumar. Valorar el cumplimiento del tratamiento, los efectos adversos y los cambios en las dosis.

APLICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN BREVE.

Ante cualquier paciente que acude a una consulta sanitaria se debe indagar sobre su hábito tabáquico, 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.

- Pueden estar desmoralizados por haber tenido recaídas.
- Son el 85 – 90% de los fumadores.

Actuaciones

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 (menos de 3 minutos), claro, conciso y adaptado al paciente.

En esta fase nuestro objetivo es aumentar la motivación para el abandono, por tanto es primordial hacer una intervención motivacional como la que sugiere el informe del Public Health Service de los Estados Unidos, incidiendo en estas “5 erres”:

- 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.
- Riesgos: debemos ayudar al paciente para que identifique las potenciales consecuencias negativa de fumar tanto para él como para los que le rodean.
- Recompensas: debemos ayudarle a valorar las ventajas de dejar de fumar y hacer hincapié en las que parezcan más importantes para él.
- 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.
- Repetición: esta intervención debe repetirse cada vez que un paciente no motivado acuda a la consulta médica.

Recomendaciones Para La Fase De Precontemplación

Ante un fumador que quiere seguir fumando la actuación terapéutica del profesional sanitario ha de abordar los siguientes aspectos:

- Dar información oral y si es posible escrita de los riesgos de fumar para la salud y los efectos positivos de dejar de fumar.
- Favorecer el cambio de actitud, buscando motivaciones personales para el abandono del tabaco.
- Aumentar su eficacia en el abandono del tabaco.
- Expresar de una forma manifiesta y concreta nuestro apoyo para que logre dejar de fumar.
- Valorar la conveniencia de realizar consejo sanitario de forma sistematizada o espaciarlo un tiempo prudencial, para no encontrar un rechazo que dificulte la relación médico paciente y, en definitiva, el éxito de la intervención.

Recomendaciones Para La Fase De Contemplación

Ante un fumador indeciso en abandonar el tabaco, la actuación terapéutica del profesional sanitario ha de abordar principalmente los siguientes aspectos:

- Buscar motivaciones para dejar de fumar.
- Identificar las barreras o dificultades ante el abandono del tabaco.
- Analizar los intentos previos de abandono del tabaco, en caso de que los hubiera, y los motivos de recaídas para intentar evitarlos.
- Valorar y recordar, en las sucesivas visitas, el estado actual del fumador en su proceso de deshabituación tabáquica y el ofrecimiento de una ayuda concreta y personalizada para dejar de fumar.

LOS FUMADORES QUE QUIEREN DEJAR DE FUMAR EL PRÓXIMO MES:

Son el 10 – 15% de los fumadores y es en ellos donde deberemos concentrar la mayor parte de nuestro esfuerzo: vienen a dejar de fumar y necesitan una respuesta. En estos pacientes debemos aplicar la estrategia completa de las “5 A”, que podemos resumir de forma práctica en los siguientes puntos:

AYUDAR (Assist)

1. Estudio de la dependencia mediante el test de Fagerström abreviado.
2. Entrega de folleto-guía para dejar de fumar
3. Fijación del día “D”
4. Recomendación de uso de tratamiento farmacológico, valorando las contraindicaciones de cada fármaco.

ACORDAR (Arrange)

5. Realizando un seguimiento oportunista al menos en las dos siguientes visitas.

ANEXO X: TERAPIA PSICOLÓGICA INDIVIDUAL

Las principales revisiones y metaanálisis de eficacia así como las principales guías clínicas, recomiendan los tratamientos combinados médico-psicológicos en las intervenciones intensivas para dejar de fumar.

El tratamiento multidisciplinar es mucho más que una suma de procedimientos, la guía NIDA (1999) argumenta que: “El tratamiento combinado está basado en el fundamento que los tratamientos de comportamiento y farmacológicos operan con mecanismos diferentes pero complementarios y tienen el potencial para producir efectos acumulativos”.

Fumar es una conducta con implicaciones biológicas, y como tal, está condicionada por un campo de variables. Por lo tanto la motivación para el abandono, el abandono y la prevención de recaídas, requieren una evaluación y un abordaje sistematizado y a la medida del usuario de cada una de esas variables.

Este abordaje exige un dominio conceptual (teoría de la conducta) y un repertorio técnico suficiente (caja de herramientas), pudiendo llevarse a cabo a través de terapia individual, terapia grupal, línea telefónica, correo electrónico, intervenciones “on line”, etc.

Inciendo en la necesidad de adaptar el tratamiento a la medida del usuario, a continuación se enumeran una serie de técnicas a utilizar en función de sus particularidades y evolución.

- Entrevista Motivacional: Consiste en una entrevista semi-estructurada, cuyos principios básicos son:
 - Expresar empatía.
 - Crear discrepancias.
 - Darle un giro a la resistencia.
 - Fomentar la autoeficacia.

- Fase de Preparación:
 - Informar, aconsejar y dar diversas opciones.
 - Auto-observación: Auto-registro de consumo.
 - Análisis y registro de motivos.
 - Movilizar motivación y compromiso del cliente.
 - Establecer día D.
 - Estrategias de afrontamiento y ensayo conductual: Identificar situaciones y desarrollar repertorio de estrategias de reemplazo:
 - Planificación de actividades alternativas.
 - Entrenamiento en auto-instrucciones.
 - Entrenamiento en habilidades sociales:
 - Cómo decir no cuando le ofrecen tabaco.
 - Cómo solicitar que no se fume en su presencia.
 - Entrenamiento en detención del pensamiento.

- Entrenamiento en resolución de problemas.
- Control de estímulos y extinción: para debilitar y/o extinguir la asociación entre los estímulos y la conducta de fumar.
- Entrenamiento en respiración y relajación:
 - Relajación progresiva de Jacobson.
 - Entrenamiento autógeno de Shultz.
 - Técnicas de control de la respiración.
- Reestructuración Cognitiva: Consiste en modificar las distorsiones cognitivas y creencias irracionales que están interfiriendo en el proceso de abstinencia nicotínica
- Fase de Abandono: Aplicar técnicas aprendidas en fase de preparación.
- Fase de Mantenimiento o de prevención de recaídas: Marlatt y Gordon.
 - Entrenamiento en habilidades de afrontamiento.
 - Reestructuración Cognitiva.
 - Reequilibrio del estilo de vida.

ANEXO XI: TERAPIA PSICOLÓGICA GRUPAL

Fase de preparación:

- Estrategias de motivación y cohesión grupal:
 - Información de carácter socio-sanitario.
 - Reestructuración cognitiva.
 - Expectativas y creencias erróneas acerca del proceso de abandono del tabaco.
 - Percepción de capacidad para el abandono.
 - Autoobservación y autoregistros.
- Análisis funcional de la conducta de fumar y control de estímulos:
 - Análisis de autoregistros: estímulos antecedentes, respuesta y consecuencia.
 - Estrategias de afrontamiento y ensayos conductuales de abstinencia situacional.

Fase de abandono:

- Entrenamiento en técnicas de autocontrol:
 - Entrenamiento en manejo de estrés.
 - Identificación de conductas alternativas.
 - Contrato fecha de abandono.

Fase de mantenimiento:

- Estrategias para evitar el síndrome de abstinencia y prevención de recaídas:
 - Entrenamiento en habilidades conductuales.
 - Estrategias de afrontamiento cognitivo-conductual.
 - Estrategias para propiciar el autorefuerto de los cambios positivos.
 - Estrategias para manejar recaídas.
 - Afianzar estrategias de afrontamiento y control del deseo de fumar.
 - Prevenir recaídas.

ANEXO XII: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

A los fumadores con dependencia media o alta se les debe proponer realizar, junto a la terapia psicológica, tratamiento farmacológico (salvo situaciones especiales: gestantes, madres en período de lactancia, adolescentes o contraindicaciones médicas).

El tratamiento debe cumplir las siguientes premisas:

- Debe ser prescrito y controlado por un profesional sanitario cualificado y valorado conjuntamente con el paciente.
- La elección debe basarse en las características y predisposición del paciente, tratamientos previos realizados, contraindicaciones del fármaco, probable adherencia al tratamiento y experiencia previa del profesional sanitario.
- Antes de iniciarlo, explicar claramente en qué consiste, efectividad, forma de administración, posibles efectos adversos y duración.

Fármacos de primera línea:

- Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN)
- Bupropión
- Vareniclina

Fármacos de segunda línea:

- Nortriptilina
- Clonidina
- Ansiolíticos

Metaanálisis 2008: Efectividad y tasas de abstinencia para tratamientos en monoterapia o en combinación comparado con placebo a 6 meses del abandono (n= 83 estudios)*

Medicación	Número de brazos	Odds ratio estimada (IC 95%)	Tasas de abstinencia estimadas (IC 95%)
Placebo	80	1.0	13.8
Monoterapias			
Varenicline (2mg/día)	5	3.1 (2.5- 3.8)	33.2 (28.9- 37.8)
Spray nasal de nicotina	4	2.3 (1.7- 3.0)	26.7 (21.5- 32.7)
Parches de nicotina a dosis altas (> 25 mg)(duración estándar y a largo plazo)	4	2.3 (1.7- 3.0)	26.5 (21.3- 32.5)
Chicles de nicotina a largo plazo (> 14 semanas)	6	2.2 (1.5- 3.2)	26.1(19.7- 33.6)
Varenicline (1 mg/día)	3	2.1 (1.5- 3.0)	25.4 (19.6- 32.2)
Clonidina	3	2.1 (1.2- 3.7)	25.0 (15.7- 37.3)
Bupropión	26	2.0 (1.8- 2.2)	24.2 (22.2- 26.4)
Parches de nicotina (6- 14 semanas)	32	1.9 (1.7- 2.2)	23.4 (21.3- 25.8)
Parches de nicotina a largo plazo (> 14 semanas)	10	1.9 (1.7- 2.3)	23.7 (21.0- 26.6)
Nortriptilina	5	1.8 (1.3- 2.6)	22.5 (16.8- 29.4)
Chicles de nicotina (6- 14 semanas)	15	1.5 (1.2- 1.7)	19.0 (16.5- 21.9)
Terapias combinadas			
Parches (> 14 semanas) + chicles o spray nasal	3	3.6 (2.5- 5.2)	36.5 (28.6- 45.3)
Parches + Bupropión	3	2.5 (1.9- 3.4)	28.9 (23.5- 35.1)
Parches + Nortriptilina	2	2.3 (1.3- 4.2)	27.3 (17.2- 40.4)

Modificado de Fiore MC

(*) Ir a: www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm para ver los artículos usados en este metaanálisis

ANEXO XIII: TERAPIA SUSTITUTIVA CON NICOTINA (TSN)

La terapia sustitutiva con nicotina (TSN), consiste en la administración de nicotina a un fumador que quiere dejar de serlo, por una vía distinta del cigarrillo (chicles, parches transdérmicos, comprimidos de nicotina, inhalador bucal o nebulizador nasal), en una cantidad suficiente para disminuir los síntomas del síndrome de abstinencia nicotínica, pero insuficiente para crear dependencia. En cualquiera de las formas de TSN, la concentración plasmática de nicotina nunca alcanza los niveles que se obtienen cuando se fuma un cigarrillo.

MECANISMO DE ACCIÓN

Cuando se reconoció la nicotina como sustancia adictiva, se introdujo la TSN como medio eficaz de tratamiento. A los 7-10 segundos de la primera calada la nicotina alcanza el SNC y estimula los receptores de las membranas neuronales del sistema dopaminérgico-mesolímbico. Esta rapidez de acción le dota de una altísima capacidad adictiva.

Los fumadores mantienen unas concentraciones de nicotina en plasma entre 10 y 40 ng/ml, siendo necesarios unos niveles entre 5 y 15 ng/ml para que el fumador no desarrolle los síntomas del síndrome de abstinencia.

El fundamento de la TSN es que los diversos productos nicotínicos aminoran los síntomas de retirada al ofrecer una fuente alternativa de nicotina.

Chicles de Nicotina

Los chicles están compuestos de 2 y 4 mg de nicotina. La nicotina absorbida por la mucosa orofaríngea tarda de 2 a 3 minutos en alcanzar los receptores neuronales. Con la utilización del chicle se obtienen niveles de nicotina en plasma que oscilan entre 5 y 10 ng/ml, dependiendo de si se han utilizado chicles de 2 o 4 mg. Se pueden utilizar hasta 16 piezas de chicle durante 24 horas. Si se fuma más de 20 cigarrillos/día o se tiene alta dependencia se administrarán dosis unitarias de 4 mg.

Es fundamental instruir en el uso correcto del chicle. Los chicles deben masticarse lentamente, si se mastica continuamente, la nicotina se libera rápidamente y no puede absorberse por lo que es deglutida inactivándose.

La ventaja del chicle es que se puede ajustar la dosis de forma individualizada a lo largo del día en respuesta a cualquier posible situación de craving que se presente.

Comprimidos de Nicotina

Se presentan en comprimidos de 1 y 2 mg, (bioequivalentes a la presentación en chicles de 2 y 4 mg respectivamente). Al igual que con los chicles, hay que explicar al fumador la forma correcta de utilización.

La principal ventaja es que puede ser utilizada en pacientes con disfunción de la articulación temporomandibular.

Los fumadores con dependencia baja o moderada utilizarán los comprimidos de 1 mg. Los pacientes con dependencia alta deberán utilizar los de 2 mg.

La dosis diaria suele estar comprendida entre 8 y 12 comprimidos hasta un máximo de 25 comprimidos de 1 mg. o 15 comprimidos de 2 mg.

Parches de Nicotina

El parche es un sistema de administración transdérmica que produce una liberación constante del principio activo a lo largo de un periodo de 16 o 24 horas.

Los parches de 16 horas están disponibles en dosis de 15mg, 10 mg y 5 mg. Los parches de 24 horas administran 21 mg, 14 mg y 7 mg de nicotina en 24 horas.

Los parches de 24 horas son tan eficaces como los de 16 horas.

La nicotina alcanza una concentración máxima entre las 4 y 10 horas tras su aplicación inicial, pero al cabo de varios días de aplicación repetida se alcanzan cifras mantenidas de nicotina de 10 a 23 ng/ml. Los parches de dosis más bajas se utilizan en fases posteriores del tratamiento.

Su principal ventaja es la facilidad de uso y la escasa aparición de efectos secundarios, por lo que se consigue un elevado nivel de adherencia al tratamiento.

DOSIFICACIÓN

Terapia sustitutiva con nicotina (TSN)				
Determinaciones	Opciones terapéuticas			
Nº cigar/día	Fagerström (puntos)	Chicles (*)	Parche 24 horas	Parche 16 horas
10 – 19	3 o menos	2mg 8-10 piezas/día 8-10 semanas	21 mg 4 semanas 14 mg 4 semanas	15 mg 4 semanas 10 mg 4 semanas
20 – 30	4 – 6	4 mg/60 min 12 semanas	21 mg 4 semanas 14 mg 4 semanas 7 mg 4 semanas	15 + 10 mg 4 semanas 15 mg 4 semanas 10 mg 4 semanas
Más de 30	7 o más	4 mg/60 min 12 o más semanas	21 mg 6 semanas 14 mg 4 semanas 7 mg 2 semanas	15 + 10 mg 4 semanas 15 mg 4 semanas 10 mg 4 semanas
		Terapia combinada (parche más chicle)		

(*) o comprimidos en dosis bioequivalentes

EFFECTOS ADVERSOS

Los efectos secundarios más frecuentes con la TSN son: cefaleas, mareos, malestar gastrointestinal, náuseas y vómitos.

Los chicles de nicotina pueden producir dolor bucal o de garganta.

Los parches pueden producir insomnio y reacciones cutáneas locales en el lugar de aplicación, como prurito, eritema, edema o dermatitis de contacto.

Si aparece dolor torácico se recomienda suspender el tratamiento y acudir al médico.

CONTRAINDICACIONES

- Hipersensibilidad a la nicotina
- Infarto de miocardio reciente (menos de 4 semanas de evolución).
- Arritmias cardíacas.
- Ictus reciente.
- Angina inestable.
- Úlcus gastroduodenal activo.

Contraindicaciones relativas:

- Angina estable.
- Hipertensión arterial no controlada.
- Enfermedad vascular periférica
- Enfermedad cerebrovascular.
- Vasoespasmo.
- Insuficiencia cardíaca grave.
- Hipertiroidismo.
- Diabetes mellitus insulino dependiente.
- Úlcus péptico.
- Deterioro renal o hepático grave.

Para el chicle de nicotina:

- Problemas dentales.
- Trastornos en la articulación temporomandibular.
- Inflammaciones de boca, faringe o esófago.

Para el parche:

- Procesos dermatológicos como psoriasis, eczema o dermatitis atópica.

PRECAUCIONES

Los productos nicotínicos no se recomiendan actualmente para su uso durante el embarazo y la lactancia a menos que la madre sea incapaz de dejar de fumar sin dichos productos, y siempre después de haber consultado a un médico.

En combinación con bupropión puede ser necesario controlar la presión arterial.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PRÁCTICAS

La TSN es una opción básica para el tratamiento del tabaquismo.

Excepto en los casos que está contraindicado es un medicamento eficaz y seguro.

Aunque en la práctica clínica se utilizan dosis altas de TSN en forma de parches, no existen pruebas contundentes sobre el beneficio de dosis mayores de 21 mg. durante 8 semanas ó 15 mg. durante 8 semanas.

La asociación de parches + chicles incrementa la tasa de éxito y es un método seguro (OR: 1,9).

ANEXO XIV: BUPROPIÓN

Es el primer fármaco no nicotínico que ha demostrado su eficacia en el tratamiento del tabaquismo. Su estructura química no tiene nada que ver con la nicotina, y su mecanismo exacto de actuación es poco conocido. Macroscópicamente, el hidrocloreuro de bupropión es un polvo blanco, soluble en agua, con un sabor amargo y con propiedades anestésicas locales en mucosa oral

Mecanismo de acción

Es un antidepresivo que actúa como inhibidor selectivo de la recaptación de dopamina y noradrenalina, que no inhibe la monoaminoxidasa (MAO) y que apenas interfiere en la recaptación de serotonina. Su mecanismo exacto de acción se desconoce, pero parece estar mediado por mecanismos dopaminérgicos y noradrenérgicos a nivel de los núcleos accumbens y ceruleus cerebrales.

DOSIFICACIÓN

Inicio del tratamiento (1- 2 semanas antes del día D)	150 mg/ día / 6 días
Mantenimiento del tratamiento* (7- 9 semanas)	150 mg dos veces al día con un intervalo mínimo de 8 horas entre las dosis
Pacientes ancianos	150 mg al día
Pacientes con insuficiencia renal o hepática	150 mg al día
Diabéticos bien controlados con insulina o con antidiabéticos orales	150 mg al día
Menores de 18 años	no es aconsejable

* En ocasiones está indicado la prolongación del tratamiento hasta 3, 6 ó 12 meses.

Efectos adversos *

- Insomnio: es el más común (10- 31%). Cuando aparece es recomendable tomar la última toma del día lo más alejado de la hora de dormir; tratando siempre que entre toma y toma transcurran al menos 8 horas
- Cefaleas (3- 17%)
- Inestabilidad (3- 8%)
- Convulsiones es la reacción adversa más grave aunque su frecuencia es inferior al 1/1.000. Éstas se relacionan con la dosis de bupropión empleada, que nunca debe de superar los 300 mg diarios.
- Reacciones de hipersensibilidad en piel (2- 14%)
- Sequedad de boca (7- 12%)
- Náuseas (3- 5%)

* La reducción de la dosis ayuda a reducir la aparición de estos efectos adversos

Contraindicaciones

- Hipersensibilidad conocida al bupropión o a alguno de los excipientes que aparecen en su formulación.
- Anorexia o bulimia nerviosa
- Trastorno bipolar
- Epilepsia
- Trastorno convulsivo conocido previo.
- Insuficiencia hepática grave.
- Uso simultáneo de inhibidores de la mono-amino-oxidasa (IMAO)

Precauciones

- Alcoholismo
- Antecedentes de TCE
- Fumadores en proceso de retirada de benzodiazepinas
- Diabetes
- Interacciones con fármacos que reducen el umbral convulsionante: antimaláricos, antipsicóticos, tramadol, antidepresivos, teofilinas, corticoides sistémicos, antidiabéticos orales
- Se recomienda una rigurosa evaluación del riesgo-beneficio antes de recomendar el uso de bupropión en embarazadas.

Conclusiones y recomendaciones prácticas

- El bupropión constituye un tratamiento eficaz para dejar de fumar, coadyuvante del consejo sanitario, así como del tratamiento psicológico especializado. El uso de bupropión dobla las tasas de abstinencia a los 6 y 12 meses de la intervención, cuando se compara con placebo.
- Se debe iniciar a dosis de 150 mg/día durante 6 días, y después continuar tratamiento por 7 a 9 semanas a dosis de 150 mg/2 veces al día. Antes de pautarlo, se debe descartar la existencia de contraindicaciones para su utilización, controlando la toma de medicación concomitante y los antecedentes de convulsiones, bulimia o anorexia nerviosa y trastornos bipolares.
- Exclusivamente bajo prescripción médica

ANEXO XV: VARENICLINA

Es el último fármaco desarrollado y aprobado específicamente en el tratamiento para dejar de fumar. Tanto su estructura como mecanismo de acción es distinto de la nicotina y del bupropión.

Mecanismo de acción:

Es un agonista parcial selectivo de los receptores nicotínicos de acetilcolina alfa4-beta2. Al evitar la unión de la nicotina con estos receptores, desarrolla una doble actividad: reduce los síntomas de ansiedad y abandono del tabaco (actividad agonista) y reduce los efectos de recompensa y refuerzo del tabaco (actividad antagonista).

Dosificación:

El tratamiento se iniciará 1-2 semanas antes de la fecha elegida por el paciente para dejar de fumar.

Días 1 - 3	0,5 mg 1 vez al día
Días 4 - 7	0,5 mg 2 veces al día
Día 8 - final del tratamiento	1 mg dos veces al día

En insuficiencia renal grave: 0,5 mg una vez al día, durante todo el tratamiento.

La duración del tratamiento es de 12 semanas. Puede considerarse un período adicional de 12 semanas en los pacientes que hayan dejado de fumar al cabo de las primeras 12 semanas.

Efectos adversos:

- Náuseas: es el más común. Por lo general son leves o moderadas y remiten en las primeras semanas. Si fueran persistentes, se aconseja tomar los comprimidos con alimentos y si es necesario, disminuir la dosis a la mitad (0,5 mg dos veces al día).
- Alteraciones del sueño: insomnio, sueños anormales, somnolencia.
- Estreñimiento, vómitos, diarrea, flatulencia, sequedad oral.
- Cefalea
- Aumento del apetito

Contraindicaciones:

- Hipersensibilidad al principio activo o a cualquiera de sus excipientes.
- Ideas suicidas

Precauciones

- No se debe utilizar en: embarazadas.
- En madres lactantes, se tiene que valorar la supresión del Vareniclina o de la lactancia.
- Trastornos psiquiátricos, como depresión.

Interacciones

- Bupropion
- Cimetidina
- TSN
- Warfarina

Conclusiones y recomendaciones prácticas:

- La vareniclina es un tratamiento de primera línea en el tratamiento para dejar de fumar.
- Multiplica por tres las posibilidades de éxito en comparación con la utilización de placebo.
- Aunque en la práctica clínica ocasionalmente se utiliza conjuntamente con chicles o comprimidos de nicotina, debido a su mecanismo de acción tenemos que suponer que el paciente no se beneficiaría de esta asociación.
- Exclusivamente bajo prescripción médica.
- Si el paciente presenta síntomas depresivos durante el tratamiento con vareniclina, consultar con su médico.

SEGUIMIENTO

Durante el proceso de deshabituación tabáquica el paciente debe ser controlado por su terapéuta con una periodicidad variable en función del nivel asistencial en el que se esté realizando: un mínimo de tres visitas en atención primaria y aproximadamente 6-8 visitas en terapia psicológica (individual o grupal) y atención especializada.

En cada visita, de forma sistematizada, se deben realizar y registrar:

- Abstinencia/consumo de tabaco
- Síntomas de abstinencia
- Adherencia y efectos adversos del tratamiento farmacológico
- Cooximetría y control de peso
- Refuerzo de motivación
- Asesoramiento en técnicas conductuales
- Modificar, si es preciso, el tratamiento farmacológico
- Prevención de recaídas
- Acordar nueva cita

RECAÍDA

Un alto porcentaje de fumadores requiere de varios intentos para conseguir dejar el tabaco definitivamente.

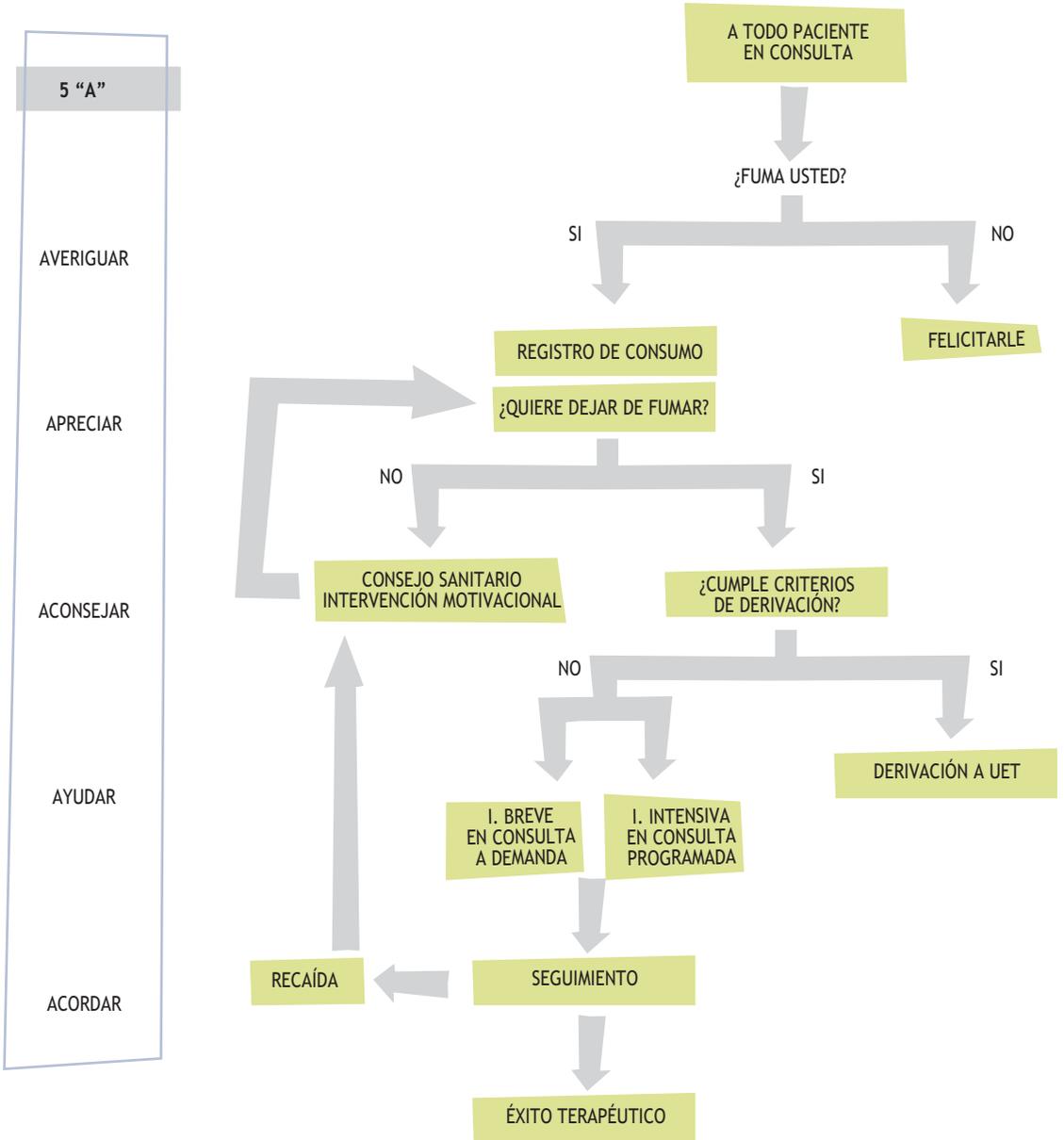
Hay que diferenciar el concepto de recaída del de desliz o consumo puntual. Mientras que en el desliz el fumador no abandona la fase de acción y puede presentar abstinencia puntual al final de un periodo de seguimiento, en la recaída el fumador abandona la fase de acción regresando a cualquiera de las fases anteriores.

En caso de producirse una recaída:

- No culpabilizar al fumador por ella: La recaída 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.
- Supone una mayor experiencia y más expectativas de éxito en el siguiente intento de cesación.
- Analizar las causas de la recaída:
 - Factores situacionales
 - Factores fisiológicos
 - Factores psicológicos
- Valorar efectos adversos del tratamiento previo
- Atribución del consumo a causas controlables para poder desarrollar expectativas de auto-eficacia adecuadas

- Preguntar si quiere retomar el tratamiento:
- En caso positivo reiniciar desde la fase en que se encuentre
- En caso negativo:
- Ofrecerse para cuando considere que sea el momento oportuno
- Concretar una cita futura con el objeto de trabajar la motivación y el avance en la fase de cambio

ANEXO XVII: ALGORITMO DE INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA



Glosario de términos y siglas

ABANDONO

Persona que deja de acudir a tres consultas consecutivas programadas de tabaquismo independientemente de la causa que lo provoca.

ACTIVIDAD

Es la agrupación de tareas para facilitar su gestión. La secuencia ordenada de actividades da como resultado un subproceso o un proceso.

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

Especificaciones o cualidades que deben cumplir los productos/servicios/procesos, para ser capaces de satisfacer las necesidades de los clientes

CRAVING

Deseo intenso de fumar

DEFINICIÓN FUNCIONAL DEL PROCESO

Definición clara y práctica del proceso a través de las funciones que realiza.

DESTINATARIOS DEL PROCESO

Quienes reciben o son usuarios de los productos y/o servicios que se obtienen del proceso. Personas o estructuras organizativas sobre los que la salida del proceso tiene impacto (y, por tanto, van a exigir que todo haya funcionado correctamente).

DÍA “D”

Día señalado para dejar de fumar

EXPECTATIVAS DE LOS DESTINATARIOS

Es lo que esperan del servicio que van a recibir.

GESTIÓN POR PROCESOS

Sistema de gestión enmarcado en los principios de calidad total, que pretende facilitar a los profesionales el conocimiento de aquellos aspectos que hay que mejorar y las herramientas para lograrlo.

La gestión por procesos implica “reordenar los flujos de trabajo de forma que aumenten la satisfacción del cliente y faciliten las tareas de los profesionales”

La gestión por procesos es un modelo de gestión que entiende a la organización como un conjunto de procesos globales orientados a la consecución de la calidad total y a la satisfacción del cliente, frente a la concepción clásica de la organización como una serie de departamentos con funciones específicas.

LÍMITE INICIAL

Momento de entrada del paciente en el proceso. Se establece la actividad que pone en marcha el proceso.

LÍMITE FINAL

Momento de salida del paciente del proceso. Se establece la actividad que da por concluido el proceso.

LÍMITES MARGINALES

Constituidos por aquellas actividades que, aún estando relacionadas con el proceso, no se van a gestionar dentro del mismo.

MISIÓN DEL PROCESO

Descripción de la razón de ser del proceso: que, para qué y para quién.

PROCEDIMIENTO

Conjunto de instrucciones que hacen referencia a cómo se deben realizar una serie de tareas para conseguir un objetivo.

PUERTA DE ENTRADA EN EL PROCESO

Entendiendo como tal la vía de llegada del paciente al proceso.

PUERTA DE SALIDA DEL PROCESO

Entendiendo como tal la vía de salida del paciente del proceso

PROCESO

Organización lógica de personas, materiales, energía, equipos y procedimientos en actividades de trabajo, diseñada para generar un resultado específico.

PROCESO ASISTENCIAL

Conjunto de actividades asistenciales interrelacionadas, necesarias para conseguir el objetivo de satisfacer las necesidades de salud del paciente.

RESPONSABLE DEL PROCESO

Es el profesional que va a tener encomendada la responsabilidad de la gestión y mejora del proceso.

TERAPIA COMBINADA

Empleo simultáneo de tratamiento farmacológico y terapia psicológica, individual o grupal.

PROGRAMA MULTICOMPONENTE

Utilización de diversas técnicas conductuales (de relajación, aversivas, auto-registros, etc), asociadas o no con terapia farmacológica.

GLOSARIO DE SIGLAS

AE: Atención Especializada

AECC: Asociación Española Contra el Cáncer

AP: Atención Primaria

CCAA: Comunidades Autónomas

CMBD: Conjunto Mínimo Básico De Datos

CMCT : Convenio Marco para el Control del Tabaco

CO: Monóxido de Carbono

ECG: Electrocardiograma

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

HbCo: Carboxihemoglobina

HC: Historia Clínica

IMAO: inhibidores de la monoaminoxidasa

MAO: monoaminoxidasa

OMS: Organización Mundial de la Salud

Ppm: partes por millón

Rx: Radiografía

SA: Síndrome de Abstinencia

SNC: Sistema Nervioso Central

T^a: Temperatura

TA: Tensión Arterial

TCE: Traumatismo craneoencefálico

TSN: Terapia Sustitutiva con Nicotina

Bibliografía

1. Abengózar Muela R, Camarelles Guillem F, Díaz-Maroto Muñoz JL. Guía de Buena Práctica Clínica en Abordaje del tabaquismo. Madrid: Organización Médica Colegial; 2006.
2. Barrueco Ferrero M, Hernández Mezquita MA, Torrecilla García M, editores. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. 3ª edición. Madrid: Ergon; 2006.
3. Becoña Iglesias, E. y Lino Vázquez, F. Tratamiento del tabaquismo. Madrid: Dykinson; 1998.
4. Buela-Casal, G., Fernández-Ríos, L. y Carrasco Giménez, T. J. Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención. Madrid: Ediciones Pirámide; 1997.
5. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Agonistas parciales de los receptores de nicotina para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
6. Consejería de Salud, editor. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Sevilla: Junta de Andalucía; 2001.
7. Córdoba García R, Nerín de la Puerta I. Manual de tabaquismo en Atención Primaria. Madrid: Gráficas Monterreina; 2005.
8. Fernández-Ballesteros, R. Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud. Madrid: Ediciones Pirámide; 1994.
9. Fiore MC, Jaen CR, Baker T, Bailey WC, Benowitz N, Curry S, et al. Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update. Clinical Practice Guideline. [Internet]. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008 [acceso 24/11/2008]. Disponible en:

10. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepresivos para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
11. Jiménez Ruiz C, Fagerström K, editores. Tratado de Tabaquismo. 2ª edición. Madrid: Ergon; 2007.
12. Jiménez Ruiz CA, Ayesta J, Planchuelo MA, Abéngozar R, Torrecilla M, Quintas AM et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo sobre el tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Prev Tab* 2001; 3: 78-85.
13. Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Torrecilla Garcia M, Domínguez Grandal F, Diaz-Maroto Muñoz JL et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. *Arch Bronconeumol* 2003; 39: 35-41.
14. Jiménez Ruiz CA, Solano S, González JM, Ruiz M, Flórez S, Ramos A et al. Normativa para el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 1999; 35: 499-506.
15. Jiménez-Ruiz CA, Solano Reina S, Barrueco Ferrero M, De Granada Orive LI, Lorza Blasco JJ, Alonso Viteri S, Flórez Martin S, Sobradillo Peña V. Recomendaciones para la organización y funcionamiento de las unidades especializadas en tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2001; 37: 382-7
16. Jiménez-Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Ramos Pinedo A, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, De Granda JI, et al. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Propuesta de financiación. *Arch Bronconeumol* 2008; 44: 213-9
17. Kaper J, Wagena EJ, Severens JL, Van Schayck CP. Sistemas de financiación de la asistencia sanitaria para aumentar el uso del tratamiento del tabaquismo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
18. Luciano, M.C. (1999). La psicoterapia analítico funcional (FAP) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y precauciones. *Análisis y Modificación de Conducta* 1999; 25: 497-584.
19. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 2006 (Avance de resultados junio 2006 – enero 2007); 2006. [acceso 7/1/2008]. Disponible en: [htm](#)
20. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Brief interventions

and referral for smoking cessation in primary care and other settings [Internet]. London (UK): NICE; 2006 [acceso 10/2/2008]. Disponible en:

21. Olano E, Matilla-Pardo B, Sánchez Sanz E. ¿Intervención mínima en tabaquismo? El protocolo de atención al paciente fumador en atención primaria. *Aten Primaria*. 2005; 36(9): 510-4
22. Pérez Trullén A, Herrero I, Clemente ML y Escosa L. Abordaje de la prevención y el tratamiento del tabaquismo: ¿a quién, cuando y cómo realizar la deshabituación tabáquica? *Arch Bronconeumol* 2004; 40: 63-73
23. Sampablo Lauro I, Angrill Paxeras J. Actualización en el tratamiento del tabaquismo *Arch Bronconeumol* 2004; 40: 123-32
24. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G Terapia de reemplazo de nicotina para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
25. Stead LF, Lancaster T Programas de terapia conductual grupal para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
26. Tratamientos psicológicos en drogodependencias. Recaída y prevención de recaídas. Coordinado por: M: Casas y M. Gossop. Barcelona: Ediciones en neurociencias; 1993.
27. Wilson, K. y Luciano, M.C. Terapia de Aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores. Madrid: Ediciones Pirámide; 2002.

