

PROGRAMA
DE FORMACION BASICA
EN **TABAQUISMO**
PARA PROFESIONALES SANITARIOS



Sacyl



Junta de
Castilla y León

Autores: Grupo de trabajo de atención al fumador de la Gerencia Regional de Salud.

Álvaro Prieto, M^a Ángeles de. Comisionado Regional para la Droga.
Cascón Perez-Teijón, Sara. Médica de familia. CS Guareña. Zamora.
Echevarría Zamanillo, M^a del Mar. Técnica del Servicio de Organización de Centros Asistenciales. Gerencia Regional de Salud.
Flores Santos, Raquel. Médica de familia CS La Bañeza I. León.
García Lobato, Elena. Técnica Servicio de Prestación Farmacéutica. Dirección Técnica de Asistencia Farmacéutica. Gerencia Regional de Salud Sacyl.
García Ortiz, Alejandra. Técnica Servicio de Prestación Farmacéutica. Dirección Técnica de Asistencia Farmacéutica. Gerencia Regional de Salud.
Gonzalez Bustillo, M^a Begoña. Técnica del Servicio de Coordinación Asistencial, Sociosanitaria y Salud Mental. Gerencia Regional de Salud.
Herrero Callejo, Sara. Enfermera. CS Barrio España. Valladolid Este.
Juarros Martínez, Santiago. Neumólogo. Hospital Clínico Universitario Valladolid.
Lázaro Asegurado, Lourdes. Neumóloga, Hospital Universitario de Burgos.
Lleras Muñoz, Siro. Jefe de Servicio del S^o de Coordinación Asistencial, Sociosanitaria y Salud Mental. Gerencia Regional de Salud.
Palacios Sanibo, Mercedes. Comisionado Regional para la Droga.
Sanchez Cerezal, Jose Ángel. Enfermero. CS Virgen de la Concha. Zamora.
Vázquez Mallada, Delio. Médico de Familia. CS Bembibre. El Bierzo.

Los profesionales aparecen en orden alfabético con el perfil profesional y en el puesto de trabajo que estaban desempeñando en el momento del diseño de este documento, pudiendo haber variado esta situación en la actualidad.

NDICE

1. Objetivo general	Pág. 4
2. Objetivos específicos	Pág. 4
3. Introducción/ justificación	Pág. 4
4. Los profesionales sanitarios y el tabaquismo	Pág. 4
5. Captación oportunista de las personas fumadoras	Pág. 6
5.1. Identificación sistematizada de las personas fumadoras	Pág. 6
5.2. Formas de fumar	Pág. 6
5.3. Cuantificar el consumo de tabaco	Pág. 6
5.4. Realizar el diagnóstico de la fase de motivación para el cambio	Pág. 6
5.5. Intervención en diferentes situaciones	Pág. 7
6. Atención a la persona fumadora que quiere dejar de fumar	Pág. 8
6.1. Persona fumadora en fase de preparación	
A. Consultas previas al cese	Pág. 8
1 Primera consulta	Pág. 8
2 Consultas sucesivas	Pág. 10
6.2. Persona fumadora en fase de acción	
B. Consultas después del día D	Pág. 10
1 Primera consulta después del cese	Pág. 10
2 Consultas de seguimiento después del cese	Pág. 11
7. Anexos	Pág. 12
8. Desarrollo de la parte práctica de la formación	Pág. 29
9. Bibliografía	Pág. 29
10. Más información	Pág. 30

1. OBJETIVO GENERAL

Disminuir la incidencia y prevalencia del tabaquismo mediante una capacitación básica de los profesionales sanitarios que les permita realizar el abordaje integral de la persona fumadora.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reducir la morbimortalidad asociada al consumo de tabaco.
- Reconocer la magnitud de la problemática individual y social del tabaco.
- Conocer las funciones del personal sanitario en la lucha antitabaco desde una perspectiva multidisciplinar.
- Conocer los beneficios que aporta dejar de fumar y como pueden mejorar la calidad de vida de las personas fumadoras.
- Identificar los recursos terapéuticos eficaces para el tratamiento del tabaquismo garantizando a las personas fumadoras la mejor atención posible.
- Emplear las diferentes técnicas de ayuda al fumador disponibles en la actualidad, de forma personalizada así como el afrontamiento de los problemas emergentes durante la cesación.
- Conocer los recursos institucionales disponibles para la atención al tabaquismo (folletos, cartera de servicios, guías, PAI...) así como otros recursos de apoyo de otras fuentes (web, publicaciones...).

Se pretende aportar una formación básica a través de una actividad docente dirigida a profesionales de medicina y enfermería que trabajan en el ámbito de la Atención Primaria, basado en una metodología que estimule y facilite su implementación dentro de la actividad asistencial.

Metodología docente

- Exposición oral con soporte audiovisual para la transmisión de información clínica con participación y flexibilidad. Comprende la formación básica en tabaquismo, evitando que sea demasiado densa en sus contenidos y estando centrada en medidas de eficacia probada.
- Discusión y debate guiado.
- Resolución de casos clínicos de manera práctica.
- Demostraciones de utilización de distintos dispositivos utilizados en la valoración del tabaquismo.

Se realizará acreditación y diploma de la actividad formativa, evaluado con la asistencia al 100 % de la actividad presencial.

3. INTRODUCCIÓN

La morbi-mortalidad causada por el humo del tabaco es evidente y de la relación causa-efecto más ampliamente documentada en la literatura, sobre todo para patología oncológica como es el caso del carcinoma pulmonar y de todo el territorio otorrinolaringológico, de múltiples patologías respiratorias como es el caso de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y de la patología cardiovascular, patologías todas ellas de gran prevalencia en nuestra sociedad.

4. LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y EL TABAQUISMO

El tabaquismo, a pesar de ser una enfermedad crónica con tendencia a las recidivas, es tratable y por lo tanto está plenamente justificada la existencia de políticas sanitarias capaces de satisfacer la demanda de tratamiento específico.

Actualmente se cuenta con tratamientos efectivos tanto farmacológicos como cognitivo-conductuales para dejar de fumar. No obstante, un gran obstáculo sigue siendo la actitud de una parte del personal sanitario que continúa percibiendo al tabaquismo como un “vicio” o costumbre con riesgos para la salud pero cuya modificación depende enteramente del paciente, y por tanto no se implican en el consejo médico por reconocer su papel en el tratamiento del tabaquismo de sus pacientes.

La formación sobre prevención e intervención en tabaquismo entre los profesionales sanitarios con el fin de facilitar la adquisición de las competencias profesionales necesarias se reconoce como actividad imprescindible en esta planificación de estrategias para reducir el consumo de tabaco. La formación de los profesionales es fundamental para la implementación de cualquier programa de atención las personas fumadoras, y también para la calidad y el contenido de sus prácticas.

El abordaje a las personas fumadoras debe hacerse desde cualquier ámbito sanitario y por todos los profesionales de la salud puesto que cuando

en el tratamiento del tabaquismo participan diferentes profesionales y se realiza de manera sistematizada, las intervenciones son más efectivas y se incrementan las tasas de abstinencia.

En una asistencia sanitaria de calidad, todos los profesionales sanitarios debemos integrar en nuestras actividades asistenciales, docentes, investigadoras, de educación para la salud y prevención de la enfermedad, la actuación en tabaquismo. Es necesario incorporar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad, a nuestra actividad diaria de una forma sistematizada e institucionalizada. La Atención Primaria, con la formación y los medios adecuados, es el marco idóneo para tratar a la mayoría de los fumadores; en algunos casos será necesaria la atención en unidades especializadas.

Funciones del profesional de Atención Primaria:

1. Función modélica

- No fumar.
- Si se es fumador, intentar su abandono y no fumar en público.
- No aceptar obsequios relacionados con el tabaco, argumentando el motivo de rechazo.
- Ser estrictos en el cumplimiento de la legislación actual. No fumar ni dejar fumar en los centros sanitarios.
- Contribuir en el establecimiento de que la norma social sea no fumar.
- Ser modelos para la población en el abandono del tabaco.

En estudios realizados acerca del cumplimiento del papel modélico que deberían cumplir los profesionales sanitarios a la hora de aconsejar a los pacientes el abandono del tabaco, el 80% de la población española consideró que la mejor manera de demostrarles que el tabaco es perjudicial para la salud es que los profesionales sanitarios no consuman tabaco.

2. Función educadora

- Aprovechando el consejo breve como medio para informar y motivar al fumador.
- La educación a realizar por los profesionales sanitarios en este campo deberá ir dirigida fundamentalmente a dos áreas:
 - La prevención, evitando la incorporación de nuevos consumidores.

Especialmente dirigida a niños y adolescentes para evitar que se inicien en el consumo de tabaco.

- La cesación, ayudando a los fumadores a abandonar el consumo de tabaco.

3. Función social:

- Apoyar las medidas restrictivas: de venta a menores, publicitarias y elevación de precios.
- Organizar y apoyar campañas de prevención.

4. Función terapéutica

Es específica de la profesión sanitaria, se basa en preguntar sobre consumo de tabaco a todo paciente atendido y aconsejar sistemáticamente su cesación. Uno de nuestros principales instrumentos de trabajo es una actitud terapéutica adecuada, profesional, acorde a nuestra misión como proveedores de un servicio de ayuda a una persona con un problema de salud, evitando caer en actitudes erróneas, como pueden ser:

- Considerar el tabaquismo como un simple vicio o costumbre definido como un déficit de voluntad que cede ante determinados impulsos.
- Creer que la simple voluntad es suficiente para dejarlo: sabemos que a mayor grado de dependencia, menor es la voluntad y decisión para su abandono; y la escasez de la motivación para el cambio (como fuerza que activa el comportamiento) es una característica de la dependencia a sustancias (y no un rasgo de la personalidad del drogodependiente).
- Responsabilizar o culpabilizar al paciente por ser fumador o por las recaídas en su intento de dejarlo.

La ayuda al fumador es una tarea ineludible de los profesionales de Atención Primaria, los cuales presentan además algunas características especialmente favorecedoras de su actuación:

- Proximidad al usuario: sirve de referencia inevitable a éste en sus hábitos.
- Accesibilidad y frecuentación: es el profesional que más contacto tiene con el fumador. Se estima que un 75% de los pacientes asignados acude al menos una vez al año a la consulta de Atención Primaria.
- Mayor facilidad y predisposición para la educación sanitaria (credibilidad ante el fumador).

- Conocimiento del paciente y su entorno socio-familiar (enfoque biopsicosocial).
- Trabajo en equipo (visión multidisciplinar) y visión global del problema.

5. CAPTACIÓN OPORTUNISTA DE LAS PERSONAS FUMADORAS

5.1. IDENTIFICACIÓN SISTEMATIZADA DE LAS PERSONAS FUMADORAS

Se deberá preguntar a los pacientes sobre consumo de tabaco siempre que exista la oportunidad en la consulta de cualquier profesional sanitario.

Va dirigida a personas de Castilla y León, de 15 o más años de edad. Se considera a una persona como fumadora si consume tabaco de forma diaria, semanal u ocasional, detectada por cualquiera de los distintos ámbitos o servicios asistenciales, con motivo de cualquier consulta o solicitud de atención, o bien con motivo de un ingreso hospitalario.

Se aconseja realizar la identificación especialmente en determinadas situaciones:

- Cuando se realizan exploraciones físicas.
- Cuando se informa de resultados de pruebas complementarias.
- Cuando se realiza información e intervención sobre métodos anticonceptivos.
- En periodo de embarazo o lactancia materna.
- En el consejo de la primera visita prenatal.
- Cuando el paciente consulta por problemas relacionados con el tabaco.
- Aprovechar cualquier consulta a demanda para preguntar por el consumo de tabaco.

También es un momento propicio para aconsejar sobre el cese del hábito tabáquico el momento de la hospitalización, dado que el paciente en ese momento tiene una gran preocupación por su salud y un alto grado de motivación, esto se ha demostrado especialmente en pacientes neumológicos, cardiológicos y en primíparas ingresadas en el área de obstetricia o ginecología. El tratamiento del tabaquismo en pacientes hospitalizados es objeto de una guía SEPAR de reciente publicación.

La intervención breve sobre el tabaquismo tiene una excelente relación coste/efectividad, siendo aproximadamente 30 veces más coste efectivo que

tratar una hipertensión y unas 100 veces más que el tratamiento de la hipercolesterolemia.

Esta intervención breve se ha diseñado para su aplicación en la Atención Primaria como una serie de actuaciones que se sintetiza en las 5 Aes (**Anexo 1**).

5.2. FORMAS DE FUMAR

Valoración de las diferentes formas de consumo de tabaco que existen en la actualidad y cuál es la realiza la persona fumadora (**Anexo 2**).

- Cigarrillos convencionales (procesados).
- Tabaco de liar.
- Pipas de agua/Cachimbas.
- Cigarrillo electrónico/e-cigarrillo.
- Productos de tabaco por calentamiento (PTC).

5.3. CUÁNTIFICAR EL CONSUMO DE TABACO

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

5.4. REALIZAR EL DIAGNÓSTICO DE FASE DE MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO

Identificar de la fase de motivación para el cambio en la que se encuentra el fumador y planificar intervenciones en función de la misma.

- **Fase de precontemplación:** el fumador no tiene intención de cambiar en los próximos 6 meses, es un fumador consonante, un 30%-35% de ellos están en esta fase. No están dispuestos a realizar un intento serio de abandono, no quieren hacerlo o no se ven capaces.
- **Fase de contemplación:** Está pensando en dejar de fumar en los próximos 6 meses, los beneficios de dejarlo y los inconvenientes son casi iguales, un 50%-65% están en esta fase. La mayoría ya han realizado alguno o varios intentos de abandono fallidos. Temen la frustración ante un nuevo fracaso.
- **Fase de preparación:** Se plantea dejarlo en el plazo de un mes, las ventajas pesan más que los inconvenientes, son fumadores disonantes, un 10-15% están en esta fase. Se comprometen a emprender acciones encaminadas a dejar de fumar.
- **Fase de acción:** han dejado de fumar hace menos de 6 meses, es en la

que existe mayor riesgo de recaídas. Están realizando un cambio de estilo de vida.

- **Fase de mantenimiento:** Han dejado de fumar hace más de 6 meses. Persiste riesgo de recaídas.
- **Fase de recaída:** cuando un individuo no puede sostener los logros obtenidos de abstinencia. Algunos autores consideran recaída el consumo de tabaco mantenido durante 7 días consecutivos, y caída o desliz al consumo durante menos días y no continuos. Otros autores consideran recaída, cuando después de un período de abstinencia de 24 horas se consumen 5 o más cigarrillos durante tres días consecutivos.

La recaída no debe ser considerada como un fracaso ni del profesional ni del paciente, ya que forma parte del mismo proceso de abandono del tabaco. Es algo frecuente entre los fumadores en este proceso debido a la naturaleza crónica de la enfermedad; de ahí la importancia de planificar desde la fase inicial del tratamiento la prevención de las recaídas, recordando al paciente con frecuencia los beneficios de dejar de fumar y ayudándole a planificar estrategias efectivas para las situaciones de riesgo.

5.5. INTERVENCIÓN EN DIFERENTES SITUACIONES

Persona que no fuma

- Si nunca ha fumado, clasificar como persona no fumadora y refuerzo positivo.
- Si ha abandonado el consumo, felicitar y preguntar cuanto tiempo hace que lo dejó:
 - Si hace menos de 6 meses, clasificar como persona fumadora en fase de acción.
 - Si lleva entre 6 y 12 meses, clasificar como persona fumadora en fase de mantenimiento.
 - Si lleva más de 12 meses sin fumar clasificar como persona exfumadora.

Persona fumadora

Preguntar si quiere dejar de fumar:

5.5.1. Si la persona no está dispuesta a dejar de fumar, clasificar en FASE DE PRECONTEMPLACIÓN:

- Consejo breve para dejar de fumar.
- Entregar material de autoayuda.
- Ofrecer siempre nuestra disposición cuando quiera hacer un intento.

El proceso de cambio



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

5.5.2. Si no quiere dejarlo ahora pero está dispuesto a dejar de fumar en los próximos 6 meses, clasificar como persona en FASE DE CONTEMPLACIÓN:

- Ofrecer apoyo para que lo intenten.
- Informar de la poca utilidad de la idea de fumar menos para disminuir el daño. (No hay cantidad segura en el consumo de tabaco, los fumadores leves también tienen riesgo aumentado de enfermedad).
- Estimular su motivación para dejarlo:
 - Entrevista motivacional. Las 5 R. **(Anexo 3)**.
 - Citar en 4-6 semanas con la intención de que pase a la fase de preparación. En caso de que no se consiga se realizará el mismo abordaje que en el caso de precontemplación.

5.5.3. Si la persona está dispuesta a dejar de fumar en el próximo mes clasificar en FASE DE PREPARACIÓN:

- Felicitar por la decisión.
- Ofrecer material de apoyo.
- Evaluar el grado de dependencia. Test de Fagerström **(Anexo 4)**.
- Evaluar el grado de motivación **(Anexo 5)**. Investigar y potenciar la motivación: que el paciente piense cual es el/los motivos más importantes por los que ha decidido hacer un intento serio de abandono; ese va a ser el motor que le impulse y le mantenga a lo largo del proceso. Es conveniente que lo escriba y lo ponga en lugar visible durante el proceso.
 - Realizar diagnóstico del grado de tabaquismo.
 - Valorar si cumple criterios de derivación a la Unidad Especializada en Tabaquismo.
 - Explicar signos y síntomas de abstinencia **(Anexo 6)**.

5.5.4 PREGUNTAR: ¿quiere ayuda profesional programada para dejar de fumar?

Si la respuesta es NO porque desea dejar el consumo por su cuenta:

- Proponer fijar una fecha (día D). Ayudar al paciente a fijar una fecha en las próximas 4 semanas, reconociendo que nunca es el momento ideal y se oferta nueva consulta después del día D para hablar y reforzar el proceso de abandono.
- Buscar el apoyo del entorno social: familia, amigos, compañeros de trabajo.
- Prever las dificultades al dejar de fumar, sobre todo las primeras semanas, incluyendo los signos y síntomas de abstinencia **(Anexo 6)**.

- Eliminar todos los productos relacionados con el tabaco del entorno habitual. Antes de dejar de fumar, evitar fumar en los sitios en que se pasa mucho tiempo (casa, trabajo, coche, etc.).
- Dar consejos prácticos sobre cómo resolver problemas: abstinencia total, aprovechar experiencias anteriores, evitar/afrentar las situaciones muy asociadas al consumo de tabaco, limitar/evitar el consumo de alcohol mientras se está dejando, buscar el apoyo/respeto de los otros fumadores de su entorno.
- Dar apoyo claro desde el centro de salud.
- Proporcionar material de apoyo: Guía práctica para el abandono del tabaco.

Si la respuesta es Sí: iniciar intervención intensiva

- Ofrecer tratamiento combinado multicomponente para la deshabituación tabáquica: tratamiento farmacológico más terapia cognitivo-conductual.
- Realizar plan de intervención programado individual o tratamiento grupal. Facilitar una cita programada para abordar situación en próxima visita.

6. ATENCIÓN A LA PERSONA QUE QUIERE DEJAR DE FUMAR

6.1. PERSONA FUMADORA EN FASE DE PREPARACIÓN

Iniciar este tipo de intervención con pacientes que deseen dejar de fumar en los próximos 30 días y que desean ayuda para conseguirlo. En este nivel de intervención diferenciamos los siguientes tipos de consulta:

- Consultas previas al cese.
- Consultas sucesivas previas al cese.

A. Consultas previas al cese

1. Primera consulta previa al cese

Anamnesis:

- Antecedentes personales: enfermedades y factores de riesgo cardiovascular (FRCV), patología psiquiátrica, otras adicciones...
- Tratamientos farmacológicos, reacciones adversas a medicamentos.
- Valorar consumo de tabaco:
 - Edad de inicio.
 - Cigarrillos/día.
 - IAP.

- motivos por los que fuma.
- motivos por los que quiere dejar de fumar.
- Intentos previos de abandono y recaídas: número, tratamientos realizados, duración máxima de abstinencia, fecha del último intento, motivos de recaída.
- Valorar recursos de soporte social, como el apoyo e implicación de personas próximas al fumador (pareja, familiares, amigos, etc.).
- Valorar grado de dependencia.
- Reforzar el estado de motivación en que se encuentra **(Anexo 5)**.

Estudio de la dependencia

El tabaquismo es una drogodependencia. La droga responsable es la nicotina, que produce dependencia física y tolerancia, apareciendo síndrome de abstinencia cuando se interrumpe su administración **(Anexo 6)**.

La mayoría de los fumadores desarrollan dependencia, por ello es importante su estudio de cara al tratamiento farmacológico. Realizar test de Fagerström **(Anexo 4)**.

Valoración focalizada por patrones funcionales de Marjory Gordon **(Anexo 7)**.

Exploración física:

- Presión arterial (PA), índice tobillo-brazo cuando el IAP sea mayor o igual a 10.
- Peso, talla, IMC.

Pruebas complementarias:

- Análítica básica: hemograma, glucemia, LDL colesterol (opcional).
- Cooximetría **(Anexo 8)**.
- Espirometría para diagnóstico precoz de EPOC en personas ≥ 35 años, con IAP ≥ 10 años-paquete con síntomas respiratorios (tos, expectoración, disnea).
- Valoración del riesgo cardiovascular: estratificación, ECG, radiografía de tórax, (opcional).

Diagnóstico del grado de tabaquismo

Es importante conocer el grado de tabaquismo tanto por las implicaciones pronósticas como terapéuticas, para ello es necesario conocer se define en

función del consumo acumulado (años-paquete) y CO en aire espirado, clasificándolo en leve, moderado, grave y muy grave.

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

Fuente: Jiménez CA, Colmenarejo JA. Et al. Atención al tabaquismo. Grupo ARS XXI de comunicación SL. 2006.

- A mayor índice años-paquete mayor dificultad para dejar de fumar.
- A mayor índice años-paquete mayor posibilidad de desarrollar enfermedad relacionada con el consumo de tabaco.

Establecer un plan de acción:

- Plan de cuidados del proceso tabaquismo. **(Anexo 9)**.
- Tomar la de decisión compartida sobre la modalidad de intervención intensiva individual o bien ofrecer tratamiento grupal si disponible.
- Valorar si cumple criterios de derivación a Unidad Especializada de Tabaquismo.

Intervención intensiva individual

- Establecer el día D o día de cese del consumo.
- Entregar Guía práctica para dejar de fumar (disponible en el portal de salud)
- Iniciar reducción gradual del consumo de nicotina, (ejercicios de desautomatización). Explicar el manejo del autorregistro de cigarrillos.
- Técnicas motivacionales y terapia cognitivo-conductual. **(Anexo 10)**.
- Elaborar un listado de motivos para dejar de fumar y de motivos por los que fuma.
- Prever las dificultades al dejar de fumar, sobre todo las primeras semanas, incluyendo los signos y síntomas de abstinencia. Estrategias de autocontrol **(Anexo 6)**.
- Eliminar todos los productos relacionados con el tabaco del entorno habitual. Antes de dejar de fumar, evitar fumar en los sitios en que se pasa mucho tiempo (casa, trabajo, coche, etc.).
- Información práctica sobre cómo resolver problemas: abstinencia total, aprovechar experiencias anteriores, evitar/afrentar las situaciones muy

- asociadas al consumo de tabaco, limitar/evitar el consumo de alcohol buscar el apoyo/respeto de los otros fumadores de su entorno.
- Valorar la prescripción de tratamiento farmacológico si procede. El tratamiento con terapia sustitutiva con nicotina, bupropión y vareniclina, considerados fármacos de primera línea, aumenta considerablemente la tasa de abstinencia. **(Anexo 11)**.
- Elaborar un plan de actuación ante la aparición de craving o deseo intenso de fumar. Es necesario informar al fumador, sobre la probable aparición de este síntoma, que dura unos pocos minutos y que a medida que avance en el proceso, disminuirá tanto en frecuencia como en intensidad; ayudarle a encontrar la mejor estrategia para combatirlo.

2. Consultas sucesivas previas al cese

Son consultas opcionales que se aconseja realizar antes del día D, en caso de duda de la motivación del paciente o de su capacidad para encarar el cese del consumo. Puede ser útil realizar de 1 a 3 consultas en función de la situación del paciente. También se pueden utilizar cuando en la primera consulta falte tiempo para abordar todos los aspectos necesarios para facilitar el abandono.

En caso de que el paciente esté decidido a dejar de fumar y haya fijado fecha próxima no son necesarias.

Recuerdo de la sesión anterior

Puede ser útil comenzar la consulta haciendo un pequeño resumen de los temas que se trabajaron en la sesión anterior y encuadrando el tema a abordar en esta sesión.

Valoración

- Percepción del estado físico y emocional.
- Valorar datos relacionados con la deshabituación:
 - Motivos o beneficios que se espera conseguir con dejar de fumar.
 - Dificultades que espera encontrar.
 - Conocimientos relacionados con el tabaco que no se hayan valorado en la primera consulta: repercusión del tabaco en su salud, proceso de abandono, dependencia de la nicotina, beneficios a corto y largo plazo de dejar de fumar.

Exploración física

- Peso, IMC, PA.
- Coximetría **(Anexo 8)**.

Revisión del plan de cuidados

En función de los aspectos trabajados en la anterior consulta valorar:

- Si ha elegido método para dejar de fumar y fecha para dejarlo (día D).
- Si ha establecido estrategias de autocontrol.
- Número de cigarrillos que ha reducido.
- Si ha establecido estrategias de control de estímulos.
- Evitar fumar en los sitios en que se pasa mucho tiempo (casa, trabajo, coche, etc.).
- Eliminación o disminución del consumo de alcohol.
- Si ha identificado apoyos para dejar de fumar en el entorno social: familia, amigos, compañeros de trabajo.
- A quién ha comunicado la intención de dejar el hábito y la fecha (si está establecida).
- Si ha establecido un plan para enfrentarse a los que fuman y para evitar estar a su alrededor.
- Conocimientos sobre: componentes del tabaco, repercusión del tabaco en la salud, proceso de abandono, dependencia a la nicotina, beneficios a corto plazo y largo plazo para dejar de fumar.

Solicitar que identifique:

- Sus puntos fuertes y capacidades que le puedan favorecer el dejar de fumar.
- Personas de su entorno que hayan dejado de fumar.

6.2. PERSONA FUMADORA EN FASE DE ACCIÓN

B. Consultas después del día D

1. Primera consulta después del cese

En el curso de los primeros 7 días siguientes al día D.

Intervención intensiva individual

- Reforzar la motivación y el compromiso:
 - Felicitar y valorar el esfuerzo realizado.
 - Refuerzo positivo por los logros, con retroalimentación fisiológica (Co-

- oximetría (Anexo 8).
- Exploración física: Peso, IMC, PA.
 - Terapia cognitivo-conductual. (Anexo 10).
 - Consejo sobre actividad física y alimentación saludable.
 - Valorar síndrome de abstinencia. Minnesota Nicotine Withdrawal Scale (MNWS) (Anexo 6).
 - Controlar la medicación y adherencia terapéutica: eficacia, reacciones adversas, ajuste de dosis si se precisa.
 - Valorar dificultades encontradas.
 - Reforzar el apoyo del entorno familiar, social y laboral.
 - Entrenamiento en control de estímulos y extinción de la relación entre las situaciones y las conductas asociadas al tabaco. Entrenamiento en autoeficacia.
 - Entrenamiento en técnicas sencillas de relajación para el manejo de situaciones de riesgo.
 - Revisar plan de cuidados, previa valoración.
 - Pactar objetivos para la siguiente sesión.

Valoración focalizada de patrones funcionales de Marjory Gordon en las visitas sucesivas (Anexo 12)

2. Consultas de seguimiento después del cese

Consultas de seguimiento entre 15 y 30 días tras día D, a los 60 días y a los 3 meses, al menos y si es posible a los 6 y 12 meses.

El programa de seguimiento debe tener una periodicidad individualizada y por ello es variable, pero siempre teniendo en cuenta que debe ser más intensivo durante las primeras semanas.

Sesión de intervención avanzada individual

- Refuerzo de la motivación y el compromiso de la persona fumadora:
- Valorar dificultades encontradas, facilitar la verbalización de los beneficios y reforzarlos.
 - Revisar los objetivos pactados en la sesión anterior.
 - Felicitar y valorar el esfuerzo realizado.
 - Realizar cooximetría en aire espirado.
- Valorar la adherencia al plan terapéutico. Valoración y registro del cumplimiento del tratamiento farmacológico, de los posibles efectos adversos y ajuste de dosis si es preciso.

- Valorar síntomas de abstinencia, Minnesota Nicotine Withdrawal Scale (Anexo 6). Entrenamiento en control de estímulos y extinción de la relación entre las situaciones y las conductas asociadas al tabaco. Asesoramiento en técnicas conductuales.
- Entrenamiento en técnicas sencillas de relajación para el manejo de situaciones de riesgo. Entrenamiento de la autoeficacia.
- Reforzar apoyo del entorno.
- Consejos sobre actividad física y alimentación saludable. Control de peso y consejo dietético.
- Prevención de la recaída, si ocurre, registrar la fecha en la historia clínica y personalizar las estrategias de afrontamiento, solución de problemas, apoyo social, etc. ante las distintas situaciones que se vayan produciendo (Anexo 13).
- Pactar los objetivos para la siguiente sesión.
- El seguimiento a los 3 meses del día D puede ser presencial o telefónico, aunque es aconsejable presencial ya que en general va a coincidir con el fin del tratamiento farmacológico y la preocupación del paciente por qué va a pasar cuando no tenga medicación.

7. ANEXOS

- Anexo 1. Estrategia de las 5 Aes.
- Anexo 2. Otras formas de fumar.
- Anexo 3. Entrevista motivacional. Las 5 R.
- Anexo 4. Test de Fagerström.
- Anexo 5. Escala analógica para valorar grado de motivación.
- Anexo 6. Valoración de la abstinencia nicotínica.
- Anexo 7. Valoración focalizada por patrones funcionales de M. Gordon.
- Anexo 8. Coximetría.
- Anexo 9. Plan de cuidados.
- Anexo 10. Terapia cognitivo conductual.
- Anexo 11. Tratamiento farmacológico.
- Anexo 12. Valoración por patrones funcionales de M. Gordon en el seguimiento.
- Anexo 13. Recaídas.
- Anexo 14. Registro en la historia clínica. Medora.

Anexo 1. Estrategia de las 5 Aes

- **Averiguar (Ask).** Preguntar a todos los pacientes si fuman. Debe identificarse sistemáticamente a todos los fumadores en cada visita, interrogando:
 - sobre la cantidad de tabaco consumido cigarros/día
 - años de fumador
 - grado de dependencia nicotínica
 - intentos previos
 - motivos de recaída
- **Aconsejar (Advise)** a todos los pacientes que dejen de fumar. El consejo debe ser:
 - Claro: “Como su profesional de medicina/enfermería, le aconsejo que deje de fumar y puedo ayudarle”. “Reducir el consumo de cigarrillos mientras esté enfermo, no es suficiente”.
 - Convincente: “Dejar de fumar es lo mejor que puede hacer por su salud actual y futura. Nosotros podemos ayudarle”.
 - Personalizado: adaptado a cada fumador, según su condición clínica, edad, situación social o familiar, intereses personales o costes sociales y económicos.

- **Apreciar (Assess)** la fase de abandono en que se encuentra el fumador. Analizando qué fumadores están listos para hacer un intento serio actuando en consecuencia.
 - Si el paciente manifiesta claramente que no quiere dejar de fumar, habrá que realizar una entrevista motivacional, informándole de las ventajas de no fumar y ofreciéndole nuestra ayuda.
 - Si el paciente está dispuesto a intentarlo, además de ofrecer nuestra ayuda hay que realizar una oferta terapéutica concreta.
 - Si el paciente quiere ayuda intensiva, proporcionársela o derivarlo.
- **Ayudar (Assist)** al paciente a dejar de fumar, utilizando el método más adecuado para su caso concreto y reforzando su motivación para el cambio.
 - Fijar una fecha para que deje de fumar, siendo lo ideal fijarla en las 2 semanas siguientes.
 - Animarle a buscar apoyo social, solicitando la ayuda y colaboración de las personas que le rodean (familia, amigos, compañeros de trabajo).
 - Identificar y anticipar los principales desencadenantes del deseo de fumar, sobre todo en las primeras semanas, informándole de los síntomas del síndrome de abstinencia, ofreciendo algunos consejos para que en caso de que se presenten sean más llevaderos.
 - Instruir en técnicas de control y evitación de estímulos. Dando consejos prácticos sobre cómo resolver problemas.
 - Eliminar todos los productos relacionados con el tabaco del entorno habitual.
 - Facilitar material de autoayuda que le sirva de apoyo e información.
 - Recomendar el uso de tratamiento farmacológico. 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.

Anexo 2. Otras formas de fumar

1. Tabaco de Liar

- Tabaco procesado que combustiona a 800°.
- Son igual de perjudiciales que los cigarrillos convencionales o incluso más, aunque se fume una cantidad menor, ya que se pueden dar más caladas o estas pueden ser más intensas y, además, se quema más papel, entre otros factores.
- Su exposición a aditivos y a algunas sustancias tóxicas y cancerígenas es mayor que la de los cigarrillos convencionales.
- Los fabricantes no están obligados a indicar su contenido de nicotina y de alquitrán.
- Como todas las formas de tabaco, son peligrosos para la salud y generan adicción.
- Su consumo es frecuente en jóvenes, que los consideran más sanos.

Falsas creencias:

- Más natural.
- Más saludable.

2. Pipas de Agua-Cachimba:

- También denominada Shiha, Narguile, Aguilé, Hookah, Hubble-Bubble, Goza.
- El humo del tabaco pasa por un recipiente con agua.
- Con o sin tabaco+ sustancias tóxicas.
- Contienen: Hojas de tabaco (sí o no) +aditivos + aromas + carbón para quemar.
- Pueden contener mentol que favorece la inhalación e incrementa la absorción de nicotina.
- Se aplica la Ley de Tabaco si contiene tabaco.

Falsas creencias:

- Menos perjudicial.
- No crea adicción, no hay nivel máximo de riesgo.
- El humo ambiental no perjudica.

3. Dispositivos electrónicos de Liberación de Nicotina (ENDS).

Cigarrillos electrónicos, e-cigs:

- Nombre comercial: Blu, JUUL (tiene forma de pendrive USB).
- Es un dispositivo electrónico +cartucho con líquidos.
- Producen aerosol/vapor tóxico que se inhala.
- Contienen: nicotina en **la mayoría** de las ocasiones + propilenglicol + glicerina + saborizantes + nitrosamina + formal-dehído + acetaldehído + benzopirenos + silicatos.
- Existen más de 400 marcas y más de 7000 tipos de líquidos de recarga distintos, sin ningún tipo de estandarización, ni homologación.
- A menudo la información que ofrecen sobre sus contenidos en nicotina y otros elementos es inexacta o falsa.
- Se escapan a las normas del tabaco porque no llevan tabaco pero **sí** nicotina.

Falsas creencias:

- Menos perjudicial.
- Ayuda a dejar de fumar.
- Reduce daños.

4. Productos de tabaco por calentamiento (PTC):

- Nombre Comercial: IQOS, PLOOM TECH, GLO,PAX, GLO IFUSE cigarrillo.
- Son unos nuevos dispositivos electrónicos que calientan el tabaco a 300-350°, sin llegar a quemarlo.
- Se denominan productos de tabaco por calentamiento THPs en inglés (Tobacco Heated Products).
- En España, en la actualidad, se comercializa la marca IQOS (I Quit Ordinary Smoking), aunque existen otros dispositivos que probablemente se comercializarán en un futuro.
- A pesar de las diferencias (no hay combustión) el aerosol generado contiene nicotina y otras sustancias tóxicas, por lo que debe ser considerado nocivo para la salud y adictivo.
- Se aplica la Ley de tabaco.

Falsas creencias:

- Menos perjudicial.
- Ayuda a dejar de fumar.
- Reduce daños.

- No se deben confundir los PTC con los dispositivos susceptibles de liberación de nicotina (cigarrillos electrónicos), ya que los PTC contienen tabaco además de otros productos y los cigarrillos electrónicos son cápsulas con líquidos que pueden llevar nicotina en diferentes concentraciones o **no**, junto con otros componentes. También hay algunas características técnicas que producen que el impacto cerebral de la nicotina sea más rápido e intenso que los cigarrillos electrónicos porque al dar la calada al dispositivo ya está precalentado.
- La recomendación actual basada en las evidencias disponibles es que los profesionales de la salud debemos desaconsejar el uso de e-cigs y los IQOS entre nuestros pacientes, sean o no fumadores.
- En pacientes fumadores deben priorizarse las estrategias que han demostrado seguridad y eficiencia en el abordaje del tabaquismo.
- Todas las formas de tabaco son adictivas y tóxicas. Hasta la fecha la única evidencia de reducción de daños en tabaco es con TSN farmacológica que usa sólo nicotina y en un periodo limitado.
- No existe cigarrillo seguro.
- Incluso un cigarrillo convencional al día aumenta de forma significativa el riesgo de enfermedad isquémica cardíaca y cerebral.

- Gran número de usuarios de e-cigs hacen consumo dual con cigarrillos convencionales, lo que produce un incremento del riesgo por aumento de la dosis total de nicotina.
- En las personas jóvenes pueden inducir a iniciar el consumo de tabaco.

Anexo 3. Entrevista motivacional. Las 5 R.

La entrevista motivacional (EM), un tipo de intervención centrada en el paciente y que ha demostrado ser eficaz para aumentar futuros intentos de abandono. (Para realizar este tipo de intervención es necesario realizar un entrenamiento previo).

Los cinco principios generales de la EM son: expresar empatía, facilitar la aparición de discrepancias, evitar la discusión, vencer la resistencia y aumentar la autoeficacia.

Los contenidos que deben ser tratados en una intervención motivacional se pueden resumir en las 5 R's: relevancia, riesgos, recompensa, barreras, repetición. (Tabla 1)

Tabla 1. Principios de la Entrevista Motivacional

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

Fuente: Miller W.

Inciendiando en estas 5 R:

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

Motivos para dejar de fumar

- **Todos los fumadores:** sentirse mejor, mayor capacidad para el ejercicio, ahorro de dinero, vida más larga y de mayor calidad.
- **Adolescentes:** mejora el rendimiento deportivo, coste del tabaco, evita el mal aliento, dientes amarillos, dolor de garganta, tos e infecciones respiratorias, falta de libertad (sentimiento de estar controlado por los cigarrillos).
- **Embarazadas:** mayor riesgo de aborto espontáneo y muerte súbita perinatal, mayor riesgo de bajo peso del recién nacido, complicaciones en el embarazo y parto.
- **Padres:** tos e infecciones respiratorias en hijos de fumadores, papel modelo a imitar por los hijos.
- **Adultos asintomáticos:** se duplica el riesgo de enfermedad cardíaca, seis veces el riesgo de enfisema, diez veces el riesgo de cáncer de pulmón, se pierden diez años de vida, coste del tabaco, evitar las arrugas y el mal aliento, poca aceptabilidad social.
- **Adultos sintomáticos:** dolor de garganta y tos, infecciones respiratorias y disnea, úlcera y esofagitis, angina de pecho, claudicación intermitente, osteoporosis, arrugas y deterioro de la piel.

Tabla 2. Falsas creencias acerca del tabaco y su contraargumentación

Creencias erróneas	Como manejarlas
Todos los no fumadores son unos intolerantes con los fumadores.	Todas las personas tienen derecho a respirar un aire libre de humo. El intolerante es el fumador, que no modifica su actitud aunque sea perjudicial para los que tiene a su lado.
Mi abuelo fumó como una chimenea toda su vida y vivió 90 años.	Tuvo mucha suerte. No todos los fumadores desarrollan un cáncer de pulmón, pero millones de fumadores pierden la vida prematuramente a causa del tabaco.
De algo hay que morir.	¿Comerías deliberadamente un alimento con un componente cancerígeno? Por supuesto que no. Más bien al contrario, te tomas la molestia de informarte bien de los componentes de los alimentos antes de comprarlos.
Estoy sano, el tabaco no me hace daño.	El tabaco hace daño a todos. Si gozas de buena salud, consérvala, deja de fumar.
Después de años fumando, el daño ya está hecho.	Vale la pena dejar de fumar a cualquier edad. La mejora de la función respiratoria, la desaparición de la tos y la expectoración son beneficios que se obtienen rápidamente.
Si dejo de fumar, pierdo el único placer de mi vida.	Espera a saber que bien se está sin fumar. El auténtico placer es el de sentirse libre por haber superado la dependencia del tabaco.
Necesito el tabaco para concentrarme.	La dificultad de concentración es un síntoma del síndrome de abstinencia que dura pocos días; pasados estos, las funciones del cuerpo y cerebrales son más eficientes sin fumar.
Perjudica más la contaminación de la ciudad.	El humo del tabaco tiene una concentración de productos tóxicos 400 veces superior al permitido internacionalmente en el medio ambiente y, por tanto, a la contaminación existente en las grandes ciudades.
Fumar es relajante.	Tu cuerpo se ha acostumbrado a la nicotina y es natural que te sientas más relajado cuando obtienes la nicotina de la que te has hecho dependiente. Pero la nicotina es un estimulante. Pasadas unas semanas sin fumar, comprobarás que te sientes menos nervioso y tienes un mejor autocontrol.

No tengo suficiente fuerza de voluntad para dejar de fumar.	Cada día más fumadores lo consiguen, algunos a la primera, pero muchos necesitan varios intentos; no obstante, a veces es más fácil de lo que uno piensa.
Yo puedo dejar de fumar cuando quiera.	La nicotina es una droga y no siempre se puede dejar cuando uno quiere. Cuanto más se fume, más dependencia se generará. No rechaces la ayuda que se te ofrece.
Dejar de fumar me pone de tan mal humor que prefiero fumar.	El mal humor es debido al síndrome de abstinencia, que es temporal; después, toda la familia disfrutará de una vida más sana y un ambiente más limpio.
Fumar poco no perjudica.	No hay ningún nivel saludable. Reducir es un buen comienzo para dejarlo, pero no resuelve el riesgo de enfermar. Por ello, es mejor dejarlo completamente.
El tabaco light hace menos daño.	Los cigarrillos light solo han reducido los niveles de nicotina y alquitrán, pero contienen el resto de sustancias tóxicas de todos los cigarrillos.
Algún día lo dejaré, pero ahora es mal momento.	Es importante escoger un buen momento, pero es fácil encontrar excusas para no dejarlo, decídetelo pronto.
Mi compañero fuma.	El tabaquismo es un problema personal, aunque sería bueno intentarlo juntos.
Si dejo de fumar engordaré.	Con un poco de cuidado en la dieta no siempre se engorda y más adelante se podrá perder el peso ganado. El beneficio de no fumar es más importante.
Podría recaer.	Puede ser, pero con un seguimiento médico es más improbable.
Fumar mejorar mi imagen, me hace más interesante.	Fumar no es atractivo, se respira mal, tu aliento huele a tabaco, tus dientes se vuelven amarillos, tu boca huele a humo y la piel se arruga más.
Si se hace deporte, se eliminan las "toxinas" del tabaco.	El deporte hace sentirse mejor, pero no anula el efecto nocivo del tabaco.
La prohibición de fumar restringe los derechos y libertades de elección de la población fumadora.	La salud de las personas prevalece al derecho de fumar.
El humo del tabaco ambiental es simplemente una molestia.	La exposición del tabaco continua cuando se apaga un cigarro por que el residuo del tabaco perdura y se adhiere al polvo, superficies y se re inhala y sigue siendo tóxico.

Fuente: adaptado de Barrueco Ferrero M, Carreras Castellet JM. *Aplicación Clínica del Tratamiento Multicomponente del Tabaquismo. Manual de Prevención y del Tratamiento del Tabaquismo. 4ª edición. 2009.*

Teniendo en cuenta la perspectiva de género es importante saber para un correcto abordaje, que las motivaciones para el mantenimiento del consumo en las mujeres suelen tener que ver con reducir emociones que generan malestar (tristeza ansiedad) y en menor medida influye el control del peso y la aparición de síntomas depresivos al plantearse el abandono.

Así mismo el abandono del tabaco se está produciendo en mayor medida en hombres que en mujeres. Según los estudios la conducta de fumar entre mujeres puede estar más influenciada por componentes conductuales y menos por la dependencia de nicotina, y por lo tanto el tratamiento debe ser personalizado a cada persona.

Anexo 4. Test de FAGERSTRÖM

El tabaquismo es una drogodependencia. La droga responsable es la nicotina, que produce dependencia física y tolerancia, apareciendo síndrome de abstinencia cuando se interrumpe su administración.

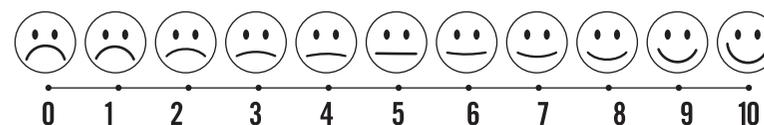
La mayoría de los fumadores la desarrollan, por ello es importante su valoración para orientar el tratamiento farmacológico. El test más utilizado es el de Fagerström.

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

Interpretación

- Dependencia baja: 0-3
- Dependencia moderada: 4-6
- Dependencia alta: > de 7

Anexo 5. Escala analógica para valorar grado de motivación



Anexo 6. Valoración de la abstinencia nicotínica (SAN)

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

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

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

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

La valoración del SA puede realizarse con el Cuestionario Minnesota Nicotine Withdrawal Scale adaptado para la valoración del síndrome de abstinencia de la nicotina

Tabla 3. Cuestionario Minnesota Nicotine Withdrawal Scale

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

Tabla 4. Estrategias de autocontrol para el SAN

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

Anexo 7. Valoración focalizada por patrones funcionales de Marjory Gordon

1. Percepción-control de la salud

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

- Ingesta de alcohol y/o otras sustancias. Describir y cuantificar. Relacionar con consumo de tabaco.

2. Nutricional-metabólico

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

3. Actividad-ejercicio

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

4. Sueño-descanso

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

5. Cognitivo-perceptual

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

6. Autopercepción-autoconcepto

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

7. Rol-relaciones

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

8. Adaptación-tolerancia al estrés

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

Anexo 8. Coximetría

Es una prueba que nos permite conocer la cantidad de monóxido de carbono (CO) que un individuo tiene en el aire que espira. Esta cantidad está en relación con su consumo de tabaco.

Para la medición de este parámetro, se utiliza un aparato llamado cooxímetro, que mediante una maniobra sencilla e incruenta permite determinar los niveles de CO en el aire espirado por el sujeto. Normalmente, los fumadores tienen niveles altos de CO en su aire espirado.

La sensibilidad de esta exploración, es del 90% aunque pueden aparecer falsos positivos, por:

- Exposición a fuentes contaminantes.
- Mala calibración del aparato.
- Patología asociada, como porfiria o intolerancia a la lactosa.

También pueden aparecer falsos negativos, en el caso de no haber consumido tabaco varias horas antes de la realización de la prueba o en fumadores irregulares. La realización de esta prueba, servirá fundamentalmente:

- Como marcador de exposición.
- Parámetro objetivo para valorar el grado de tabaquismo.
- Para verificar la abstinencia, durante el seguimiento del proceso.
- Para valorar el riesgo de desarrollar patologías.
- Como factor motivador o refuerzo positivo para el paciente.
- Dato objetivo para la percepción de riesgo por el propio fumador.

Tabla 5. Técnica para la realización de la cooximetría y valoración de sus resultados

Técnica	Es necesaria la calibración del cooxímetro y partir de la puntuación de 0 ppm (partes por millón) en el indicador del mismo. El sujeto deberá realizar una inspiración profunda y tras mantener una apnea de 15 segundos procederá a una espiración lenta, prolongada y completa de todo el aire contenido en sus pulmones, a través de la boquilla del cooxímetro. Se debe esperar unos segundos hasta que el indicador del cooxímetro se estabilice y marque el número exacto de ppm de CO que el sujeto tiene en el aire que espira.
Valoración	Niveles de 10 o más ppm de CO: Fumadores Niveles de 6 a 10 ppm de CO: Fumadores Esporádicos Niveles por debajo de 6 ppm: No Fumadores

Anexo 9. Plan de cuidados tabaquismo

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

Anexo 10. Terapia cognitivo-conductual

Se utilizan técnicas cognitivo-conductuales para reconvertir el pensamiento, los conocimientos y la conducta del fumador frente al tabaco.

Los componentes más eficaces son el entrenamiento en solución de problemas y el soporte social intratratamiento; el soporte social extratratamiento (del entorno) ha demostrado menor eficacia pero puede ser útil en algunos casos para conseguir un domicilio o lugar de trabajo libre de humos.

1. Entrenamiento en solución de problemas: es una estrategia de afrontamiento esencial; los individuos que afrontan activamente las tentaciones de fumar tienen más éxito en resistir las recaídas.

Es un procedimiento por el que se prepara a las personas a reconocer sus problemas, buscar soluciones adecuadas e implantar la mejor. Se prepara al fumador para dejar de fumar y para afrontar aquellas circunstancias que incrementan el riesgo de recaída: situaciones, eventos o actividades que asocia con fumar.

Los desencadenantes suelen ser estrés, situaciones afectivas negativas, alcohol o ver fumar a otros. Los pacientes deben identificar estas situaciones y anticiparse a ellas.

Frente a los desencadenantes se pueden poner en marcha tres acciones, es la estrategia conocida como EAE: evitar, afrontar y escapar: La primera es evitar los desencadenantes, si no es posible debe poner en marcha estrategias de afrontamiento que mitiguen los síntomas de abstinencia, y en algunas ocasiones se debe escapar de la situación. Estas técnicas requieren la colaboración del paciente para analizar los problemas y elaborar previamente las respuestas adecuadas.

2. Soporte social intratratamiento: apoyo del equipo terapéutico.

Disposición a ayudar, confianza en que lo va a lograr. Empatía con los miedos, dificultades, ambivalencias. Elogiar los logros y felicitar si abstinentes. Si recae, disposición para seguir ayudando, la recaída forma parte del proceso.

Técnicas cognitivo-conductuales

Desde el primer día o día D, que el paciente marcó para dejar de fumar, el

tratamiento cognitivo-conductual debe ir dirigido al entrenamiento de técnicas de autocontrol de la ansiedad, identificando los momentos en los que resulta más difícil no fumar y las conductas alternativas que se pueden adoptar; enseñar técnicas en el manejo del estrés, control de la respiración y técnicas de relajación.

La utilización de varias técnicas combinadas facilitará la intervención sobre los diferentes factores que influyen sobre el individuo para llevarle a fumar.

Técnicas de afrontamiento según el Modelo Conductual

- Control de estímulos
Romper la asociación entre estímulos externos y la conducta de fumar para facilitar el abandono y las situaciones de riesgo, fundamentalmente en los primeros momentos.
- Exposición gradual a las situaciones de riesgo
Exponerse de manera gradual a situaciones de riesgo, siempre de menor a mayor dificultad para el paciente.
- Refuerzo de la conducta
Consiste en enseñar al paciente a marcarse pequeñas metas y felicitarse y premiarse al alcanzar cada una de ellas, por ejemplo, hacerse un regalo con el dinero ahorrado durante un mes sin comprar tabaco.
- Reestructuración cognitiva
Identificar las ideas erróneas que el paciente tenga sobre el tabaco y realizar un análisis crítico.
- Parada de pensamiento
Parar pensamientos automáticos y recurrentes que conducían a fumar, utilizando exclamaciones en voz alta, una palmada, etc. e iniciar inmediatamente otra actividad distractora de estos pensamientos.
- Técnicas de distracción
Consiste en llevar a cabo cualquier acción o actividad que distraiga los pensamientos de las ganas de fumar, como por ejemplo, realizar ejercicio, cantar, recitar una poesía, etc.
- Autoinstrucciones
Mantener un diálogo consigo mismo, dándose órdenes precisas para superar cualquier dificultad que se presente.
- Entrenamiento en el autocontrol
El entrenamiento en estas técnicas sirve para disminuir la activación a

nivel fisiológico y cognitivo. Una de las más utilizadas es la técnica de relajación, que consiste en realizar una inhalación de aire profunda. Es conveniente que los pacientes se entrenen y practiquen estas técnicas con anterioridad a enfrentarse a las situaciones de riesgo, ya que de esta forma se obtienen mejores resultados.

- **Técnicas de imaginación**
Mediante esta técnica, se intenta modificar los pensamientos del paciente utilizando la imaginación, sustituyendo la imagen negativa de éste fumando por una nueva imagen positiva que a él le agrade, visualizándose a sí mismo sin fumar y que le ayude a rechazar el uso del tabaco.
- **Técnicas de solución de problemas**
Aprender a resolver los problemas sin recurrir a fumar. El paciente sus propias soluciones, ya que nadie mejor que él conoce sus posibilidades de afrontamiento con éxito en cada circunstancia.

Anexo 11- Tratamiento farmacológico del tabaquismo

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

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

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

Terapia sustitutiva con nicotina (TSN)

Se puede utilizar terapia combinada con parches más chicles, comprimidos o pulverizador bucal a demanda.

TSN

Indicación	Alivio de los síntomas del síndrome de abstinencia a la nicotina, en la dependencia a la nicotina como ayuda para dejar de fumar.			
Mecanismo de acción	La nicotina es agonista del receptor nicotínico en sistema nervioso periférico y central con pronunciados efectos tanto cardiovasculares como en el SNC. En el consumo de productos a base de tabaco, se ha demostrado que la nicotina es adictiva, dando lugar a ganas imperiosas de fumar (craving) y otros síntomas de abstinencia cuando se cesa su administración. La terapia sustitutiva con nicotina consiste en la administración de nicotina por una vía diferente al consumo de tabaco en personas que quieren dejar de fumar, en una cantidad suficiente para disminuir los síntomas del síndrome de abstinencia nicotínica, pero insuficiente para crear dependencia.			
Contraindicaciones	No fumadores o fumadores ocasionales Hipersensibilidad a la nicotina o a cualquiera de los excipientes			
Advertencias y precauciones	-Embarazo y lactancia. -Infarto de miocardio reciente, angina de pecho inestable, arritmias cardíacas severas. -Hipertensión grave, angina de pecho estable, enfermedad cerebrovascular. -DM, hipertiroidismo. -Insuficiencia hepática y renal. -Úlcera péptica activa. -Uso no recomendado en menores de 18 años. -Uso no recomendado en menores de 18 años.			
Presentaciones	Parches transdérmicos	Chicles	Comprimidos para chupar	Pulverizador bucal
	24h: 7mg, 14mg y 21mg.	2mg y 4mg.	1mg; 1,5mg; 2mg y 4mg.	1 mg/pulv.
	16h: 10mg y 15mg.			

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

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

Bupropion

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

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

Vareniclina

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

Anexo 12. Valoración focalizada de patrones funcionales de Marjory Gordon en las visitas sucesivas

1. Percepción y control de la salud.

- Percepción del estado físico y emocional.
- Síntomas del síndrome de abstinencia: deseo intenso de fumar, nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, enfado, dificultad de concentración, mareo, cansancio, trastornos digestivos, cefaleas, irritación de garganta, hambre, depresión, insomnio, somnolencia, craving (deseo imperioso, vehemente y urgente de fumar).
- Percepción de beneficios y dificultades de dejar de fumar.
- Número de días que lleva sin fumar.
- Cigarrillo que le resulta más difícil de dejar.
- Estrategias que utiliza para no fumar.
- Actuación ante los síntomas de abstinencia (Anexo 6).
- Si tratamiento farmacológico, valorar correcta administración, adherencia y efectos secundarios.
- Recaídas. Valorar causas.
- Ingesta de alcohol. Cuantificar. Relacionar con consumo de tabaco.

2. Nutricional-metabólico

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

3. Actividad-ejercicio

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

4. Sueño-descanso

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

5. Cognitivo-perceptual

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

6. Autopercepción-autoconcepto

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

7. Rol-relaciones

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

8. Adaptación-tolerancia al estrés

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

Anexo 13. Las recaídas

Técnicas de prevención de recaídas

La recaída forma parte del proceso de abandono del tabaco, por lo que su prevención y el abordaje debe considerarse parte del tratamiento conductual del tabaquismo. Es fundamental preparar al paciente desde el comienzo de la fase de abandono a prevenir las recaídas, haciendo hincapié en saber diferenciar lo que es un consumo puntual de un cigarrillo, de lo que es una recaída, considerada así cuando existe un consumo de varios cigarrillos al día durante un periodo de al menos siete días.

La recaída se produce al exponerse el individuo a una situación de riesgo sin ser capaz de responder con las estrategias de afrontamiento pertinentes, que garanticen el mantenimiento de su abstinencia.

A medida que aumente la duración de la abstinencia y el individuo pueda afrontar eficazmente, cada vez, más situaciones de riesgo, la percepción de control se incrementará de forma acumulativa y la probabilidad de recaída disminuirá (Marlatt, 1993; Marlatt y Gordon, 1985). Este modelo es el más conocido y usado para la prevención de recaídas y describe dos tipos de estrategias:

- Estrategias específicas para enseñar al fumador a reconocer las situaciones de riesgo y elaborar estrategias para enfrentarse a ellas. Esto es debido, a que el fumador debe aprender a vivir sin fumar, en un ambiente donde el tabaco continúa estando presente.
- Estrategias de autocontrol con las que se enseña al individuo a vivir sin fumar.

Prevenir las recaídas va a exigir al individuo, adelantarse a las situaciones de riesgo que puedan aparecer, para lo que debe tener elaboradas respuestas que le permitan enfrentarse a ellas de manera eficaz.

CONSEJOS PARA EVITAR LAS RECAÍDAS:

- Identificar los estímulos que le inducen a fumar y disponer de estrategias para controlar dichos estímulos.
- Retirar del entorno todo lo que pueda recordar al tabaco (ceniceros, mecheros...).
- Informar de que cuando aparezcan ganas de fumar, éstas serán pasajeras y aparecerán cada vez con menos frecuencia y con menor intensidad y será más fácil controlarlas.
- Felicitar al fumador por la abstinencia conseguida.
- Recordar los beneficios de dejar de fumar.
- Realizar una lista con los beneficios que nota el paciente tras la abstinencia.
- Repasar la lista con los beneficios en los momentos de debilidad. Reforzar la motivación.

- Repasar estrategias para las situaciones de riesgo y anticiparse a ellas.
- Insistir en la necesidad de rechazar todos los cigarrillos que le ofrezcan, pues es la principal causa de recaídas.
- Explicar la diferencia entre una caída (fumar puntual y aisladamente) y una recaída (volver a fumar de manera regular), y la necesidad de acudir a la consulta ante este hecho para estudiar nuevas estrategias, no permitiendo que ello suponga una recaída.
- No dar ni una calada, ya que aumenta el riesgo de volver a fumar.
- Aclarar las dudas y falsas creencias sobre los cigarrillos y el Síndrome de Abstinencia.
- Ante la ganancia de peso, sugerir la realización de dieta hipocalórica y un programa de actividad física.
- Si vuelve a fumar tras un tiempo de abstinencia, le haremos ver que modificar esta conducta, tan automática y tan fuertemente arraigada, no es fácil y la mayoría de los fumadores necesitan varios intentos antes de alcanzar la Cesación. Le ofreceremos seguir ayudándole cuando esté dispuesto a realizar un nuevo intento, informándole que en cada uno de ellos está más cerca de lograrlo.

Proceso de abandono del tabaco



Anexo 14. Registro en la historia clínica

1. Guía asistencial a la persona fumadora

CRITERIOS DE INCLUSIÓN - FUMADORA	
Investigar antecedentes	
Numero de Cigarillos día	
Edad de inicio del habito tabaquico	
Indice años-paquete (IAP)	10
Test de fagerstrom	no
Intentos previos de dejar de fumar	
Fecha del ultimo intento de deshabituacion tabaquica	
Apoyo social	
Habito tabaquico en el entorno	no
Nuevas formas de fumar	
Valoracion por patrones funcionales	
Grado de motivacion para dejar de fumar	
Grado de tabaquismo	

EXPLORACIONES	
PESO	100
TALLA	176
IMC	32.28
PAS	120
PAD	90
ITB derecho	0.9
ITB izquierdo	0.7

ACTUACIONES	
Estratificacion RCV	ALTO
HEMOGLOBINA	
GLUCOSA BASAL	
LDL COLESTEROL	
Coximetria	
ESPIROMETRIA	PATRON OBSTRUCTIVO
NEUMOLOGIA	
Cuestionario Minnesota Nicotine Withdrawal Scale	

PLAN TERAPÉUTICO	
Fase de motivacion para el cambio en tabaco	
Consejo sanitario a fumador	
Intervencion breve en fumador	
Intervencion intensiva en fumador	
Fecha acordada para dejar de fumar	
Tratamiento farmacologico tabaquismo	
Terapia cognitivo-conductual	
Educacion grupal sobre tabaquismo	
ADHERENCIA TERAPEUTICA	
Pauta de seguimiento	
Sintomas de abstinencia a la nicotina	
Fecha de recaida en el abandono del consumo de tabaco	

2. Módulo de cuidados. Plan de cuidados

Cuidados de enfermería	
Selección de elementos para añadir planes estándar	
Planes estándar propuestos para el paciente	Peso Añadir Añadir Integrar en otro diagnóstico: Asociar a proceso clínico
Atención continuada Gestión de la demanda	
Demencia	
Obesidad (Adulto) (Guía asistencial)	
<input type="checkbox"/> Obesidad	CDFRu RESINT seleccione seleccione
<input checked="" type="checkbox"/> Tabaquismo	CDFRu RESINT seleccione seleccione
<input checked="" type="checkbox"/> Conocimientos deficientes	CDFRu RESINT seleccione seleccione
<input checked="" type="checkbox"/> Patrón respiratorio ineficaz	CDFRu RESINT seleccione seleccione
<input checked="" type="checkbox"/> Abandono ineficaz	CDFRu RESINT seleccione seleccione

8. DESARROLLO DE LA PARTE PRÁCTICA DE LA FORMACIÓN

- Técnicas de análisis: casos, análisis de textos.
- Videos con discusión
- Realización de role-playing.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Gerencia regional de Salud de Castilla y León. Proceso asistencial integrado para la atención a las personas fumadoras. Valladolid, 2019. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/tabaquismo>
- Uría Echevarría E, Ruiz Pastor L, Mato Marco F. Unidad de Tabaquismo de Santurce-Cabieces. Introducción al abordaje integral del tabaquismo para profesionales sanitarios. Unidad de Tabaquismo de Santurce-Cabieces. Osakidetza. 2010.
- Barrueco Ferrero M, Carreras Castellet JM. Aplicación Clínica del Tratamiento Multicomponente del Tabaquismo. Manual de Prevención y del Tratamiento del Tabaquismo. 4ª edición. 2009. Miguel Barrueco Ferrero. Ediciones Médicas S.L. Disponible en: http://www.snamfap.org.es/cursos/tabaco/Manual_Tabaquismo_Pfizer_09.pdf
- Marlatt GA, Gordon JR. Determinants of relapse. Implications for the maintenance of behaviour change. En Davidson PO & Davidson SM (eds) Medicine: Changing health lifestyle: Behavioural. NewYork: Brunner/Mazel;1980.
- Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ et al. Treating tobacco use and dependence: update 2008. Clinical Practice Guideline. US Department of Health and Human Services Public Health Service May. 2008.
- Fiore MC, Bailey Wc, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. The tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guide Panel, Staff and Consortium Representatives. JAMA 2000; 283(24): 3244-54.
- Mayayo Ulibarri M. Papel de la enfermería en el control del tabaquismo. Curso práctico en deshabituación tabáquica aplicado a Enfermería. Instituto Micromat. 2003.
- Plaza Valía P. Cómo expresar el consumo acumulado de tabaco. Prev Tab (Ed) 2012;14:101-102

- Cummings Sr. Rubin SM, Oster G. The cost-effectiveness of counselling smokers to quit. JAMA 1989;261 (1): 75-9.
- Jiménez Ruiz et al. La asistencia clínica en el tabaquismo. Unidad Especializada en Tabaquismo. Gana vida sin Tabaco. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheader-name1=Contentdisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DACT_WEB.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202805760088&ssbinary=true

10. Más información

- <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/taquismo>
- <https://www.saludcastillayleon.es/es/salud-estilos-vida/alcohol-tabaco-drogas>
- <http://www.estilosdevidasaludable.mscbs.gob.es/tabaco/home.htm>
- <http://madridsalud.es/prevencion-control-consumo-tabaco/>
- papsf.cat
- sedet.org
- APPS para ayudar al fumador:
 - S'acabó (Sociedad de Especialistas en Tabaquismo- SEDET)
 - Respirapp (Asociación Española contra el Cáncer- AECC)

