



PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO  
*de*  
**ATENCIÓN A LA PERSONA FUMADORA**  
*en Extremadura*

**EDITA:**

JUNTA DE EXTREMADURA. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.  
Servicio Extremeño de Salud.  
Dirección General de Asistencia Sanitaria.  
Dirección General de Salud Pública.

Febrero 2020.

## **GRUPO DE TRABAJO**

Casado Medina, Ángeles. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Subdirección de Atención Primaria. Dirección General de Asistencia Sanitaria. SES.

Cortés Mancha, Mercedes. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Secretaría Técnica de Drogodependencias. Dirección General de Salud Pública. SES.

Martín de la Nava, Miguel Ángel. Farmacéutico. Subdirección de Gestión Farmacéutica.  
Dirección General de Asistencia Sanitaria. SES.

Muñoz Díaz, Fernando. Especialista en Medicina Interna. Subdirección de Atención  
Especializada. Dirección General de Asistencia Sanitaria. SES.

Santos Cansado, José Antonio. Psicólogo. Secretaría Técnica de Drogodependencias.  
Dirección General de Salud Pública. SES.

Carmona Torres, Concepción. Subdirectora de Gestión Farmacéutica.  
Dirección General de Asistencia Sanitaria. SES.

Gutiérrez Montaña, María Concepción. Subdirectora de Atención Especializada.  
Dirección General de Asistencia Sanitaria. SES.

Morcillo Sánchez, María Pilar. Secretaria Técnica de Drogodependencias.  
Dirección General de Salud Pública. SES.

Rubio González, Manuela. Subdirectora de Atención Primaria.  
Dirección General de Asistencia Sanitaria. SES.

## **COLABORADORAS/ES**

Todas las personas que figuran en el apartado de Colaboradoras/es de este documento.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos el esfuerzo realizado y su implicación a todas y todos los profesionales que de alguna manera han participado con sus aportaciones y opiniones en la elaboración de este proceso asistencial.

**PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE ATENCIÓN A LA PERSONA FUMADORA**  
**EXTREMADURA**

**ÍNDICE**

1. INTRODUCCIÓN .....	5
2. DEFINICIÓN GLOBAL DEL PROCESO .....	7
3. POBLACIÓN DIANA Y PROVEEDORES .....	7
4. ACTIVIDADES DEL PROCESO .....	9
5. INDICADORES DE EVALUACIÓN .....	19
6. ANEXOS .....	20
ANEXO 1. APLICACIÓN DEL PROCESO EN LOS EQUIPOS DE CONDUCTAS ADICTIVAS ....	21
ANEXO 2. APLICACIÓN DEL PROCESO EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA .....	23
ANEXO 3. FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN A LA PF QUE DESEA DEJAR DE FUMAR .....	25
ANEXO 4. OTRAS FORMAS DE FUMAR .....	26
ANEXO 5. CONSEJO SANITARIO PARA DEJAR DE FUMAR .....	28
ANEXO 6. ESTRATEGIA DE LAS 5 “Aes” .....	29
ANEXO 7. MATERIAL INFORMATIVO PARA LA PERSONA FUMADORA .....	31
ANEXO 8. TEST DE FAGERSTRÖM .....	33
ANEXO 9. REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES EN LA HISTORIA CLÍNICA .....	35
ANEXO 10. ENTREVISTA MOTIVACIONAL .....	44
ANEXO 11. GUÍA PRÁCTICA PARA DEJAR DE FUMAR .....	48
ANEXO 12. ESTRATEGIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES .....	49
ANEXO 13. FÁRMACOS DE APOYO A LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA .....	51
ANEXO 14. CONDICIONES DE FINANCIACIÓN DE LOS FÁRMACOS PARA LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA .....	63
ANEXO 15. INTERVENCIÓN INTENSIVA GRUPAL .....	64
ANEXO 16. MANEJO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA A LA NICOTINA .....	72
ANEXO 17. ABORDAJE Y PREVENCIÓN DE LAS RECAÍDAS .....	74
7. ACRÓNIMOS .....	75
8. COLABORADORAS/ES .....	76
9. BIBLIOGRAFÍA .....	77

## 1.- INTRODUCCIÓN

La puesta en marcha en 2005 y 2010 de las dos Leyes de medidas sanitarias relacionadas con el tabaco contribuyó a una progresiva desnormalización de su consumo y supuso una mejora notable en la salud de la población española, habiendo disminuido en la última década el porcentaje de población fumadora de manera significativa.

No obstante, los logros evidentes de estas dos leyes no deben hacernos perder de vista, ni las limitaciones originales de estas normas, ni los aspectos pendientes de implementación, tal y como se recoge en la *Declaración de Madrid-2018 por la salud y para el avance de la regulación del tabaco en España*, que pone de manifiesto, entre otras cuestiones, que el número de personas que fuman a diario continúa siendo excesivamente alto para un factor de riesgo que ocasiona la muerte prematura de la mitad de las personas consumidoras regulares.

A día de hoy el consumo de tabaco continúa siendo la primera causa de muerte prematura y evitable en nuestro entorno. En España está relacionado con la muerte de más 52.000 personas cada año, y la mayoría de estas muertes ocurren entre los 35 y los 65 años de edad.

Añadido a este enorme coste humano, la asistencia socio-sanitaria que se viene prestando a las enfermedades y discapacidades derivadas del tabaquismo, representa un gasto sanitario muy elevado, tanto en recursos públicos como privados, algo absolutamente evitable si, como es posible, erradicamos el tabaquismo de nuestra sociedad o reducimos su prevalencia.

La encuesta EDADES 2017/2018 en España (realizada a población española de 15 a 64 años) pone de manifiesto que el 34% de las personas han fumado tabaco a diario. Respecto a 2015, el dato se ha incrementado notablemente, pasando de 30,8% al 34,0%, obteniendo el dato más alto de la serie desde el año 2005 y retornando a las cifras que se registraban en 1997. Este incremento se aprecia especialmente entre los hombres (4 puntos de incremento).

En Extremadura, el consumo diario de tabaco se sitúa casi cinco puntos por encima de la media nacional, alcanzando el **39,1% de la población extremeña de 15 a 64 años** (encuesta EDADES-Extremadura 2017/18).

Las encuestas nos muestran que más de la mitad de las personas fumadoras manifiestan su deseo de dejar de fumar. Sin embargo, son consistentes las evidencias de que, sin ayuda externa, la persona que fuma tiene muy pocas probabilidades de vencer su adicción: sólo el 7-8% de las personas fumadoras consiguen el éxito por sí mismas, porcentaje que se incrementa hasta cuadruplicarse si cuenta con la ayuda de profesionales sanitarios, en mayor medida cuanto más intensa y prolongada es la atención profesional que reciba.

Comparada con otras intervenciones preventivas o asistenciales, la detección y tratamiento de la adicción al tabaco es una acción coste-efectiva, en términos de coste por año de vida ganado (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2003).

La magnitud de este problema de salud es tan grande que todas y todos los profesionales de la salud están obligados a tratar de evitarlo.

En este sentido, el nivel de Atención Primaria de Salud es una pieza clave en el abordaje del tabaquismo, dado que representa la puerta de entrada al sistema sanitario, y ofrece una atención continuada y longitudinal a las personas a lo largo de toda su vida.

Se estima que el 75% de la población acude a su consulta de medicina de familia al menos una vez al año, y que las personas que fuman lo hacen con una frecuencia mayor que las que no fuman. La sistematización del Consejo Sanitario sobre tabaquismo en las consultas de Atención Primaria podría conseguir que hasta un 5% de las personas que consumen tabaco dejaran de fumar cada año.

El personal de enfermería desempeña un papel esencial en el abordaje del tabaquismo, tanto en su detección como en la ayuda a la persona fumadora para que avance en el proceso, ofreciéndole recursos que le permitan dar el paso definitivo hacia el cese tabáquico. No es un papel secundario ni meramente representativo. Es fundamental y tiene tareas y campos específicos para la acción.

La implicación del personal sanitario que desarrolla su labor en otros niveles de atención y recursos especializados en el abordaje de esta adicción complementa de forma necesaria el circuito asistencial de atención a la persona fumadora.

Con el objetivo de ofrecer una atención y cuidados de calidad a la persona fumadora en el proceso de abandono, mantenimiento y recaída del hábito tabáquico en la Comunidad Autónoma de Extremadura, se ha definido el **Proceso Asistencial Integrado de Atención a la Persona Fumadora en Extremadura**.

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 las y los profesionales de cada nivel asistencial y propiciando altos niveles de eficiencia en el desarrollo de sus funciones. El fin es establecer pautas de actuación basadas en la evidencia científica, reduciendo la variabilidad interprofesional, propiciando la coordinación entre niveles y asegurando la eficiencia, siempre bajo la perspectiva de la mejora continua y la búsqueda de la equidad.

Este documento se elabora partiendo de las herramientas de registro de las que se dispone en el momento de su redacción, si bien están previstas mejoras a corto plazo que se irán incorporando al proceso, y de las que se informará puntualmente al personal del Sistema Sanitario Público de Extremadura (SSPE), en el momento en que estén operativas.

Así mismo, está previsto, y ya estamos trabajando en ello, diseñar dentro de la historia clínica electrónica (HCE) un módulo específico para atención a la persona fumadora, que integrará todas las actividades a implementar y facilitará enormemente tanto la labor asistencial de los profesionales como la obtención de datos para evaluación y toma de decisiones por los gestores.

Para garantizar la implementación de este proceso, se desarrollará paralelamente un plan de formación dirigido a las y los profesionales del SSPE.

## 2.- DEFINICIÓN GLOBAL DEL PROCESO

### 2.1. OBJETIVOS

#### OBJETIVOS PRINCIPALES

Mejorar la calidad de vida de la persona fumadora (PF) y reducir la morbimortalidad atribuible al tabaco, mediante la disminución de la prevalencia de tabaquismo en la población de Extremadura.

#### OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Conocer la magnitud y características del hábito tabáquico en Extremadura mediante la implementación de un sistema de registro exhaustivo y sistemático.
- Realizar una atención y cuidados de calidad a la persona fumadora en el proceso de abandono, mantenimiento y recaída del hábito tabáquico.

### 2.2. DEFINICIÓN FUNCIONAL DEL PROCESO

Secuencia de actuaciones coordinadas encaminadas a la identificación, clasificación, registro, intervención, evaluación y seguimiento de las personas fumadoras.

### 2.3. LÍMITES DEL PROCESO

#### Entrada en el proceso

Personas de 14 años o más que consumen tabaco en cualquiera de sus formas de manera regular, detectada por cualquier profesional sanitario o de trabajo social del SSPE, con motivo de una solicitud de atención, consulta o ingreso hospitalario.

#### Salida del proceso

Persona que lleva más de un año en abstinencia continua.  
Exclusión voluntaria de la PF.  
Traslado a otra Comunidad Autónoma.  
Fallecimiento de la PF.

## 3.- POBLACIÓN DIANA Y PROVEEDORES

### 3.1. POBLACIÓN DIANA

Personas de Extremadura de 14 años o más que consumen tabaco en cualquiera de sus formas de manera regular.

#### CONCEPTOS

**Persona fumadora** es toda persona que haya fumado al menos un cigarrillo (u otro producto de tabaco equivalente) en el último mes.

**Persona fumadora en fase de acción o mantenimiento** es aquella persona que ha dejado de consumir tabaco en cualquiera de sus formas hace menos de 12 meses.

**Exfumador** es aquella persona que lleva mas de 12 meses sin consumir tabaco en cualquiera de sus formas.

### 3.2. PROVEEDORES

En este proceso está implicado el personal de enfermería, medicina, farmacia, psicología, odontoestomatología, fisioterapia, higiene dental, técnicas auxiliares de enfermería y trabajo social del SSPE.

Respecto al proceso el personal se clasificará en:

- **Profesionales entrenados** para realizar apoyo en deshabituación tabáquica (DT).
- **Profesionales no entrenados** para realizar apoyo en DT.

Profesionales entrenadas/os son:

Profesionales de los Equipos de Conductas Adictivas (ECA).

Profesionales de las Unidades de Tabaquismo hospitalarias (UTH).

Profesionales de los Equipos de Atención Primaria (EAP) que ha recibido formación en DT.

Para una adecuada implementación del proceso en los distintos recursos asistenciales, consultar los [Anexos 1 y 2](#) (Aplicación del proceso en los ECA y en los EAP, respectivamente).



## **4.- ACTIVIDADES DEL PROCESO**

- 4.1. CAPTACIÓN OPORTUNISTA DE LAS PERSONAS FUMADORAS Y CONSEJO SANITARIO.**
- 4.2. CAPTACIÓN SISTEMÁTICA, CLASIFICACIÓN, REGISTRO, Y PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN.**
- 4.3. ATENCIÓN A LA PERSONA FUMADORA EN FASE DE PRECONTEMPLACIÓN.**
- 4.4. ATENCIÓN A LA PERSONA FUMADORA EN FASE DE CONTEMPLACIÓN.**
- 4.5. ATENCIÓN A LA PERSONA FUMADORA EN FASE DE PREPARACIÓN PARA LA ACCIÓN.**
- 4.6. ATENCIÓN A LA PERSONA FUMADORA EN FASE DE ACCIÓN.**
  - 4.6.1. INTERVENCIÓN INDIVIDUAL.**
  - 4.6.2. INTERVENCIÓN GRUPAL.**
- 4.7. ATENCIÓN A LA PERSONA FUMADORA EN FASE DE MANTENIMIENTO.**
  - 4.7.1. INTERVENCIÓN INDIVIDUAL.**
  - 4.7.2. INTERVENCIÓN GRUPAL.**
- 4.8. ATENCIÓN A LA PERSONA FUMADORA EN FASE DE RECAÍDA.**

#### 4.1. CAPTACIÓN OPORTUNISTA DE LAS PERSONAS FUMADORAS Y CONSEJO SANITARIO.

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUÁNDO	CÓMO
Identificar a las personas fumadoras.	Profesionales sanitarios y de trabajo social con actividad asistencial en el SSPE.	Durante cualquier contacto de la persona con el sistema sanitario.	Interrogar sobre el consumo de tabaco en todas sus formas (Anexo 4) a las personas a las que realicen atención.
Realizar consejo sanitario.			Dar consejo sanitario breve, claro, personalizado y motivador. (Anexos 5 y 6) Entregar material informativo de apoyo. (Anexo 7) Recomendar visita con su profesional de enfermería de AP.

#### 4.2. CAPTACIÓN SISTEMÁTICA, CLASIFICACIÓN, REGISTRO, Y PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUÁNDO	CÓMO
Recogida exhaustiva de información sobre el consumo.	Profesional de enfermería de AP al que está adscrito la persona fumadora.*	Cada 2 años o cuando se tenga noticia de un cambio en la información registrada.	A todas las personas de 14 años o más adscritas a su cupo: Interrogar sobre el consumo de tabaco en todas sus formas. (Anexo 4) Interrogar sobre el consumo concomitante de otras sustancias. Cuantificar el consumo de tabaco. Preguntar por intentos previos de abandono y recaídas. Durante la entrevista seguir estrategia de comunicación de las "5 Aes" (Anexo 6)
Diagnóstico de fase y valoración del grado de dependencia nicotínica.			Identificar la fase de motivación en la que se encuentra. (Tabla 1) Realizar el Test de Fagerström (Anexo 8)
Registro de la información.			Registro en HCE - "Antecedentes y Hábitos" (Anexo 9) Registro en HCE - "Factores de Riesgo" (Anexo 9) Registro en HCE - "Problemas de Salud- P17" (Anexo 9) Registro en HCE - "Prestaciones – EpS – Consejo antitabaco" (Anexo 9)
Planificación de la intervención.			Tabla 1
Valoración de criterios de derivación.			Tabla 2

\*En caso de que la PF se dirija directamente al ECA estas actividades las realizará el profesional de enfermería o trabajo social del mismo. (Anexo 1)

**Tabla 1**

FASE DE MOTIVACIÓN		INTERVENCIÓN	RESPONSABLE
PRECONTEMPLACIÓN	Fuma y no está dispuesta a dejar de fumar	Apartado 4.3	Profesional de enfermería de AP al que está adscrita la persona fumadora.
CONTEMPLACIÓN	Fuma y está dispuesta a dejar de fumar en los próximos 6 meses	Apartado 4.4	
PREPARACIÓN PARA LA ACCIÓN	Fuma y está dispuesta a dejar de fumar en el próximo mes	Apartado 4.5	Profesional entrenado para realizar deshabituación tabáquica.
ACCIÓN	Lleva sin fumar <6m	Apartado 4.6	
MANTENIMIENTO	Lleva sin fumar >6m y <12m	Apartado 4.7	
RECAÍDA	Ha vuelto a fumar	Apartado 4.8	

**Tabla 2**

CRITERIOS DE DERIVACIÓN	
Persona fumadora con otras adicciones con o sin sustancias.	ECA
Tres intentos sin éxito de deshabituación en AP correctamente atendidos por un/a profesional entrenado.	ECA / UTH*
A criterio del/de la profesional de AP, cuando se den circunstancias que hagan necesaria una intervención más intensa.	ECA / UTH*

\* Según se establezca en el Área de Salud

#### 4.3. ATENCIÓN A LA PERSONA FUMADORA EN FASE DE PRECONTEMPLACIÓN

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUÁNDO	CÓMO
Consejo sanitario.	Profesional de enfermería de AP al que está adscrita la persona fumadora.*	Entre 6m y 2 años desde la última intervención.	Dar consejo sanitario breve, claro, personalizado y motivador. (Anexo 5) Entregar material de apoyo escrito. (Anexo 7) Informar sobre la posibilidad de recibir apoyo por profesionales entrenados para dejar de fumar.
Registro de la intervención.			Registro en HCE - "Prestaciones - EpS - Consejo antitabaco" (Anexo 9)

\*En caso de que la PF se dirija directamente al ECA estas actividades las realizará el profesional de enfermería o trabajo social del mismo. (Anexo 1)

#### 4.4. ATENCIÓN A LA PERSONA FUMADORA EN FASE DE CONTEMPLACIÓN

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUÁNDO	CÓMO
Entrevista motivacional.	Profesional de enfermería de AP al que está adscrita la persona fumadora.*	En el momento de la identificación o en una cita próxima.	(Anexo 10)
Reevaluación.		A las 4-6 sem de la anterior.	Si ha pasado a Fase de Preparación, pasar a Ficha 4.5. Si no ha pasado, realizar mismo abordaje que en Ficha 4.3.
Registro de la intervención.		En cada visita	Registro en HCE - "Documento clínico" (Anexo 9)

\*En caso de que la PF se dirija directamente al ECA estas actividades las realizará el profesional de enfermería o trabajo social del mismo. (Anexo 1)

#### 4.5. ATENCIÓN A LA PERSONA FUMADORA EN FASE DE PREPARACIÓN PARA LA ACCIÓN

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUÁNDO	CÓMO
Intervención intensiva.	Profesional entrenado en DT.	Mínimo una visita antes del día D.  (Entre 1 y 3 según necesidades de la PF).	Felicitar por la decisión tomada. Ofrecer material de apoyo: guía práctica para dejar de fumar (Anexo 11) Peso y cooximetría (si se dispone de ella). Valoración de posibles dificultades y planificación estrategias de enfrentamiento. (Anexo 12) Valoración de recursos y apoyo del entorno. Preparación de la comunicación al entorno. Valoración de indicación farmacológica. Decisión compartida y prescripción si procede. (Anexos 2, 13 y 14) Decisión compartida sobre la modalidad de intervención: intensiva individual o intensiva grupal (Anexo 15) Fijación del día D (día en que cesa el consumo). Planificación compartida de visitas de seguimiento.
Registro de la intervención.		Primera visita	Registro en HCE - "Servicios de Salud - servicio 451" (Anexo 9) Registro en HCE - "Documento clínico" (Anexo 9)
		En resto de visitas	Registro en HCE - "Documento clínico" (Anexo 9)

## 4.6. ATENCIÓN A LA PERSONA FUMADORA EN FASE DE ACCIÓN

### 4.6.1. Intervención intensiva individual

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUÁNDO	CÓMO
Intervención intensiva individual.	Profesional entrenado en DT.	Mínimo una visita a la semana y otra al mes del día D.  Si tratamiento farmacológico hacer coincidir visitas con fecha de prescripción. (Anexo 11)	Felicitación y refuerzo positivo. Confirmar el no consumo y recomendar la abstinencia total. Peso y cooximetría (si se dispone de ella). Valoración de síntomas de abstinencia nicotínica e intervención sobre ellos. (Anexo 16) Si tratamiento farmacológico, valoración de adherencia terapéutica, eficacia y reacciones adversas. Suspensión o ajuste de dosis según precise. Valoración de dificultades encontradas y elaboración de estrategias de afrontamiento personalizadas. (Anexo 12) Consejo dietético y de ejercicio físico. Refuerzo del apoyo de entornos familiar, social y laboral. Prevención de recaídas. (Anexo 17)
Registro de la intervención.		Visita a la semana del día D.	Registro en HCE - "Antecedentes y Hábitos" del cese del consumo. (Anexo 9) Registro en HCE - "Factores de Riesgo - texto libre": fase de acción. (Anexo 9) Registro en HCE - "Problemas de Salud- texto libre": fase de acción (Anexo 9) Registro en HCE - "Documento clínico" (Anexo 9)
		En cada visita	Registro en HCE - "Documento clínico" (Anexo 9)

#### 4.6.2. Intervención intensiva grupal

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUÁNDO	CÓMO
Intervención intensiva grupal.	Profesional entrenado en DT.	Mínimo 6 sesiones semanales: 2 antes del día D y 4 después.	Sesiones participativas de 15-20 personas.  Contenido de sesiones: <a href="#">Anexo 15</a>  Coordinación con el MF para prescripción de tratamiento farmacológico si procede.
Registro de la intervención.		Al inicio	Registro en HCE - "Antecedentes y Hábitos" del cese del consumo. ( <a href="#">Anexo 9</a> ) Registro en HCE - "Factores de Riesgo - texto libre": fase de acción. ( <a href="#">Anexo 9</a> ) Registro en HCE - "Problemas de Salud- texto libre": fase de acción ( <a href="#">Anexo 9</a> ) Registro en HCE - "Documento clínico" ( <a href="#">Anexo 9</a> )
		Inicio del grupo y final del grupo	Registro en HCE "Documento clínico" ( <a href="#">Anexo 9</a> )



## 4.7. ATENCIÓN A LA PERSONA FUMADORA EN FASE DE MANTENIMIENTO

### 4.7.1. Intervención intensiva individual

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUÁNDO	CÓMO
Intervención intensiva individual.	Profesional entrenado en DT.	A los 6m y a los 12m del día D. (Visitas extra a demanda de la PF)	Visita presencial y/o por videoconsulta. Felicitación y refuerzo positivo. Peso y cooximetría (si se dispone de ella) en visita presencial. Consejo dietético y de ejercicio físico. Recomendaciones para prevención de recaídas. (Anexo 17)
Registro de la intervención.		En cada visita	Registro en HCE - "Documento clínico" (Anexo 9)
		A los 12 m	Registro en HCE - "Factores de Riesgo": anular Tabaquismo. (Anexo 9) Registro en HCE - "Problemas de Salud": anular P17. (Anexo 9) Registro en HCE - "Servicio de Salud-451": excluir del proceso. (Anexo 9)

### 4.7.2. Intervención intensiva grupal

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUÁNDO	CÓMO
Intervención intensiva grupal.	Profesional entrenado en DT.	A los 6m y a los 12m del día D.	Sesión grupal o seguimiento individual por videoconsulta. Felicitación y refuerzo positivo. Peso y cooximetría (si se dispone de ella) en sesión grupal. Consejo dietético y de ejercicio físico. Recomendaciones para prevención de recaídas. (Anexo 17)
Registro de la intervención.		En cada visita	Registro en HCE - "Documento clínico" (Anexo 9)
		A los 12 m	Registro en HCE - "Factores de Riesgo": anular Tabaquismo. (Anexo 9) Registro en HCE - "Problemas de Salud": anular P17. (Anexo 9) Registro en HCE - "Servicio de Salud-451": excluir del proceso. (Anexo 9)

#### 4.8. ATENCIÓN A LA PERSONA FUMADORA EN FASE DE RECAÍDA

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUÁNDO	CÓMO
Entrevista	Profesional de enfermería de AP al que está adscrita la persona fumadora	Cuando se conozca la recaída	Normalizar la situación y enfocarla como experiencia de aprendizaje. Analizar las causas de la recaída y plantear estrategias de afrontamiento. Suspender tratamiento farmacológico. Plantear posibilidad de nuevo intento.
Reevaluación de fase de motivación y nueva planificación			Tabla 1
Registro de la intervención en la HCE			Registro en "Antecedentes y Hábitos" (Anexo 9) Registro en "Servicios de Salud - 451" (Anexo 9) Registro en "Factores de Riesgo-Texto libre": Recaída (Anexo 9)

## 5.- INDICADORES DE EVALUACIÓN

INDICADOR		FUENTE	PERIODICIDAD
Registro de consumo de tabaco	<p>Porcentaje de personas <math>\geq 14</math> años en cuya HCE está registrado si consumen tabaco o no.                      Fórmula: <math>\frac{\text{Personas } \geq 14 \text{ años en cuya HCE está registrado el consumo de tabaco}}{\text{Personas } \geq 14 \text{ años}} \times 100</math>                      Objetivo: <b>25%</b>.</p>	HCE (Antecedentes y hábitos)	Anual
Registro de fase de motivación	<p>Porcentaje de PF <math>\geq 14</math> años con registro de consumo actual de tabaco en cuya HCE está registrada la fase de motivación en el último año.                      Fórmula: <math>\frac{\text{PF } \geq 14 \text{ años en cuya HCE está registrada la fase de motivación}}{\text{PF } \geq 14 \text{ años}} \times 100</math>                      Objetivo: <b>50%</b>.</p>	HCE (Antecedentes y hábitos)	Anual
Inclusión en programa de DT	<p>Porcentaje de PF <math>\geq 14</math> años incluidas en programa de DT en el último año.                      Fórmula: <math>\frac{\text{PF } \geq 14 \text{ años incluidas en el Servicio 451 en el último año}}{\text{PF } \geq 14 \text{ años estimadas según encuesta EDADES}} \times 100</math>                      Objetivo: <b>20%</b>.</p>	HCE (Servicio de Salud 451)	Anual
Registro de valoración de dependencia nicotínica	<p>Porcentaje de PF incluidas en programa de DT en el último año en cuya HCE está registrada valoración de la dependencia nicotínica (Test de Fagerström).                      Fórmula: <math>\frac{\text{PF incluidas en programa de DT en el último año en cuya HCE está registrado el test de Fagerström}}{\text{PF incluidas en programa de DT en el último año}} \times 100</math>                      Objetivo: <b>95%</b>.</p>	HCE (Cuestionarios)	Anual
Registro de consejo sanitario antitabaco	<p>Porcentaje de PF en cuya HCE está registrado haber recibido consejo sanitario antitabaco en el último año.                      Fórmula: <math>\frac{\text{PF en cuya HC está registrado haber recibido consejo sanitario en el último año}}{\text{PF } \geq 14 \text{ años estimadas según encuesta EDADES}} \times 100</math>                      Objetivo: <b>25%</b>.</p>	HCE (Prestaciones)	Anual

## 6.- ANEXOS

- ANEXO 1 APLICACIÓN DEL PROCESO EN LOS EQUIPOS DE CONDUCTAS ADICTIVAS.
- ANEXO 2 APLICACIÓN DEL PROCESO EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.
- ANEXO 3 FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN A LA PERSONA FUMADORA QUE DESEA DEJAR DE FUMAR.
- ANEXO 4 OTRAS FORMAS DE FUMAR.
- ANEXO 5 CONSEJO SANITARIO PARA DEJAR DE FUMAR.
- ANEXO 6 ESTRATEGIA DE LAS 5 "Aes".
- ANEXO 7 MATERIAL INFORMATIVO PARA LA PERSONA FUMADORA.
- ANEXO 8 TEST DE FAGERSTRÖM.
- ANEXO 9 REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES EN LA HISTORIA CLÍNICA.
- ANEXO 10 ENTREVISTA MOTIVACIONAL.
- ANEXO 11 GUÍA PRÁCTICA PARA DEJAR DE FUMAR.
- ANEXO 12 ESTRATEGIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES.
- ANEXO 13 FARMACOS DE APOYO A LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA.
- ANEXO 14 CRITERIOS DE PRESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO EN EXTREMADURA.
- ANEXO 15 INTERVENCIÓN INTENSIVA GRUPAL.
- ANEXO 16 MANEJO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA A LA NICOTINA.
- ANEXO 17 ABORDAJE Y PREVENCIÓN DE LAS RECAÍDAS.

## **ANEXO 1**

### **APLICACIÓN DEL PROCESO EN LOS EQUIPOS DE CONDUCTAS ADICTIVAS.**

La aplicación del Proceso de Atención a la Persona Fumadora en los Equipos de Conductas Adictivas (ECA) presenta algunas peculiaridades debido a las siguientes circunstancias.

#### **Tratamiento multicomponente**

Los Equipos de Conductas Adictivas realizan habitualmente un abordaje multicomponente de la deshabituación tabáquica, constituido por la intervención cognitivo-conductual y el tratamiento farmacológico cuando resulta necesario. Para ello disponen de profesionales de psicología, a diferencia de los Equipos de Atención Primaria, así como de medicina, enfermería y trabajo social. Debido a esta particularidad, en la tabla 1 se detalla qué profesionales son los/las responsables de llevar a cabo las diferentes actividades del proceso en los ECA.

#### **Acceso a los ECA**

El acceso de las personas fumadoras (PF) a los ECA podrá ser a través de la derivación desde su centro de salud, según los criterios establecidos en el Proceso, o bien pidiendo cita al ECA directamente, por iniciativa propia. El proceso se ha definido con el objetivo de que la mayoría de las personas lleguen derivados desde Atención Primaria o Especializada, con una primera valoración hecha por parte de los profesionales de enfermería correspondientes.

No obstante, no podemos negar la atención a aquellos que se dirijan directamente al ECA. En estos casos las actividades del proceso a realizar serán las mismas, pero se llevarán a cabo desde el inicio por parte del personal del Equipo de Conductas Adictivas.

Debemos destacar que, en todos los casos atendidos en los ECA para deshabituación tabáquica, personas que llegan derivadas desde otro nivel o por iniciativa propia, la prescripción farmacológica, si la hubiera, la realizará el profesional de medicina del propio ECA.

#### **Registro en la Historia Clínica Digital**

El registro en la Historia Clínica Digital de las actividades definidas en el proceso se ve afectado por la falta de acceso actualmente a algunos registros por parte de las/los profesionales de trabajo social y psicología.

Esto ocurre en el apartado 4.2 (captación sistemática, clasificación, registro y planificación de la intervención), que conlleva una serie de registros en JARA fundamentales para la evaluación del proceso.

En general, en los ECA son los y las profesionales de trabajo social los que llevan a cabo la acogida y primera valoración de las PF. Esta primera valoración equivaldría al apartado 4.2 del proceso de atención a la persona fumadora. Actualmente los profesionales de trabajo social no pueden realizar el registro en JARA que se establece en este apartado. Sin embargo, los profesionales de enfermería de los ECA sí tienen acceso a estos registros.

Como se ha nombrado anteriormente, en los Equipos de Atención Primaria el apartado 4.2 (captación sistemática, clasificación y registro) la realizarán las/los profesionales de enfermería. En los ECA, se propone que también la realicen las/los profesionales de enfermería, pues pueden registrar esta actividad, o bien cada Equipo se organice para garantizar que el registro se lleve a cabo.

Una situación similar se da en las actividades del proceso referentes a la intervención, ya que el/la profesional de psicología no puede realizar actualmente los registros establecidos. Sin embargo, el/la profesional de medicina sí tiene acceso. Por tanto, ambos deben organizarse para garantizar que los registros establecidos en las actividades de intervención se lleven a cabo.

Resaltar que se trata de medidas provisionales hasta que se subsanen estas deficiencias en JARA, lo cual se comunicará a los profesionales afectados.

Tabla 1. Profesionales responsables de las actividades del proceso en los ECA

ACTIVIDADES DEL PROCESO	PROFESIONAL RESPONSABLE EN EL ECA
4.1 Captación oportunista y consejo sanitario	Todos: medicina, enfermería, psicología, trabajo social
<b>En caso de que la persona acuda directamente al ECA y no sea derivada desde Atención Primaria</b>	
4.2 Captación sistemática, clasificación, registro y planificación de la intervención	Enfermería preferentemente, o trabajo social*
4.3 Atención a la persona fumadora en fase de precontemplación	Enfermería preferentemente, o trabajo social*
4.4 Atención a la persona fumadora en fase de contemplación	Enfermería preferentemente, o trabajo social*
*siempre que se organicen para realizar los registros correspondientes en JARA.	
<b>En ambos casos: paciente derivado desde Atención Primaria y paciente que acude directamente al ECA</b>	
4.5 Atención a la persona fumadora en fase de preparación para la acción.	Psicología* y medicina
4.6 Atención a la persona fumadora en fase de acción.	Psicología* y medicina
4.7 Atención a la persona fumadora en fase de mantenimiento.	Psicología* y medicina
4.8 Atención a la persona fumadora en fase de recaída	Psicología* y medicina
*los registros en JARA establecidos en las actividades 4.5,4.6,4.7, 4.8 que no pueda realizar el/la profesional de psicología por falta de acceso a los mismos, debe realizarlos el/la profesional de medicina.	

## ANEXO 2

### APLICACIÓN DEL PROCESO EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

En cada EAP habrá mínimo dos **profesionales entrenados o de referencia en DT** (los dos de enfermería o bien uno de enfermería y otro de medicina); se formará a las y los profesionales que sea necesario. Sus funciones serán realizar la intervención multicomponente (estrategias cognitivo-conductuales + tratamiento farmacológico cuando esté indicado) a las PF de la Zona de Salud (ZS), impartir formación al resto de miembros del EAP y colaborar en todas aquellas actividades relacionadas con el proceso que se les asignen. Uno de ellos será el **Responsable del Proceso de Atención a la PF en el Centro de Salud (CS)**. Sus funciones serán fomentar y asegurar la aplicación del proceso en el CS, coordinar las actividades realizadas dentro del proceso, y ser nexo de comunicación entre la Gerencia y el EAP en materia de atención a la PF.

El **personal de enfermería de las unidades básicas de atención (UBA)** debe realizar:

- Captación sistemática y registro de las PF de su cupo.
- Las actividades correspondientes a las PF en fase de precontemplación, contemplación y recaída.
- Derivación de las PF en fase de preparación para la acción al personal entrenado de su CS, según los circuitos que se establezcan en el propio centro.

Durante todo el proceso se debe seguir la estrategia de comunicación de las “5 Aes” (Anexo 6).

Para organizar la atención a la persona fumadora, a las/los profesionales de referencia en DT se les habilitará en su agenda de trabajo un tiempo semanal libre de otras actividades, proporcional a la demanda de DT. El CS organizará, de acuerdo con la Gerencia de Área, la programación de las actividades de intervención grupal en el horario más adecuado según las demandas de la población.

Cada EAP deberá acordar internamente los circuitos de coordinación y comunicación entre profesionales, teniendo en cuenta que la UBA de la PF debe estar informada de su evolución y que, en la medida de lo posible el recorrido de la PF debe ser sencillo y ágil, evitando citas añadidas o esperas. Ver flujograma de atención a la persona fumadora que desea dejar de fumar (Anexo 3)

En cualquier caso, se deben establecer:

- a) El circuito de derivación de enfermería al profesional de referencia.
- b) El modo de citación (por el profesional de referencia, por el personal administrativo, ...)
- c) El circuito de prescripción, en caso de que el tratamiento farmacológico esté indicado.

#### Consideraciones sobre indicación / prescripción de fármacos:

- El tratamiento Sustitutivo de Nicotina (TSN) puede ser indicado por personal de enfermería, dándoselo por escrito a la PF y dejándolo registrado en un documento clínico.

- Los tratamientos con Bupropion o Vareniclina deben ser prescritos por personal facultativo, ya sean financiados (si cumplen los criterios) o no financiados.
- El personal facultativo puede prescribir como no financiado un fármaco en una receta manual especificando “NOFIN” en el apartado correspondiente al TSI en la receta (por ejemplo, cuando no ha pasado un año desde el último tratamiento financiado), mientras finaliza el desarrollo informático para que sea posible esta modalidad de prescripción en receta electrónica.

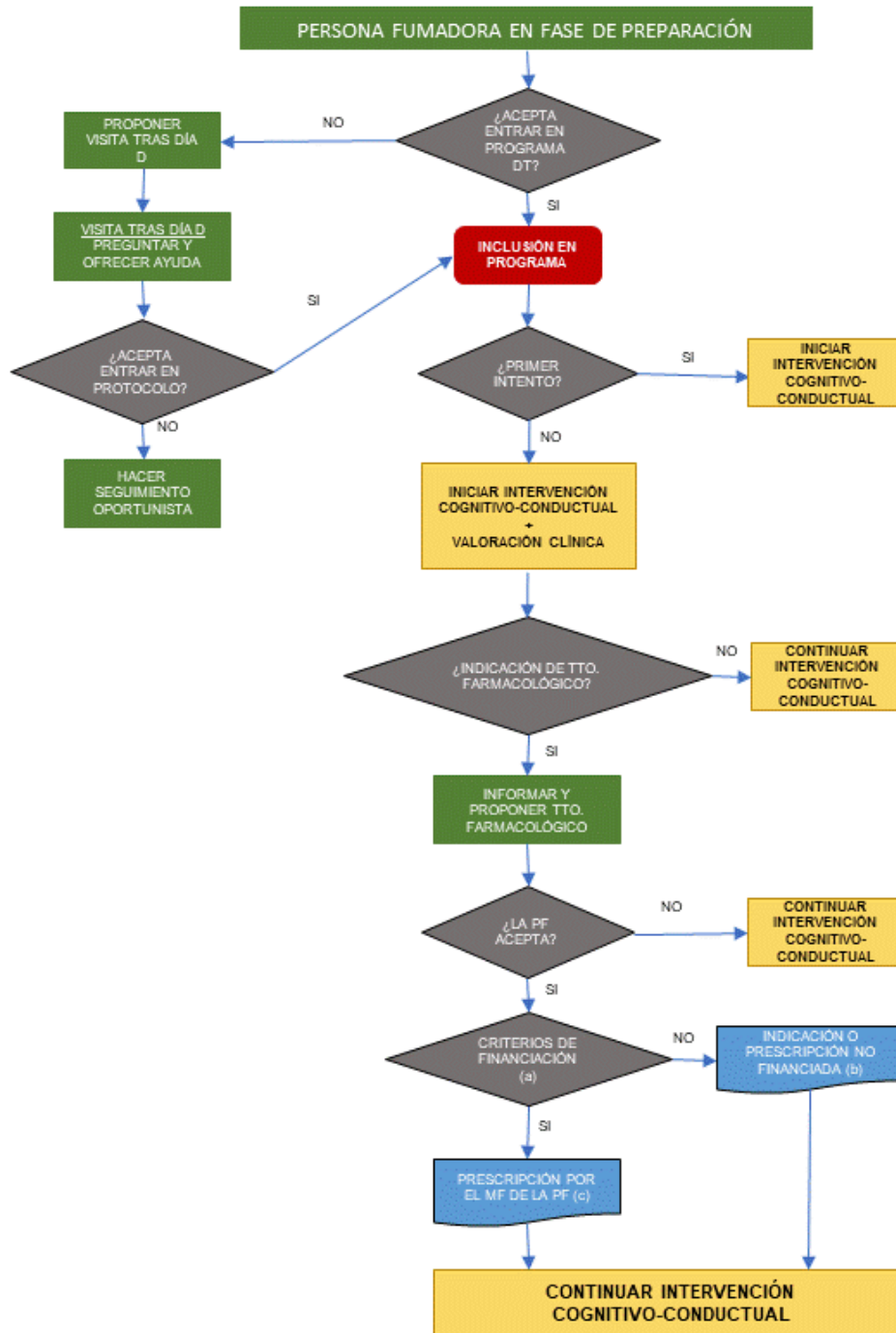
La prescripción se realizará por el personal de medicina de AP siempre que el proceso de DT se realice por personal de AP. Si la DT se realiza en otro nivel asistencial, la prescripción la asumirá dicho nivel.

Cuando entre el personal entrenado en DT haya médicos, el EAP puede acordar si la prescripción farmacológica la realiza el profesional de referencia o el MF al que está adscrito la PF.

Cuando el personal de referencia en DT sea sólo de enfermería, el EAP puede acordar si la valoración de la indicación de tratamiento farmacológico, las valoraciones de adherencia al tratamiento, efectividad y aparición de efectos adversos, el ajuste de dosis y/o la suspensión de tratamiento las realiza el personal entrenado en DT o el MF al que está adscrito la PF. (Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, Artículo 9, apartados 3. y 4.)



**ANEXO 3**  
**FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN A LA PERSONA FUMADORA QUE DESEA DEJAR DE FUMAR**



DT Deshabituación tabáquica / PAI Proceso Asistencial Integrado / PF Persona fumadora / TTO Tratamiento / FMCO Farmacológico / MF Médico de Familia  
 a. Intento de abandono fallido en último año + Fuma >10 cig/día + Test Fagerström  $\geq$  7 + Último tto. farmacológico financiado hace > 1 año  
 b. El personal de enfermería puede indicar Tto. Sustitutivo de Nicotina dejándolo registrado en un documento clínico. El personal facultativo puede prescribir como no financiado un fármaco en una receta manual especificando "NO FINANCIADO".  
 c. O por quien se acuerde en el Equipo de Atención Primaria.

## ANEXO 4 OTRAS FORMAS DE FUMAR

### 1. Tabaco de liar

- Tabaco procesado que combustiona a 800º.
- 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.
- No es obligatorio indicar el contenido de nicotina y de alquitrán en el etiquetado.
- 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 o cachimbas

- Es una especie de jarrón con una cazoleta, un cuerpo de metal, una manguera y un recipiente de agua.
- Según el país recibe diferentes nombres: Sisha, Narguile, Hookah, Aguilé, Goza. Su uso en nuestro entorno es cada vez más popular.
- Se utilizan para fumar tabaco mezclado con azúcares y aditivos para darle sabor y aroma. También existen preparados sin tabaco. En todos los casos se utiliza carbón para quemar el producto que se consuma.
- Pueden contener mentol que favorece la inhalación e incrementa la absorción de la nicotina.
- El carbón y los azúcares también generan tóxicos para el organismo.
- El depósito con agua solo sirve para enfriar el humo. No alcanza temperatura suficiente para producir vapor.
- Si contiene tabaco, se aplica la Ley del Tabaco (Ley 28/2005, de 26 de diciembre, y sus modificaciones).

#### Falsas creencias:

- Es menos perjudicial.
- El humo se filtra al pasar por el agua.
- El humo es menos dañino al estar mezclado con vapor de agua.

### 3. Productos de tabaco por calentamiento (PTC)

- Son unos nuevos dispositivos electrónicos que calientan el tabaco a 300-350º, sin llegar a quemarlo, a diferencia del cigarrillo convencional.
- En España, en la actualidad, se comercializa la marca IQOS (I Quit Ordinary Smoking), aunque existen otras en el mercado (PLOOM TECH, GLO, PAX, GLO IFUSE cigarrillo).
- Se utiliza tabaco picado o en polvo en forma de cigarrillo "stick" (caso del IQOS). Los cigarrillos contienen tabaco prensado y empapado en propilenglicol y glicerina.
- No hay evidencia suficiente para afirmar que los PTC sean menos nocivos para la salud que los productos de tabaco convencional, ni para aquellas personas que los consumen, ni para aquellas expuestas a sus emisiones.
- Al tratarse de productos del tabaco, les resulta aplicable la Ley del Tabaco.

- No se deben confundir los PTC con los dispositivos susceptibles de liberación de nicotina (cigarrillos electrónicos), ya que los primeros contienen tabaco y los segundos un cartucho o dispositivo con líquido que puede contener o no nicotina, pero no tabaco. 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.

**Falsas creencias.**

- Menos perjudicial
- Es útil para dejar de fumar
- Reducción de daños

**4. Cigarrillo electrónico, Dispositivo Susceptible de Liberación de Nicotina (DSLN), e-cig.**

- Es un dispositivo electrónico con forma de cigarrillo que no contiene hoja de tabaco, sino un líquido.
- Está formado por un pequeño depósito o cartucho donde se carga el líquido, y un sistema electrónico de calentamiento con batería recargable y atomizador. Cuando la PF activa el sistema (calada o automático), el líquido se vaporiza generando un aerosol que se inhala simulando al humo de los cigarrillos tradicionales.
- Hay dos grandes tipos de líquido: con y sin nicotina. Además, contiene propilenglicol, glicerina, saborizantes, formaldehído, acetaldehído, nitrosaminas, benzopirenos, silicatos.
- El humo (aerosol) que producen va cargado de sustancias tóxicas, aunque no lleven nicotina.
- La eficacia de los e-cigs para dejar de fumar aún no ha sido demostrada.
- En la gente joven pueden inducir a iniciar el consumo de tabaco.
- Existen más de 400 marcas y 15.000 sabores originales de líquidos de recarga, 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.
- Al no llevar hoja de tabaco, no le es de aplicación la Ley del tabaco (28/2005, de 26 de diciembre), únicamente las Disposiciones Adicionales 12 y 13.
- Desde el año 2017 es obligatorio incluir todos los ingredientes de los líquidos con nicotina en el etiquetado del envase.

**Falsas creencias.**

- El humo de los cigarrillos electrónicos es más limpio, no hace daño, es vapor de agua (“vapear”).
- Es útil para dejar de fumar.
- Reducción de daños.

La recomendación actual basada en las evidencias disponibles es que las y los profesionales de la salud debemos desaconsejar el uso de e-cigs y los IQOS entre nuestros/as pacientes, sean o no fumadores/as. En PF 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 cardiaca y cerebral.

Gran número de PF de e-cigs hacen consumo dual con cigarrillos convencionales, lo que produce un incremento del riesgo por aumento de la dosis total de nicotina.

### ANEXO 5. CONSEJO SANITARIO PARA DEJAR DE FUMAR

El consejo sanitario para dejar de fumar es la intervención clínica de mayor coste-efectividad, en términos de coste por años de vida ganados, para promover el abandono del hábito tabáquico. Esta intervención realizada a las personas fumadoras incrementa en un 50% las probabilidades de que haga un intento para dejar de fumar, y ha demostrado lograr el abandono del consumo de tabaco en alrededor del 4-5% de las personas sobre las que se realiza.	
<b>QUIÉN</b>	Debe ofrecerlo cualquier profesional de la salud de forma sistematizada y oportunista, es decir, a todas las personas que acuden a su consulta por cualquier motivo, independientemente del nivel asistencial en el que desarrolle su trabajo.
<b>CUÁNDO</b>	Se repetirá cada dos años. En caso de detectar patologías cuyo pronóstico depende de la abstención del consumo de tabaco (cardiopatía isquémica, EPOC, enfermedad arteriosclerótica periférica, embarazo, ...), se recomienda repetir cada seis meses.
<b>CÓMO</b>	<p>Las características que debe tener el consejo sanitario sobre tabaquismo para aumentar su efectividad son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Breve:</b> no tiene que durar más de 3-5 minutos.</li> <li>✓ <b>Claro y motivador:</b> los mensajes deben ser sencillos y a la vez lo suficientemente convincentes como para que al menos sea motivo de reflexión. El/la paciente tiene que percibir nuestro interés y preocupación por su salud. Siempre debe indicarse al/la paciente que, si lo desea, se le puede ayudar. <ul style="list-style-type: none"> <li>“Lo mejor que puede hacer por su salud en estos momentos es dejar de fumar. Le aconsejo dejarlo lo antes posible. En la actualidad disponemos de tratamientos que ayudan. Podemos ver si en su caso están indicados”</li> <li>“En estos momentos dejar de fumar es lo más importante que puede hacer para proteger su salud, nosotros podemos ayudarle a conseguirlo”</li> <li>“Creo que es importante para usted que deje de fumar ahora. Si lo desea, puedo ayudarle/la”.</li> </ul> </li> <li>✓ <b>Personalizado:</b> relacionando el tabaquismo con su estado de salud/enfermedad actuales. Es preferible ofrecer información sobre los beneficios de dejar de fumar de forma personalizada, con motivos relevantes para la persona según su condición clínica, la historia de consumo de tabaco, la historia familiar, existencia de personas fumadoras pasivas en su entorno (hijos/as, personas enfermas, etc.), la dependencia como “esclavitud”, costes sociales y económicos. En resumen, incidir en aquellos en los que la persona fumadora muestre mayor interés.</li> </ul>

#### El consejo sanitario en diferentes situaciones relacionadas con el consumo de tabaco. Recomendaciones:

- ✓ **No fumador/a:** Reforzar el no consumo y hacer prevención para evitar el inicio del consumo, sobre todo en población joven: “Enhorabuena por no fumar, es una de las mejores decisiones que has tomado en tu vida, por tu salud y la de los que te rodean”.
- ✓ **Acción y mantenimiento:** Durante el primer año después de dejar de fumar, las personas deben recibir consejos de refuerzo en cada visita: “Está haciendo un gran esfuerzo en su lucha contra el tabaco”, “Tiene una gran fuerza de voluntad para dejar el tabaco”.
- ✓ **Exfumador/a:** Dar la enhorabuena y reforzar la abstinencia, alertar de que una sola calada puede desencadenar una recaída. “Dejar de fumar es lo mejor que ha podido hacer por su salud actual y futura”

## ANEXO 6 ESTRATEGIA DE LAS 5 “Aes”

- **Averiguar (Ask).** Preguntar a todos y todas los pacientes si fuman. Debe identificarse sistemáticamente a todas las PF en cada visita, interrogando:
  - Sobre la cantidad de tabaco consumido cigarros/día - años de fumador/a.
  - Grado de dependencia nicotínica
  - Intentos previos
  - Motivos de recaída
- **Aconsejar (Advise)** a todas las PF 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/la”.
  - Personalizado: adaptado a cada PF, 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 la PF. Analizando quienes están listos para hacer un intento serio actuando en consecuencia.
  - Si la PF 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 la PF está dispuesto a intentarlo, además de ofrecer nuestra ayuda hay que realizar una oferta terapéutica concreta.
  - Si la PF quiere ayuda intensiva, proporcionársela o derivarlo.
- **Ayudar (Assist)** a la PF 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.
  - Informar sobre las opciones de tratamiento farmacológico si, a criterio del profesional, el tratamiento farmacológico puede ayudar a la persona en función de su historial y de los intentos de abandono anteriores. Explicar que aumentan moderadamente la probabilidad de éxito al reducir los síntomas de abstinencia. Informar de los efectos secundarios y de las posibles reacciones adversas.

- **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, además de las necesarias para dar continuidad o no al tratamiento farmacológico en aquellas personas que lo tengan prescrito.

## ANEXO 7 MATERIAL INFORMATIVO PARA LA PERSONA FUMADORA

La entrega a la PF de material informativo de apoyo en el momento de realizar el consejo sanitario para dejar de fumar refuerza el mensaje y aumenta su efectividad. Informar sobre el proceso de dejar de fumar y ofrecer ayuda son los contenidos recomendados.

Este material está disponible en Gestor Documental para imprimir y entregar a la PF.  
Ruta a seguir: 11 - ADICCIONES → Tabaco → 03. Material informativo para la persona fumadora.

# Decídete a dejar de fumar



Seguro que conoces los riesgos que el tabaco puede tener para tu salud. No queremos insistir más sobre ello.

Nuestra intención es ofrecerte **orientación** sobre cómo iniciar el proceso para **dejar de fumar**.

Probablemente encuentres satisfacción con algunos de los cigarrillos que fumas al cabo del día, sin embargo, a diario tienes que enfrentarte...

- ➔ con las enfermedades originadas por el tabaco
- ➔ con los mensajes impresos en las cajetillas de tabaco
- ➔ con las recomendaciones de los profesionales sanitarios o
- ➔ con las enfermedades que padecen tus amigos y conocidos.

Por eso es probable que compartas lo que muchos fumadores piensan de forma repetida:

«me gustaría dejar de fumar»

**Dejar de fumar no es fácil, pero ES POSIBLE.**

Es importante que te prepares. Hay 3 aspectos fundamentales a los que tendrás que enfrentarte si quieres dejar de fumar



**El poder de adicción de la nicotina**

**1** Esa sustancia química que con cada calada del cigarrillo actúa en nuestro cerebro y es la responsable de la dependencia física.



**La relación psicológica con el tabaco**

**2** La relación del tabaco con los fumadores está íntimamente ligada a todas nuestras emociones: en los momentos de tristeza o de alegría, en los de bienestar o de malestar, en situaciones de estrés, etc. También los gestos más comunes o las rutinas habituales del día a día están asociados con el tabaco.



**El aspecto social**

**3** El consumo de tabaco acompaña en muchas ocasiones nuestras relaciones sociales, y el entorno influye.

**Estas dificultades no son una barrera infranqueable**





Cada día miles de personas  
de toda condición  
**CONSIGUEN  
DEJAR DE FUMAR**

Recordarte que dejar de fumar  
es lo mejor que puedes hacer  
**por tu salud**

## Te proponemos algunas recomendaciones

Tienes que darte la OPORTUNIDAD.



➔ Solo es posible conseguirlo si llegas al convencimiento de que es un reto que puedes alcanzar. Evita que las dudas te paralicen. Aunque lo hayas intentado en otras ocasiones, aunque hayas recaído en el pasado, puedes hacerlo, no renuncies a conseguirlo.

Fija una FECHA.



➔ Analiza antes los pros y los contras de ese día y, sobre todo, evita épocas con un exceso de estrés en tu vida. No utilices el estrés como eterna excusa para aplazar una decisión tan importante.

Prepara un PLAN.



➔ Infórmate sobre las dificultades de las primeras semanas (la principal dificultad es el llamado síndrome de abstinencia), e intenta anticiparte a ellas. Ten previstas el mayor número de alternativas a las dificultades. Hay disponibles tratamientos farmacológicos de eficacia demostrada que ayudan a dejar de fumar y reducen los síntomas del síndrome de abstinencia.

Ante la duda, busca APOYO.



➔ En el centro de salud, amigos, familiares u otros recursos. Y pide apoyo tantas veces como lo necesites.

## Decídate a dejar de fumar

te sentirás mejor, mejorará tu salud y la de tu familia, dejarás de depender del tabaco y tu economía te lo agradecerá

Consulta la **página web** del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social: **[www.estilosdevidasaludable.mscbs.gob.es](http://www.estilosdevidasaludable.mscbs.gob.es)**

Encontrarás información sencilla, herramientas, vídeos, tablas de planificación y otros materiales útiles que te servirán para saber cómo estás y qué cambios pueden ayudarte a hacer tu estilo de vida más saludable.



También podrás encontrar qué recursos hay disponibles en tu zona en:

**LOCALIZA salud**  
MAPA DE RECURSOS PARA LA SALUD

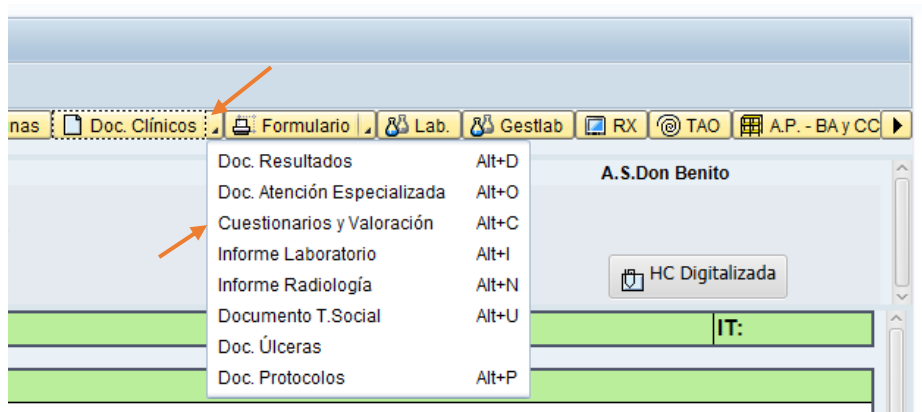




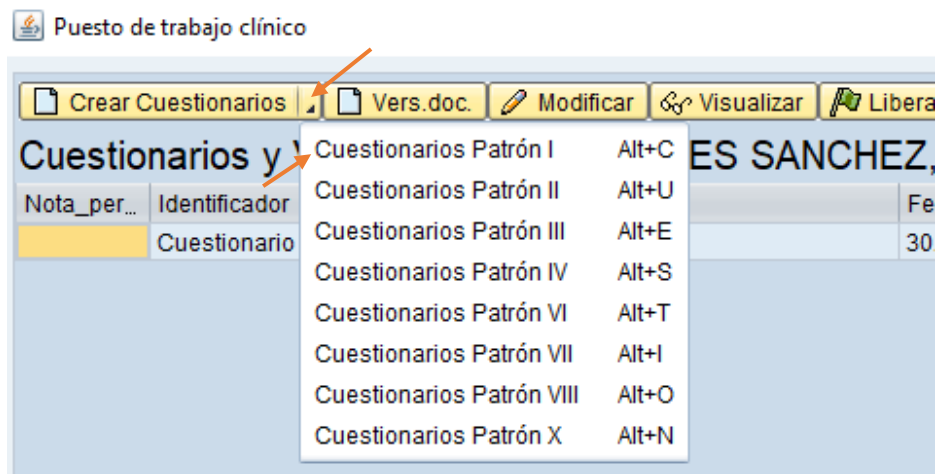
## ANEXO 8 TEST DE FAGERSTRÖM

Disponible en:

Estación clínica → Botonera superior (cuadritos amarillos): pinchar en flecha al lado de “Doc. Clínicos”; se abre desplegable → Pinchar en “Cuestionarios y Valoración”



Se abre una ventana → Pinchar en flecha al lado de “Crear Cuestionarios”; se abre desplegable → Pinchar en “Cuestionarios Patrón I”:



Se abrirá otra ventana con varias pestañas, en la primera de las cuales está el Test de Fagerström.

Se deben responder las 6 preguntas seleccionando (en el desplegable que aparece a la derecha de cada pregunta) la opción que mejor se corresponde con la respuesta de la PF. Luego pinchar en “Guardar y Liberar”.

La puntuación y su significado aparece en la parte alta de la pantalla (flecha naranja).

Acceso a JARA - Mozilla Firefox  
https://portal.ses.care/portalses-SAP-portlet/html/accesosap/launcher.jsp

Documento Tratar Pasar a Sistema Ayuda

IA).VISUAL:Cuestionario P1.STATUS:LB

Tratamientos activos

FAGERSTRÖM RICHMOND CAGE CAMUFLADO MALT BARBER KARNOFSKY ROYAL COLUMBIAN HOSPITAL FINDRISC

Realizado por: DR. /A. [Nombre] Fecha Realización: 20.02.2020

FAGERSTRÖM: Dependencia de la Nicotina  
< 4: dependencia baja | 4 - 7: dependencia moderada | > 7: dependencia alta

4 DEPENDENCIA MODERADA

Resultados anteriores

Importar Result. Ant.

Valoración	Interpretación valor	Fecha valoraciór

¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo? Entre 6 y 30 minutos

¿Encuentra difícil no fumar en un lugar prohibido, como la biblioteca o el cine? NO

¿Qué cigarrillo le molesta más dejar de fumar? Cualquier otro

¿Cuántos cigarrillos fuma cada día? 21 - 30

¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día? NO

¿Fuma aunque esté enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día? NO

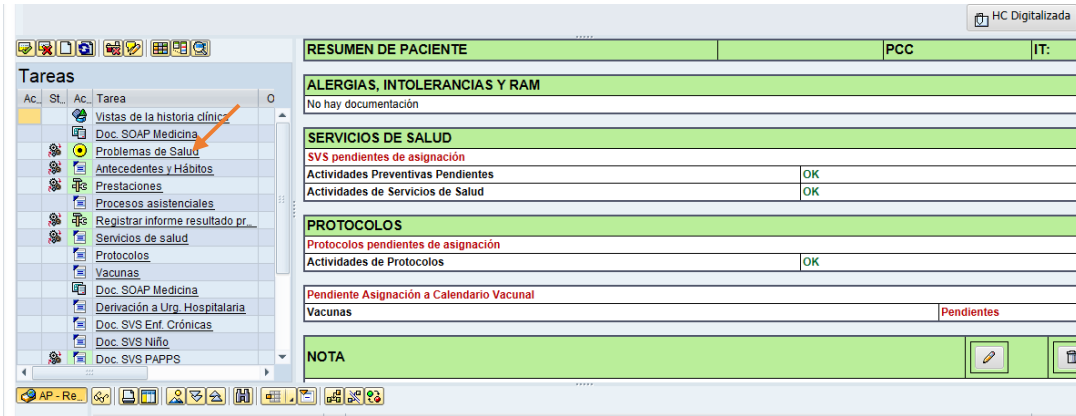
Si la puntuación es <7, no se recomienda tratamiento farmacológico.

Si la puntuación es  $\geq 7$ , valorar indicación de tratamiento farmacológico junto a otros criterios.

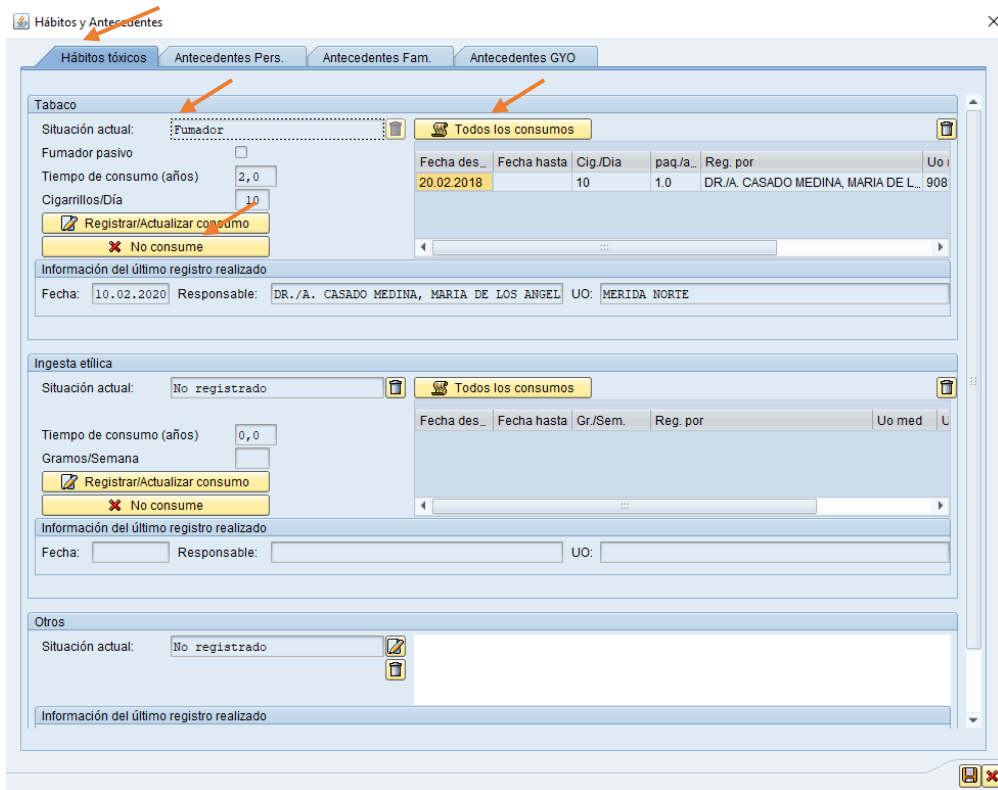
## ANEXO 9 REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES.

### 1. Registro del consumo de tabaco y la fase de motivación.

Estación clínica → Tareas → Antecedentes y Hábitos:

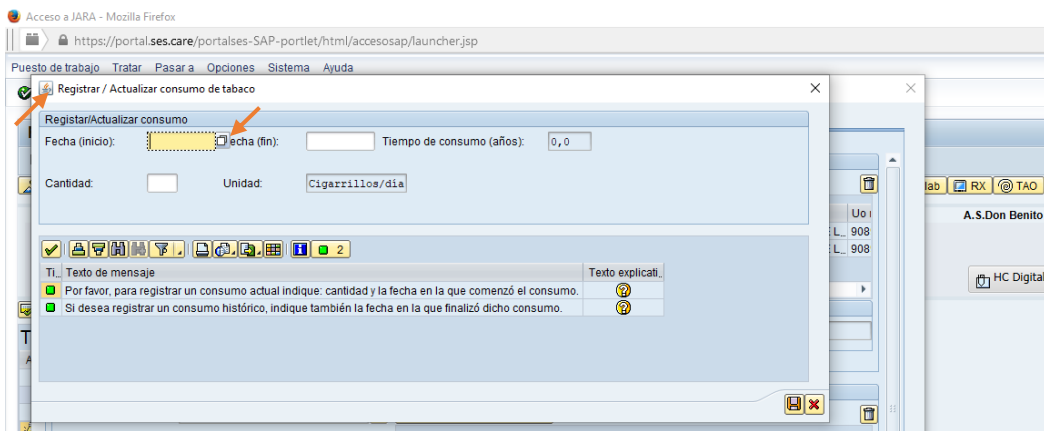


Se abre una ventana con varias pestañas. En la primera de ellas, Hábitos tóxicos, están los registros de Tabaco, Ingesta etílica y Otros:

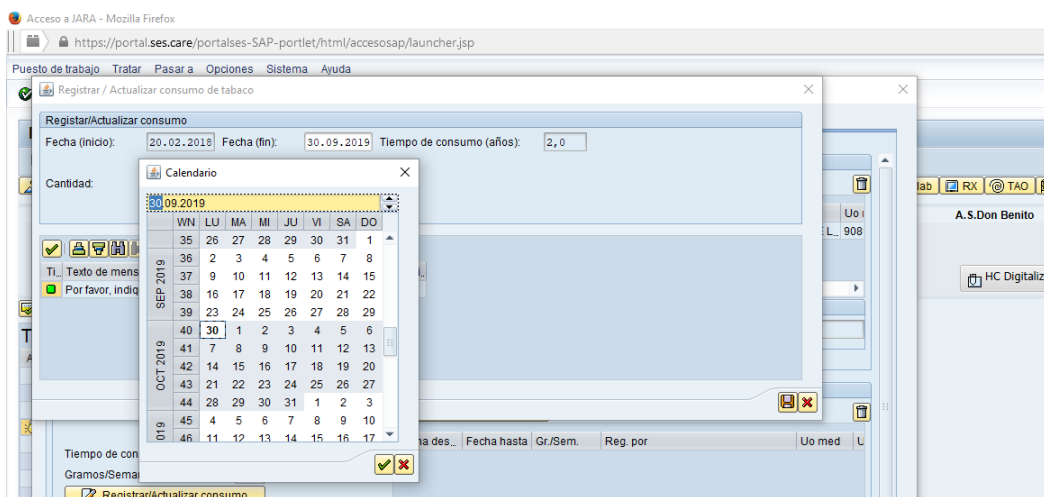


1. Si no hay registros previos, en el campo "Situación actual" aparecerá "No registrado".
2. Si hay algún registro, en el campo "Situación actual" aparecerá "Fumador", "No Fumador" o "ExFumador". Para ver los registros pinchar en "Todos los consumos". Comprobar si el registro está actualizado; si no lo está, actualizarlo.

- a) Si la persona no fuma ni ha fumado nunca, pinchar en “No consume” y guardar.
- b) Si la persona fuma, pinchar en “Registrar/Actualizar consumo”; se abre una ventana con ese nombre:



Para registrar el consumo actual indicar la fecha de inicio y la cantidad (en cigarrillos/día); y guardar. Para poner la fecha, escribirla directamente o pinchar en cuadrado lateral (ver arriba) y desplegar calendario:



Para registrar un consumo anterior, indicar las fechas de inicio y finalización y la cantidad que la PF consumía en ese periodo; y guardar. (Ver ejemplo más abajo).

- c) Si ya hay registrado un consumo actual (sin fecha de finalización) y la persona ha dejado de fumar, pinchar en “No consume”; se abrirá la ventana “Registrar/Actualizar consumo”, rellenar en ella la fecha de finalización, y guardar. La situación cambiará a “ExFumador”.
- d) Si hay registrado un consumo actual y la cantidad ha cambiado, proceder como en c) para finalizar el consumo, y guardar. A continuación, pinchar en “Registrar/Actualizar consumo”; se abrirá una nueva ventana con todos los campos vacíos; registrar en ella el nuevo consumo.

El programa calcula los paquetes/año, y reseña el profesional que ha hecho el registro. Próximamente, en la ventana “Registrar/Actualizar consumo” habrá también un campo para registrar la Fase de Motivación.

En muchas ocasiones, las personas no recuerdan fechas ni cantidades exactas, pero se puede hacer un registro bastante aproximado relacionando las fechas con acontecimientos de la vida y haciendo un cálculo del consumo medio. Cada paquete trae 20 cigarrillos.

Ejemplo:

Juan, nacido en 1960. "Empecé a fumar con 15 años (1975), 5-6 cigarrillos el fin de semana (equivale a 1 cig/día), con los amigos. En la mili, con 19 o 20 años (aproximadamente 1980), ya me compraba yo el paquete de tabaco, y me duraba día y medio o dos días (entre 13,5 y 10 cig/día). Cuando me fui a trabajar a los albañiles, ahí sí que me fumaba paquete o paquete y medio al día (entre 20 y 30 cig/día). Eso fue cuando mi mujer estaba embarazada de nuestro segundo hijo (que nació en 1992). Y así he estado fumando años, hasta que a mi hermano le dio el infarto y empecé a reducir porque le vi las orejas al lobo; de eso hace 5 años, (2016) y ahora me dura el paquete dos días (10 cig/día)."

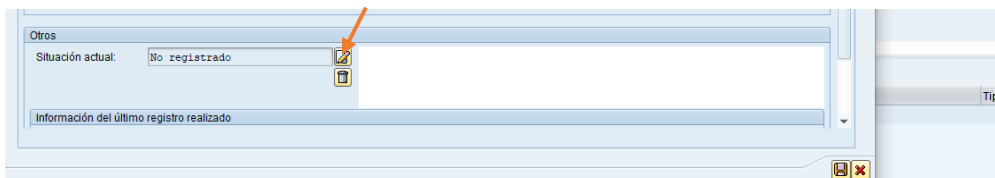
Estos datos trasladados al registro quedarían así:

<b>Fecha desde</b>	<b>Fecha hasta</b>	<b>Cig/día</b>	<b>paq/año</b>	<b>Reg.por</b>
01.01.1975	31.12.1980	1		DR/A. ...
01.01.1981	31.12.1991	12		
01.01.1992	31.12.2015	25		
01.01.2016		10		

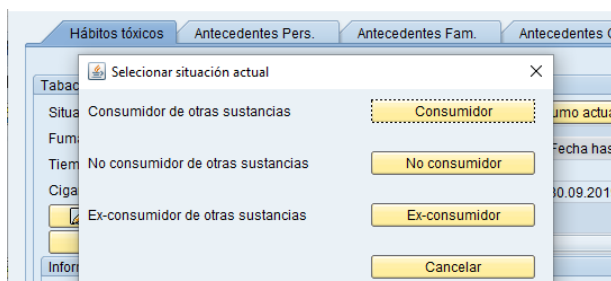
Si no es posible hacer un registro de todo el histórico, sí es conveniente tener registrados los consumos más importantes, y siempre el consumo actual.

## 2. Registro del consumo de otras sustancias.

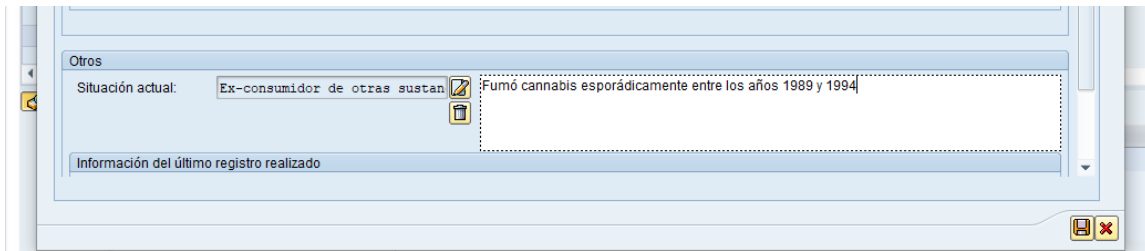
Estación clínica → Tareas → Antecedentes y Hábitos. Pestaña Hábitos tóxicos. Otros (tercio inferior).



Pinchar en icono de block y lápiz. Se abre cuadro con 3 opciones: Consumidor / No consumidor / Ex - consumidor. Seleccionar la que corresponda y guardar.



Si es o ha sido consumidor describir en el campo de texto libre (a la derecha) qué sustancias consume y con qué frecuencia.



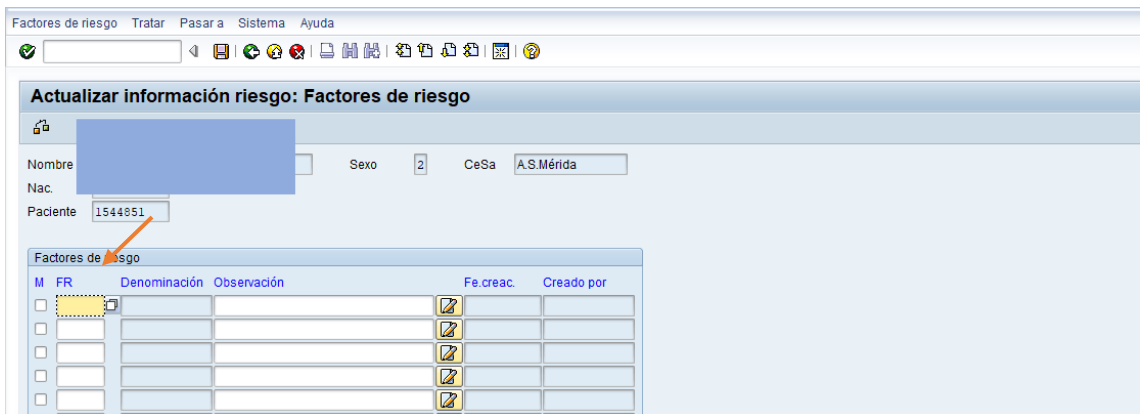
### 3. Registro de Tabaquismo como Factor de Riesgo.

El registro en Factores de Riesgo se puede hacer y se puede ver por profesionales de todos los niveles asistenciales.

Estación clínica → Botonera superior (botones amarillos): F. Riesgo



En el cuadro que se abre, desplegar la casilla y seleccionar Tabaquismo pinchando dos veces sobre la palabra.



En el campo libre “Observación” reflejar la fase de motivación para dejar de fumar en la que está la PF.

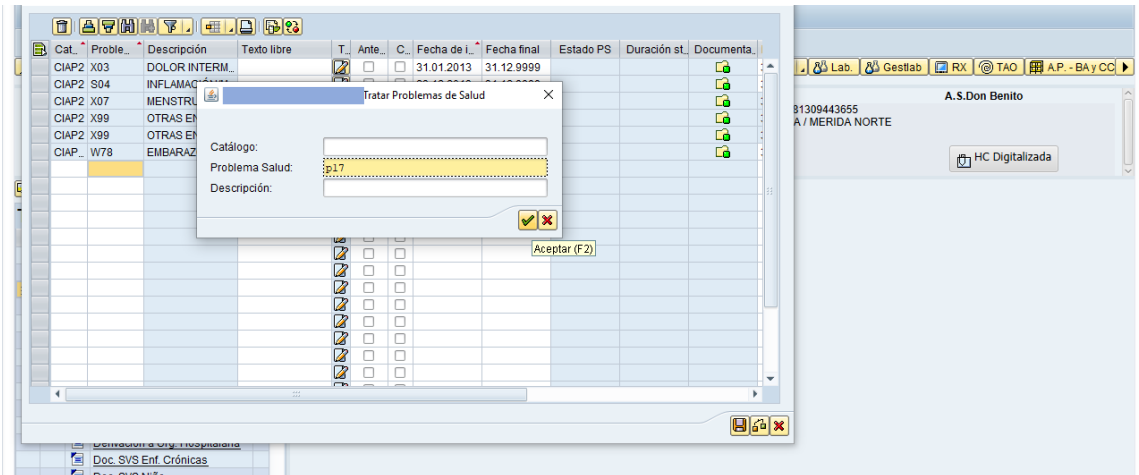
**ATENCIÓN** Se considera No Fumador a la persona que lleva 12 meses sin consumir forma alguna de tabaco. Por tanto, mientras la PF se encuentre en fase de acción o de mantenimiento se mantendrá el factor de riesgo Tabaquismo, especificando la fase en el campo libre “Observación”. El factor de riesgo Tabaquismo se anulará cuando lleve 12 meses sin fumar.

### 4. Registro de Problema de Salud.

El registro de Problemas de Salud no se puede hacer desde el segundo nivel. En AP es importante porque las prestaciones y los documentos clínicos relacionados con la deshabituación tabáquica irán vinculados al problema P17- ABUSO DE TABACO.

Estación clínica → Tareas → Problemas de Salud

Ventana “Tratar Problemas de Salud”, pinchar en la casilla “Problema” de un renglón vacío. Se abre una ventana pequeña, poner “P17” en Problema de Salud y aceptar (V). Se abre otra ventana donde aparecen en un renglón el código P17 y el texto ABUSO DE TABACO. Pinchar dos veces en el renglón; vuelve a ventana inicial; completar fechas de inicio y final y en “Texto libre” escribir la fase de motivación. Guardar.

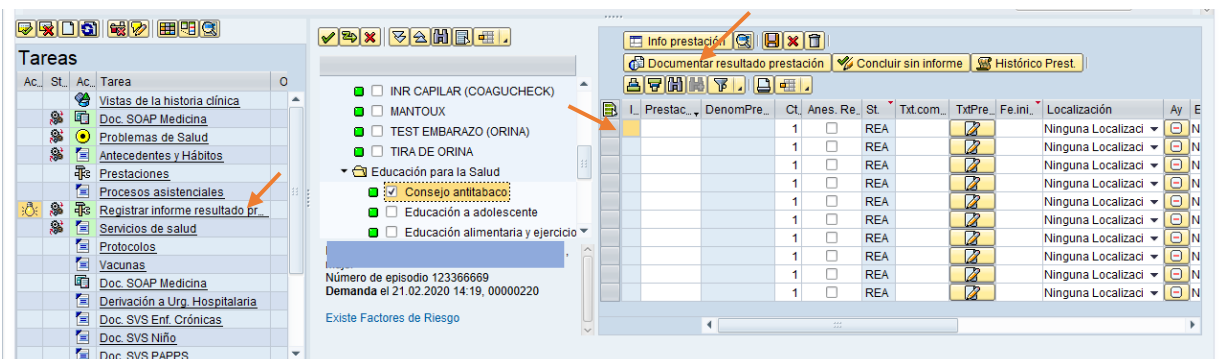


**ATENCIÓN** Se considera No Fumador a la persona que lleva 12 meses sin consumir forma alguna de tabaco. Por tanto, mientras la PF se encuentre en fase de acción o de mantenimiento se mantendrá el problema de salud P17-ABUSO DEL TABACO, especificando la fase en Texto libre. Este problema de salud se dará por finalizado cuando lleve 12 meses sin fumar, cambiando la fecha final por la fecha en que cumpla el año sin fumar.

## 5. Registro de consejo breve para dejar de fumar.

Estación clínica → Tareas → Registrar informe resultado prestaciones → Educación para la Salud → Seleccionar Consejo antitabaco y guardar (V)

A continuación, seleccionar el renglón de la prestación y pinchar en “Documentar resultado prestación”. Se abrirá ventana con cuadro de texto.



En el cuadro describir la intervención realizada. Vincular la prestación con el Problema de Salud P17- ABUSO DEL TABACO, pinchando en “Problemas Activos” y seleccionando dicho problema. Si no está, crearlo. Guardar y liberar.

Problema	Descripción	Texto Libre	Te. AP	Fecha de in.	Fecha final
P17	ABUSO DEL TABACO		<input type="checkbox"/>	21.02.2020	31.12.9999

## 6. Registro de la inclusión en Programa de Deshabitación Tabáquica.

En la Cartera de Servicios de AP se incluye el servicio 451 – *Atención a fumadores y apoyo a la deshabitación de tabaco*. Por consenso, se ha decidido utilizar este servicio para **registrar a las personas fumadoras que entran en programa de deshabitación**, ya sea individual o grupal. Por ello, no se debe activar el servicio para las PF que no están en programa.

Para poder incluir una persona en el servicio 451 – *Atención a fumadores y apoyo a la deshabitación de tabaco*, debe estar previamente registrado un consumo actual de tabaco en “Antecedentes y Hábitos”. (Si en “Antecedentes y Hábitos” la persona aparece como “No fumador” o “Ex Fumador” no es posible incluirla en el servicio 451).

Estación clínica → Tareas → Servicios de Salud: el servicio 451 aparece como “Recomendado” en el apartado “Servicios no asignados”.

Seleccionarlo y pinchar en “Pre-asignar” (cuadrado amarillo); se abrirá una pequeña ventana preguntando si deseamos incluir al paciente en el servicio: pinchar en “Sí”.



**Gestión de Servicios de Salud**

Refrescar

Agenda Citación Toma de decisiones Doc. Clínicos Formulario Lab. Gestab

Médico de Familia: Prof. Enfermería: N° SS: 061001200756 MED FAMILIA / MERIDA NORTE

SVS Actividades

Desea incluir el paciente al servicio de salud crónico

Sí  No

**Servicios (pre-)asignados**

Excluir Uds. apoyo Pre-Asignación Histórica Conf.criterios

In...	Estado	Código / Descripción	Tipo	F.pre-asig	Resp.pre-asign	F.Inicio	F...	Ud...	Asign...	Criterios	Excl
	Asignado	322-Diagnostico precoz del cáncer de endo...	PAPPS			27.09.2006					
	Asignado	323-Diagnóstico precoz del cáncer de mam...	PAPPS			04.10.2007					
	Act. pendientes	401-Atención a pacientes con Hipertensión ...	CRONICO	27.09.2006	ETFRCO130866	27.09.2006					
	Pre-asignado	705-Educación para la salud a pacientes co...	PAPPS								
	Act. pendientes	721-Prevención de enfermedades cardiova...	PAPPS			27.09.2006					

**Servicios no asignados**

Todos Conf.criterios Pre-asignar SVS - Todos

In...	Estado	Código / Descripción	Tipo	Criterios	Pre-asig	Motivo no inclusión	Excl	Histórico de asigr
	Pdte. confirmar criterio	430-Atención al Anciano y a la Persona May...	CRONICO					
	Pdte. confirmar criterio	440-Atención Al cuidador del paciente depe...	CRONICO					
	Recomendado	451-Atención a fumadores y apoyo a la des...	CRONICO		Pre-asig			
	Pdte. confirmar criterio	500-Atención al paciente con necesidades ...	CRONICO					
	Pdte. confirmar criterio	701-Educación para la salud grupal y en Ce...	PAPPS					
	Pdte. confirmar criterio	731-Atención a la familia	PAPPS					

El servicio 451 pasa al apartado superior de “Servicios asignados”, lo que significa que la PF está incluida en ese servicio.

Teniendo seleccionado el servicio, pinchar en la pestaña Actividades.

SVS **Actividades**

**Servicios (pre-)asignados**

Excluir Uds. apoyo Pre-Asignación Histórica Conf.criterios

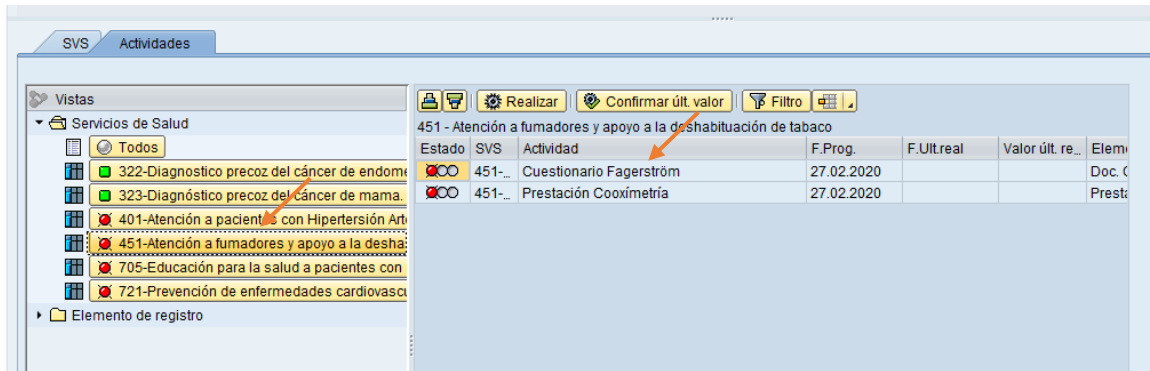
In...	Estado	Código / Descripción	Tipo	F.pre-asig	Resp.pre-asign	F.Inicio	F...	Ud...	Asign...	Criterios
	Asignado	322-Diagnostico precoz del cáncer de endo...	PAPPS			27.09.2006				
	Asignado	323-Diagnóstico precoz del cáncer de mam...	PAPPS			04.10.2007				
	Act. pendientes	401-Atención a pacientes con Hipertensión ...	CRONICO	27.09.2006	ETFRCO130866	27.09.2006				
	Act. pendientes	451-Atención a fumadores y apoyo a la des...	CRONICO	27.02.2020	CSMDES021068	27.02.2020				
	Pre-asignado	705-Educación para la salud a pacientes co...	PAPPS							
	Act. pendientes	721-Prevención de enfermedades cardiova...	PAPPS			27.09.2006				

**Servicios no asignados**

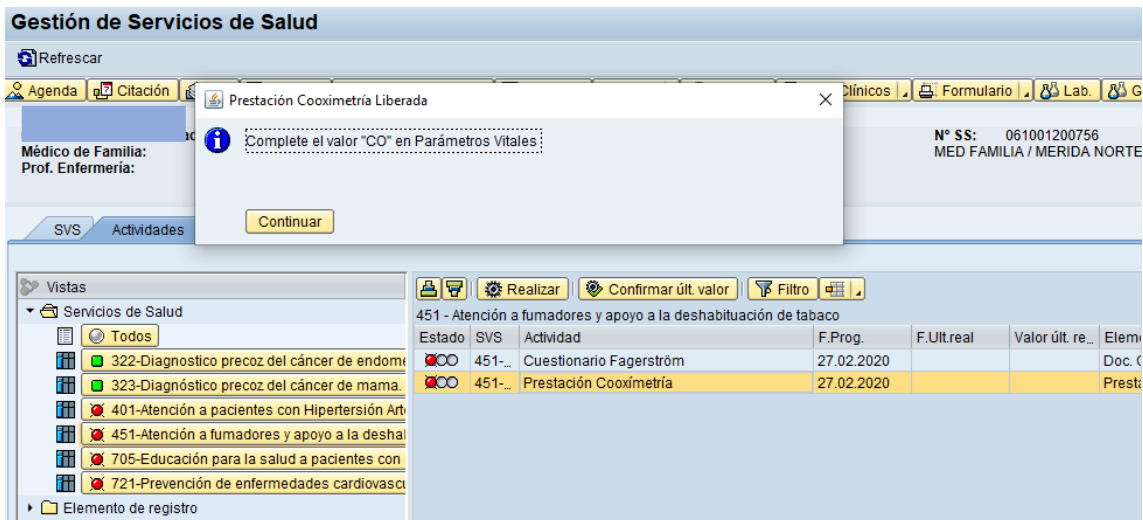
Todos Conf.criterios Pre-asignar SVS - Todos

In...	Estado	Código / Descripción	Tipo	Criterios	Pre-asig	Motivo no inclusión	Excl	Histórico de asigr
	Pdte. confirmar criterio	305-Consulta puerperal	PAPPS					
	Recomendado	404-Atención a la obesidad y al sobrepeso	CRONICO		Pre-asig			
	Pdte. confirmar criterio	420-Atención domiciliaria a pacientes inmo...	CRONICO					
	Pdte. confirmar criterio	430-Atención al Anciano y a la Persona May...	CRONICO					
	Pdte. confirmar criterio	440-Atención Al cuidador del paciente depe...	CRONICO					
	Pdte. confirmar criterio	500-Atención al paciente con necesidades ...	CRONICO					

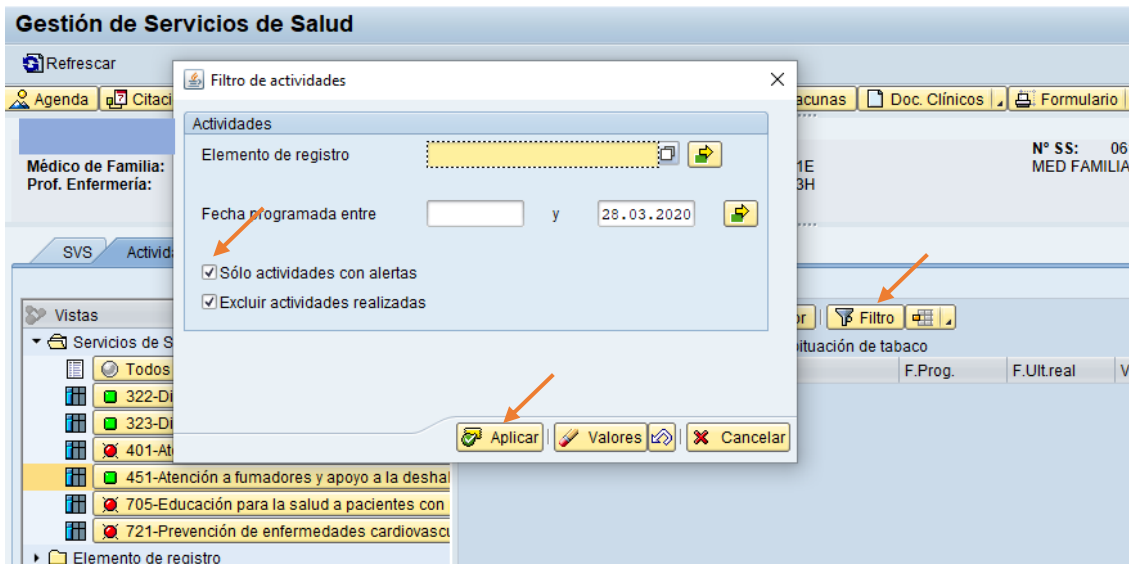
Pinchar en el servicio 451 para ver las actividades que incluye, que son dos:



- Cuestionario Fagerström. Pinchando en el renglón dos veces se accederá al cuestionario y se podrá realizar. Si ya está realizado (desde Cuestionarios, ver Anexo 7), aparecerá como realizado.
- Cooximetría. Pinchando en el renglón se abrirá ventana pequeña (ver abajo), pinchar en “Continuar” y la actividad se dará por realizada (aunque no se registre ningún valor). Si se dispone de cooxímetro, los valores de la cooximetría se deben registrar en “Parámetros Vitales”.



Debemos recordar que, por defecto, las actividades que aparecen al seleccionar un servicio son las pendientes de realizar. Para ver todas, pinchar en “Filtro”; se abre ventana pequeña. Marcar o desmarcar las dos opciones para ver lo deseado, y pinchar en Aplicar.



En la visita a los 12 meses del día “D”, en que la PF lleva un año sin fumar, se debe proceder a excluirla del servicio 451:

En la pestaña SVS, seleccionar el servicio 451 y pinchar en “Excluir”.

**ATENCIÓN** El registro del servicio 451 solo puede ser realizado por el personal de los ECA y los EAP. Está previsto que, en breve, la prescripción de bupropion y vareniclina esté condicionada a la inclusión de la PF en este servicio.

En caso de que la PF entre en programa de DT en una UTH, si al realizar la prescripción ésta no es posible, el personal de la UTH se pondrá en contacto telefónico o remitirá a la PF al personal de enfermería de su UBA, para que realice la inclusión en el servicio 451.

## 7. Registro de las intervenciones individuales o grupales realizadas dentro del programa de DT.

En el caso de las UHT, se reflejará en el Documento de Consulta.

En el caso de AP y los ECA, se reflejará en el Documento SOAP vinculado al Problema de Salud.

## ANEXO 10 ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La motivación para cambiar es el elemento principal para conseguir el éxito, especialmente en las conductas adictivas. Dejar de fumar es un cambio importante en la vida de una persona fumadora.

La entrevista motivacional huye de los enfoques directivos. Se centra, en este caso, en la persona fumadora, acercándose a ella y trabajando con su motivación, con sus resistencias, tratando de crear discrepancias y fomentando y reforzando la autoeficacia.

Los cambios no se pueden imponer desde fuera.

El persuadir, discutir o confrontar.... Está muy lejos de la Entrevista Motivacional.

Se motiva mejor ayudando a *descubrir* a la persona cuáles son sus razones para dejar de fumar y a estar dispuesta a ponerlas en marcha.

La Entrevista Motivacional es especialmente adecuada en las personas que están ambivalentes (*quieren pero no quieren*) ante el cambio, que dudan, que tienen altibajos en su motivación.

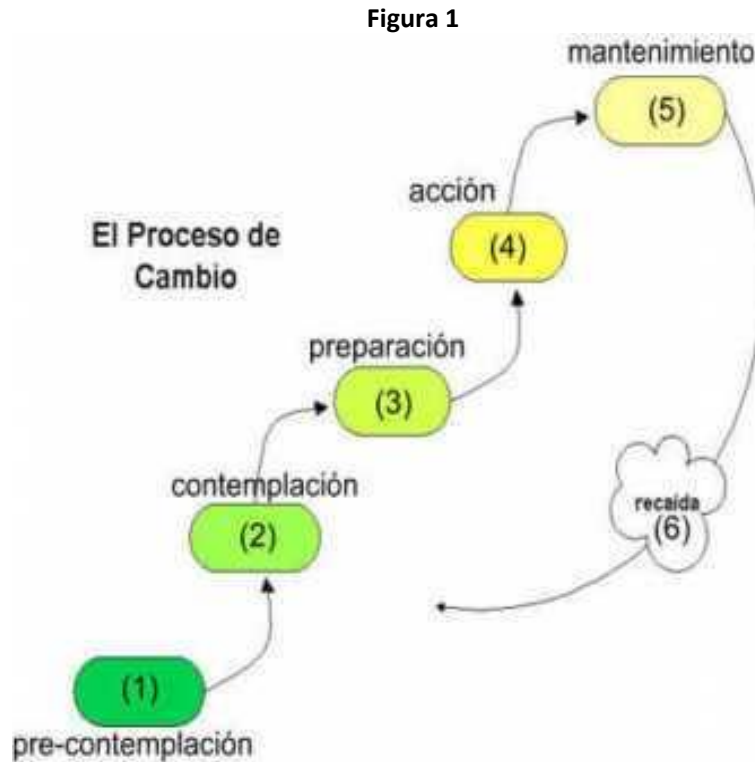
Es un dialogo con la otra persona intentando conectar con sus motivaciones, sus dudas y temores. Acercándote a proponer el objetivo, cuando la persona está preparada. Y separándote de proponer el objetivo final cuando no se aprecia en este momento que esté preparado para iniciarlo. En este caso, se conversa sobre las motivaciones al cambio, se acompaña y se está disponible para hablar sobre el tema.

En ocasiones, el giro en la motivación y el deseo de dejar de fumar lo hace rápido la persona fumadora o ya viene preparada para ello, en otros casos es más lento, la persona necesita su tiempo y mientras, lo que se puede hacer es acompañar, ayudando en la búsqueda de soluciones, asumiendo los puntos de vista de la persona fumadora y colocándose a su ritmo, para facilitar que se produzca la decisión de abandonar el tabaco.

Las técnicas más utilizadas en la Entrevista Motivacional son:

- Realizar preguntas abiertas.
- Escucha reflexiva.
- Hacer resúmenes de lo comentado por la persona fumadora.
- Repetir las respuestas de la persona fumadora dando un tiempo para que pueda ampliarla.
- Reconocimiento, señalización de comentarios favorecedores del cambio.
- Provocar afirmaciones automotivadoras.

**Cambio en la motivación. Etapas de Cambio de Prochaska y DiClemente:**



**Tabla nº 1**

Etapas de Cambio	Breve descripción
<b>1. Pre-contemplación</b>	Yo no tengo problemas. No hay ideas de cambio.
<b>2. Contemplación</b>	Yo quiero y no quiero. Tiene y no tiene ideas de cambio. Está ambivalente.
<b>3. Preparación</b>	Está en el momento de dar el paso, hay que ofrecerle ¡ya! el inicio del programa
<b>4. Acción</b>	Empieza el programa, empieza a dejar de fumar o ya está sin fumar.
<b>5. Mantenimiento</b>	Se mantiene abstinentes. Es la fase más difícil de mantener. Dado que supone mantenerse abstinentes a largo plazo.
<b>6. Recaída</b>	Es la vuelta al consumo de tabaco. Hacemos distinción: <u>Caída</u> : sería un consumo puntual. Posible vuelta al "mantenimiento" de la abstinencia. <u>Recaída</u> : un consumo semejante al de antes de abandonarlo. Hay que trabajar volver a la etapa de "contemplación".

En las dos primeras etapas es donde más se utilizan las técnicas motivacionales.

## Ejemplos:

// Modelo directivo: *Profesional*: “¡Deje de fumar ya! o tendrá consecuencias”  
(A la PF solo le queda acatar o no lo que el/la profesional le indica).

### ///Modelo Entrevista Motivacional, ejemplo 1:

*Profesional*: ¿Ha pensado alguna vez en dejar de fumar?

*PF (Persona Fumadora)*: No

*Profesional*: ¿No? ¿Nunca?

*PF*: Pocas veces, de algo habrá que morir.

*Profesional*: Entonces... alguna vez lo ha pensado. ¿Por qué lo ha pensado? ¿Piensa que ganaría algo dejándolo?

*PF*: Ahora no pienso en dejarlo, ¿para qué? El otro día murió de infarto un amigo que no fumaba.

*Profesional*: “Ahora no pienso en dejarlo...” Entonces, ¿sí lo pensaste en otro momento?

(Este ejemplo es de etapa precontemplativa. El objetivo es crear la duda y conseguir pasar a la etapa contemplativa, para que tenga planteamientos de abandono.)

### /// Modelo Entrevista Motivacional, ejemplo 2:

*Profesional*: ¿Se plantea dejar de fumar?

*PF*: No lo tengo claro, alguna vez tendrá que ser.

*Profesional*: ... alguna vez tendrá que ser...

*PF*: Sí, pero no sé si seré capaz

*Profesional*. ¿Por qué? ¿Ha realizado otros retos difíciles en su vida?

*PF*: Sí, pero... el tabaco es distinto, no tienen nada que ver.

*Profesional*: ¿Por qué el tabaco es distinto .....?

(Este ejemplo sería cuando se está en la etapa de “contemplación”. Incluirlo en el programa si no ha pasado a la fase de “preparación” para la acción, puede producir rechazo. Es preferible seguir trabajando su ambivalencia hasta que la persona pase a la siguiente etapa.

Si no se consigue que la persona tome la decisión en ese momento, pero se ha sentido escuchada y atendida, hemos aumentado las probabilidades que cuando exista un mayor deseo de cambio nos consulte.

### En Fase de Acción. Ejemplo 3:

/// *Profesional*: ¿Tiene decidido dejar de fumar?

*PF*: Sí, no sé si lo conseguiré, pero quiero intentarlo.

*Profesional*: Estupendo. Te animo a iniciar el programa, vamos a pasar un test para ver el grado de dependencia.....y te explico el programa y los recursos disponibles.

Lo que se trabaja en las distintas etapas queda resumido en la siguiente tabla:

<b>Etapas del paciente</b>	<b>Tareas del terapeuta</b>
<b>Precontemplación</b>	Aumento de la duda: Aumento de la percepción del paciente de los riesgos y los problemas de su conducta actual
<b>Contemplación</b>	Inclinación de la balanza: Evoca las razones para cambiar y los riesgos de no cambiar; aumenta la autoeficacia para el cambio de la conducta actual
<b>Preparación</b>	Ayuda al paciente a determinar el mejor curso de acción que hay que seguir para conseguir el cambio
<b>Acción</b>	Ayuda al paciente a dar los pasos hacia el cambio
<b>Mantenimiento</b>	Ayuda al paciente a identificar y utilizar las estrategias para prevenir una recaída
<b>Recaída</b>	Ayuda al paciente a renovar el proceso de contemplación, determinación y acción sin que aparezca un bloqueo o una desmoralización debidos a la recaída

Otros materiales:

Presentación Power Point sobre entrevista motivacional para conocerla en 20 diapositivas.  
<https://es.slideshare.net/aduyan/entrevista-motivacional-copia-21> (Accesible el 28/01/20)

## ANEXO 11 GUÍA PRÁCTICA PARA DEJAR DE FUMAR

Esta guía ofrece apoyo a las personas fumadoras en el proceso de preparación para dejar de fumar y pasos a seguir para conseguirlo.

Disponible en:

- Gestor Documental: 11-ADICCIONES → Tabaco → 02. Guía práctica para dejar de fumar.
- Página web para usuarios: <https://saludextremadura.ses.es/web/tabaquismo>





## ANEXO 12 ESTRATEGIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

Las técnicas cognitivo-conductuales se utilizan para reconvertir el pensamiento, los conocimientos y la conducta de la PF 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; las personas 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 a la PF para dejar de fumar y afrontar aquellas circunstancias que incrementan el riesgo de recaída: situaciones, eventos o actividades que asocia con fumar.

Los desencadenantes de las recaídas suelen ser estrés, situaciones afectivas negativas, alcohol o ver fumar a otras personas. Las PF deben identificar estas situaciones y anticiparse a ellas. Frente a los desencadenantes se pueden poner en marcha tres acciones, estrategia conocida como EAE: evitar, afrontar y escapar. La primera es evitar los desencadenantes; si no es posible evitar deben ponerse 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 de la PF para analizar los problemas y elaborar previamente las respuestas adecuadas.

**2. Soporte social intratratamiento:** es el apoyo del equipo terapéutico. Consiste en mostrar disposición a ayudar, confianza en que lo va a lograr; expresar empatía con los miedos, dificultades y ambivalencias; elogiar los logros y felicitar si se mantiene sin fumar. Si recae, normalizar la situación (la recaída forma parte del proceso) y mostrar disposición para seguir ayudando.

### **Técnicas cognitivo-conductuales.**

Desde el primer día o día D, que la PF marcó para dejar de fumar, la estrategia cognitivo-conductual debe ir dirigida al entrenamiento en 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; así como en técnicas de 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 en la persona 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 controlar las situaciones de riesgo, fundamentalmente en los primeros momentos.
- Exposición gradual a las situaciones de riesgo, siempre de menor a mayor dificultad para la PF.

- Refuerzo de la conducta: Consiste en enseñar a la PF a marcarse pequeñas metas y felicitar 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 la PF tiene sobre el tabaco y realizar un análisis crítico.
- Parada de pensamiento: Parar pensamientos automáticos y recurrentes que conducen 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 actividad que distraiga de los pensamientos de fumar; 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: 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 las PF se entrenen y practiquen estas técnicas antes de enfrentarse a las situaciones de riesgo, ya que de esta forma se obtienen mejores resultados.
- Técnicas de imaginación: Consiste en que la PF modifique sus pensamientos utilizando la imaginación, sustituyendo la imagen negativa de ella misma fumando por una nueva imagen positiva, agradable para ella, en la que se vea 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. La PF debe encontrar sus propias soluciones, ya que nadie mejor que ella conoce sus posibilidades de afrontamiento con éxito en cada circunstancia.

## ANEXO 13 FÁRMACOS DE APOYO A LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

El apoyo farmacológico para la deshabituación **se puede valorar** en aquellos casos en los que la persona fumadora incluida en el proceso de deshabituación se encuentra en las **fases de preparación para la acción o en la fase de acción**. Esto es muy importante porque es en estas fases donde podemos valorar el grado de **motivación** de la persona y la relación de beneficio/riesgo que supone tratar con medicamentos. **La motivación es el factor clave y más potente** para abandonar el hábito tabáquico, tanto es así que **muchas personas fumadoras no precisan ayuda farmacológica para dejar de fumar**. La ayuda farmacológica aumenta moderadamente la probabilidad de éxito al reducir los síntomas de abstinencia. Además, debemos recordar e informar a la persona de los riesgos potenciales a los que una intervención farmacológica le expone, especialmente en relación con los efectos secundarios y las reacciones adversas.

En caso de tomar la decisión consensuada con la persona de iniciar tratamiento farmacológico, y tras haber realizado una evaluación de los beneficios y los riesgos, éste deberá ir siempre complementado con el resto de medidas no farmacológicas.

Existen tres tratamientos autorizados para el apoyo a la deshabituación del tabaco:

- Terapia Sustitutiva Nicotina (TSN)
- Bupropion
- Vareniclina

No hay una evidencia concluyente sobre qué fármaco es más eficaz, aunque **por su mayor experiencia de uso y mejor perfil de seguridad, la TSN podría ser considerada de primera elección**. En cualquier caso, la elección del tratamiento debe ser individualizada teniendo en cuenta las características y las preferencias de la persona fumadora, las contraindicaciones de los fármacos y los tratamientos previos realizados. Al final de este anexo se resumen los principales estudios sobre eficacia, seguridad y relevancia clínica de las distintas opciones farmacológicas para la deshabituación tabáquica.

En las siguientes tablas se describen los aspectos fundamentales de cada opción farmacológica.

No obstante, se recomienda consultar las fichas técnicas de los medicamentos en los enlaces:

<https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>

[https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/106360023/FT\\_106360023.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/106360023/FT_106360023.html)

[https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/63265/FT\\_63265.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/63265/FT_63265.html)

### **Notificación de sospechas de reacciones adversas:**

Se recuerda a los profesionales sanitarios la importancia de notificar las sospechas de reacciones adversas al Centro de Farmacovigilancia Autonómico a través del formulario electrónico disponible en: <https://www.notificaram.es/>

TERAPIA SUSTITUTIVA NICOTINA (TSN)				
FORMA FARMACÉUTICA	Parches transdérmicos	Chicles	Comprimidos para chupar	Solución pulverización bucal
<b>PRESENTACIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Parches 16h: 10 mg y 15 mg</li> <li>•Parches 24h: 7 mg, 14 mg y 21 mg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•2 mg y 4 mg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•1mg, 1,5 mg, 2 mg y 4 mg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•1 mg/pulverización</li> </ul>
<b>POSOLOGÍA</b>	<p>-Un parche al día.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Parches de 16h: -8 semanas: 15 mg -4 semanas: 10 mg</li> <li>•Parches de 24 h: ◦Test Fagerström <math>\geq 5</math> ó <math>\geq 20</math> cigarrillos día: -3-4 semanas: 21 mg -3-4 semanas: 14 mg ó 21 mg* -3-4 semanas: 7 mg ó 14 mg y después 7 mg*</li> <li>◦Test Fagerström <math>&lt; 5</math> ó <math>&lt; 20</math> cigarrillos día: -3-4 semanas: 14 mg ó 21 mg* -3-4 semanas: 7 mg** ó 14 mg -3-4 semanas: Suspensión tratamiento** ó 7 mg</li> </ul> <p>*Según síntomas de retirada **Si los resultados son satisfactorios</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Test Fagerström <math>\geq 6</math> ó <math>\geq 20</math> cigarrillos día: chicles de 4 mg</li> <li>•Test Fagerström <math>&lt; 6</math> ó <math>&lt; 20</math> cigarrillos día: chicles de 2 mg</li> <li>-Mascar 8-12 chicles/día, máximo 15 chicles/día</li> <li>-Cada 4 o 5 días, disminuir el consumo diario en uno o dos chicles, hasta que se llegue a consumir únicamente 1 o 2 chicles al día. No debe abandonarse el tratamiento definitivamente hasta que se establezca la dosis en 1 o 2 chicles diarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•&gt; 30 cigarrillos/día: 2mg ó 4 mg</li> <li>•20-30 cigarrillos/día: 1 mg, 1,5 mg ó 2 mg</li> <li>•&lt; 20 cigarrillos/día: 1 mg</li> <li>-Normalmente se requieren entre 8 y 12 comprimidos diarios, máximo 15 comprimidos diarios.</li> <li>-Reducir dosis gradualmente disminuyendo el número total de comprimidos utilizados al día. Cuando la dosis diaria se establezca en 1-2 comprimidos, el tratamiento debe abandonarse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Fase I: semanas 1-6 -1 ó 2 pulverizaciones cuando aparecen las ganas de fumar. Si tras una pulverización no se controlan las ganas de fumar en unos minutos, debe aplicarse una segunda pulverización. -Normalmente se requieren 1-2 pulverizaciones cada 30-60 minutos.</li> <li>•Fase II: semanas 7-9 Comenzar a reducir el número de pulverizaciones al día. Al final de la novena semana, los pacientes deben estar aplicándose LA MITAD de las pulverizaciones al día que usaban durante la fase I.</li> <li>•Fase III: semanas 10-12 Continuar reduciendo el número de pulverizaciones al día hasta que en la semana 12 los pacientes no usen más de 4 pulverizaciones al día. Cuando los pacientes hayan reducido las pulverizaciones hasta 2-4 pulverizaciones al día, deben finalizar el tratamiento.</li> </ul>
<b>DURACIÓN DEL TRATAMIENTO</b>	La duración del tratamiento con TSN es de unos 3 meses, pero puede variar en función de la respuesta individual. No se recomienda el uso durante más de 6 meses. <b>Si se opta por tratamiento con TSN la persona fumadora debe dejar de fumar completamente.</b>			

TERAPIA SUSTITUTIVA NICOTINA (TSN) cont.				
FORMA FARMACÉUTICA	Parches transdérmicos	Chicles	Comprimidos para chupar	Solución pulverización bucal
<b>INSTRUCCIONES DE USO</b>	<p>-Aplicar en una zona limpia, seca y sin vello (tronco, parte superior del brazo o cadera).</p> <p>-Evitar su aplicación sobre piel lesionada, enrojecida o irritada.</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, debe evitarse el contacto con los ojos y la nariz y deben lavarse las manos después de su aplicación.</p>	<p>-Mascar un chicle hasta que su sabor se haga intenso. El chicle se colocará entre la encía y la pared bucal. Al disminuir el sabor, deberá volverse a iniciar el mascado. La rutina de mascado deberá repetirse durante 30 minutos.</p> <p>-El consumo simultáneo de bebidas ácidas como el café o refrescos puede disminuir la absorción de la nicotina en la cavidad oral. Evitar estas bebidas durante los 15 minutos anteriores al mascado del chicle.</p>	<p>-Colocar en la boca y dejar que se disuelva. Periódicamente, se debe mover el comprimido de un lado a otro de la boca, hasta que se haya disuelto totalmente.</p> <p>- No masticar o tragar el comprimido entero.</p> <p>- No comer o beber mientras se tiene el comprimido en la boca.</p> <p>-Las bebidas que reducen el pH de la cavidad oral (café, zumos, refrescos) pueden reducir la absorción de nicotina en la cavidad oral. Evitar el consumo hasta 15 minutos antes de tomar el comprimido.</p>	<p>-Dirigir la boquilla hacia la boca abierta, lo más cerca posible. Presionar firmemente la parte superior del dispensador efectuando una pulverización dentro de la boca, evitando el contacto con los labios.</p> <p>-No se debe inhalar mientras se realiza la pulverización para evitar la entrada del medicamento en el tracto respiratorio.</p> <p>-No tragar durante unos segundos tras la pulverización.</p> <p>-No comer o beber durante la pulverización de la solución bucal.</p>
<b>CONTRAINDICACIONES</b>	<p>-Hipersensibilidad a la nicotina o a cualquiera de los excipientes</p> <p>-Fumadores ocasionales</p> <p>-Menores de 18 años</p>			
<b>PRECAUCIONES</b>	<p>-Embarazo y lactancia</p> <p>-Hipertensión grave, angina de pecho estable, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica oclusiva, insuficiencia cardiaca, diabetes mellitus, hipertiroidismo o feocromocitoma, insuficiencia hepática y/o renal grave, úlcera péptica activa.</p>			
<b>REACCIONES ADVERSAS</b>	<p>Muy frecuentes: prurito, dolor de cabeza, mareos, reacciones en el lugar de aplicación</p> <p>Frecuentes: náuseas, vómitos, dolor de cabeza, rash, urticaria, mialgia, palpitaciones, disnea, faringitis, tos, agitación, nerviosismo</p>	<p>Muy frecuentes: náuseas, dolor de cabeza, tos, hipo, irritación de garganta</p> <p>Frecuentes: dolor abdominal, boca seca, dispepsia, flatulencias, hipersalivación, estomatitis, vómitos, hipersensibilidad, disgeusia, parestesia, sensación de calor, cansancio</p>	<p>Muy frecuentes: dolor de cabeza, hipo, irritación garganta, náuseas</p> <p>Frecuentes: hipersensibilidad, disgeusia, parestesia, dolor abdominal, boca seca, diarrea, dispepsia, flatulencia, hipersecreción salivar, estomatitis, vómitos, sensación de quemazón, fatiga</p>	

<b>BUPROPION</b>	
<b>PRESENTACIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprimidos de 150 mg de liberación prolongada</li> </ul>
<b>POSOLOGÍA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Comenzar el tratamiento mientras todavía se fuma y fijar una “fecha para dejar de fumar” dentro de las dos primeras semanas de tratamiento, preferiblemente en la segunda semana.</li> <li>-Dosis inicial 150 mg al día durante seis días, aumentando a 150 mg dos veces al día, el séptimo día.</li> <li>-La dosis única máxima no debe exceder 150 mg y la dosis diaria total no deberá exceder 300 mg.</li> <li>-Deben transcurrir al menos 8 horas entre dosis sucesivas.</li> <li>-Los comprimidos deben tragarse enteros con o sin alimentos.</li> </ul>
<b>DURACIÓN DEL TRATAMIENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-7-9 semanas.</li> <li>-<b>El tratamiento deberá ser interrumpido si no se observa efecto alguno a las 7 semanas.</b></li> </ul>
<b>AJUSTE DE DOSIS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Edad avanzada: 150 mg una vez al día</li> <li>-Insuficiencia hepática leve o moderada: 150 mg una vez al día</li> <li>-Insuficiencia renal: 150 mg una vez al día</li> </ul>
<b>CONTRAINDICACIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Hipersensibilidad a bupropion o excipientes</li> <li>-Embarazo y lactancia</li> <li>-Menores de 18 años</li> <li>-Trastorno convulsivo actual o cualquier antecedente de convulsiones</li> <li>-Tumor en el sistema nervioso central.</li> <li>-Pacientes que, estén en proceso de deshabituación brusca del alcohol o de retirada repentina de cualquier medicamento que esté asociado con riesgo de convulsiones (en particular, benzodiazepinas y fármacos del tipo de las benzodiazepinas).</li> <li>-Diagnóstico actual o previo de bulimia o anorexia nerviosa.</li> <li>-Cirrosis hepática grave.</li> <li>-Uso concomitante de IMAO</li> <li>-Antecedentes de trastorno bipolar</li> </ul>
<b>ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•<b>Convulsiones:</b></li> <li>Existe un riesgo aumentado de aparición de convulsiones en pacientes con factores de riesgo:               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦Administración concomitante de otros medicamentos que disminuyen el umbral de convulsiones (p.ej. antipsicóticos, antidepresivos, antimaláricos, tramadol, teofilina, esteroides sistémicos, quinolonas y antihistamínicos con efecto sedante).</li> <li>◦Uso abusivo de alcohol</li> <li>◦Historia de traumatismo craneal</li> <li>◦Diabetes tratada con hipoglucemiantes o insulina</li> <li>◦Uso de estimulantes o productos anorexígenos.</li> </ul> </li> <li>No debe usarse en estos pacientes, a menos que exista una causa clínica justificada por la que el beneficio potencial de dejar de fumar supere el incremento del riesgo potencial de convulsiones.</li> <li>En estos casos, dosis máxima diaria de 150 mg durante toda la duración del tratamiento.</li> </ul>

<b>BUPROPION (continuación)</b>	
<b>ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES</b>	<p>•<b>Neuropsiquiatría:</b>                      Se han comunicado síntomas psicóticos y maníacos principalmente en pacientes con antecedentes de enfermedad psiquiátrica.                      Se ha notificado depresión que, raramente, incluye pensamiento e ideación suicida (incluyendo intento de suicidio).</p> <p>•<b>Hipersensibilidad:</b>                      Debe interrumpirse la administración de bupropion si los pacientes experimentan reacciones de hipersensibilidad durante el tratamiento. Los síntomas pueden progresar o recurrir tras la interrupción de la administración de bupropion. Los síntomas habitualmente incluyen erupción cutánea, prurito, urticaria o dolor torácico, no obstante reacciones más graves pueden incluir angioedema, disnea/broncoespasmo, shock anafiláctico, eritema multiforme o Síndrome de Stevens-Johnson.                      Se ha comunicado la aparición de artralgia, mialgia y fiebre junto con erupción cutánea y otros síntomas indicativos de una hipersensibilidad retardada.</p> <p>•<b>Hipertensión:</b>                      Se ha notificado la aparición de hipertensión que, en algunos casos, puede ser grave y requerir tratamiento agudo.                      Se deberá determinar la presión arterial en el estado basal al comienzo del tratamiento y realizar un seguimiento posterior, especialmente en pacientes que ya tenían hipertensión.</p>
<b>REACCIONES ADVERSAS</b>	<p>-<b>Muy frecuentes:</b> insomnio</p> <p>-<b>Frecuentes:</b> reacciones de hipersensibilidad, depresión, agitación, ansiedad, temblor, alteración de la concentración, cefalea, mareo, alteración del sentido del gusto, sequedad de boca, náuseas, vómitos, dolor abdominal, estreñimiento, erupción cutánea, prurito, sudoración, fiebre</p>

<b>VARENICLINA</b>	
<b>PRESENTACIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprimidos recubiertos de 0,5 mg y 1 mg</li> </ul>
<b>POSOLÓGÍA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN</b>	<p>-Fijar una fecha para dejar de fumar. La dosificación con vareniclina debe iniciarse 1-2 semanas antes de esta fecha.</p> <p>-La dosis recomendada es 1 mg de vareniclina dos veces al día después de la siguiente titulación semanal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Días 1–3: 0,5 mg una vez al día</li> <li>◦ Días 4–7: 0,5 mg dos veces al día</li> <li>◦ Día 8–Fin del tratamiento: 1 mg dos veces al día</li> </ul> <p>-Los comprimidos deben tragarse enteros con o sin alimentos.</p>
<b>DURACIÓN DEL TRATAMIENTO</b>	- 12 semanas
<b>AJUSTE DE DOSIS</b>	<p>-Insuficiencia renal grave: 1 mg/día. La dosis debe iniciarse con 0,5 mg una vez al día durante los tres primeros días y ser aumentada a 1 mg una vez al día</p> <p>-En aquellos pacientes que no puedan tolerar las reacciones adversas de vareniclina, se debe reducir la dosis de forma temporal o permanente a 0,5 mg dos veces al día.</p>
<b>CONTRAINDICACIONES</b>	<p>-Hipersensibilidad al principio activo o a algunos de los excipientes</p> <p>-Embarazo y lactancia</p> <p>-Menores de 18 años</p>
<b>ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•<b>Síntomas neuropsiquiátricos:</b> Durante el periodo post-comercialización, se han notificado casos de alteraciones del comportamiento, ansiedad, psicosis, cambios de humor, comportamiento agresivo, depresión, ideación y comportamiento suicida e intento de suicidio. Si se presentan síntomas neuropsiquiátricos graves durante el tratamiento con vareniclina, los pacientes deben interrumpir el tratamiento inmediatamente.</li> <li><b>Se debe tratar con precaución a los pacientes con antecedentes de enfermedad psiquiátrica.</b></li> <li>•<b>Convulsiones:</b> Se han notificado convulsiones en pacientes con y sin antecedentes de convulsiones, tratados con vareniclina. Debe utilizarse con cautela en pacientes con antecedentes de crisis epilépticas u otras afecciones que puedan dar lugar a una disminución del umbral convulsivo.</li> </ul>



VARENICLINA (continuación)	
<b>ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES</b>	<p>•<b>Acontecimientos cardiovasculares:</b>                      Se debe indicar a los pacientes, que informen a su médico de cualquier síntoma cardiovascular nuevo o de su empeoramiento y que si presentan signos y síntomas de infarto de miocardio o ictus soliciten atención médica inmediata.</p> <p>• <b>Reacciones de hipersensibilidad:</b>                      Durante el periodo post-comercialización se han notificado casos de reacciones de hipersensibilidad incluyendo angioedema en pacientes tratados con vareniclina. Los signos clínicos incluyeron hinchazón de la cara, boca (lengua, labios y encías), cuello (garganta y laringe) y extremidades. Los pacientes que presenten estos síntomas deben interrumpir el tratamiento con vareniclina y ponerse inmediatamente en contacto con un profesional sanitario.</p> <p>•<b>Reacciones cutáneas:</b>                      Se han notificado casos de reacciones cutáneas graves, incluyendo síndrome de Stevens-Johnson y eritema multiforme. Los pacientes deben interrumpir el tratamiento a la primera señal de erupción o reacción cutánea.</p>
<b>REACCIONES ADVERSAS</b>	<p>-<b>Muy frecuentes:</b> nasofaringitis, sueños anormales, insomnio, cefalea, náuseas.</p> <p>-<b>Frecuentes:</b> bronquitis, sinusitis, aumento peso, disminución apetito, aumento apetito, somnolencia, mareos, disgeusia, disnea, tos, enfermedad por reflujo esofágico, vómitos, estreñimiento, diarrea, dolor abdominal, dolor dental, dispepsia, flatulencia, sequedad bucal, erupción cutánea, prurito, artralgia, mialgia, dolor de espalda, dolor de pecho, fatiga, prueba anormal de función hepática.</p>

## EVIDENCIAS SOBRE EFICACIA, SEGURIDAD Y RELEVANCIA CLÍNICA DE LAS OPCIONES FARMACOLÓGICAS PARA LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA.

### 1. Eficacia bupropion:

#### 1.1. Bupropion vs placebo:

Una revisión sistemática de 2014 (Hughes J, Stead L, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(1):CD000031.) incluyó 9866 pacientes con seguimiento de 12 meses. Se incluyeron 27 estudios encontrándose superioridad de bupropion vs placebo.

Abstinencia a los 12 meses (27 estudios):

- Grupo bupropion: 1024/5444 (18,8 %)
- Grupo placebo: 501/4422 (11,3 %)

<b>RR (IC 95 %): 1,66 (1,5-1,83)</b>	<b>RAR: 7,48 % (6,08%-8,87%)</b>	<b>NNT: 13 (11 a 16)</b>
--------------------------------------	----------------------------------	--------------------------

RR: Riesgo Relativo.

IC: Intervalo de confianza.

RAR: Reducción Absoluta de Riesgo.

NNT: Número Necesario a Tratar.

#### 1.2. Bupropion vs Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN):

En la misma revisión sistemática se encontraron 8 estudios que comparaban bupropion vs TSN, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos; RR IC (95%): 0.96 (0.85-1.09). Tampoco se encontró ninguna diferencia entre el tipo de TSN (parche, pastilla, etc.) y bupropion. Dos estudios incluyeron en la comparación la combinación de parche de nicotina y pastillas. En estos dos estudios la combinación de TSN resultó más efectiva que bupropion RR (IC 95%): 0,74 (0,55-0,98).

### 2. Eficacia vareniclina:

#### 2.1. Vareniclina vs placebo:

Una revisión sistemática de 2016 (Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas K, Fanshawe T, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(5):CD006103.) incluyó 12625 pacientes con seguimiento de 6 meses o más. Se incluyeron 27 estudios encontrándose superioridad de vareniclina vs placebo.

Abstinencia a los 6 meses o más (27 estudios):

- Grupo vareniclina: 1695/6632 (25,6 %)
- Grupo placebo: 668/5993 (11,1 %)

<b>RR (IC 95 %): 2,29 (2,11-2,49)</b>	<b>RAR: 14,41 % (13,09%-15,73%)</b>	<b>NNT: 7 (6 a 8)</b>
---------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------

Limitando el análisis a los 5904 participantes de los 15 estudios con un seguimiento de 12 meses el resultado fue muy similar RR (IC 95%): 2,29 (2,02 a 2,60).

## 2.2. Vareniclina vs TSN:

La misma revisión sistemática encontró 8 estudios, con 6264 participantes en total, que comparaban vareniclina con TSN, encontrando superioridad estadísticamente significativa de vareniclina vs TSN, al agrupar los datos.

### Abstinencia a las 24 semanas:

- Grupo vareniclina: 767/3227 (23,8 %)
- Grupo TSN: 575/3037 (18,9 %)

RR (IC 95 %): 1,26 (1,14-1,38)	RAR: 4,84 % (2,81%-6,86%)	NNT: 21 (15 a 36)
--------------------------------	---------------------------	-------------------

## 2.3. Vareniclina vs bupropion:

En la misma revisión se encontraron 5 estudios que comparaban vareniclina vs bupropion a los 6 meses, con un total de 5877 participantes, resultando superior vareniclina vs bupropion.

### Abstinencia a los 6 meses:

- Grupo vareniclina: 700/2944 (23,8 %)
- Grupo bupropion: 503/2933 (17,1 %)

RR (IC 95 %): 1,39 (1,25-1,54)	RAR: 6,63 % (4,57%-8,68%)	NNT: 15 (12 a 22)
--------------------------------	---------------------------	-------------------

El resultado a los 12 meses fue similar.

**De los datos extraídos de ambas revisiones sistemáticas se puede concluir que la eficacia de las 3 opciones farmacológicas es superior a placebo y que vareniclina es solo ligeramente superior a bupropion y TSN, no encontrándose diferencias en la comparación entre estas dos últimas opciones.**

## 3. Ensayo clínico EAGLES:

Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, Aubin LS, McRae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. Lancet [Internet]. 2016;387:2507–20.

Los análisis de datos de farmacovigilancia postcomercialización e informes de casos de Europa, EEUU y otros países detectaron una posible señal sobre que el uso de vareniclina y bupropion podrían estar relacionados con eventos adversos neuropsiquiátricos.

Como resultado de lo anterior, la FDA requirió a los fabricantes de vareniclina y bupropión a realizar un ensayo con el fin evaluar el riesgo de eventos adversos graves neuropsiquiátricos.

En este estudio también se valoró la eficacia de la abstinencia al tabaco, estableciendo comparaciones entre los diferentes grupos.

Este estudio supone el mayor realizado hasta la fecha comparando las distintas opciones de tratamiento para la deshabituación tabáquica.

Diseño del estudio: ensayo clínico aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo y con control activo (parche nicotina; 21 mg por día con reducción gradual), vareniclina (1 mg dos veces al día) y bupropión (150 mg dos veces al día) durante 12 semanas con un seguimiento adicional de 12 semanas sin tratamiento.

**Participantes en el estudio:** PF de entre 18-75 años, con o sin trastornos psiquiátricos, motivados para dejar de fumar y recibieron asesoramiento breve para dejar de fumar en cada visita. Se dividió el estudio en dos cohortes (psiquiátrica y no psiquiátrica) con 8144 participantes en total. Fueron asignados al azar en una proporción 1:1:1:1, 4116 participantes a la cohorte psiquiátrica y 4028 a la cohorte no psiquiátrica.

#### SEGURIDAD:

En la cohorte no psiquiátrica se observaron eventos adversos neuropsiquiátricos moderados o graves en 13 (1,3 %) de los participantes del grupo de vareniclina, 22 (2,2%) en el grupo bupropion, 25 (2,5 %) en el grupo de parches de nicotina y 24 (2,4 %) en el grupo placebo, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones vareniclina vs placebo y bupropion vs placebo.

En la cohorte psiquiátrica se observaron eventos adversos neuropsiquiátricos moderados o graves en 67 (6,5 %) de los participantes del grupo de vareniclina, 68 (6,7%) en el grupo bupropion, 53 (5,2 %) en el grupo de parches de nicotina y 50 (4,9 %) en el grupo placebo, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones vareniclina vs placebo y bupropion vs placebo.

**EFICACIA:** abstinencia semanas 9-24

A. Cohorte no psiquiátrica: 4028 participantes

##### **Vareniclina vs placebo:**

- Vareniclina: 256/1005 (25,5%)
- Placebo: 106/1009 (10,5%)

RR (IC 95 %): 2,42 (1,97-2,99)	RAR: 14,97 % (11,66%-18,25%)	NNT: 7 (5 a 9)
--------------------------------	------------------------------	----------------

##### **Bupropion vs placebo:**

- Bupropion: 188/1001 (18,8%)
- Placebo: 106/1009 (10,5%)

RR (IC 95 %): 1,79 (1,43-2,23)	RAR: 8,28 % (5,2%-11,35%)	NNT: 12 (9 a 19)
--------------------------------	---------------------------	------------------

##### **Parches nicotina vs placebo:**

- Parches nicotina: 187/1013 (18,5%)
- Placebo: 106/1009 (10,5%)

RR (IC 95 %): 1,76 (1,41-2,19)	RAR: 7,95 % (4,9%-11,01%)	NNT: 13 (9 a 20)
--------------------------------	---------------------------	------------------

##### **Vareniclina vs parches nicotina:**

- Vareniclina: 256/1005 (25,5%)
- Parches nicotina: 187/1013 (18,5%)

RR (IC 95 %): 1,38 (1,17-1,63)	RAR: 7,01 % (3,4%-10,6%)	NNT: 14 (9 a 29)
--------------------------------	--------------------------	------------------

**Bupropión vs parches nicotina:**

- Bupropion: 188/1001 (18,8%)
- Parches nicotina: 187/1013 (18,5%)

RR (IC 95 %):1,02 (0,85-1,22)	RAR: -0,32 % (3,08% a -3,72%)	NNT: -311 (-27 a 32)
No hay diferencia estadísticamente significativa		

**Vareniclina vs bupropion:**

- Vareniclina: 256/1005 (25,5%)
- Bupropion: 188/1001 (18,8%)

RR (IC 95 %):1,36 (1,15-1,60)	RAR: 6,69 % (3,06%-10,30%)	NNT: 15 (10 a 33)
-------------------------------	----------------------------	-------------------

B. Cohorte psiquiátrica: 4116 participantes

**Vareniclina vs placebo:**

- Vareniclina: 189/1032 (18,3%)
- Placebo: 85/1026 (8,3%)

RR (IC 95 %): 2,21 (1,74-2,81)	RAR: 10,03 % (7,13%-12,94%)	NNT: 10 (8 a 14)
--------------------------------	-----------------------------	------------------

**Bupropión vs placebo:**

- Bupropion: 141/1033 (13,7%)
- Placebo: 85/1026 (8,3%)

RR (IC 95 %): 1,65 (1,28-2,13)	RAR: 5,36 % (2,67%-8,07%)	NNT: 19 (12 a 37)
--------------------------------	---------------------------	-------------------

**Parches nicotina vs placebo:**

- Parches nicotina: 133/1025 (13%)
- Placebo: 85/1026 (8,3%)

RR (IC 95 %): 1,57 (1,21-2,03)	RAR: 4,69 % (2,03%-7,37%)	NNT: 21 (14 a 49)
--------------------------------	---------------------------	-------------------

**Vareniclina vs parches nicotina:**

- Vareniclina: 189/1032 (18,3%)
- Parches nicotina: 133/1025 (13%)

RR (IC 95 %): 1,41 (1,15-1,73)	RAR: 5,34 % (2,2%-8,47%)	NNT: 19 (12 a 45)
--------------------------------	--------------------------	-------------------

**Bupropión vs parches nicotina:**

- Bupropion: 141/1033 (13,7%)
- Parches nicotina: 133/1025 (13%)

RR (IC 95 %):1,05 (0,84-1,31)	RAR:-0,67 % (2,27% a -3,62%)	NNT: -148 (-28 a 44)
No hay diferencia estadísticamente significativa		

**Vareniclina vs bupropion:**

- Vareniclina: 189/1032 (18,3%)
- Bupropion: 141/1033 (13,7%)

**RR (IC 95 %):1,34 (1,1-1,64)**

**RAR: 4,66 % (1,5%-7,82%)**

**NNT: 21 (13 a 66)**

**Conclusión:** La eficacia de las distintas opciones farmacológicas del estudio EAGLES es muy similar a la encontrada en las revisiones sistemáticas anteriormente comentadas, obteniéndose peores resultados en la cohorte psiquiátrica que en la cohorte no psiquiátrica.

**LIMITACIONES DEL ESTUDIO EAGLES:**

El estudio EAGLES presenta importantes limitaciones entre las que se encuentran las siguientes:

- En el estudio se incluyen fumadores con trastornos psiquiátricos estables y tratados o con antecedentes psiquiátricos en remisión. Por lo tanto, estos resultados no podrían generalizarse a aquellos pacientes sin tratamiento o con enfermedad psiquiátrica sintomáticamente inestable.
- La cohorte psiquiátrica incluyó fumadores en cuatro principales categorías de enfermedad (estado de ánimo, ansiedad, psicótico y trastorno límite de la personalidad), y excluyó participantes con trastornos de abuso de sustancias o que estaban en riesgo inminente de suicidio, lo que limita aún más la generalización.
- La duración del estudio de 24 semanas es limitada en el tiempo y no tiene en cuenta el riesgo de recaídas tras ese período, ni los posibles efectos neuropsiquiátricos diferidos.
- El diseño del estudio no permite detectar diferencias en eventos raros como suicidios consumados.
- El estudio reclutó a participantes que fumaban al menos una media de 10 cigarrillos al día y moderadamente dependientes de la nicotina; por tanto, los resultados podrían no ser extrapolables a fumadores con menos de 10 cigarrillos y menos dependientes de nicotina.
- Un 22 % de los participantes de cada una de las 2 cohortes no completaron el estudio lo que puede afectar a los resultados finales.
- La variable de seguridad no está convenientemente validada.
- El estudio fue realizado por los fabricantes de los fármacos.

## ANEXO 14

### CONDICIONES DE FINANCIACIÓN DE LOS FÁRMACOS PARA LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

La financiación pública de los medicamentos autorizados como apoyo farmacológico a la deshabituación tabáquica, **vareniclina** y **bupropion**, está sometida a los siguientes requisitos, que deberán estar adecuadamente documentados en la Historia Clínica para su verificación\*:

- Las personas fumadoras, previamente a la prescripción del medicamento, deben estar incluidos en un programa de apoyo (individual y/o grupal) de deshabituación tabáquica.
- Además, tienen que cumplir cada una de las siguientes condiciones:
  - ✓ Tener motivación expresa de dejar de fumar, que se pueda constatar con un intento de dejar de fumar en el último año.
  - ✓ Fumar 10 cigarrillos o más al día.
  - ✓ Tener un alto nivel de dependencia calificado por el test de Fageström  $\geq 7$ .
- Se financiará un intento anual por paciente para dejar de fumar.
- Cada prescripción se realizará por un envase, lo que equivale a un mes de tratamiento, debiéndose valorar la evolución de la efectividad del tratamiento con carácter previo a la emisión de la siguiente receta.
- La prescripción se realizará en receta electrónica o receta informatizada.

\* Para facilitar la toma de decisión, monitorizar las condiciones de financiación y los indicadores de evaluación, se está desarrollando en el módulo de prescripción y en la Historia Clínica los cambios necesarios para ello. Previo a su inclusión en el sistema de prescripción, se informará de ello a todos los profesionales.

## ANEXO 15 INTERVENCIÓN INTENSIVA GRUPAL

**Ventajas:** Las ventajas del tratamiento en grupo de personas fumadoras son las siguientes:

- 1.- Se reduce la relación coste/efectividad del tratamiento.
- 2.- Se comparte la información con otros fumadores.
- 3.- Da sentido de universalidad (uno no está solo).
- 4.- Desarrolla deseos de altruismo (ayuda a los demás), con la connotación de refuerzo propio.
- 5.- Anima a la imitación.
- 6.- Se desarrolla cohesión y solidaridad.
- 7.- Presión y soporte del grupo.

**¿Por qué?** Con la intervención en grupo se consigue incrementar el nivel de compromiso de los programas de contingencias, pero además y lo que es más importante, establece una interacción entre integrantes del grupo que permitirá hacer propias las experiencias de los demás. La intervención en grupo presta un importante soporte social, elemento fundamental de cualquier programa de deshabituación.

**Actitud profesional:** La actitud profesional será propiciar un clima de apoyo y una interacción agradable, se debe evitar ser muy directiva/o, sobre todo en las sesiones donde se llega abstinente, centrándose en moderar y mantener la conversación centrada en los objetivos de la deshabituación, facilitando que se establezca el intercambio dialogado entre las personas que asisten al grupo y que sean ellas, con sus experiencias personales y con lo que escuchan en el grupo, quienes resuelvan, las dificultades concretas que se puedan plantear. El grupo, en conjunto, ha de ser quien comente las experiencias vividas al dejar de fumar, los síntomas de abstinencia, las alternativas al cambio de conducta, etc.

**Cuando:** El programa de sesiones en grupo se comienza una vez se tiene toda la información completa tras la primera sesión individual de inicio del programa de deshabituación.

**Para quién:** Para toda persona fumadora con dependencia al tabaco que lo solicite o se le proponga y acepte la inclusión en el grupo.

**Sesiones:** La propuesta son 6 sesiones semanales y 2 quincenales que suman 8 sesiones, más los seguimientos posteriores a los tres, seis y doce meses que podrán hacerse en grupo o telefónicos.

### Ej. Calendario:

Sesión	Día	Seguimientos
1ª	1 de abril	1º 15 de julio 3 meses sin fumar
2ª	8 de abril	2º 15 octubre 6 meses sin fumar
3ª	15 de abril	3ª 15 abril 1 año sin fumar
4ª	22 de abril	
5ª	29 de abril	
6ª	6 de mayo	
7ª	20 de mayo	
8ª	3 de junio	



**Duración de cada sesión:** Entre 1 y 1,5 horas.

**Componentes:** El grupo puede componerse de unas 15 y hasta 20 personas dependiendo de la experiencia de los profesionales. El número puede ser menor, pero si es muy reducido, menor de 5, como siempre hay abandonos, al finalizar y ser pocas personas pueden perder la sensación de grupo.

**Profesionales:** Respecto al número de profesionales, puede desarrollarlo uno solo/a, pero es conveniente estar dos para darse apoyo, y se asegura la continuidad del grupo en caso de ausencia puntual de uno/a de ellos en alguna sesión. Pueden coordinar el grupo distintos profesionales de atención primaria o de las unidades de apoyo: médico/a, farmacéutico/a, enfermero/a, psicólogo/a, trabajador/a social.

### 1ª Sesión en grupo: “Empezamos”

- Comienza con la presentación de los y las profesionales que van a coordinar el grupo. Se hace una breve exposición 10 minutos de los efectos del tabaco en la salud, cómo se adquiere y se mantiene la conducta de fumar y del potencial de la industria del tabaco para conseguir captar a clientes como negocio de por vida. Todo ello con un planteamiento motivacional. (Se pueden utilizar recursos audiovisuales o no, a decisión de los profesionales).
- Posteriormente a todas las personas que asisten al grupo se les pide que se presenten y que expliquen: - lo primero por qué fuman, cuáles son sus razones permitiendo que se extiendan y cuando todas las personas lo han hecho, -luego se pide que comenten qué razones tienen para dejar de fumar. Se les puede repartir hoja donde expongan los motivos para dejar de fumar y los motivos para no dejarlo. Esta hoja será muy útil para en los momentos más difíciles recordar su decisión. Es recomendable traerla para próximas sesiones. O quien lo prefiera tenerlo anotado en el móvil.
- Se explica, para las personas que van a tomar medicación, cuándo deben iniciarla, en el caso de la terapia sustitutiva de nicotina (TSN) el mismo día que se inicia, y en el caso de bupropion y vareniclina 1 o 2 semanas antes del día “D” de abandono del tabaco.
- En esta primera sesión se señalará el día D. Para que todos acudan a la tercera sesión con 24-48-72 horas sin fumar.
- Las personas que no van a utilizar ningún fármaco para la deshabituación, pueden ir reduciendo progresivamente los cigarros que fuman cada día, para ello pueden valerse de un registro en formato papel o recogerlos en el móvil, anotando el nº de cigarro, hora y lugar. Las personas que tomarán bupropion y vareniclina, no es necesario que hagan la reducción. Sí es muy interesante para todos retrasar algunos cigarrillos, utilizando la distracción para ello y comprobando que pueden pasar más minutos de los que pensaban sin fumar y sin problemas.
- Respecto a los aspectos más conductuales, planteamos estrategias para ayudar a preparar el día D:
  - Control de estímulos, como el tirar todo el tabaco que tengan en casa, retirar los objetos relacionados, etc.
  - Informar a familiares y amistades, lo cual crea compromiso.
  - Pensar en los cambios de hábitos que puede hacer (café, paseos) en prevención de los momentos más difíciles.

- Cada persona puede comentar en intentos previos, qué le funcionó en aquellas ocasiones. Si retiraron ceniceros, si lo comentaron con familiares y amistades, si cambiaron algunos hábitos, (café, paseos...), si hacen una hucha, etc.
- Para despedirse pueden comentar cada persona cómo le ha resultado la sesión y si salen con más motivación al abandono.

### **2ª Sesión. “Nos seguimos motivando y preparándonos para el día D”.**

- Comenzamos la sesión revisando la motivación para dejar de fumar. Se puede hacer una ronda para que cada persona indique si ha anotado más motivos, si surgen dudas, etc. Es bueno tener el papel con las motivaciones anotadas o en las notas del móvil. Se da un espacio para que libremente se expresen todas las personas del grupo.
- Quien han comenzado a tomar bupropion o vareniclina pueden indicar si han notado algún efecto, sobre el deseo de fumar o algún efecto secundario. Se da un espacio para intercambiar impresiones.
- Las personas que están haciendo reducción progresiva comentan cuanto fuman y como lo están llevando. (Se hará hincapié que es una técnica temporal, para facilitar el abandono. Mantenerse en reducción a largo plazo es muy difícil, pasadas unas semanas pierde la efectividad y se vuelve al consumo habitual).
- Se pregunta sobre los preparativos, y se da paso para que todas las personas indiquen lo que están haciendo al respecto. Suele haber variabilidad en cómo cada persona se prepara o hace los preparativos. Es importante comentarlo, se afianzan los propios y otras personas al escucharlo pueden motivarse a hacerlos.
- También se puede dar un espacio para hablar de los miedos, al fracaso, al pasarlo mal, etc. Y se permite que libremente cada persona del grupo exponga lo que siente y cómo se está viendo en este intento para dejar de fumar. Y si alguien se está despidiendo de alguna manera concreta.
- Hay lecturas de despedidas del tabaco múltiples en internet, que pueden comentarse o mejor si alguien del grupo la ha redactado, se puede leer y comentar.
- Cada cual expondrá qué día va a dejar de fumar, teniendo presente que para la próxima sesión semanal se recomienda llevar 24-48-72 horas sin fumar.
- Se finaliza la sesión exponiendo cada persona cómo se siente y los ánimos que tienen para el nuevo camino que comienzan.

### **3ª Sesión. Ya estamos sin fumar hace 24-48-72 horas.**

- La tercera sesión se realiza 24-48-72 horas después de la fecha establecida para dejar de fumar. Sólo hay que preguntar cómo se encuentran y permitir que se expresen para que en esta sesión la tarea mayor sea dar paso a todas las personas y ajustar los tiempos dado que la mayoría tiene vivencias que están sintiendo y querrán comentar.
- Todas las personas asistentes pueden comentar qué síntomas de abstinencia tienen, su duración aproximada y cómo lo han llevado. Enseñan mucho las experiencias de los demás, escuchando cómo otras personas han conseguido afrontar las distintas situaciones y superar el deseo de fumar.

- En el caso de que se haya producido alguna no abstinencia, se analizará y se tratarán de desarrollar conjuntamente estrategias para afrontar situaciones similares en un futuro. Si alguien no ha dejado de fumar, debe poner fecha antes de la próxima sesión.
- Durante esta reunión se les invita a poner en práctica conductas alternativas a la de fumar (paseos, deporte, ejercicios de respiración) y a planificar con antelación las situaciones de alto riesgo para afrontarlas con éxito. Cada persona del grupo puede comentar lo que está haciendo.
- Es fundamental reforzar al grupo por el esfuerzo que han llevado a cabo y motivarles para que continúen abstinentes. Si es posible, se puede dar un teléfono de contacto profesional para posibles inconvenientes.
- Este contacto también se lleva a cabo con aquellas personas que no han podido acudir al grupo realizándoles un cuestionario de seguimiento que puede recoger información sobre abstinencia, cumplimentación del tratamiento farmacológico en su caso y análisis de la recaída en caso de que se haya producido.
- Todas las sesiones, incluida ésta, pueden terminar expresando cada persona el compromiso de no fumar, día a día o hasta la siguiente sesión, como a cada persona le sea más cómodo. Para ello, cada persona, puede expresar cómo se siente al respecto y la motivación que tiene para continuar con su decisión.

#### **4ª Sesión. Más de una semana sin fumar. Días intensos.**

- Cuando ha transcurrido ya más de una semana de abstinencia, se lleva a cabo la cuarta sesión en la que se puede iniciar preguntando por los beneficios que ya han empezado a aparecer como gusto, olfato, economía, etc.
- También es momento de hablar de las dificultades y cómo las están afrontando. Es importante que todas las personas que asisten al grupo puedan expresarse, y expongan si el deseo de fumar aún lo mantienen continuamente, si han pasado alguna tarde, mañana u horas sin acordarse del tabaco, y qué hacen para aliviarlo o distraerse. En el grupo habrá variabilidad de situaciones y los recursos que cada persona expresa podrán ser de utilidad para otra si lo considera pertinente. Para algunas personas el deseo puede ser en momento puntuales y el resto del tiempo vivirlo con más tranquilidad
- Es momento de volver a hablar de las motivaciones para dejar de fumar, sobre todo para aquellas personas que puedan estar sintiendo dudas debido al esfuerzo que les está suponiendo. También pueden fijarse en otras personas que lo sienten de manera distinta, dado que quizás en unos días la evolución del deseo aparezca de otra manera.
- Como siempre, lo importante es mantener la conversación centrada en las sensaciones, esfuerzo, motivación, y deseos de cada miembro del grupo, hablando de su experiencia, sin tratar de trasladar consejos a los demás, dado que cada persona captará y pondrá en marcha lo que le interese aplicar de todo lo que ha escuchado en el grupo.
- Las personas que están tomando medicación pueden comentar si están teniendo dificultades o no.
- Suele ser normal que alguno de los componentes del grupo haya fumado o simplemente se haya quedado en la reducción del consumo, por lo que hay que enfatizar el hecho de que seguir fumando, aunque sea en bajas cantidades, es tirar el esfuerzo que se ha venido realizando y deshacer la posible creencia errónea de que van a poder conseguir

ser fumadores de cantidades escasas. Es de gran ayuda la experiencia de otros miembros que no han fumado ningún cigarrillo y que, por tanto, experimentan niveles menos elevados de deseo. También, algún miembro del grupo, puede comentar cómo en otro intento anterior pudo haberse quedado en reducción y explicar cómo evolucionó.

- En el grupo, las experiencias de los demás son las que enseñan, compartir ansiedades, esfuerzos y ánimos es el mayor potencial del grupo.
- En el caso de los sujetos que no hayan dejado de fumar en ningún momento hasta ahora, hay que hacerles ver que si no lo hacen ahora se descolgarán del grupo y no les serán útiles las sesiones.
- Para terminar cada persona del grupo puede expresar cómo se siente de motivada y si mantiene la intención de la abstinencia hasta la semana que viene, o prefiere hacerlo pensando día a día.

### **5ª Sesión. Más de dos semanas sin fumar. Siguen días intensos, pero va pasando.**

- En la quinta sesión, cuando se lleva abstinente más de dos semanas, se puede comenzar la sesión preguntando cómo se encuentran, siempre con el planteamiento de análisis de experiencias en cuanto a síntomas de abstinencia, momentos difíciles, etc., para que puedan ir aprendiendo mutuamente a afrontar distintas situaciones. Es importante que todas las personas que asisten al grupo expongan cómo están viviendo estos días. En algunos casos se podrá apreciar que están teniendo menos dificultades de las imaginadas.
- En esta sesión puede ser momento de tratar el tema del control del peso y la ingesta, ya que, aunque no es recomendable que se realice una dieta estricta durante el periodo de tratamiento si suele existir una preocupación general en el grupo por la ganancia de peso. Por esta razón, si parece conveniente, se les puede facilitar unas normas básicas de alimentación y unas tablas de calorías con el fin de que tengan una información adecuada de aquellos alimentos que les están haciendo ganar peso. Es importante que cada persona del grupo exprese qué hace cuando nota ansiedad, si come dulces, si bebe un vaso de agua, si toma una fruta o si hace respiraciones profundas.
- También se insiste en la importancia que tiene el ejercicio físico, pues, no sólo es fundamental para el control del peso, sino que constituye una importante ayuda al dejar de fumar por los beneficios tanto a nivel físico como psicológico que proporciona. Cada persona del grupo comentará si ha iniciado alguna actividad, ej. Paseos, o ha aumentado la actividad física que antes realizaba, y si ya ha notado algún efecto ej., en la capacidad respiratoria o en las piernas más ágiles.
- Termina la sesión expresando cada persona que asiste al grupo, cómo se siente de motivada para continuar abstinente y si renueva el planteamiento de la abstinencia, día a día o semana a semana, etc.

### **6ª Sesión. Más de tres semanas sin fumar. Momentos de alivio.**

- Cuando han pasado más de tres semanas sin fumar se realiza la sexta sesión. Se comienza pidiendo que exprese cada persona cómo ha transcurrido la semana, si ha existido deseo intenso de fumar, las dificultades, y los momentos donde no se ha acordado de fumar.

- Me voy acostumbrando a estar sin fumar / no me acostumbro a estar sin fumar. Ya no estoy tan irritable o sigo irritable. Se propone como tema para que cada persona pueda comentar.
- Sobre la comida y el ejercicio se puede preguntar, dado que se comentó en la sesión anterior, si han realizado algún cambio a estos efectos. Se puede preguntar a aquellas personas que indicaron dificultades y a aquellas que mostraron deseos de iniciar algún cambio.
- Puede ocurrir que alguien comente que no les está siendo tan difícil como temían, o como les había ocurrido en otros intentos. Esto refuerza la idea de que cada persona y cada momento son distintos. Se permite que expresen tanto de este intento como de intentos previos y comenten las distintas vivencias.
- Caída – Recaída. Puede que alguna persona exprese que ha fumado algún cigarro. Eso es una Caída. Recaída es volver al consumo anterior a iniciar el programa. Se puede explicar que una caída es un error, pero un error salvable. No tiene que convertirse en una recaída, si la persona retoma su motivación del abandono del tabaco y se mantiene abstinente con todos los apoyos y prevenciones a su alcance. Si se minimiza la caída y no se le da importancia puede iniciar una escalada de consumos puntuales que ponga en riesgo la evolución de la deshabituación y lleve a una recaída (volver a su consumo anterior). Se puede preguntar si en intentos previos a alguien le ocurrió alguna caída que fue superada o si se convirtió en recaída, para que la experiencia refuerce lo comentado teóricamente.
- Para finalizar, cada persona expresará como se encuentra de motivada para seguir sin fumar y si su compromiso es día a día, semana a semana, etc.

### **7ª Sesión. A los 14 días de la anterior. Más de 5 semanas sin fumar. Lo peor ha pasado.**

- A los 14 días de la sesión anterior y con más de 5 semanas sin fumar se desarrolla la 7ª sesión. Como en las anteriores se pregunta cómo ha transcurrido estas dos semanas y se permite que cada una de las personas asistentes comenten.
- En esta sesión se vuelve a hacer un análisis más detallado de lo que son las caídas y las recaídas, por qué se producen y cómo prevenirlas. Se muestran aquellas situaciones que normalmente implican un mayor riesgo como son las situaciones de estrés, estados de ánimo deprimidos, la ingesta de alcohol o el encontrarse en una situación social agradable. Se plantea cómo afrontar estas situaciones fomentando el autocontrol, haciendo especial énfasis en que el fumar un cigarrillo aislado o dar “una calada” son las formas en que se realiza una caída y aumentando el riesgo de que se convierta en recaída. Se permite que cada persona se exprese al respecto.
- Cuando se produce una recaída, sin embargo, hay que procurar evitar sentimientos de frustración y recordar que el proceso de dejar de fumar es un proceso de aprendizaje y que un error puede tener solución, aunque siempre es mejor que no se produzca. Si el proceso de recaída está muy instaurado, no es usual que continúe asistiendo a las sesiones, pero si asiste hay que volver a plantearse las motivaciones, para retomar la abstinencia en estos momentos o si no se está en disposición de ello, animar que en cuanto pase un tiempo pueda volver a plantearse nuevamente su objetivo de dejar de fumar.

- Finaliza la sesión, como es usual, comentando todas las personas del grupo cómo se encuentra su motivación para mantener la abstinencia y si su visión de la abstinencia es día a día, semana a semana o tienen una visión más amplia.

### **8ª Sesión. Transcurridos 14 días de la anterior. 7 semanas sin fumar. Es cuestión de mantenerse y estar atento.**

- La 8ª y última sesión del programa, si exceptuamos los seguimientos, se realiza transcurridos 14 días de la anterior y cuando se lleva más de 7 semanas sin fumar para la mayor parte de las personas que asisten. Se comienza como es usual comentando cada persona cómo han pasado estos 14 días.
- Es por tanto el momento de analizar posibles temores ante la finalización del programa y potenciar la idea de que, aunque el tratamiento farmacológico es muy importante, gran parte del esfuerzo les ha correspondido a ellos por lo que serán perfectamente capaces de seguir abstinentes. Se da paso para que comente cada persona como se ve sin tener sesiones para mantenerse abstinentes.
- Suele ser positivo que personas que realizaron el programa con éxito acudan a los grupos a contar su experiencia, de esta forma sirven como modelos para el resto del grupo y se refuerzan en su postura.
- Como las personas asistentes al grupo conocen la dinámica, suelen hablar de sus avances, de sus dificultades con naturalidad. Si no se comenta es positivo reconocerse el esfuerzo y premiarse personalmente por lo conseguido.
- Se finaliza cada uno expresando libremente lo que considere en cuanto a su deshabituación y su motivación a continuar en su nuevo estilo de vida más sano, sabiendo que habrá seguimientos posteriores y que en cualquier caso los profesionales están disponibles en sus centros correspondientes.

#### **Seguimiento:**

Se plantea hacer seguimiento a los tres meses, a los seis y al año de la fecha de abandono. El seguimiento puede hacerse en grupo o telefónico. Si es posible y se tiene las herramientas para realizar pruebas objetivas de que está abstinente refuerza a la persona que se hace la prueba. En el último seguimiento entregar un diploma de Persona Exfumadora suele ser reconfortante.

#### **Modalidad de Grupos Abiertos:**

- Existen experiencias de grupos abiertos. Sesiones semanales donde asisten personas que llevan mucho tiempo sin fumar, personas que hace unas semanas que abandonaron el tabaco, personas que es el primer día sin fumar y otras en preparación para dejar de fumar.
- Estos grupos funcionan correctamente. Las personas con más tiempo de abstinencia comentan su experiencia, como lo han ido superando, como se sienten ahora sin fumar y sirve de aprendizaje para los recién llegados.
- Las personas que asisten al grupo no van al mismo ritmo, pero esto no hace que la modalidad de grupo abierto no sea también oportuna.

- Aquí las personas se pueden incorporar al grupo en cualquier momento y dejar de asistir tras x semanas o meses. *El/la aprendiz, pasa a ser oficial y luego a maestro/a de los nuevos aprendices que inician.*

**Lecturas recomendadas**

- Agencia de Salud Pública de Cataluña. Guía de Intervención Grupal en Tabaquismo. 2013
- Taller de Deshabitación Tabáquica. Guía de Sesiones. Madrid Salud.

## ANEXO 16 MANEJO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA A LA NICOTINA (SAN)

La aparición de este síndrome es una de las principales causas de recaída durante el proceso de abandono del tabaco. Por ello, es importante conocer los síntomas que presenta cada persona, 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 primer y tercer día, y una duración de 3-4 semanas, aunque a veces los síntomas pueden prolongarse hasta 2 o 4 meses. Se ha observado cierta relación entre la intensidad y duración del SAN y el grado de severidad del fumador/a.

Los síntomas y signos de este síndrome pueden ser:

- 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 disminución de la frecuencia cardíaca.
- Síntomas psicológicos: momentos de deseo intenso de fumar (*craving*), ansiedad, irritabilidad, impaciencia, agresividad, dificultad de concentración y disminución de la memoria reciente.

La valoración del SAN puede realizarse con el Cuestionario *Minnesota Nicotine Withdrawal Scale* adaptado, escala en la que la intensidad de los síntomas se puntúa de 0 a 3.

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



La puntuación total refleja la intensidad del síndrome en la PF en el momento de la realización de la escala. Su repetición y comparación de los resultados confirmará la superación progresiva del síndrome.

Las actuaciones a recomendar para el control de los síntomas son las siguientes:

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")	Sobre todo, las dos primeras semanas; luego menos frecuente	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 17 ABORDAJE Y PREVENCIÓN DE LAS RECAÍDAS

La recaída es una fase más del proceso y suele constituir un paso frecuente. En muchas ocasiones, se necesitan 3 o 4 intentos antes de dejar de fumar definitivamente.

Cuando ocurre, hay que normalizar la situación y que se vea como una fuente de aprendizaje para el intento definitivo; comprobar los errores que se han cometido, e intentar generar un nuevo compromiso del paciente para volver a dejar de fumar, después del tiempo que necesite. No olvidar registrarlo en la HCE (“Antecedentes y Hábitos” y “Documento clínico”).

Para prevenirlas es importante obtener información de los intentos previos de abandono (qué le llevó a fumar de nuevo), y con ello ayudar a la persona fumadora a identificar situaciones de riesgo y a planificar estrategias personalizadas para enfrentarse a ellas.

Estas estrategias requieren de entrenamiento previo para que a la hora de utilizarlas la persona esté realmente preparada. Entre ellas contamos con:

### **Estrategias de afrontamiento:**

#### • **Cognitivas:**

- Imaginación (asociar fumar con consecuencias aversivas al tabaco).
- Reestructuración cognitiva (cambio de percepción de la situación).
- Autoinstrucciones (darse uno mismo instrucciones para mantenerse sin fumar).

#### • **Conductuales:**

- Relajación.
- Actividad física.
- Comportamientos alternativos más adecuados, e incompatibles con la conducta de fumar (actividad física y dieta saludable).
- Habilidades asertivas (rehusar cigarrillos, solicitar apoyo durante una crisis, afrontar críticas, etc.).
- Retrasar el deseo de fumar.

Entrenamiento en solución de problemas: hacer frente a situaciones esperables o que puedan desestabilizar su nueva situación como persona en proceso de abandono.

Valorar otros problemas emergentes (ansiedad, depresión, sobrepeso, ...) y planificar estrategias para prevenirlos, tratarlos o paliarlos.

Buscar el apoyo e implicación de personas próximas (pareja, compañeros/as, amistades).

## 7. ACRÓNIMOS

<b>AP</b>	Atención Primaria
<b>CS</b>	Centro de Salud
<b>DT</b>	Deshabitación tabáquica
<b>EAP</b>	Equipo de Atención Primaria
<b>ECA</b>	Equipo de Conductas Adictivas
<b>EpS</b>	Educación para la salud
<b>IC</b>	Intervalo de confianza
<b>MF</b>	Médica/o de Familia
<b>NNT</b>	Número Necesario a Tratar
<b>PF</b>	Persona fumadora
<b>RAR</b>	Reducción Absoluta de Riesgo
<b>RR</b>	Riesgo Relativo
<b>SAN</b>	Síndrome de abstinencia a la nicotina
<b>SSPE</b>	Servicio Sanitario Público de Extremadura
<b>TS</b>	Tarjeta Sanitaria
<b>TSN</b>	Tratamiento sustitutivo de nicotina
<b>UBA</b>	Unidad Básica Asistencial
<b>UTH</b>	Unidad de Tabaquismo Hospitalaria
<b>ZS</b>	Zona de Salud

## 8. COLABORADORAS/ES

Aranguez Ruiz, Arancha. Farmacéutica de Área. Área de Salud de Mérida.

Bobadilla Gómez, Samuel. Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. CS Suerte de Saavedra. Badajoz.

Bravo Pablo, Ana. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zona Centro. Cáceres.

Cordón Arroyo, Ana María. Documentalista. Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitaria y Sociosanitaria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

Cuenda Corrales, Aquilino. Psicólogo. Equipo de Conductas Adictivas Valdepasillas. Badajoz.

García Martín, Miguel Ángel. Farmacéutico de Área. Área de Salud de Plasencia.

García Martínez, Aurelia María. Farmacéutica de Área. Área de Salud de Don Benito.

Izquierdo Romero, Tomás. Administrativo. Subdirección de Atención Primaria. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Jiménez Fernández, Carmen. Enfermera. CS Manuel Encinas. Cáceres.

Laso Martínez, Teresa. Farmacéutica de Área. Área de Salud de Cáceres.

Luna Giles, David. Enfermero. Equipo de Conductas Adictivas. Jaraíz de la Vera. Área de Salud de Plasencia.

Márquez Pérez, Francisca Lourdes. Jefa de Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Badajoz.

Martín Araujo, Juan Carlos. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mérida Norte. Mérida.

Montaño Pérez, Luisa María. Farmacéutica de Área. Área de Salud de Coria.

Muñoz Arroyo, María Victoria. Farmacéutica de Área. Área de Salud de Navalmoral.

Ortiz Rodríguez, Olga. Farmacéutica de Área. Área de Salud de Llerena-Zafra.

Pastor Gallardo, Francisco Javier. Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. CS Villanueva Sur. Área de Salud de Don Benito.

Pérez García, Venancio Jesús. Farmacéutico de Área. Área de Salud de Badajoz.

Riesco Miranda, Juan Antonio. Especialista en Neumología. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

Salguero Chaves, Emilio. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz.

Sánchez Montero, Belén. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mohedas de Granadilla. Área de Salud de Plasencia.

Vázquez Fernández, Urbano. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Equipo de Conductas Adictivas. Mérida.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Álvaro Prieto MA, Cascón Pérez-Teijón S, Echevarría Zamanillo M del Mar. Programa de formación básica en tabaquismo para profesionales sanitarios. Sacyl; 2019.
- ✓ Banks. Tobacco smoking and all-cause mortality in a large Australian cohort study: findings from a mature epidemic with current low smoking prevalence. BMC Medicine 2015; 13:38. [Consulta 2020] Disponible en: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-015-0281-z>.
- ✓ Camarelles F, Barchilón V, Clemente L, Iglesias JM, Martin C, Minué C, et al. Guía de bolsillo para el tratamiento del tabaquismo (semFYC). [Consulta 2020] Disponible en: <https://www.saludinforma.es/portalsi/documents/10179/1032403/guiaBAJA.pdf/7f945968-4790-43ac-99ba-bd8855bcd5a3>.
- ✓ Camarelles F, Gascó P, Gamez MI. Entrevista motivacional en fumadores. En: Manual de tabaquismo semFYC. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2008 [Consulta 2019] Disponible en: [http://www.semfyc.es/es/biblioteca/virtual/detalle/Manual\\_Tabaquismo/](http://www.semfyc.es/es/biblioteca/virtual/detalle/Manual_Tabaquismo/).
- ✓ Camarelles Guillem F. Tratamiento de deshabituación tabáquica. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria 2019; 26 (9): 516-522. Disponible [Consulta 2020] en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134207219301550?dgcid=author>.
- ✓ Clanzly L. European Expert Consensus Paper on the implementation of Article 14 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. European Journal of Cancer Prevention 2016; 25:556–557.
- ✓ Córdoba R. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPs 2018. Aten. Primaria 2018;50 (Supl 1):29-40. [Consulta 2020] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-recomendaciones-sobre-el-estilo-vida--S0212656718303615>.
- ✓ EDADES 2017. Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES),1995-2017. [Consulta 2020] Disponible en [http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES\\_2017\\_Informe.pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017_Informe.pdf)
- ✓ EDADES 2017-2018. Análisis de la encuesta sobre consumo de alcohol y drogas en Extremadura. [Consulta 2020] Disponible en: <http://www.drogasextremadura.com/archivos/INFORME-EDADES-2017-18-Extremadura-CON-ANEXO.pdf>

- ✓ Folleto Decídete a dejar de fumar. [Consulta 2020] Disponible en: <http://www.estilosdevidasaludable.mscbs.gob.es/>
- ✓ Guía clínica tabaquismo [Consulta 2020] Disponible en: <http://www.socidrogalcohol.org/tabaco/socidrogalcohol.html>
- ✓ [Maciosek MV](#), [LaFrance AB](#), [Dehmer SP](#), [McGree DA](#), [Flottesmesch TJ](#), [Xu Z](#). Updated Priorities Among Effective Clinical Preventive Services. Ann Fam Med 2017; 15(1):14-22. [Consulta 2020] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5217840/>.
- ✓ Manual de tabaquismo. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Grupo de Trabajo de Abordaje al Tabaquismo. [Consulta 2020] Disponible en <https://www.semfyec.es/biblioteca/manual-de-tabaquismo/>
- ✓ Miguel García A, De Miguel Salinas F. Abordaje del tabaquismo: planes de cuidados de enfermería. NURE 2009; 6 (43) [Consulta 2020] Disponible en: [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/protac43910200103337.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/protac43910200103337.pdf)
- ✓ Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Ed. Paidós; 1991.
- ✓ Moore RA, Aubin HJ. Environ Do Placebo Response Rates from Cessation Trials Inform on Strength of Addictions. Rev. Public; 2012.
- ✓ Organización Médica Colegial de España (OMC). Guía de buena práctica clínica en Abordaje del Tabaquismo. [Consulta 2020] Disponible en: <http://files.sld.cu/antitabaquica/files/2012/12/gbpc-abordaje-tabaquismo.pdf>.
- ✓ Pérez-Teijón C, Flores Santos SM, García Lobato R. Proceso asistencial integrado para la atención a la persona fumadora. Sacyl; 2019. [Consulta 2020] Documento disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/tabaquismo>.
- ✓ Piñero B, Mínguez MC, Becoña E. La entrevista motivacional en el tratamiento del tabaquismo: una revisión. Adicciones 2010; 22 (4): 353-364.
- ✓ SEMG. Declaración de Madrid-2018 por la salud y para el avance de la regulación del tabaco en España. [Consulta 2020] Disponible en: <https://www.semg.es/index.php/consensos-guias-y-protocolos/285-declaracion-de-madrid-2018-por-la-salud-y-para-el-avance-de-la-regulacion-del-tabaco-en-espana>
- ✓ Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Consejo muy breve para dejar de fumar: ¿3 o 5 Años? #Stoptabaco31mayo. [Consulta 2020] Disponible en: <https://www.semfyec.es/consejo-breve-dejar-fumar-3-5-as-stoptabaco31mayo/>.