

CONSEJERÍA DE SALUD

PROCESO
PROCESO
ASISTENCIAL
ASISTENCIAL
INTEGRADO
INTEGRADO

ATENCIÓN A LAS PERSONAS FUMADORAS



PROCESO
PROCESO
ASISTENCIAL
ASISTENCIAL
INTEGRADO
INTEGRADO



ATENCIÓN A LAS
PERSONAS FUMADORAS

ATENCIÓN a las personas fumadoras :
proceso asistencial integrado / [autores, José
Miguel Morales Asencio (coord.) ... et al.].
-- [Sevilla] : Consejería de Salud, [2008]
121 p., tablas, gráf. ; 21 cm + 1 CDROM
1. Tabaquismo-Prevención y control
2. Tabaquismo-Terapia 3. Atención dirigida al
paciente I. Morales Asencio, José Miguel
II. Andalucía. Consejería de Salud III. Título
WM 290

AUTORES Y AUTORAS

José Miguel Morales Asencio (Coordinador),
Pilar Mesa Cruz, Josefina Castro Barea,
Pilar Espejo Guerrero, Matilde Rita Calero Fernández,
Juana Olvera Calderón, Asunción Rubio Barranco,
Asunción González Villalba, Pedro José Romero Palacios,
Juan Manuel Gómez Gutiérrez, Francisca López Rodríguez,
Miguel Gili Miner, Ricardo Arrabal Sánchez,
Teresa Puebla Argandoña, José Ignacio Villar Navarro.

COLABORACIÓN

Elvira Fernandez de la Mota, Bienvenida Gala Fernández
Fernando J. Robledo Cárdenas, Juan Antonio Villalobos Márquez,
Sonia Castillo López, Miguel Ángel Pérez Álvarez,
Francisco Fernández Camino, Enrique Alonso Redondo.

Edita: Junta de Andalucía, Consejería de Salud

ISBN: 978-84-691-4758-0

D. L.: S-552-2008

Maquetación e impresión: Forma Animada S.L.L.

Presentación

La Gestión por Procesos es una herramienta con la que se analizan los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria para ordenar los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen ciudadanas, ciudadanos y profesionales, e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones en salud hasta lograr un grado de homogeneidad óptimo.

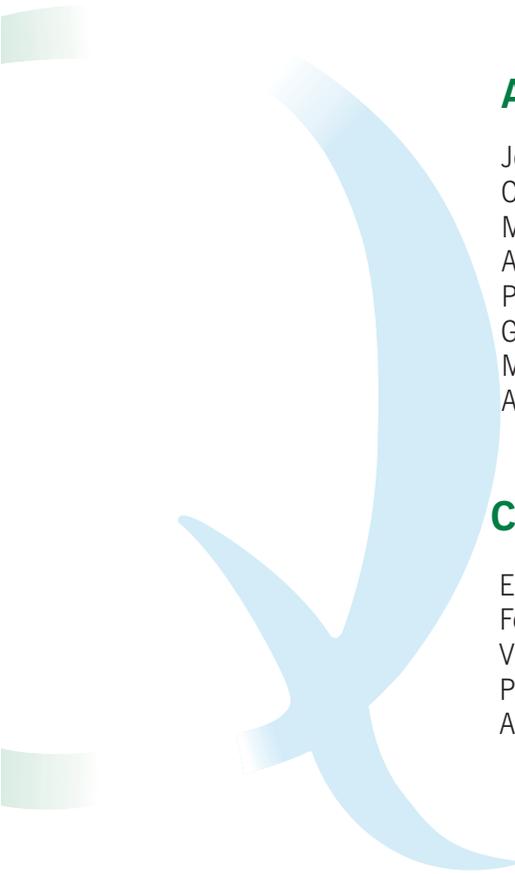
Se trata pues, de impulsar un cambio en la organización basado en la fuerte implicación de profesionales y en su capacidad de introducir la idea de mejora continua de la calidad, y de llevarlo a cabo desde un enfoque centrado en el usuario o la usuaria.

Cuando nos referimos a la Gestión por Procesos en Andalucía estamos aludiendo a un abordaje integral de cada uno de los problemas de salud definidos y ello conlleva el reanálisis de las actuaciones desde que una persona demanda asistencia hasta que ésta termina. En este contexto, la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se convierten en elementos esenciales.

Cada una de las publicaciones que se presentan recogen el fruto del importante esfuerzo que ha realizado la organización sanitaria pública de Andalucía, y en especial las profesionales y los profesionales que prestan la asistencia, por analizar como se están realizando las cosas, y sobre todo, cómo deberían hacerse, creando una propuesta de cambio razonable, coherente, innovadora y abierta.

Por todo ello, queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento al numeroso grupo de profesionales que han hecho posible que podamos contar con un Mapa de Procesos del Sistema Sanitario de Andalucía, que se está desarrollando e implantando de forma progresiva, y que es sin duda, el referente para instaurar una mejor práctica asistencial y avanzar en la idea de mejora continua de la calidad en nuestras organizaciones sanitarias.

Carmen Cortes Martínez
Directora General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento



AUTORES Y AUTORAS

José Miguel Morales Asencio (Coordinador), Pilar Mesa Cruz, Josefina Castro Barea, Pilar Espejo Guerrero, Matilde Rita Calero Fernández, Juana Olvera Calderón, Asunción Rubio Barranco, Asunción González Villalba, Pedro José Romero Palacios, Juan Manuel Gómez Gutiérrez, Francisca López Rodríguez, Miguel Gili Miner, Ricardo Arrabal Sánchez, Teresa Puebla Argandoña, José Ignacio Villar Navarro.

COLABORACIÓN

Elvira Fernández de la Mota, Bienvenida Gala Fernández, Fernando J. Robledo Cárdenas, Juan Antonio Villalobos Márquez, Sonia Castillo López, Miguel Ángel Pérez Álvarez, Francisco Fernández Camino, Enrique Alonso Redondo.

Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	9
2. DEFINICIÓN GLOBAL.....	11
3. DESTINATARIOS Y DESTINATARIAS. OBJETIVOS.....	13
- Personas destinatarias y expectativas.....	13
- Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad.....	17
4. COMPONENTES.....	23
- Descripción general.....	23
- Profesionales. Actividades. Características de calidad.....	26
- Recursos. Características generales. Requisitos.....	35
- Unidades de soporte.....	37
5. REPRESENTACIÓN GRÁFICA.....	39
6. INDICADORES.....	43
ANEXOS	
- Anexo 1: Plan de cuidados estandarizados de enfermería.....	51
- Anexo 2: Consejo sanitario e intervención básica.....	69
- Anexo 3: Material de apoyo para la atención al tabaquismo.....	73
- Anexo 4: Escala para evaluar los estadios de cambios en personas fumadoras.....	75
- Anexo 5: Test de Richmond. Medición de la motivación para dejar de fumar.....	77
- Anexo 6: Test de Fagerström de dependencia a la nicotina.....	79
- Anexo 7: Historia clínica para personas fumadoras.....	81
- Anexo 8: Intervención avanzada.....	83
- Anexo 9: Tratamiento farmacológico.....	89

- Anexo 10: Material de apoyo para desarrollo de la intervención avanzada (individual y grupal).....	103
- Anexo 11: Tratamiento en situaciones clínicas que requieren una atención diferenciada.	111
GLOSARIO.....	113
BIBLIOGRAFÍA.....	117

1

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es el principal problema de salud pública de Andalucía, está relacionado con más de veinticinco enfermedades y acelera, de manera directa e indirecta, procesos degenerativos que aumentan el riesgo de muerte prematura. Según los datos que aporta la Encuesta Andaluza de Salud 2003, la prevalencia del tabaquismo en nuestra Comunidad es del 33%. A este hábito se le atribuye el 14.6% del total de las muertes en Andalucía. Esto quiere decir que alrededor de 10.000 personas mueren anualmente en nuestra Comunidad como consecuencia del consumo de tabaco.

Asimismo, hay que tener en cuenta que el humo de tabaco no es sólo dañino para las personas fumadoras, sino también para aquellas que lo inhalan involuntariamente por estar expuestas a él (personas fumadoras pasivas). La OMS ha subrayado, que el humo de tabaco –además de inequívocamente cancerígeno– es especialmente perjudicial para la población infantil en la que se ha asociado también con múltiples patologías, como: bajo peso al nacer, síndrome de muerte súbita del lactante, neumonías y otitis media entre otros.

Por otra parte, la evolución de esta epidemia ha hecho que cada día se incorporen más chicas jóvenes al consumo de tabaco, superando actualmente a los chicos en el grupo de edad de 16 a 24 años (avance Encuesta Nacional Salud 2006), es decir, en edades jóvenes fuman más las mujeres que los hombres. Esto nos indica la necesidad de acentuar las actuaciones de promoción de la salud, prevención y atención a los/las más jóvenes, integrando el

enfoque de género. También cabe destacar que están desarrollándose otras formas de consumo denominadas “tabaco sin humo”, como el “rapé”, “snus”, tabaco masticado, etc. Son datos que ilustran de forma clara la necesidad de intervenir sobre esta epidemia a través de un Plan que integre todas las medidas precisas para abordarla.

El Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010, enmarcado dentro del III Plan Andaluz de Salud 2003-2008, plantea un modelo de atención sanitaria integral, multidisciplinar y bajo la perspectiva de la continuidad asistencial. Para ello, se propone organizar la atención a las personas fumadoras desde todo el SSPA, garantizando la mejor atención sanitaria, basada en la evidencia científica disponible, incluyendo entre sus líneas de acción: “Definir la atención al tabaquismo utilizando como herramienta la metodología de los procesos asistenciales, siguiendo las directrices del II Plan de Calidad del SSPA”.

De acuerdo con el conocimiento actual, el mejor modelo de atención desde el punto de vista de la efectividad, es la intervención de carácter multicomponente, desplegada en torno al estadio motivacional en el que se encuentra la persona y adaptando el elenco de acciones en función de esta individualidad.

Al considerar el proceso de dejar de fumar en su totalidad, es posible planificar un modelo de intervención compuesto por acciones terapéuticas efectivas, tanto para las personas fumadoras en estadios avanzados (Preparación y Acción) como para quienes aún no se han planteado dejar de fumar en este momento (Precontemplación y Contemplación). Este modelo se configura con el propósito de que en todos los centros sanitarios, haya un programa de atención al tabaquismo y todos los profesionales sanitarios realicen intervención básica y avanzada, remitiendo a las personas fumadoras a los dispositivos de apoyo, en los casos que se requiera.

Para lograr este objetivo es necesario además, definir con precisión los componentes de este modelo de atención y cómo organizar la provisión de servicios de la forma más racional a lo largo de toda la cadena asistencial, integrando las expectativas de los pacientes, familiares y profesionales sanitarios. La metodología de la gestión de procesos asistenciales integrados permite cubrir con solvencia todos estos imperativos. Para ello se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar, formado por profesionales expertos en esta materia, encargados de desarrollar el Proceso de atención a las personas fumadoras, que se describe en este documento.

Esta publicación, donde se presenta la descripción pormenorizada de este proceso, pretende ser la base para la adaptación a nivel local, de la atención sanitaria a estas personas, como un modelo de cuidados compartidos en el que se asegure la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales. Además, se aportan propuestas que puedan servir para instaurar una mejor práctica asistencial y avanzar en la idea de mejora continua de la calidad en la atención de las personas fumadoras.

2

DEFINICIÓN GLOBAL

Definición funcional:

Conjunto de intervenciones de detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, destinadas a personas fumadoras o exfumadoras de tabaco hasta los 5 años de su abandono, con el objeto de ayudarles a avanzar en su proceso de cambio.

Límite de entrada:

Mediante captación oportunista en cualquier punto del SSPA y/o cuando lo solicite la persona voluntariamente¹.

Límite final:

Persona que durante 5 años se ha mantenido abstinente, o bien que por voluntad propia decide abandonar el proceso.

Límites marginales:

No se describen en este proceso las intervenciones específicas en adolescentes, embarazadas y personas con trastorno mental grave, que se desarrollarán en sucesivos subprocesos específicos.

Observaciones:

En tanto que enfermedad adictiva crónica, toda persona que abandone el proceso de deshabituación o tenga recaídas y decida intentar de nuevo el abandono, volverá a ser incluida en el proceso.

¹CONSULTAS DE AP Y AE, DISPOSITIVOS DE APOYO, HOSPITAL DE DÍA, UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN, URGENCIAS, DCCUs, SALUD RESPONDE (902 505 060), EPES, CPDs, SERVICIOS SOCIALES, UNIDADES DE PREVENCIÓN, SERVICIOS DE MEDICINA PREVENTIVA Y/O SALUD LABORAL.

3

DESTINATARIOS Y DESTINATARIAS. OBJETIVOS

Personas destinatarias y expectativas

PERSONA CONSUMIDORA Y EXCONSUMIDORA DE TABACO

- Que no me persigan ni me estigmaticen por ser persona fumadora.
- Que me faciliten programas de prevención o ayuda a la deshabituación.
- Que me informen sobre la oferta asistencial del SSPA y su contenido y vías de acceso al mismo.
- Que las consultas de deshabituación tabáquica existentes no estén masificadas.
- Que las y los profesionales de salud me ofrezcan consejo básico.
- Que se realicen programas de prevención o ayuda a la deshabituación en mi centro de trabajo.
- Que me financien los medicamentos y otros métodos de deshabituación por la Seguridad Social.
- Que no me culpabilicen por fumar.
- Que exista mayor oferta de actividades de prevención y deshabituación.
- Que se fomenten más las políticas sanitarias de ayuda a la deshabituación y de control de la composición del tabaco (aditivos y elementos perjudiciales para la salud).
- Que exista mayor apoyo e incentivación de la deshabituación por parte de mi empresa.

- Que se ponga fin a la “doble moral” social y política existente, ya que por un lado se fomenta el consumo y por otro se introducen medidas restrictivas.
- Que se me informe sobre la normativa actual.

FAMILIARES

- Que mi familiar deje de fumar.
- Que le ayuden a dejar de fumar.
- Que me asesoren cómo puedo motivarle para que decida dejar de fumar.
- Que me asesoren sobre cómo puedo ayudarle durante todo el proceso de deshabituación.
- Que le traten como a cualquier paciente con un problema de salud.
- Que como familiar fumador me oferten la posibilidad de tratamiento conjunto.
- Que no se ponga enfermo o enferma.
- Que se le quite la tos.
- Que papá/mamá huela bien y no les huela el aliento a tabaco.
- Que la casa huela bien y esté limpia.
- Que no fume a nuestro lado.
- Que no se ponga nervioso o nerviosa cuando nos molesta el tabaco
- Que no se enfade cuando le pedimos que no fume.

PROFESIONALES DE LA SALUD

Información

- Que se informe adecuadamente sobre los servicios existentes y las vías de acceso a los mismos.
- Que se informe sobre las vías y medios para poder ofrecer una ayuda adecuada a pacientes que acuden a la consulta con la intención de dejar el hábito tabáquico.
- Que exista mayor información y formación sobre protocolos y vías de derivación.

Formación

- Que se forme y capacite en técnicas de deshabituación tabáquica a profesionales de la salud en su totalidad.
- Que se tenga acceso a cursos de formación y actualización de conocimientos relacionados con la deshabituación tabáquica.

- Que se facilite el acceso a medios formativos y de actualización como internet, revistas en papel, “on line”, etc.
- Que existan programas específicos de ayuda a los profesionales fumadores.

Investigación

- Que se definan líneas estratégicas de investigación en tabaquismo.
- Que se priorice la financiación de la investigación específica en tabaquismo por parte de las instituciones públicas y privadas.

Recursos

- Que se disponga de tiempo suficiente para atender a pacientes.
- Que se disponga de tiempo para conjugar las actividades asistenciales con las de docencia, formación e investigación relacionadas con el abordaje del tabaquismo.
- Que la totalidad de profesionales de la salud tengamos acceso a internet en el lugar de trabajo.
- Que se creen espacios virtuales de comunicación entre profesionales.
- Que exista un sistema unificado de información y registro de actividad accesible a la totalidad de profesionales.
- Que se proporcionen los recursos necesarios, tanto humanos como materiales, para garantizar la correcta atención a las personas fumadoras.
- Que no estén tan saturados los servicios.
- Que se disponga de protocolos y guías de práctica clínicas basadas en la mejor evidencia científica.
- Que exista un sistema de comunicación fácil, rápido y fluido entre todos los profesionales sanitarios.

Asistencia

- Que los y las profesionales de la salud asuman su responsabilidad en el abordaje del tabaquismo.
- Que se apliquen Programas de Atención al Tabaquismo en todos los centros sanitarios coordinados desde las Unidades de Apoyo de los Distritos o Servicios hospitalarios.
- Que se unifiquen los criterios de actuación en el abordaje del tabaquismo.
- Que se garantice la elaboración, difusión y aplicación de protocolos de actuación, consensuados entre AP y Hospitalaria.

- Que se garantice la continuidad asistencial y se establezcan circuitos claramente definidos.
- Que las y los profesionales se impliquen y trabajen de forma coordinada, con criterios de actuación homogéneos y consensados garantizando la continuidad asistencial.
- Que exista financiación pública de tratamientos farmacológicos para la deshabituación tabáquica.
- Que se cree un grupo de trabajo formado por expertas y expertos, que elabore una propuesta de financiación de los tratamientos farmacológicos como parte de un programa de deshabituación tabáquica.
- Que se facilite la organización de talleres de educación para la salud dirigidos a la población.
- Que se promueva el abandono del consumo de tabaco en los colectivos modélicos, facilitándoles los medios necesarios para ello.
- Que se fomente la colaboración y participación de los colectivos modélicos en los planes de prevención y asistencia al tabaquismo en la población donde ejercen su actividad.



Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad

PERSONAS DESTINATARIAS: PERSONAS FUMADORAS

FLUJOS DE SALIDA: ASISTENCIA SANITARIA

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Recibirán un trato amable y respetuoso, con lenguaje claro y comprensible.
- Se les identificará el tabaquismo como problema de salud².
- Se les realizará el diagnóstico del estatus de persona fumadora y la valoración del estadio. Preguntar, aconsejar y registrar en la Historia Clínica.
- Se evaluará su satisfacción respecto del proceso de forma sistemática.
- Existirán protocolos consensuados entre AP y Hospitalaria para el tratamiento y seguimiento.
- La intervención avanzada en su formato individual o grupal, estará estructurada en un programa multicomponente, incorporando estrategias cognitivo-conductuales y/o tratamiento farmacológico, lo que permite una mayor flexibilidad en la utilización de las mismas de acuerdo con las características de cada persona.
- Algunos casos³ se derivarán a la unidad de apoyo de referencia.
- Se realizará un seguimiento de la persona exfumadora hasta los cinco años tras el abandono y se le ofrecerá la reentrada al proceso, en caso de recaída.
- Se programarán citas periódicas respetando sus necesidades familiares y laborales. Se facilitarán los justificantes necesarios.

FLUJOS DE SALIDA: SEGUIMIENTO ASISTENCIAL

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Se realizará un seguimiento de la persona exfumadora hasta los cinco años tras el abandono y se le ofrecerá la reentrada al proceso, en caso de recaída.
- Se le facilitarán citas periódicas programadas, respetando sus necesidades familiares y laborales. Igualmente, se facilitarán los justificantes necesarios.
- Los centros sanitarios de AP serán la base del tratamiento del tabaquismo para la solución de los problemas que puedan surgir.

² Personas consumidoras, exconsumidoras y no consumidoras de tabaco expuestas a aire contaminado por humo de tabaco (AHT).

³ Pacientes que han fracasado tras serios intentos y ser correctamente tratados, pacientes que hayan sufrido un evento isquémico agudo reciente (menos de 8 semanas), pacientes con arritmias o hipertensión arterial no controlada, personas con patología crónica (nefropatía, hepatopatía...) no controlada, embarazadas o en periodo de lactancia, personas con enfermedad psiquiátrica no estabilizadas y planes de empresas.

FLUJOS DE SALIDA: **INFORMACIÓN**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Se proporcionará información sobre opciones disponibles de las ofertas existentes de ayuda para la deshabituación.
- Existirá un sistema de identificación de todo el personal que interviene en el proceso.
- La persona fumadora recibirá información oral y escrita en lenguaje adecuado a su nivel de comprensión.
- Se proporcionará consejo y orientación a personas de su entorno. Se ofertará sistemáticamente a todos los familiares y allegados, soporte para colaborar en el proceso de abandono del tabaquismo de su ser querido.

FLUJOS DE SALIDA: **ACCESIBILIDAD**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Se ofertará el acceso al programa de deshabituación en un abanico variado de tiempo y espacios.
- Se facilitarán citas periódicas programadas para seguimiento según las necesidades detectadas.
- Existirán salas de espera con buenas condiciones de habitabilidad y confortabilidad.
- Se dispondrá de contacto telefónico directo o a través de nuevas tecnologías con el personal del sistema sanitario, para la resolución de dudas, problemas e inquietudes planteados en el tratamiento.
- Los accesos no tendrán barreras arquitectónicas y estarán debidamente señalizados.

FLUJOS DE SALIDA: **EDUCACIÓN SANITARIA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Existirán programas de educación sobre problemas relacionados con el tabaco y deshabituación tabáquica adaptada a las distintas edades y características de la persona fumadora.
- Se dispondrá de material educativo sobre problemas relacionados con el tabaco y deshabituación tabáquica.

PERSONAS DESTINATARIAS: FAMILIARES

FLUJOS DE SALIDA: INFORMACIÓN

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Recibirán un trato amable y respetuoso, con lenguaje claro y comprensible.
- Existirá un sistema de identificación de todo el personal que interviene en el proceso.
- Se proporcionará consejo y orientación al entorno de la persona fumadora.
- Se les ofertará sistemáticamente soporte para colaborar en el proceso de abandono del consumo de tabaco de su familiar o allegado.

FLUJOS DE SALIDA: ACCESIBILIDAD

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Existirán salas de espera con buenas condiciones de habitabilidad y confortabilidad.
- Los accesos no tendrán barreras arquitectónicas y estarán debidamente señalizados.
- Se llevará a cabo la captación activa y establecimiento de vías de acceso fácil para su inclusión en el proceso.
- Se ofertará tratamiento conjunto a familiares de personas fumadoras.

PERSONAS DESTINATARIAS: PROFESIONALES

FLUJOS DE SALIDA: PROVISIÓN DE ATENCIÓN Y PROMOCIÓN

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- La totalidad de las y los profesionales proveerán Intervención Básica, independientemente del entorno asistencial en el que se encuentren.
- Todos los Distritos Sanitarios, Áreas Hospitalarias y Áreas de Gestión Sanitarias contarán con un programa de atención y prevención del tabaquismo, coordinado por una unidad de apoyo.
- Se fomentará la colaboración y participación con otras instituciones y organismos en los planes de promoción de la salud, prevención y atención en la población.

FLUJOS DE SALIDA: **ADECUACIÓN DE RECURSOS**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Existirá una Unidad de apoyo que coordine el programa de atención al tabaquismo en Distritos Sanitarios, Áreas hospitalarias y Áreas de Gestión Sanitarias.
- Habrá una dotación adecuada de instalaciones, recursos humanos y materiales para la atención.
- Existirá un programa incluido en la cartera de servicios del centro, con un responsable o persona de referencia debidamente formada, con reconocimiento formal de la organización y con tiempo específico asignado para esta tarea, contemplado en la agenda del Centro.
- Habrá un sistema de información y registro único y accesible, para AP y Hospitalaria.
- Los y las profesionales de la salud dispondrán de programas para dejar de fumar.
- Se realizará un informe completo con el diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

FLUJOS DE SALIDA: **COORDINACIÓN Y CONTINUIDAD**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Se garantizará la comunicación entre los profesionales sanitarios mediante el teléfono o internet, para resolver las situaciones y dudas planteadas.
- Existirán protocolos y guías de actuación consensuados entre AP y Hospitalaria para la atención de la deshabituación.
- Se garantizará la continuidad asistencial, con circuitos bien definidos y eficientes, con flujos de información claramente establecidos.

FLUJOS DE SALIDA: **INFORMACIÓN**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Información sobre los servicios existentes y las vías de accesos a los mismos.
- Información sobre protocolos, vías de derivación y flujos de comunicación.

FLUJOS DE SALIDA: **FORMACIÓN**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Se desplegará formación continuada y acreditada sobre problemas relacionados con el tabaco, deshabituación tabáquica, prevención del tabaquismo y educación para la salud.
- Existirá acceso a internet y fuentes de documentación científica para búsqueda y recuperación de publicaciones periódicas y manuales de referencia.
- Se desarrollarán sesiones clínicas en las que participen las y los profesionales implicadas e implicados.

4 COMPONENTES

Descripción general

QUÉ	1. PRIMERA CONSULTA: CAPTACIÓN OPORTUNISTA: CRIBADO, CLASIFICACIÓN, INTERVENCIÓN BÁSICA
QUIÉN	Cualquier profesional sanitario y no sanitario con competencia para ello, perteneciente al SSPA
CUÁNDO	En cualquier contacto con el SSPA
DÓNDE	En cualquier punto del SSPA
CÓMO	Mediante búsqueda oportunista, facilitación de consejo y entrega de material escrito

QUÉ	2. SEGUNDA CONSULTA: ATENCIÓN A LA PERSONA FUMADORA EN ESTADÍO DE PREPARACIÓN PARA LA ACCIÓN
QUIÉN	Médico/a, enfermera y psicólogo/a
CUÁNDO	En el curso de una semana tras la captación oportunista
DÓNDE	Consulta de AP, especializada y hospitalización
CÓMO	Valoración e intervención

QUÉ	3. TERCERA CONSULTA: ATENCIÓN A LA PERSONA FUMADORA QUE HA PASADO A LA ACCIÓN
QUIÉN	Médico/a, enfermera y psicólogo/a
CUÁNDO	En el curso de los quince días siguientes al día "D"
DÓNDE	Consulta de AP o de hospital
CÓMO	Valoración e intervención

QUÉ	4. CUARTA CONSULTA: ATENCIÓN A LA PERSONA FUMADORA QUE SE ENCUENTRA EN FASE DE ACCIÓN (Entre un día y seis meses sin fumar)
QUIÉN	Médico/a, enfermera y psicólogo/a
CUÁNDO	En el curso de los cuarenta y cinco días siguientes al día "D". Se recomienda realizar un seguimiento a los noventa días del día "D"
DÓNDE	Consulta de AP o especializada
CÓMO	Valoración e intervención

QUÉ	5. QUINTA CONSULTA: ATENCIÓN A LA PERSONA EN FASE DE MANTENIMIENTO (Entre seis meses y un año sin fumar)
QUIÉN	Médico/a, enfermera y psicólogo/a
CUÁNDO	En el curso de los seis meses a un año siguientes al abandono
DÓNDE	Consulta de AP o de especializada
CÓMO	Valoración e intervención

QUÉ	6. SEXTA CONSULTA: ATENCIÓN A LA PERSONA EXFUMADORA EN FASE DE CONSOLIDACIÓN (Entre uno y cinco años sin fumar)
QUIÉN	Médico/a, enfermera y psicólogo/a
CUÁNDO	En el periodo comprendido entre uno y cinco años siguientes al abandono
DÓNDE	Consulta de AP o de especializada
CÓMO	Valoración e intervención



Profesionales. Actividades. Características de calidad

Profesionales sanitarios del SSPA

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="242 465 267 493">1º</p> <p data-bbox="155 535 336 589">Captación oportuna:</p> <ul data-bbox="155 651 310 778" style="list-style-type: none">• Cribado• Clasificación• Intervención básica	<ol data-bbox="381 465 1128 593" style="list-style-type: none">1. Cribado: a todas las personas y ante cualquier demanda en el SSPA, preguntar si fuma o ha fumado alguna vez y si está expuesta al humo de tabaco ambiental (con especial énfasis en la protección de los niños y embarazadas).2. Clasificación:<ul data-bbox="419 687 1128 1561" style="list-style-type: none">• Si nunca ha fumado, clasificar como persona no fumadora y felicitar.• Si lo ha dejado, felicitar y preguntar cuánto tiempo hace que lo dejó:<ul data-bbox="458 833 1128 1124" style="list-style-type: none">- Si hace menos de 6 meses, clasificar como persona fumadora en fase de acción.- Si lleva entre 6 y 12 meses, clasificar como persona fumadora en fase de mantenimiento.- Si hace entre 1 y 5 años, clasificar como persona exfumadora en fase de consolidación.- Si hace más de 5 años, clasificar como persona exfumadora en fase de finalización.• Si fuma, preguntar si quiere dejar de fumar:<ul data-bbox="458 1170 1128 1415" style="list-style-type: none">- Si no quiere, clasificar como persona en estadio precontemplativo.- Si quiere dejarlo ahora, pero sí en los próximos 6 meses, clasificar como persona en estadio contemplativo.- Si quiere dejarlo en el plazo de un mes, clasificar como persona en estadio de preparación para la acción y comprobar si reúne criterios de derivación.• En caso afirmativo, dar cita en Unidad de Apoyo. Criterios para derivación:<ul data-bbox="458 1497 1128 1561" style="list-style-type: none">- Personas fumadoras que han fracasado tras serios intentos de abandono, con ayuda de profesionales de la salud.

- Personas fumadoras con cardiopatía isquémica de menos de 8 semanas de evolución.
 - Personas fumadoras con arritmias no controladas.
 - Personas con patología crónica (nefropatía, hepatopatía...) no controlada.
 - Embarazadas o en periodo de lactancia.
 - Personas con enfermedad psiquiátrica no estabilizada.
- Si no reúne criterios de derivación:
 - Pacientes en régimen ambulatorio: dar cita para intervención avanzada.
 - Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de AP (DCCU-AP) y Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias Hospitalarios (SCCU-H): Registrar en informe de alta y derivar a Atención Primaria (AP).
 - Pacientes hospitalizados: se contactará con su referente médico o enfermera del propio servicio, que iniciará la intervención y Plan de Cuidados estandarizados de Enfermería (anexo 1).
 - Si está expuesto o expuesta al humo de tabaco ambiental (ACHT), clasificar como persona fumadora pasiva e informar de los riesgos y los beneficios de un ambiente libre de humo, entregar material (folleto “Cómo afecta a nuestra salud el Tabaquismo Pasivo y qué podemos hacer para evitarlo”). Si no está expuesta, felicitar.
3. En todos los casos, realizar Intervención Básica (anexo 2) que incluye: preguntar sobre el hábito, registrar en la historia clínica (según procedimiento detallado en el punto siguiente), efectuar consejo sanitario (información sistemática acerca de los efectos nocivos del tabaco sobre la salud y los beneficios de su abandono, aconsejándolo de forma firme, seria, breve y personalizada), ofertar el tratamiento, entregar el material de apoyo para la atención al tabaquismo (anexo 3) y llevar a cabo el seguimiento sistemático. En aquellos casos en que la persona abandone el consumo tras realizar una Intervención Básica, registrar la fecha del día “D” (fecha de abandono).
4. Registro en historia clínica: constatar la presencia o ausencia del consumo (persona fumadora, no fumadora, exfumadora). Si es

exfumadora (> 1 año sin fumar), anotar el tiempo que hace que dejó de fumar y registrar el estadio de cambio (persona exfumadora en fase de consolidación o finalización). Si es fumadora, registrar el estadio (Precontemplativo, Contemplativo, Preparación para la Acción, Acción, Mantenimiento), otros datos de interés (nº de cigarrillos al día, edad de inicio y/o paquetes/año) y la intervención.

5. Documentación (CMBD/Cuadros de Mando) de los códigos CIE-9/ NANDA/DSM-IV-TR referentes al tabaquismo. Abuso y dependencia.
 - V15.82 Historia de uso de tabaco.
 - 305.1 Trastorno por uso de tabaco. Dependencia de tabaco.
 - 00099 Mantenimiento inefectivo de la salud: tabaquismo.
 - F17. 2x Dependencia de nicotina [305.1].
 - F17.3 Abstinencia de nicotina [292.0].
 - F17.9 Trastorno relacionado con nicotina no especificado [292.9].

Médico/a / Enfermera / Psicólogo/a

2º

Segunda consulta: atención a la persona fumadora en estadio de Preparación para la Acción.

En el curso de la semana siguiente a la captación oportunista.

1. Valoración: se utilizará para la valoración y registro, el modelo transteorético de Prochaska y DiClemente, mediante la Escala de estadios de cambio de Becoña y Vázquez (anexo 4). Opcionalmente, puede utilizarse el test de Richmond para evaluar la motivación. (anexo 5). La dependencia física se evaluará con el Test de Fagerström (anexo 6). Se recomienda la recogida de datos en un modelo de historia clínica de la persona fumadora (anexo 7).
2. En AP: se procederá a la toma de decisión compartida sobre la modalidad de Intervención Avanzada (individual o grupal). Si la elección es la Intervención Avanzada Individual (anexo 8), se desarrollará la 1ª sesión e igualmente, se valorará la prescripción de tratamiento farmacológico (anexo 9). Si ha elegido Intervención Avanzada Grupal, se derivará al responsable del programa de atención a la persona fumadora de su Centro para que establezca el calendario oportuno (anexo 8).

3. En Atención Hospitalaria:

- En pacientes no ingresados, se ofertará la posibilidad de realizar la Intervención Avanzada en AP o en la Unidad de Apoyo para la Atención al Tabaquismo, en función de sus preferencias de accesibilidad y de la existencia de criterios de derivación. Se acompañará de un informe por escrito en el que se refleje su estadio y su decisión.
- En pacientes ingresados, se iniciará la primera sesión de la Intervención Individual y Plan de Cuidados estandarizados de Enfermería (anexo 1) y se valorará la administración de tratamiento farmacológico (anexo 9).

4. Intervenciones de la primera sesión avanzada individual (paciente ambulatorio), con una duración aproximada de 30 minutos.

- Cumplimentar la historia clínica de la persona fumadora (anexo 7).
- Establecer día "D", preferentemente, antes de la siguiente sesión.
- Entregar Guía del Usuario Fumador (anexo 3).
- Iniciar reducción gradual del consumo de nicotina (anexo 10).
- Explicar el manejo del autorregistro de cigarrillos (anexo 10).
- Valorar recursos de soporte social, como el apoyo e implicación de personas próximas al sujeto (pareja, familiares, amigos, etc.).
- Elaborar un listado de motivos para dejar de fumar (anexo 10).
- Realizar cooximetría (opcional).
- Determinar cotinina en orina y/o saliva (opcional si hay disponibilidad).
- Establecer objetivos para la siguiente sesión.

5. Intervención en la primera sesión avanzada grupal, con una duración aproximada entre 60 y 120 minutos.

- Establecer el calendario de las sesiones grupales (anexo 10).
- Las áreas de intervención en terapia grupal se centrarán en (anexo 8).

En aquellos hospitales que cuenten con estructura, recursos y demanda suficiente, se podrán realizar intervenciones grupales, siempre que reúnan los siguientes requisitos mínimos:

- A) Estancia prevista lo suficientemente larga para desarrollar la terapia grupal.
- B) Capacidad funcional suficiente para desplazarse al lugar donde se realizará la terapia, sin riesgos para su salud.
- C) Un número mínimo racional de pacientes para cada grupo a realizar (15-20).
- D) Espacio físico adecuado.

- Refuerzo de la motivación y el compromiso de la persona fumadora:
 - Revisar las razones para dejar de fumar y los beneficios de abandonar el tabaco.
 - Trabajar expectativas y percepción de autoeficacia (asegurar adherencia al tratamiento).
 - Retroalimentación mediante cooximetría, con datos objetivables por la persona, del beneficio obtenido al reducir el consumo de cigarrillos (monóxido de carbono en aire espirado).
- Autoobservación y/o autorregistro: aumento de la concienciación y del conocimiento de la propia conducta de fumar.
- Fijación de la fecha de abandono (contrato terapéutico) y valoración del establecimiento de un contrato de contingencias.
- Valoración de la posibilidad de uso de fármacos (anexo 9).
- Identificación de posibles conductas alternativas a la conducta de fumar (entrenamiento en técnicas de autocontrol, manejo del estrés, etc).
- Elección de la forma de abandono: cese inmediato o gradual del consumo de nicotina (RGINA).
- Control de estímulos y extinción de situaciones asociadas al tabaco.

6. Existen ciertas situaciones clínicas que requieren una atención diferenciada (anexo 11).

Médico/a / Enfermera / Psicólogo/a

Actividades	Características de calidad
<p>3º</p> <p>Tercera consulta: atención a la persona fumadora que ha pasado a la Acción</p>	<p>En el curso de los quince días siguientes al día "D".</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollo de la segunda sesión de Intervención Avanzada Individual con una duración aproximada de 20 minutos. <ul style="list-style-type: none"> • Refuerzo de su motivación y compromiso: <ul style="list-style-type: none"> - Revisión de los objetivos pactados en la sesión anterior.

- Felicitar y valorar el esfuerzo realizado.
 - Realización de cooximetría (opcional).
 - Valoración y registro del cumplimiento del tratamiento farmacológico y de los posibles efectos adversos (anexo 9).
 - Valoración del síndrome de abstinencia.
 - Discutir dificultades encontradas.
 - Entrenamiento en control de estímulos y extinción de la relación entre las situaciones y las conductas asociadas al tabaco.
 - Entrenamiento en técnicas sencillas de relajación para el manejo de situaciones de riesgo.
 - Consejos sobre actividad física y alimentación saludable.
 - Pacto de objetivos para la siguiente sesión.
2. Atención a la persona fumadora en Preparación para la Acción en tratamiento grupal, según el calendario que se establezca (generalmente, de 5 a 6 sesiones semanales de 60-120 minutos de duración) (anexo 10).
- Las áreas de intervención en terapia grupal se centrarán en (anexo 8):
 - Reforzar su motivación y compromiso:
 - Revisar las razones para dejar de fumar y los beneficios de abandonar el tabaco.
 - Trabajar expectativas y percepción de autoeficacia (asegurar adherencia al tratamiento).
 - Autoobservación y/o autorregistro: aumento de la concienciación y del conocimiento de la propia conducta de fumar (antecedentes, situaciones de mayor consumo, cigarrillos con más placer, etc).
 - Identificación de posibles conductas alternativas a la conducta de fumar (entrenamiento en técnicas de autocontrol, manejo del estrés, etc).
 - Entrenamiento en control de estímulos y extinción de la relación entre las situaciones y las conductas asociadas al tabaco.
 - Retroalimentación, con datos objetivables por la persona, del beneficio obtenido al reducir el consumo de cigarrillos (monóxido de carbono en aire espirado).
 - Valoración y registro del cumplimiento del tratamiento farmacológico y de los posibles efectos adversos (anexo 9).

3. Prevención y tratamiento de la recaída (anexo 8).

- Ayudar a la persona fumadora a identificar y a utilizar las estrategias para prevenir una recaída.
 - Entrenamiento en estrategias de afrontamiento:
 - Estrategias cognitivas:
 - * Imaginación (asociar fumar con consecuencias aversivas al tabaco).
 - * Reestructuración cognitiva (cambio de percepción de la situación).
 - * Autoinstrucciones (darse uno mismo instrucciones para mantenerse abstinentes).
 - Estrategias conductuales:
 - * Relajación.
 - * Actividad física.
 - * Comportamientos alternativos más adecuados, e incompatibles con la conducta de fumar (actividad física y dieta saludable).
 - * Habilidades asertivas (rehusar cigarrillos, solicitar apoyo durante una crisis, afrontar críticas, etc.) modelado, role-playing, etc.
 - * Retrasar el deseo de fumar.
 - Entrenamiento en solución de problemas: hacer frente a situaciones esperables o que puedan “hacer tambalear” su nueva situación como persona en proceso de abandono.
- Revisar caídas y/o recaídas que se hayan tenido en el pasado.
- Diferenciar entre caída puntual y recaída.
- En caso de recaída, registrar en la historia clínica la fecha de recaída y realizar estrategias para intentar nueva captación (anexo 8).
- Apoyo social:
 - Uso de ayuda mutua (entre los participantes del grupo de tratamiento).
 - Buscar el apoyo e implicación de personas próximas al sujeto (pareja, compañeros, amigos).
- Refuerzo positivo por los logros, con retroalimentación fisiológica (CO en aire espirado).

Actividades	Características de calidad
<p>4º</p> <p>Cuarta consulta: atención a la persona fumadora que se encuentra en fase de Acción (desde el día “D” hasta los 6 meses).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollo de la 3ª sesión de intervención avanzada individual en el curso de los cuarenta y cinco días siguientes al día “D”, con una duración aproximada de 20 minutos. <ul style="list-style-type: none"> • Refuerzo de la motivación y el compromiso de la persona fumadora: <ul style="list-style-type: none"> - Revisión de los objetivos pactados en la sesión anterior. - Felicitar y valorar el esfuerzo realizado. - Realización de cooximetría (opcional). • Valoración y registro del cumplimiento del tratamiento farmacológico y de los posibles efectos adversos (anexo 9). • Valoración del síndrome de abstinencia. • Discutir dificultades encontradas. • Entrenamiento en control de estímulos y extinción de la relación entre las situaciones y las conductas asociadas al tabaco. • Entrenamiento en técnicas sencillas de relajación para el manejo de situaciones de riesgo. • Consejos sobre actividad física y alimentación saludable. • Pacto de objetivos para la siguiente sesión. 2. En caso de intervención grupal, continuar con el calendario establecido (anexo 10). 3. Prevención y tratamiento de la recaída (Ir a punto 3 de la actividad 3). En caso de recaída, registrar la fecha en la historia clínica y realizar estrategias para iniciar un nuevo intento de abandono (anexo 8). 4. Se recomienda realizar un seguimiento a los noventa días del día “D” (a los 3 meses del día “D”) presencial o telefónico en el que se realizará: <ul style="list-style-type: none"> • Refuerzo positivo por los logros. Opcionalmente, realizar retroalimentación fisiológica (CO en aire espirado) y determinación de cotinina en orina y/o saliva. • Prevención y tratamiento de la recaída (anexo 8): personalizar las estrategias de afrontamiento, solución de problemas, apoyo social, etc. ante las distintas situaciones que se vayan produciendo. • A los 3 meses se registrará en la historia clínica la persistencia o no del abandono del tabaco.

Médico/a / Enfermera / Psicólogo/a

5º

Quinta consulta: atención a la persona en Fase de Mantenimiento (6 meses-1 año).

1. En personas en fase de mantenimiento (intervalo comprendido entre los seis meses y un año siguientes al día "D"). Seguimiento a los 6 y a los 12 meses (presencial o telefónico).
 - Refuerzo positivo por los logros (felicitar si sigue sin fumar), con retroalimentación fisiológica (CO en aire espirado). Determinación de cotinina en orina y/o saliva (opcional).
 - Prevención y tratamiento de la recaída (anexo 8): personalizar las estrategias de afrontamiento, solución de problemas, apoyo social, etc. ante las distintas situaciones que se vayan produciendo. En caso de recaída, registrar la fecha en la historia clínica y realizar estrategias para iniciar un nuevo intento de abandono (anexo 8).
 - A los 6 y a los 12 meses se registrará en la historia clínica la persistencia o no del abandono del tabaco.

Médico/a / Enfermera / Psicólogo/a

6º

Sexta consulta: atención a la persona exfumadora en Fase de Consolidación (1 año-5 años).

En personas exfumadoras en fase de consolidación (1-5 años).

1. Seguimiento a los 5 años presencial o telefónico.
 - Preguntar por la evolución (cómo se encuentra, prevención y tratamiento de la recaída) y registrar en la historia clínica.
 - Felicitarle si continúa sin fumar.
 - En caso de recaída, realizar estrategias para iniciar un nuevo intento de abandono (anexo 8).
 - A los 5 años se registrará en la historia clínica la persistencia o no del abandono del tabaco (persona exfumadora en fase de finalización).



Recursos. Características generales. Requisitos

RECURSOS	CARACTERÍSTICAS GENERALES	REQUISITOS
Espacios-Dependencias	<ul style="list-style-type: none">- Sala de sesiones para terapia grupal.- Consulta.	Sala de sesiones para terapia grupal: espacio suficiente para 20 personas. Condiciones de sonoridad, iluminación y ventilación adecuadas. Dispositivos para el lavado y/o desinfección de manos. Mobiliario de almacenamiento. Estación de trabajo (PC y acceso a impresión en red) en entornos con historia clínica digital.
Personal	<ul style="list-style-type: none">- Médico/a, enfermera, auxiliar de enfermería, matró/a de AP y AE.- Trabajador/a social.- Psicólogo/a.- Personal administrativo.- Celador/a.- Servicio de limpieza.- Servicio de mantenimiento.	Ver mapa de competencias.
Aparataje	<ul style="list-style-type: none">• Elementos auxiliares de exploración:<ul style="list-style-type: none">- Peso y tallímetro.- Cooxímetro.- Opción para acceso a radiología torácica, espirometría y electrocardiografía, análisis de perfil hepático y renal, si se considera necesario.- Fonendoscopio.- Esfigmomanómetro.- Camilla.- Negatoscopio.• Material audiovisual:<ul style="list-style-type: none">- DVD/Vídeo, TV, equipo de música (CD / cassette/lector de archivos en formato digital).- Altavoces.- Proyector digital.- Pantalla de proyecciones.- Aplicaciones informáticas para soporte didáctico.	Revisión y calibración según normas y procedimientos estandarizados. Licencia oficial del SSPA.

RECURSOS	CARACTERÍSTICAS GENERALES	REQUISITOS
Fármacos	<ul style="list-style-type: none"> - Bupropion. - Parches TSN. - Chicles TSN. - Comprimidos TSN. - Varenicline. 	Estocaje, almacenamiento y dispensación según procedimientos normalizados.
Material de papelería, fungible y accesorios	<ul style="list-style-type: none"> - Documento de historia clínica. - Material educativo. - Cartelería. - Folletos informativos y formativos. - Gráficas de registros. - Hoja de seguimiento intervención grupal. - Sesiones impresas para participantes del grupo, con sus anexos. - Guía de intervención en terapia grupal para profesionales. - Cuestionario para encuesta de satisfacción con el taller. - Documentos de solicitud de analítica. - Documentos de derivación. - Formulario de consentimiento informado. - Fichas de reacciones adversas a medicamentos. - Recetas. - Copias del proceso. 	<p>Todos los impresos deberán ser autorizados y normalizados por la Comisión de historias clínicas según normativa vigente.</p> <p>El material educativo será en color.</p>
Equipamiento general	<ul style="list-style-type: none"> - Mobiliario de consulta. - Colchonetas para técnicas de relajación en sesiones grupales. - Sillas independientes móviles con soporte de escritura que favorezca la interacción cara a cara (tipo escolar), para sesiones grupales. - Teléfono con línea exterior. - Mobiliario para sala de estar. - Pizarra para sala de sesiones grupales. - Acceso a internet y consulta de fuentes bibliográficas. 	Todo el instrumental deberá estar homologado.
Recursos informáticos	<ul style="list-style-type: none"> - Ordenadores y terminales. - Impresoras. - Programas específicos. 	<p>Suficientes para las necesidades asistenciales, administrativas y de gestión.</p> <p>Homologados e inventariados en el SSPA.</p>

Unidades de soporte

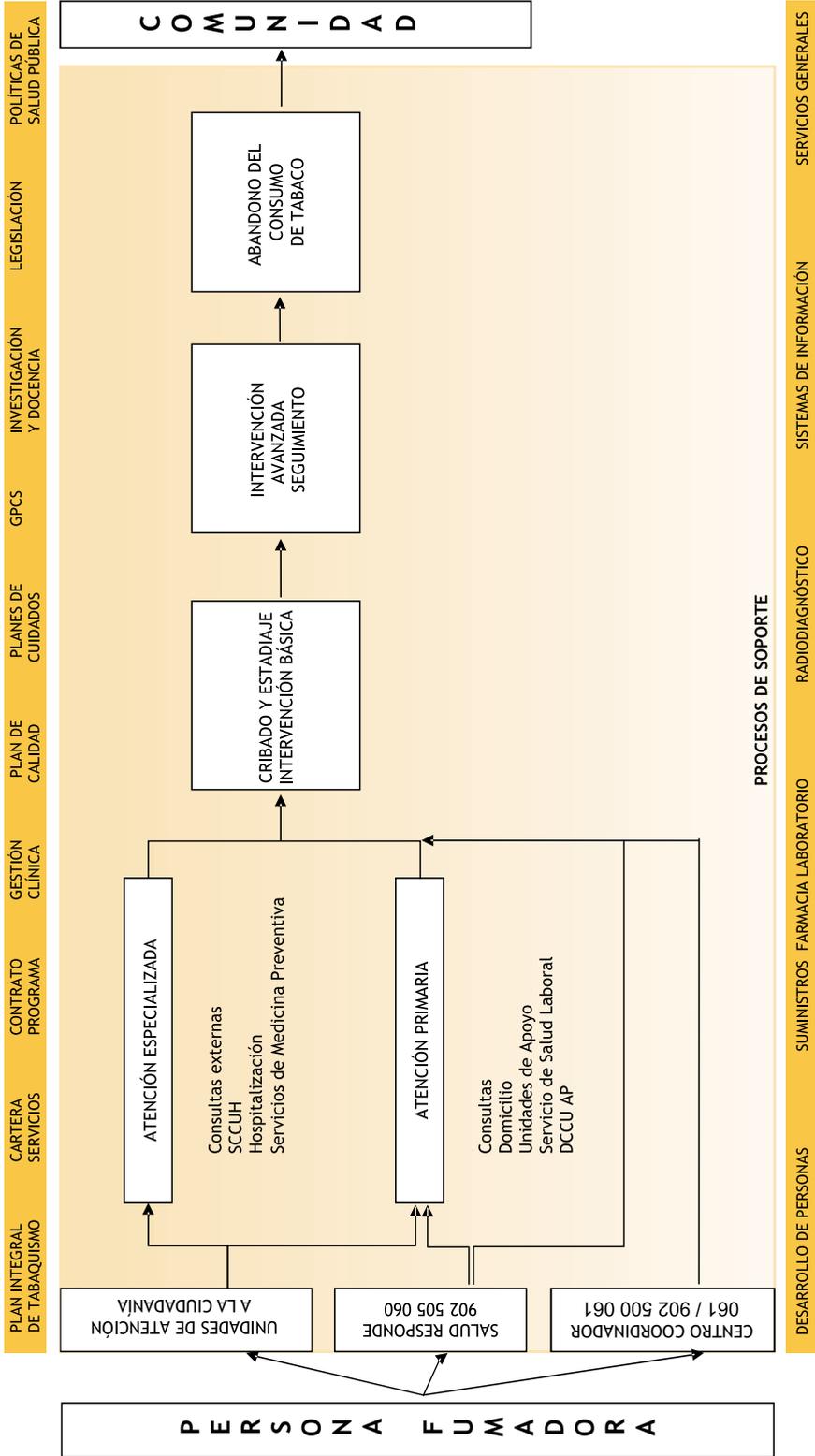
UNIDADES DE SOPORTE	ENTRADAS
Servicio de Farmacia	Guía farmacoterapéutica
Servicio de Radiodiagnóstico Servicio de Laboratorio Clínico	Pruebas complementarias (determinación de cotinina en orina y saliva)
Servicio de Informática	Apoyo en software y hardware Mantenimiento de la red
Unidad de Compras, Suministros y Almacén	- Provisión de fungibles y papelería - Almacenamiento que garantice: <ul style="list-style-type: none"> • El mantenimiento de stock • El control de caducidades • La rotación y condiciones específicas de almacenamiento
Servicio de Documentación y Archivo	Historias clínicas
Unidad de Atención a la Ciudadanía	Gestión de citas e información
Servicio de Biblioteca	Gestión de conocimiento
Servicio de Personal	Contratación del personal
Servicio de Mantenimiento	Revisión y control de la infraestructura del Servicio: aparataje, mobiliario, instalaciones, etc. Reparación de equipos
Unidad de Docencia e Investigación	Plan de formación del personal y apoyo a proyectos de investigación
Unidad de Calidad	Asesoramiento y apoyo para la implementación y evaluación del proceso.

5

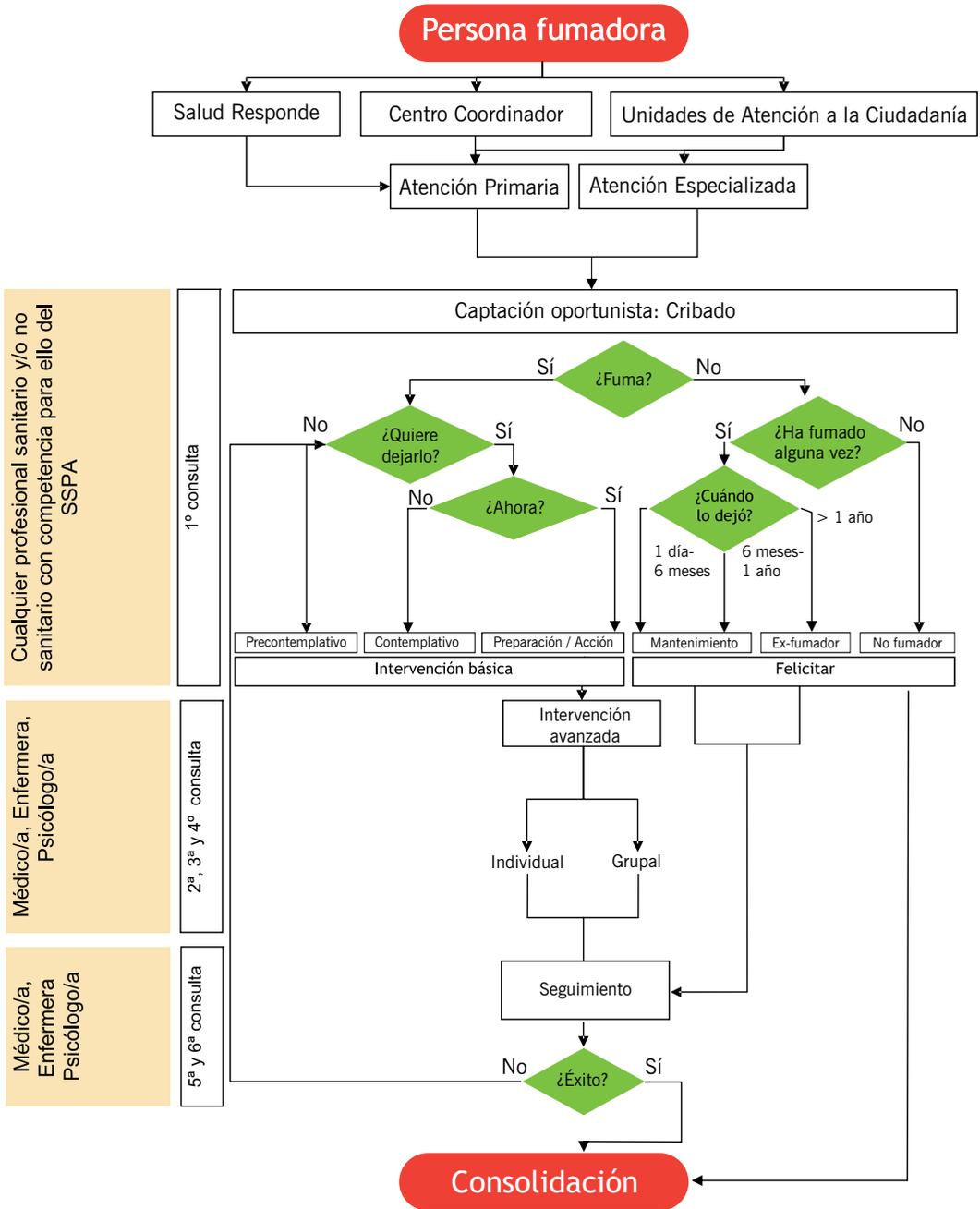
REPRESENTACIÓN GRÁFICA

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 1: ATENCIÓN A LAS PERSONAS FUMADORAS

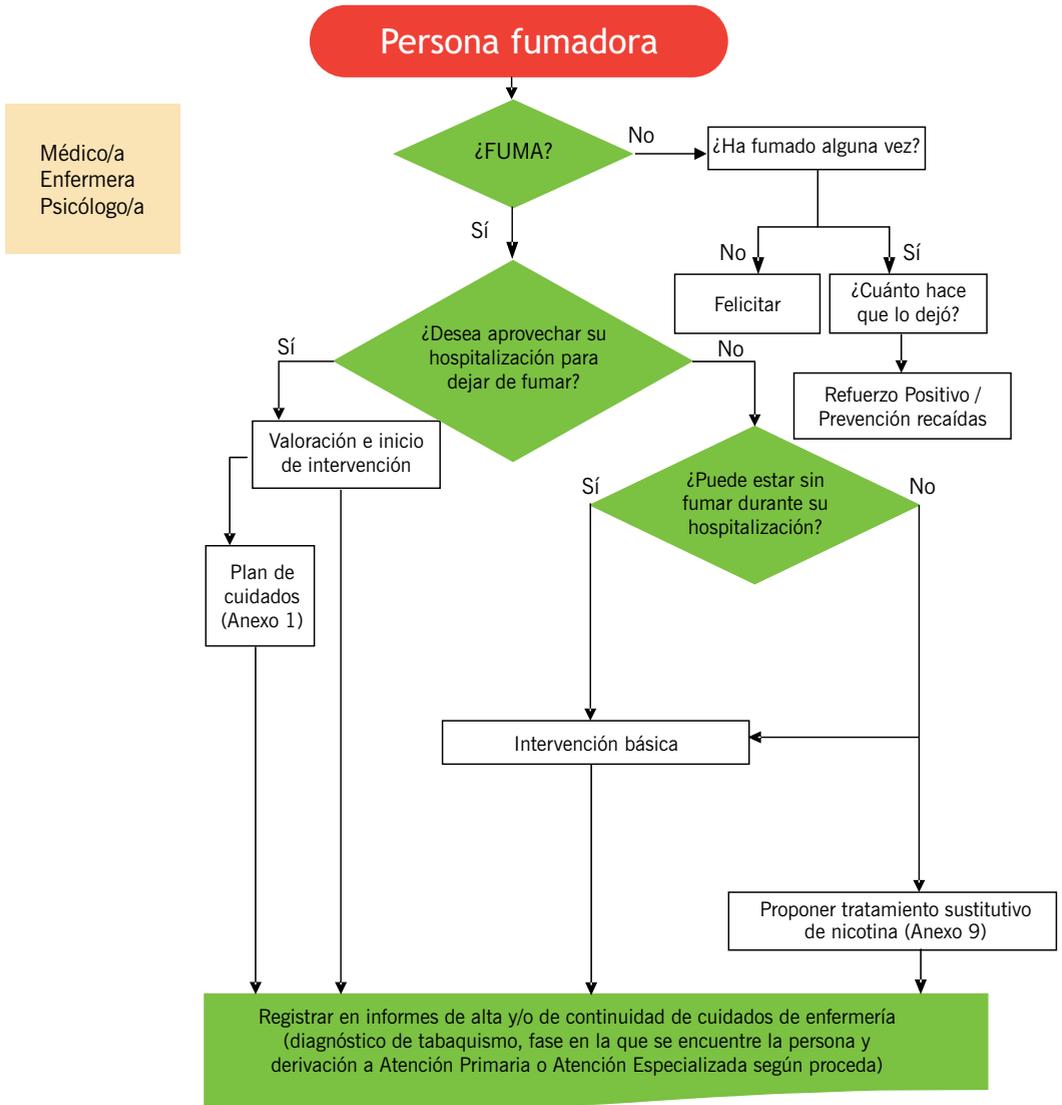
PROCESOS ESTRATÉGICOS



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3. PROCESO DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS FUMADORAS



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3. ATENCIÓN A LAS PERSONAS FUMADORAS INTERVENCIÓN INDIVIDUAL EN PACIENTE HOSPITALIZADO



6

INDICADORES

Incidencia del registro del hábito tabáquico

Dimensión	Indicador de proceso.
Fórmula	Número de personas con registro del hábito tabáquico según proceso (diferenciadas por edad y sexo) x100/ pacientes distintos vistos en el período.
Criterio	<p>Este indicador puede ser monitorizado en AP y en el Hospital. En el caso de que no se dispongan de registros informatizados que automáticamente permitan conocer si la persona ha sido preguntada por su hábito tabáquico, se tendrá que recurrir al muestreo de historias clínicas.</p> <p>La identificación y el registro se considerará válido solo si se hace mención de las características de calidad, según se indica en el proceso: presencia o ausencia del consumo (persona fumadora, no fumadora y exfumadora) y exposición al humo de tabaco ambiental (ACHT). Si es exfumadora (> 1 año sin fumar), preguntar el tiempo que hace que dejó de fumar y valorar el estadio de cambio (persona exfumadora en fase de consolidación o finalización) y si es fumadora, evaluar el estadio (Precontemplativo, Contemplativo, Preparación para la Acción, Acción, Mantenimiento) y preguntar por otros datos de interés (nº de cigarrillos al día, edad de inicio y/o paquetes/año) e intervención.</p>
Estándar	90%
Definición de términos	Ver glosario.
Fuente	DIRAYA o Historia Clínica de Atención Especializada.
Periodicidad	Anual.

Incidencia de uso de la Intervención Básica

Dimensión	Indicador de proceso.
Fórmula	Número de personas fumadoras a las que se le realiza Intervención Básica (diferenciado por edad y sexo) x 100/ pacientes atendidos y atendidas en el período que afirman ser fumadores o fumadoras.
Criterio	<p>Este indicador puede ser monitorizado en AP y en el hospital. En caso de no disponerse de registros informatizados que automáticamente informen del número de personas fumadoras identificadas y a las que se les realiza Intervención Básica, se tendrá que recurrir al muestreo de historias clínicas.</p> <p>En aquellas personas en las que la Intervención Básica se haya realizado en el año anterior, deberán tenerla también realizada en el año en curso (siempre que hayan acudido al centro sanitario) para que se pueda dar el caso como válido e incluirlo en el numerador.</p> <p>La Intervención Básica se considerará válida solo si se hace mención de las características de calidad, según se indica en el proceso.</p>
Estándar	80%
Definición de términos	Ver glosario.
Fuente	DIRAYA o Historia Clínica de Atención Especializada.
Periodicidad	Anual.

Incidencia de uso de la Intervención Avanzada Individual

Dimensión	Indicador de proceso.
Fórmula	Número de personas fumadoras a las que se le realiza Intervención Avanzada Individual (diferenciado por edad y sexo) x100/ pacientes atendidos en el período que afirman ser fumadores.
Criterio	<p>Este indicador puede ser monitorizado en AP y en el Hospital. En caso de no disponerse de registros informatizados que automáticamente informen del número de personas fumadoras a las que se les realiza Intervención Avanzada, se tendrá que recurrir al muestreo de historias clínicas.</p> <p>En aquellas personas en las que la Intervención Avanzada Individual se haya realizado en el año anterior, deberán tener también realizados los seguimientos pertinentes (a los 6 y 12 meses del día "D") en el año en curso, para que se pueda dar el caso como válido e incluirlo en el numerador.</p> <p>La Intervención Avanzada Individual se considerará válida solo si se hace mención de las características de calidad, según se indica en el proceso.</p>
Estándar	Definición a posteriori, una vez implantado el proceso.
Definición de términos	Ver glosario.
Fuente	DIRAYA y programa de gestión de citas de servicios hospitalarios.
Periodicidad	Anual.

Incidencia de uso de la Intervención Avanzada Grupal

Dimensión	Indicador de proceso.
Fórmula	Número de personas fumadoras a las que se le realiza Intervención Avanzada Grupal (diferenciado por edad y sexo) x 100/ pacientes atendidos en el período que afirman ser fumadores o fumadoras.
Criterio	<p>Este indicador puede ser monitorizado en AP y en el Hospital. En caso de no disponerse de registros informatizados que automáticamente informen del número de personas fumadoras a las que se les realiza Intervención Avanzada Grupal, se tendrá que recurrir al muestreo de historias clínicas.</p> <p>En aquellas personas en las que la Intervención Avanzada se haya realizado en el año anterior, deberán tener también realizados los seguimientos pertinentes (6 y 12 meses del día "D") en el año en curso, para que se pueda dar el caso como válido e incluirlo en el numerador.</p> <p>La Intervención Avanzada grupal se considerará válida solo si se hace mención de las características de calidad, según se indica en el proceso.</p>
Estándar	Definición a posteriori, una vez implantado el proceso.
Definición de términos	Ver glosario.
Fuente	DIRAYA e Historia Clínica de Atención Especializada.
Periodicidad	Anual.

Incidencia de registro en los informes de alta

Dimensión	Indicador de proceso.
Fórmula	Nº de informes clínicos de consulta, de alta hospitalaria y/o de continuidad de cuidados de enfermería en los que conste el diagnóstico del hábito tabáquico, tratamiento recomendado y derivación a AP o Especializada según criterios establecidos para seguimiento en el proceso (diferenciado por edad y sexo) x 100 / Nº total de informes de alta del servicio en el período.
Estándar	90%
Definición de términos	Ver glosario.
Fuente	DIRAYA e Historia Clínica de Atención Especializada.
Periodicidad	Anual.

Incidencia de recaída en Intervención Básica

Dimensión	Indicador de resultado.
Fórmula	N° personas fumadoras que presentan recaída a los 6 y/o 12 meses del día "D" (diferenciado por edad y sexo) $\times 100 / n^{\circ}$ de personas fumadoras sobre las que se ha realizado una intervención básica.
Criterio	Este indicador puede ser monitorizado en AP y en el Hospital. En caso de no disponerse de registros informatizados que automáticamente informen del número de personas fumadoras que presentan una recaída a los 6 y/o 12 meses del "Día D", se tendrá que recurrir al muestreo de historias clínicas.
Estándar	Definición a posteriori, una vez implantado el proceso.
Definición de términos	Ver glosario.
Fuente	DIRAYA e Historia Clínica de Atención Especializada.
Periodicidad	Anual.

Incidencia de recaída en Intervención Avanzada

Dimensión	Indicador de resultado.
Fórmula	N° personas fumadoras que presentan recaída a los 6 y/o 12 meses del día "D" (diferenciado por edad y sexo) $\times 100 / n^{\circ}$ de personas fumadoras sobre las que se ha realizado una intervención avanzada.
Criterio	Este indicador puede ser monitorizado en AP y en el Hospital. En caso de no disponerse de registros informatizados que automáticamente informen del número de personas fumadoras que presentan una recaída a los 6 y/o 12 meses del "Día D", se tendrá que recurrir al muestreo de historias clínicas.
Estándar	Definición a posteriori, una vez implantado el proceso.
Definición de términos	Ver glosario.
Fuente	DIRAYA e Historia Clínica de Atención Especializada.
Periodicidad	Anual.

Incidencia de abandono en Intervención Básica

Dimensión	Indicador de resultado.
Fórmula	<ul style="list-style-type: none"> • N° de personas fumadoras a las que se les realiza sólo Intervención Básica y se mantienen sin fumar a los 12 meses de haberlo registrado en Historia Clínica (diferenciado por edad y sexo) x 100/ n° de personas fumadoras sobre las que se hace sólo Intervención Básica. • N° de personas fumadoras a las que se les realiza sólo Intervención Básica y se mantienen sin fumar a los 5 años de haberlo registrado en Historia Clínica (diferenciado por edad y sexo) x 100/ n° de personas fumadoras sobre las que se hace sólo Intervención Básica.
Criterio	Este indicador puede ser monitorizado en AP y en el hospital. En caso de no disponerse de registros informatizados que automáticamente informen del número de personas fumadoras que se mantienen sin fumar al año de la Intervención Básica (seguimiento a los 12 meses de haberlo registrado en Historia Clínica) se tendrá que recurrir al muestreo de historias clínicas.
Estándar	Definición a posteriori, una vez implantado el proceso.
Definición de términos	Ver glosario.
Fuente	DIRAYA e Historia Clínica de Atención Especializada.
Periodicidad	Anual.

Incidencia de abandono en Intervención Avanzada Individual (IAI)

Dimensión	Indicador de resultado.
Fórmula	<ul style="list-style-type: none"> • N° personas a las que se les realiza IAI y se mantienen sin fumar a los 12 meses de la IAI seguimiento a los 12 meses del día "D" (diferenciado por edad y sexo) x 100/ n° de personas sobre las que se hace IAI en el período. • N° personas a las que se les realiza IAI y se mantienen sin fumar a los 5 años de la IAI (diferenciado por edad y sexo) x 100/ n° de personas sobre las que se hace IAI en el período.
Criterio	Este indicador puede ser monitorizado en AP y en el Hospital. En caso de no disponerse de registros informatizados que automáticamente informen del número de personas fumadoras que se mantienen sin fumar al año de la Intervención Avanzada (seguimiento a los 12 meses del día "D"), se tendrá que recurrir al muestreo de historias clínicas.
Estándar	Definición a posteriori, una vez implantado el proceso.
Definición de términos	Ver glosario.
Fuente	DIRAYA e Historia Clínica de Atención Especializada.
Periodicidad	Anual.

Incidencia de abandono en Intervención Avanzada Grupal (IAG)

Dimensión	Indicador de resultado.
Fórmula	<ul style="list-style-type: none"> Nº personas a las que se les realiza IAG y se mantienen sin fumar a los 12 meses de la IAG (seguimiento a los 12 meses del día "D" (diferenciado por edad y sexo) x 100 / nº de personas sobre las que se hace IAG en el período. Nº personas a las que se les realiza IAG y se mantienen sin fumar a los 5 años de la IAG (diferenciado por edad y sexo) x 100/ nº de personas sobre las que se hace IAG en el período.
Criterio	Este indicador puede ser monitorizado en AP y en el Hospital. En caso de no disponerse de registros informatizados que automáticamente informen del número de personas fumadoras que se mantienen sin fumar al año de la Intervención Avanzada (seguimiento a los 12 meses del día "D"), se tendrá que recurrir al muestreo de historias clínicas.
Estándar	Definición a posteriori, una vez implantado el proceso.
Definición de términos	Ver glosario.
Fuente	DIRAYA e Historia Clínica de Atención Especializada.
Periodicidad	Anual.

Incidencia de abandono en Intervención Avanzada

Dimensión	Indicador de resultado.
Fórmula	<ul style="list-style-type: none"> Nº personas a las que se les realiza IAI con tratamiento farmacológico (Anexo VII) y se mantienen sin fumar a los 12 meses de la IAI con fármacos (seguimiento a los 12 meses del día "D"), (diferenciado por edad y sexo) x 100/ nº de personas sobre las que se hace IAI con tratamiento farmacológico en el período. Nº personas a las que se les realiza IAI con tratamiento farmacológico (Anexo VII) y se mantienen sin fumar a los 5 años de la IAI (diferenciado por edad y sexo) x 100/ nº de personas sobre las que se hace IAI con tratamiento farmacológico (Anexo VII) en el período.
Criterio	Este indicador puede ser monitorizado en AP y en el hospital. En caso de no disponerse de registros informatizados que automáticamente informen del número de personas fumadoras que se mantienen sin fumar al año de la intervención avanzada (seguimiento a los 12 meses del día "D"), se tendrá que recurrir al muestreo de historias clínicas.
Estándar	Definición a posteriori, una vez implantado el proceso.
Definición de términos	Ver glosario.
Fuente	DIRAYA e Historia Clínica de Atención Especializada.
Periodicidad	Anual.

Incidencia de abandono en Intervención Avanzada Grupal (IAG) con tratamiento farmacológico

Dimensión	Indicador de resultado.
Fórmula	<ul style="list-style-type: none"> • N° personas a las que se les realiza IAI con tratamiento farmacológico (Anexo VII) y se mantienen sin fumar a los 12 meses de la IAI con fármacos del anexo VII (diferenciado por edad y sexo) x 100/ n° de personas sobre las que se hace IAI con tratamiento farmacológico en el período. • N° personas a las que se les realiza IAI con tratamiento farmacológico (Anexo VII) y se mantienen sin fumar a los 5 años de la IAI con fármacos del anexo VII (diferenciado por edad y sexo) x 100/ n° de personas sobre las que se hace IAI con tratamiento farmacológico en el período.
Criterio	Este indicador puede ser monitorizado en AP y en el Hospital. En caso de no disponerse de registros informatizados que automáticamente informen del número de personas fumadoras que se mantienen sin fumar al año de la Intervención Avanzada con fármacos (seguimiento a los 12 meses del día "D"), se tendrá que recurrir al muestreo de historias clínicas.
Estándar	Definición a posteriori, una vez implantado el proceso.
Definición de términos	Ver glosario.
Fuente	DIRAYA e Historia Clínica de Atención Especializada.
Periodicidad	Anual.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS DE ENFERMERÍA

El consumo de tabaco es el principal problema de salud pública en los países desarrollados. Hasta ahora se ha asociado a más de veinticinco enfermedades, y representa uno de los factores de riesgo más importantes para la salud de la población española, siendo la principal causa evitable de mortalidad prematura y evitable. Más de 70.000 estudios y numerosos informes, han puesto en evidencia los efectos nocivos que el tabaco tiene para la salud y establecen la asociación entre su consumo y la elevada morbimortalidad para la población.

En los últimos años, se han realizado diferentes revisiones buscando evidencia sobre las estrategias más adecuadas, para ayudar a las personas en su proceso de abandono del tabaco. Esta evidencia nos demuestra que, la enfermería es el recurso humano más grande en la asistencia sanitaria, participando en prácticamente todos los niveles de la atención de la salud. El consejo y el apoyo del personal de enfermería pueden aumentar el éxito para que las personas dejen de fumar (Rice, Stead 2005)

En el siguiente plan de cuidados se presentan los principales problemas de salud que aparecen en las personas incluidas en el Proceso Asistencial Integrado de Atención a las Personas Fumadoras. Al tratarse de un plan de cuidados estandarizado, deberá personalizarse para mejorar su eficacia. Los principales objetivos de este plan se centran en la prevención de la morbilidad y sus secuelas, proporcionar la mejor información para reforzar y mantener la capacidad de decisión de los individuos y la conservación de la energía empleada por todas las personas involucradas en los cuidados, ya sean pacientes, sus familiares o profesionales de la salud.

Este plan se establece, como un conjunto de procedimientos dirigidos a la búsqueda de la mejor situación de bienestar de la persona fumadora, englobando en este cuidado la totalidad de circunstancias personales.

Este plan incluye:

- Valoración de enfermería según el modelo de Necesidades Básicas de Virginia Henderson (Tabla 1.1) y según patrones funcionales de Marjory Gordon (Tabla 1.2).
- Exposición de los principales problemas de enfermería, recogidos en etiquetas diagnósticas siguiendo la taxonomía II de la NANDA.
- Selección de los resultados esperados según la taxonomía NOC.
- Intervenciones enfermeras necesarias para dar solución a estos problemas utilizando la clasificación NIC.
- Desarrollo de los resultados, indicadores, intervenciones y actividades enfermeras para cada uno de los diagnósticos enfermeros seleccionados.

Este plan de cuidados se ha elaborado con la colaboración de enfermeras expertas en cuidados y calidad asistencial.

Tabla 1.1. Valoración específica de enfermería según Necesidades Básicas de Salud de Virginia Henderson

<p>Necesidad 01. Respiración</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.- Dificultad para respirar 2.- Tos inefectiva/no productiva 3.- Fumador/a 4.- Desea dejar de fumar 5.- Edemas 6.- Deterioro de la circulación de MMII 7.- Medicación respiratoria 10.- Frecuencia respiratoria 11.- Frecuencia cardiaca 12.- Tensión arterial 13.- Ruidos respiratorios <p>Necesidad 02. Alimentación/hidratación</p> <ul style="list-style-type: none"> 14.- Alimentación/nutrición 17.- Problemas de la mucosa oral 18.- Sigue algún tipo de dieta 19.- Total de consumo de líquidos diarios 20.- Enumere lo que come en un día 21.- Apetito 22.- Náuseas 23.- Vómitos 24.- Expresa insatisfacción con su peso 145.- Peso 146.- Talla 147.- IMC <p>Necesidad 03. Eliminación</p> <ul style="list-style-type: none"> 26.- Número y frecuencia de deposiciones 30.- Cambios en hábitos intestinales 34.- Gases <p>Necesidad 04. Movilización</p> <ul style="list-style-type: none"> 44.- Falta o reducción de energía para tolerar la actividad 42.- Pérdidas de fuerza <p>Necesidad 05: Reposo/sueño</p> <ul style="list-style-type: none"> 46.- Cambios en el patrón de sueño 47.- Ayuda para dormir 48.- Estímulos ambientales nocivos <p>Necesidad 07. Temperatura</p> <ul style="list-style-type: none"> 54.- Sensibilidad al frío: aumentada /disminuida 55.- Sensibilidad al calor: aumentada/ disminuida 	<p>CUESTIONARIOS:</p> <p>Test de Fagerström: dependencia de la nicotina.</p> <p>Test de motivación para dejar de fumar Richmond.</p> <p>Cuestionario Cage o AUDIT “detección de problemas relacionados con el alcohol”.</p> <p>Riesgo nutricional cuestionario “conozca su salud nutricional”.</p> <p>Escala de disnea – MRC Modificada.</p> <p>Cuestionario de Oviedo del sueño.</p> <p>Escala de Goldberg.</p> <p>Cuestionario apgar familiar.</p> <p>Cuestionario DUKE-UNC.</p>
---	---

Necesidad 08. Higiene /piel

56.- Estado de piel y mucosas

Necesidad 09. Seguridad

66.- Tabaco

67.- Otras sustancias

68.- No sigue el plan terapéutico

74.- Alteraciones senso perceptivas

Necesidad 10. Comunicación

76.- Comunicarse con los demás

78.- Su cuidador/a no proporciona apoyo, consuelo y ayuda

82.- Problemas familiares

83.- Manifiesta carencia afectiva

Necesidad 11. Religión /creencias

95.- Ha tenido en los dos últimos años cambios vitales

96.- Su situación actual ha alterado sus creencias

97.- No se adapta usted a esos cambios

98.- Describa su estado de salud

99.- No da importancia a su salud

100.- No acepta su estado de salud

102.- Tiene sensación de malestar o amenaza de origen inespecífico y sentimiento de aprensión

105.- Temor expreso

106.- Problemas emocionales

Necesidad 12. Trabajar /realizarse

107.- No conoce los recursos disponibles de la comunidad

109.- Tiene dificultad para realizar sus pasatiempos habituales

Necesidad 13. Actividades lúdicas

110.- Situación laboral2.-Problemas en el trabajo

113.- Influye el trabajo en su estado de salud

114.- Sensación habitual de estrés

Necesidad 14. Aprender

118.- Tiene falta de información sobre su salud

119.- Desea más información sobre...

Tabla 1.2. Valoración enfermera según Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon

<p>Patrón 01. Percepción-Manejo de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> 98.- Describa su estado de salud 99.- No da importancia a su salud 100.- No acepta su estado de salud 101.- No participa en aspectos relacionados con su enfermedad <ul style="list-style-type: none"> 2.- Tos inefectiva /no productiva 3.- Fumador/a 4.- Desea dejar de fumar 65.- Alcohol 67.- Otras sustancias 68.- No sigue el plan terapéutico <p>Patrón 02. Nutricional-Metabólico</p> <ul style="list-style-type: none"> 14.- Alimentación/nutrición 17.- Problemas de la mucosa oral 18.- Sigue algún tipo de dieta 19.- Total de consumo de líquidos diarios 20.- Enumere lo que come en un día 21.- Apetito 22.- Náuseas 23.- Vómitos 24.- Expresa insatisfacción con su peso 150.- Higiene general 56.- Estado de piel y mucosas 145.- Peso 146.- Talla 147.- IMC <p>Patrón 03. Eliminación</p> <ul style="list-style-type: none"> 26.- Número y frecuencia de deposiciones 30.- Cambios en hábitos intestinales 31.- Ayuda para la defecación 33.- Dolor al defecar 34.- Gases <p>Patrón 04. Actividad-Ejercicio</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.- Dificultad para respirar 7.- Medicación respiratoria 9.- Depresión de reflejos de náuseas y tos 10.- Frecuencia respiratoria 13.- Ruidos respiratorios <ul style="list-style-type: none"> 5.- Edemas 6.- Deterioro de la circulación de MMII 11.- Frecuencia cardíaca 12.- Tensión arterial 41.- Actividad física habitual 	<p>CUESTIONARIOS:</p> <p>Test de Fagerström: dependencia de la nicotina.</p> <p>Test de motivación para dejar de fumar Richmond.</p> <p>Cuestionario Cage y/o AUDIT “detección de problemas relacionados con el alcohol”.</p> <p>Riesgo nutricional-cuestionario “conozca su salud nutricional”.</p> <p>Escala de disnea – MRC Modificada.</p> <p>Cuestionario de Oviedo del sueño.</p> <p>Escala de Goldberg.</p> <p>Cuestionario apgar familiar.</p> <p>Cuestionario DUKE-UNC.</p>
--	---

- 42.- Pérdida de fuerza
- 43.- Inestabilidad en la marcha
- 44.- Falta o reducción de energía para tolerar la actividad

Patrón 05. Sueño-Descanso

- 46.- Cambios en el patrón de sueño
- 48.- Estímulos ambientales nocivos
- 49.- Nivel de energía durante el día
- 47.- Ayuda para dormir

Patrón 06. Cognitivo-Perceptual

- 62.- Dolor
- 74.- Alteraciones senso perceptivas
- 54.- Sensibilidad al frío: aumentada /disminuida
- 55.- Sensibilidad al calor: aumentada /disminuida

Patrón 07. Auto percepción-Autoconcepto

- 102.- Tiene sensación de malestar o amenaza de origen inespecífico y sentimiento de aprensión
- 103.- Expresa desagrado con su imagen corporal
- 104.- Autoapreciación negativa
- 105.- Temor expreso
- 106.- Problemas emocionales
- 111.- No se siente útil

Patrón 08. Rol-Relaciones

- 82.- Problemas familiares
- 83.- Manifiesta carencia afectiva
- 107.- No conoce los recursos disponibles de la comunidad
- 109.- Tiene dificultad para realizar sus pasatiempos habituales
- 75.- Dificultad en la comunicación
- 76.- Comunicarse con los demás
- 78.- Su cuidador/a no proporciona apoyo, consuelo, ayuda
- 79.- Tiene alguna persona a su cargo
- 80.- Tiene dificultad o incapacidad para realizar tareas del cuidador/a
- 73.- El hogar no presenta condiciones de seguridad
- 110.- Situación laboral
- 112.- Problemas en el trabajo
- 113.- Infiuye el trabajo en su estado de salud

Patrón 09. Sexualidad-Reproducción

- 91.-Relaciones sexuales no satisfactorias

Patrón 10. Adaptación-Tolerancia al estrés

- 95.- Ha tenido en los dos últimos años cambios vitales
- 114.- Sensación habitual de estrés
- 118.- Tiene falta de información sobre su salud
- 119.- Desea más información sobre...

Patrón 11. Valores-Creencias

- 96.- Su situación actual ha alterado sus creencias
- 97.- No se adapta usted a esos cambios

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

00099.-Mantenimiento inefectivo de la salud: tabaquismo, relacionado con:

- No percepción del riesgo de fumar debido a falta de información.
- Dispersión de la relación causa-efecto.
- No se considera fumador/a (fumadores y fumadoras que fuman poco).
- Uso del tabaco como tranquilizante.

00069.-Afrontamiento inefectivo, relacionado con:

- Falta de conductas orientadas a la resolución de problemas.
- Abuso de agentes químicos.
- Empleo de formas de afrontamiento que impiden una conducta adaptativa.

00126.-Conocimientos deficientes sobre:

- **Riesgo de fumar**, relacionado con:
 - Verbalización del problema.
 - Falta de interés en el aprendizaje.
- **Plan para dejar de fumar**, relacionado con poca familiaridad con los recursos para obtener información.

00083.-Conflicto de decisiones: dejar de fumar, relacionado con:

- Expresiones de incertidumbre.
- Retraso en la toma de decisiones.
- Cuestionamiento de los valores y creencias personales mientras se intenta tomar la decisión.

00120.-Baja autoestima situacional, relacionado con:

- Informe verbal de que la situación actual desafía su valía personal perdida.
- Evaluación de sí mismo/a como incapaz de afrontar la situación o los acontecimientos.

00084.-Conductas generadoras de salud: dejar de fumar, relacionado con:

- Búsqueda activa de formas de modificar los hábitos sanitarios personales.
- Expresión u observación de deseos de un mayor control sobre las prácticas de salud.

00003.-Riesgos de desequilibrio nutricional por exceso relacionado con comer en respuesta a claves internas distintas al hambre, como la ansiedad.

00146.-Ansiedad relacionada con preocupación y miedo a consecuencias inesperadas.

00095.-Deterioro del patrón de sueño, relacionado con:

- Insatisfacción con el sueño.
- Despertarse tres o más veces por la noche.

00045.-Deterioro de la mucosa oral, relacionado con:

- Informes de mal sabor.
- Vesículas o nódulos .
- Reducción de la saliva.

00052.-Deterioro de la interacción social, relacionado con interacción disfuncional con compañeros/as, familia o amigos/as.

00079.-Incumplimiento del tratamiento, relacionado con:

- Falta de progresos.
- No asistencia a las visitas concertadas.
- Conducta indicativa de incumplimiento del tratamiento (por observación directa, por afirmaciones de la persona o de otras personas significativas).

DESARROLLO

00099.-MANTENIMIENTO INEFECTIVO DE LA SALUD: TABAQUISMO

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1305.-Adaptación psicosocial: cambio de vida

01. Establecimiento de objetivos realistas.
11. Expresiones de sentimientos socializados.

1603.-Conducta de búsqueda de la salud

02. Finaliza las tareas relacionadas con la salud.
06. Describe estrategias para eliminar la conducta insana.

1908.-Detección del riesgo

01. Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos.
02. Identifica los posibles riesgos para la salud.

1902.-Control del riesgo

- 01. Reconoce el riesgo.
- 04. Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas.
- 08. Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo.

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

5250.-Apoyo en la toma de decisiones

- Informarle sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones.
- Ayudarle a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa.
- Establecer comunicación con la persona al principio de su ingreso.
- Facilitarle la toma de decisiones en colaboración.
- Remitir a grupos de apoyo, si procede.
- Respetar el derecho a recibir o no información.

5440.-Aumentar los sistemas de apoyo

- Determinar el grado de apoyo familiar.
- Determinar los sistemas de apoyo actualmente en uso.
- Animarle a participar en las actividades sociales y comunitarias.
- Remitir a programas comunitarios de fomento/prevención/tratamiento/rehabilitación, si procede.
- Proporcionar los servicios con una actividad de aprecio y de apoyo.
- Implicar a la familia/seres queridos en los cuidados y la planificación.

6610.-Identificación de riesgos

- Utilizar los medios para el establecimiento de metas mutuas, si procede.
- Instaurar una valoración rutinaria de riesgos mediante instrumentos fiables y válidos.
- Determinar el estado educativo.

4490.-Ayuda para dejar de fumar

- Registrar el estado actual y el historial de la actividad de fumar.
- Aconsejarle de forma clara y consistente dejar de fumar.
- Ayudarle a identificar las razones para dejar de fumar y las barreras.
- Ayudar a elegir el mejor método para dejar de fumar, cuando la persona esté decidida a dejarlo.
- Servir como modelo de persona no fumadora.
- Favorecer las políticas que establecen y refuerzan un entorno sin humo.

00069.-AFRONTAMIENTO INEFECTIVO

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1302.-Superación de problemas

- 01. Identifica patrones de superación eficaces.
- 03. Verbaliza sensación de control.
- 05. Busca información sobre la enfermedad y su tratamiento.

- 09. Utiliza el apoyo social disponible.
- 18. Refiere aumento de bienestar psicológico.

0906.-Toma de decisiones

- 01. Identifica alternativas.
- 08. Compara alternativas.
- 09. Escoge entre varias alternativas.
- 03. Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa.

1906.-Control del riesgo: consumo de tabaco

- 01. Reconoce el riesgo del consumo de tabaco.
- 02. Reconoce las consecuencias personales asociadas con el consumo de tabaco.
- 05. Desarrolla estrategias efectivas para eliminar el consumo de tabaco.
- 11. Cumple las recomendaciones para controlar el consumo de tabaco.
- 16. Elimina el consumo de tabaco.

2000.-Calidad de vida

- 09. Satisfacción con la capacidad de superación.
- 10. Satisfacción con el concepto de si mismo/a.
- 11. Satisfacción con el estado de ánimo general.

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

5250.-Apoyo en la toma de decisiones

- Ayudarle a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa.
- Facilitarle la articulación de los objetivos de los cuidados.
- Facilitar la toma de decisiones en colaboración.
- Proporcionarle la información solicitada.
- Servir de enlace entre la persona y profesionales de la salud.
- Remitir a grupos de apoyo, si procede.

5230.-Aumentar el afrontamiento

- Valorar el impacto de la situación vital de la persona en los papeles y relaciones.
- Valorar la comprensión de la persona del proceso de enfermedad.
- Disponer un ambiente de aceptación.
- Evaluar su capacidad para tomar decisiones.
- Favorecer las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
- Explorar los éxitos anteriores de la persona.
- Ayudarle a resolver los problemas de una manera constructiva.
- Animarle a evaluar su propio comportamiento.

5820.-Disminución de la ansiedad

- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
- Tratar de comprender la perspectiva de la persona sobre una situación estresante.

- Escuchar con atención.
- Reforzar el comportamiento, si procede.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
- Instruirle sobre el uso de técnicas de relajación.

6160.-Intervención en caso de crisis

- Disponer un ambiente de apoyo.
- Ayudar en la identificación de factores desencadenantes y dinámica de la crisis.
- Ayudar en el desarrollo de nuevas habilidades para solucionar problemas, si fuera necesario.
- Ayudar en la identificación de actuaciones alternativas para resolver la crisis.
- Planificar con la persona la forma en que pueden utilizarse las habilidades de adaptación para tratar la crisis en el futuro.

00126.-CONOCIMIENTOS DEFICIENTES RELACIONADOS CON EL RIESGO DE FUMAR Y EL PLAN PARA DEJAR DE FUMAR

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1812.-Conocimiento: control del consumo de sustancias

- 12.Descripción de las posibilidades de recaída y control de las recaídas en el abuso de sustancias psicoactivas.
- 13.Descripción de acciones para prevenir y controlar las recaídas en el abuso de sustancias psicoactivas.
- 14.Descripción de los signos de dependencia durante la suspensión de sustancias psicoactivas.

1805.-Conocimiento: conductas sanitarias

06. Descripción de los efectos sobre la salud del consumo de tabaco.
02. Descripción de los beneficios de la actividad y el ejercicio.

1814.-Conocimiento: procedimientos terapéuticos

01. Descripción del procedimiento terapéutico.
03. Explicación de los pasos del procedimiento.
08. Ejecución del procedimiento terapéutico.

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

4360.-Modificación de la conducta

- Predeterminar la motivación al cambio de la persona.
- Ayudarle a identificar sus fortalezas y reforzarlas.
- Animarle a participar en el registro de conductas.
- Elegir refuerzos que tengan sentido para la persona.
- Desglosar la conducta que ha de cambiarse en unidades de conducta más pequeñas mensurables (dejar de fumar: numero de cigarrillos fumados).
- Utilizar periodos de tiempo específicos, al medir las unidades de conducta (número de cigarrillos fumados al día).

5210.-Guías de anticipación

- Ayudarle a identificar la posible aparición de crisis en desarrollo y los efectos que tal crisis podría tener en su vida personal y familiar.
- Determinar los métodos de solución de problemas habituales de la persona.
- Ayudarle a decidir la forma de solucionar el problema.
- Utilizar ejemplos de casos que potencien la habilidad de la persona para solucionar problemas, si procede.
- Ayudarle a adaptarse anticipadamente a los cambios de papeles.
- Programar llamadas telefónicas de seguimiento para evaluar el éxito o las necesidades de refuerzo.
- Proporcionarle un número de teléfono en caso de necesitar ayuda, si fuera necesario.

5540.-Potenciación de la disposición de aprendizaje

- Disponer un ambiente no amenazador.
- Vigilar su estado emocional.
- Ayudarle a enfrentarse a emociones intensas (ansiedad, pena e ira), si procede.
- Darle tiempo para que realice preguntas y discuta sus preocupaciones.
- Establecer un ambiente de aprendizaje lo mas cercano posible al contacto de la persona.
- Ayudarle a desarrollar confianza en su capacidad, si procede.

5618.-Enseñanza: procedimiento/tratamiento

- Describir las actividades del procedimiento/tratamiento.
- Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento.
- Enseñarle como cooperar/participar durante el procedimiento/tratamiento, si procede.

00083.-CONFLICTO DE DECISIONES: DEJAR DE FUMAR

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

0906.-Toma de decisiones

- 01. Identifica alternativas.
- 08. Compara alternativas.
- 09. Escoge entre varias alternativas.
- 03. Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa.

1302.-Superación de problemas

- 08. Se adapta a los cambios en desarrollo.
- 13. Evita situaciones excesivamente estresantes.
- 15. Busca ayuda profesional de forma apropiada.

1700.-Creencias sobre la salud

- 01. Importancia percibida de la actuación.
- 03. Beneficios percibidos de la acción.
- 07. Mejora en el estilo de vida percibida por la acción.
- 08. Capacidad percibida para ejecutar la acción.

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

8180.-Consulta por teléfono

- Identificar las inquietudes sobre el estado de salud.
- Dar información acerca de las terapias y las medicaciones prescritas, si procede.
- Responder a las preguntas.

5240.-Asesoramiento

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Demostrar simpatía, calidez y autenticidad.
- Establecer metas.
- Favorecer la expresión de sentimientos.
- Ayudarle a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos.
- Desaconsejar la toma de decisiones cuando la persona se encuentre bajo un estrés severo.

5390.-Potenciación de la conciencia de si mismo/a

- Ayudarle a darse cuenta de que cada ser es único.
- Facilitarle la identificación de sus formas de respuesta habitual a diversas situaciones.
- Ayudarle a identificar las situaciones que precipiten su ansiedad.
- Ayudarle a identificar la fuente de motivación.
- Ayudarle a identificar los atributos positivos de si mismo/a.

4420.-Acuerdo con la persona

- Animarle a que determine sus virtudes y habilidades.
- Ayudarle a identificar las prácticas sobre la salud que desea cambiar.
- Ayudarle a dividir las metas complejas en pasos pequeños.
- Explorar con la persona las mejores formas de conseguir los objetivos.
- Ayudarle a establecer las necesidades de tiempo y de frecuencia para la realización de las conductas/acciones.

00120.-BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1205.-Autoestima

- 07.Comunicación abierta.
- 18.Descripción de estar orgulloso.
- 11.Nivel de confianza.
- 19.Sentimientos sobre su propia persona.

0906.-Toma de decisiones

- 01.Identifica alternativas.
- 08.Compara alternativas.
- 09.Escoge entre varias alternativas.
- 03.Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa.

1302.-Superación de problemas

- 08. Se adapta a los cambios en desarrollo.
- 13. Evita situaciones excesivamente estresantes.
- 15. Busca ayuda profesional de forma apropiada.

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

5230.-Aumentar el afrontamiento

- Valorar el impacto de la situación vital de la persona en los papeles y relaciones.
- Valorar su comprensión del proceso de enfermedad.
- Disponer un ambiente de aceptación.
- Evaluar su capacidad para tomar decisiones.
- Favorecer las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
- Explorar los éxitos anteriores de la persona.
- Ayudarle a resolver los problemas de una manera constructiva.
- Animarle a evaluar su propio comportamiento.

5400.-Potenciación de la autoestima

- Observar las frases de la persona sobre su propia valía.
- Animarle a identificar sus propias virtudes.
- Abstenerse de burlarse.
- Animarle a que acepte nuevos desafíos.

5440.-Aumentar los sistemas de apoyo

- Determinar el grado de apoyo familiar.
- Determinar los sistemas de apoyo actualmente en uso.
- Animarle a participar en las actividades sociales y comunitarias.
- Remitir a programas comunitarios de fomento/prevenimiento/tratamiento/rehabilitación, si procede.
- Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y de apoyo.
- Implicar a la familia/seres queridos en los cuidados y la planificación.
- Explicar a las personas implicadas la manera en que pueden ayudar.

00084.-CONDUCTAS GENERADORAS DE SALUD: DEJAR DE FUMAR

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1603.-Conducta de búsqueda de salud

- 02. Finaliza las tareas relacionadas con la salud.
- 04. Contacta con profesionales sanitarios cuando es necesario.
- 06. Describe estrategias para eliminar la conducta insana.
- 10. Describe estrategias para maximizar la salud.
- 11. Sigue las estrategias desarrolladas por sí mismo/a para maximizar la salud.

1906.-Control del riesgo: consumo de tabaco

- 05. Desarrolla estrategias efectivas para eliminar el consumo de tabaco.
- 06. Adapta las estrategias de control del consumo de tabaco según es necesario.

08. Sigue las estrategias seleccionadas de control del consumo de tabaco.
11. Cumple las recomendaciones para controlar el consumo de tabaco.
13. Utiliza grupos de apoyo para eliminar el consumo de tabaco.
16. Elimina el consumo de tabaco.

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

4490.-Ayuda para dejar de fumar

- Registrar el estado actual y el historial de la actividad de fumar.
- Ayudarle a identificar las razones para dejar de fumar y las barreras.
- Ayudar a elegir el mejor método para dejar de fumar, cuando la persona esté decidida a dejarlo.
- Ayudar a los/as fumadores/as motivados/as a fijar una fecha para dejar de fumar.
- Remitir a programas de grupos o a terapias individuales, según resulte oportuno.

4470.-Ayuda en la modificación de si mismo/a

- Valorar las razones de la persona para desear cambiar.
- Ayudarle a desarrollar una lista de recompensas de valor extrínseco e intrínseco.

4360.-Modificación de la conducta

- Predeterminar la motivación al cambio de la persona.
- Ayudarle a identificar sus fortalezas y reforzarlas.
- Animarle a participar en el registro de conductas.
- Elegir refuerzos que tengan sentido para la persona.
- Desglosar la conducta que ha de cambiarse en unidades de conducta más pequeñas mensurables (dejar de fumar: número de cigarrillos fumados).
- Utilizar periodos de tiempo específicos al medir las unidades de conducta (número de cigarrillos fumados al día).

5250.-Apoyo en toma de decisiones

- Ayudarle a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa.
- Facilitarle la articulación de los objetivos de los cuidados.
- Facilitar la toma de decisiones en colaboración.
- Proporcionar la información solicitada por la persona.
- Servir de enlace entre la persona y profesionales de la salud.
- Remitir a grupos de apoyo, si procede.

00003.-RIESGOS DE DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1612.-Control de peso

01. Supervisa el peso corporal.
15. Identifica los estados emocionales que afectan a la ingesta alimentaria.
16. Planifica estrategias para situaciones que afectan a la ingesta alimentaria.

17. Controla la preocupación por la comida.

22. Mantiene el peso óptimo.

1802.-Conocimiento: dieta.

01. Descripción de la dieta recomendada.

04. Explicación del fundamento de la dieta recomendada.

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

1100.-Manejo de la nutrición

- Determinar sus preferencias de comida.
- Ofrecer tentempiés (bebidas y fruta fresca o zumos de fruta) cuando sea preciso.
- Asegurarse que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.

1260.-Manejo del peso

- Discutir con la persona las condiciones médicas que pueden afectar el peso.
- Ayudar en el desarrollo de planes de comidas bien equilibradas, coherentes con el gasto energético.

00146.-ANSIEDAD

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1405.-Control de los impulsos

01. Identifica conductas impulsivas perjudiciales.

02. Identifica sentimientos que conducen a acciones impulsivas.

05. Reconoce los riesgos ambientales.

07. Verbaliza control de los impulsos.

12. Mantiene el autocontrol sin supervisión.

1305.-Adaptación psicosocial: cambio de vida.

01. Establecimiento de objetivos realistas.

08. Identificación de múltiples estrategias de superación.

02. Mantenimiento de la autoestima.

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

5820.-Disminución de la ansiedad

- Utilizar un enfoque sereno que le dé seguridad.
- Explicarle todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que ha de experimentar durante el procedimiento.
- Tratar de comprender su perspectiva sobre una situación estresante.
- Escuchar con atención.

- Controlar los estímulos, si procede, de sus necesidades.
- Instruirle sobre el uso de técnicas de relajación.

5230.-Aumentar el afrontamiento

- Evaluar su capacidad para tomar decisiones.
- Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Ayudarle a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo.
- Ayudarle a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones, y a manejar su estilo de vida o su papel necesario en ella.

00095.-DETERIORO DEL PATRÓN DE SUEÑO

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

0003.-Descanso

01. Tiempo de descanso.
02. Patrón de descanso.

0004.-Sueño

01. Horas de sueño.
02. Patrón de sueño.

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

1850.-Fomentar el sueño

- Determinar su esquema de sueño/vigilia.
- Ayudarle a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
- Fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario.

00045.-DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1100.-Salud bucal

01. Aseo personal de la boca.
02. Aseo personal de los dientes.
04. Aseo personal de la lengua.
10. Humedad de la mucosa bucal y de la lengua.
12. Integridad de la mucosa bucal.
16. Olor del aliento.

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

1720.-Fomentar la salud bucal

- Explicar la necesidad del cuidado bucal diario como rutina.
- Inspeccionar la mucosa bucal regularmente.

- Aconsejar no fumar ni mascar tabaco.
- Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral, si es necesario.

00052.-DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1503.-Implicación social

01. Interacción social con amigos/as íntimos/as.
03. Interacción con miembros de la familia.
04. Interacción con miembros de grupos de trabajo.

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

5440.-Aumentar los sistemas de apoyo

- Determinar el grado de apoyo familiar.
- Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas.
- Implicar a la familia/seres queridos en los cuidados y la planificación.
- Explicar a los demás la manera en que pueden ayudar.

00079.-INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1601.-Conducta de cumplimiento

01. Confianza en el/la profesional de la salud sobre la información.
03. Comunica seguir la pauta prescrita.
05. Conserva la cita con profesionales de la salud.

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

4420.-Acuerdo con la persona

- Animarle a que determine sus virtudes y habilidades.
- Determinar con la persona los objetivos de los cuidados.
- Ayudarle a identificar sus metas.
- Explorar con la persona las mejores formas de conseguir los objetivos.
- Ayudarle a desarrollar un plan para cumplir con los objetivos.
- Disponer un ambiente abierto, de aceptación para la creación del acuerdo.
- Ayudarle a identificar hasta los más pequeños éxitos.

CONSEJO SANITARIO E INTERVENCIÓN BÁSICA

CONSEJO SANITARIO

Más del 70% de los fumadores y las fumadoras manifiestan su deseo o intención de dejar el tabaco, y citan el Consejo Sanitario como una de las intervenciones más motivadoras para ello. En cuanto al resto de las intervenciones terapéuticas que han demostrado efectividad en este problema (material de autoayuda, tratamiento farmacológico y tratamiento especializado multicomponente), el consejo es la más coste-efectiva en términos de coste por año de vida ganado, y debe formar parte, junto a las anteriores, de las medidas sanitarias básicas, que ya se consideran en conjunto una referencia frente a la que pueden compararse otras intervenciones preventivas y asistenciales.

Está recomendado para la mayoría de las personas fumadoras, especialmente en aquellas que se encuentran en fase de Precontemplación (no se han planteado dejar de fumar, al menos en los próximos 6 meses) o Contemplación (se plantean dejar el tabaco en los próximos 6 meses, pero no están decididos a dar el paso definitivo ahora), en ambos casos se persigue fundamentalmente la motivación para el cambio, bien de actitud o de conducta.

El Consejo Sanitario debe de ser sistematizado para todas aquellas personas fumadoras y exfumadoras que acudan a cualquier consulta y ante cualquier motivo, es decir “oportunista”. Además, debe reunir una serie de características que ayude al profesional a empatizar con la persona fumadora y hacerla partícipe en las medidas terapéuticas que se adopte.

Características del Consejo Sanitario:

1. Firme y serio. Lo suficientemente convincente como para que al menos, sea motivo de reflexión. Además, debe de ir acompañado del “cómo” puede hacerlo, y en la deshabituación tabáquica, como en cualquier otro proceso, el o la profesional de la salud debe ofertar su ayuda para llevarlo a cabo.
2. Breve. Tres minutos son más que suficientes si se sabe qué decir, aunque la evidencia demuestra que, al aumentar la intensidad y la duración de la intervención, aumenta su eficacia (OR: 1,69; IC 95%: 1,45-1,98).
3. Personalizado. No sólo en cuanto al registro lingüístico empleado, sino también en cuanto a los motivos que cada fumador o fumadora tiene para seguir o dejar de fumar, con el objetivo de realizar un abordaje eficaz y real. Debemos estar atentos y aprovechar los momentos de especial susceptibilidad por los que pasa la persona fumadora, como son enfermedades relacionadas con el tabaquismo, embarazo, ingreso hospitalario, etc. para conseguir el cambio o un serio intento de abandono.

En definitiva, la eficacia del Consejo Sanitario en tabaquismo ha quedado demostrada desde 1979 hasta nuestros días, si bien con resultados muy dispares por la diferente metodología empleada en los diversos estudios, motivación de los y las profesionales, características de las

personas fumadoras integrantes en los mismos, intensidad del consejo o seguimiento realizado, como factores, entre otros, que pueden influir en los resultados que en ocasiones llegan al 40% de abstinencia al año de seguimiento.

INTERVENCIÓN BÁSICA

El Public Health Service de los Estados Unidos otorga a las intervenciones clínicas breves una serie de actuaciones, que a modo de recordatorio quedarían sintetizadas con las cinco A: averiguar, aconsejar, apreciar, ayudar y acordar, entre las que se haya inmersa el Consejo Sanitario y que conformaría lo que denominamos “Intervención Básica”.

1. Averiguar (Ask) si la persona fuma. Preguntar sobre el hábito tabáquico y registrarlo en la historia clínica, es una medida eficaz en el control y prevención del tabaquismo, en la medida que induce una actitud intervencionista del profesional sanitario en el abordaje terapéutico de la persona fumadora (OR: 3,1; IC 95%: 2, 2-4, 2. Evidencia A).

Se trataría de identificar sistemáticamente a todas las personas que acuden a la consulta (Fumadora, No Fumadora, Exfumadora) y registrarlo en su historia clínica.

Persona no fumadora, debemos felicitar y reforzar su conducta para que siga sin consumir tabaco. Persona Exfumadora, felicitar y animar para que siga en abstinencia. Es importante realizar intervenciones de prevención de recaídas y reforzar la decisión del abandono del consumo de tabaco del exfumador.

Si la persona es fumadora, seguiremos preguntando otros datos de interés, historia actual de consumo (nº cigarrillos/día, años que lleva fumando, grado de dependencia a la nicotina, intentos previos, y motivos de las recaídas).

2. Aconsejar (Advise). El consejo debe de ser sistemático y oportunista, firme, serio, breve, personalizado y motivador, enfocado sobretudo a los múltiples beneficios que la persona podrá obtener al abandonar el tabaco.
3. Apreciar (Asses). La actitud de la persona, valorando la motivación y la disposición de la persona fumadora para dejar de fumar y, dependiendo de ello, ofrecer la intervención más adecuada.
 - Estadio Precontemplativo: información, consejo, ofrecer nuestro apoyo y entregar material correspondiente. La finalidad es que comiencen a reconocer los riesgos si antes no lo habían hecho y tomen conciencia de que tienen un problema.
 - Estadio Contemplativo: información, consejo, ofrecer nuestra ayuda y las posibilidades de tratamiento, entrega de material (guía y consejos para dejar de fumar), seguimiento en próximas visitas. La finalidad es producir un cambio que desemboque en un intento de abandono.
 - Estadio Preparación para la Acción: además de ofrecer nuestra ayuda hay que realizar una oferta terapéutica personalizada, valorando la conveniencia de iniciarlo en ese mismo momento (evidencia C). En esta fase, una información motivadora puede bastar para que haga un intento serio por sí misma.
4. Ayudar (Assist). Llegados a este punto, la labor del o de la profesional será ayudarle en el proceso de abandono del tabaco, estableciendo un plan personalizado.

Las actividades a realizar serían:

- a. Establecer conjuntamente el día “D”, es decir, el día elegido para dejar de fumar. Se recomienda buscar una fecha propicia para la persona, evitando situaciones y/o acontecimientos estresantes cercanos, realizando algún cambio en su conducta los días previos al abandono como: reducir el consumo, autregistro, no aceptar ofrecimientos, etc.
- b. El siguiente paso será solicitar ayuda y colaboración por parte de las personas de su entorno.
- c. Informar de los síntomas del síndrome de abstinencia, desmontando falsas creencias acerca de los mismos y ofrecer consejos útiles para en el caso de que aparezcan sean más llevaderos.
- d. Junto a estas directrices, debemos proporcionar material adecuado que sirva de apoyo e información (Folletos, Guías, etc.).
- e. Valorar la conveniencia de tratamiento farmacológico adaptado a cada caso.

Cuando el consejo para dejar de fumar se refuerza con la entrega de material de apoyo, los porcentajes de abstinencia pueden oscilar, al año de seguimiento, entre el 5-10% (Grado de evidencia A).

5. Acordar (Arrange) y programar junto a la persona fumadora las consultas específicas para el proceso de deshabitación tabáquica en curso. Es difícil que una actuación de estas características y con un seguimiento programado, se quede en una intervención breve, convirtiéndose en la mayoría de las situaciones a una intervención avanzada.

Con el fin de unificar criterios y utilizando la terminología más aceptada, hablamos de dos tipos de intervenciones, cuya diferencia radica fundamentalmente en el tiempo de la intervención, independientemente del tratamiento instaurado o prescrito, farmacológico o no farmacológico:

- Intervención Básica: dura menos de 10 minutos por sesión, menos de 4 sesiones y menos de 30 minutos en total.
- Intervención Avanzada: dura más de 10 minutos por sesión, cuatro o más sesiones y más de treinta minutos en total.

Se aconseja realizar una visita de seguimiento poco después de la fecha escogida para dejar de fumar (en el curso de los quince días siguientes al día “D”), otra al mes, tomando como referencia de nuevo el día “D”. (cuarenta y cinco días) y después en función de lo que se considere oportuno (a los 6 y 12 meses).

Las actividades a desarrollar en estas consultas de seguimiento serían: refuerzo de la decisión tomada, revisión y cumplimiento de los objetivos pactados, dificultades encontradas, consejos sobre hábitos de vida saludables incompatibles con el consumo de tabaco, valoración del síndrome de abstinencia y situaciones de riesgo que puedan inducir a fumar, así como una revisión del tratamiento farmacológico si se ha utilizado. De igual manera, se valorará la reconducción hacia otra modalidad terapéutica, bien sea individual o grupal, en función del curso que sigan los resultados y bajo el consentimiento de la persona.

Cuando el consejo se acompaña de un seguimiento del proceso de deshabitación tabáquica, no hay duda que la eficacia del mismo se ve incrementada (OR: 2,66; IC 95%: 2,06-3,45 comparada con una OR: 1,59; IC 95%: 1,33-1,90 cuando no existen visitas de seguimiento). Al aumentar el número de sesiones lo hace la eficacia (OR: 1,4 para 2 sesiones y 2, 3 para más de 8 sesiones), y a mayor duración total de la intervención se obtienen mejores resultados (OR: 1,3 para 3 minutos y 3,1 para 90 minutos).

MATERIAL DE APOYO PARA LA ATENCIÓN AL TABAQUISMO

1. ¿Cómo mejora tu salud al dejar de fumar? Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
2. Tratamiento del Tabaquismo. Guía para profesionales de la salud. Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
3. Guía para dejar de fumar. Dejar de fumar es posible, es por ti. Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
4. Para lograr una Andalucía más 'Libre de Humo'. Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
5. Como afecta a nuestra salud el Tabaquismo Pasivo y que podemos hacer para evitarlo. Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
6. Sin Humo Dentro. OMS
7. Videos, PITA Cards, PITA –Flash episodios, Pegatinas y Carteles. Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Se puede acceder a estos materiales a través de:

www.hoynofumo.com

www.juntadeandalucia.es/salud/esxmi

ESCALA PARA EVALUAR LOS ESTADIOS DE CAMBIO EN PERSONAS FUMADORAS

1. ¿Ha fumado vd. diariamente al menos 1 cigarrillo, durante seis o más meses, alguna vez en su vida?

- Sí No

2. Actualmente, ¿Vd. fuma?.

- A diario A veces Nunca

3. ¿Cuál es su consumo diario de cigarrillos? _____

4. ¿Y a la semana? _____

5. ¿Y al mes? _____

6. En el caso de que actualmente no fume nunca, ¿cuánto tiempo hace que ha dejado vd. de fumar?

- Días. ¿Cuántos? _____
- Menos de 1 mes
- Menos de 3 meses
- Menos de 6 meses
- 6-12 meses
- 1-2 años
- 2-5 años
- Más de 5 años
- No sabe/no contesta

7. En el último año, ¿cuántas veces dejó de fumar durante al menos 24 horas?

- Ninguna
- 1 o más veces, ¿cuántas? _____

8. ¿Ha intentado realmente dejar de fumar en el transcurso del último año?

- Sí
- No
- No sabe/no contesta

9. Actualmente fumo, pero tengo la intención de dejarlo dentro de los próximos 30 días:

- Sí
- No

10. Actualmente fumo, pero tengo la intención de dejarlo dentro de los próximos 6 meses:

- Si
- No

11. Actualmente fumo, pero NO tengo la intención de dejarlo dentro de los próximos 6 meses:

- Si
- No

TEST DE RICHMOND. MEDICIÓN DE LA MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR

1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?

- Sí (1)
- No (0)

2. ¿Cuánto interés tiene usted en dejar de fumar?

- Nada (0)
- Algo (1)
- Bastante (2)
- Mucho (3)

3. ¿Intentará dejar de fumar completamente en las dos próximas semanas?

- Definitivamente NO (0)
- Quizás (1)
- Sí (2)
- Definitivamente Sí (3)

4. ¿Cree que dentro de 6 meses usted no fumará?

- Definitivamente NO (0)
- Quizás (1)
- Sí (2)
- Definitivamente Sí (3)

≤ 4 Baja motivación

5-6 Motivación media

≥7 Alta motivación

TEST DE FAGERSTRÖM DE DEPENDENCIA DE LA NICOTINA

1. ¿Cuánto tarda, después de levantarse, en fumar el primer cigarrillo?

- Menos de 5 minutos (3)
- Entre 6 y 30 minutos (2)
- Entre 31 y 60 minutos (1)
- Más de 60 minutos (0)

2. ¿Encuentra difícil abstenerse de fumar en sitios en donde está prohibido, tales como iglesias, bibliotecas, cines, etc.?

- Sí (1)
- No (0)

3. ¿A qué cigarrillo odiaría más renunciar?

- Al primero de la mañana (1)
- A cualquier otro (0)

4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

- 10 o menos (0)
- 11-20 cigarrillo/día (1)
- 21-30 cigarrillo/día (2)
- 31 ó más (3)

5. ¿Fuma más a menudo durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?

- Sí (1)
- No (0)

6. ¿Fuma cuando está tan enfermo o enferma que pasa en la cama la mayor parte del día?

Sí (1)

No (0)

Nota: Se indica entre paréntesis la clave de corrección. La puntuación oscila de 0 a 10.

≤ 4 baja dependencia

5-6 dependencia media

≥7 alta dependencia

FUENTE: HEATHERTON ET AL. ADAPTACIÓN CASTELLANA DE BECOÑA Y VÁZQUEZ.

HISTORIA CLÍNICA PARA PERSONAS FUMADORAS

HISTORIA CLÍNICA PARA PERSONAS FUMADORAS

Apellidos: _____ Nombre: _____ Edad: _____ Teléfonos/s: _____
 Ocupación: _____ Profesional de referencia: _____ Centro de referencia: _____ Fecha: _____

1.- TEST DE FAGERSTRÖM

- ¿Cuánto tarda, después de levantarse, en fumar el primer cigarrillo?
 - Menos de 5 minutos (3)
 - Entre 6 y 30 minutos (2)
 - Entre 31 y 60 minutos (1)
 - Más de 60 minutos (0)
- ¿Encuentra difícil abstenerse de fumar en sitios en donde está prohibido, tales como iglesias, bibliotecas, cines, etc.?
 - Sí (1)
 - No (0)
- ¿A qué cigarrillo odia más renunciar?
 - Al primero de la mañana (1)
 - A cualquier otro (0)

2.- ENTORNO DE CONSUMO

- ¿Puede indicar en la casa en la que vive quién fuma?

- ¿Qué personas de su entorno pueden ayudarlo en el intento de dejar de fumar?

3.- EVOLUCIÓN DEL CONSUMO

- ¿Cuántos años lleva fumando? (valorar paquetes/años)

- Intentos previos para dejar de fumar

Cuándo	Cuántos días estuvo sin fumar	Tipo de tratamiento recibido *	¿Qué le hizo recaer?

* Ninguno, Apoyo Psicológico individual, Apoyo Psicológico grupal, TSN, bupropión, varenclina, otros.

Valoración dependencia nicotina (Test de Fagerström)

puntuación⁵ _____ dependencia _____

⁵ Nota: se indica entre paréntesis la clave de corrección. La puntuación oscila de 0 a 10. Un fumador o fumadora con alta dependencia de la nicotina es aquel que tiene una puntuación de 6 o más, mientras que la dependencia es baja/media con puntuaciones de 5 o menos.

4.- PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON EL TABACO:

- a) Enfermedades o muertes atribuibles al tabaco en familiares o amigos.
- b) Uso de IMAO
- c) Antecedentes de TCE con o sin pérdida de conciencia
- d) Episodios previos de convulsiones
- e) Enfermedades hepáticas
- f) Enfermedades renales
- g) Hipertensión arterial
- h) Diabetes Mellitus
- i) Alergias a fármacos
- j) Otras enfermedades propias
- k) Tratamiento con fármacos

Síntomas	Ha padecido	Padece	Síntomas frecuentes
Tos matutina			
Expectoración			
Dificultad respiratoria			
Catarros frecuentes			
Pitos			
Dolor de garganta			
Mal sabor de boca			
Halitosis			
Dolor de estomago			
Digestiones pesadas			
Dolor de cabeza			
Dolor en el pecho			
Dolor en piernas al caminar			
Mareos			
Palpitaciones			
Insomnio			
Nerviosismo			
Problemas sexuales			
Otros			

5.- MOTIVACIÓN ACTUAL:

- a) ¿Por qué se ha planteado dejar de fumar ahora?
- b) ¿Piensa que es un buen momento para dejar de fumar? ¿por qué?
- c) Citar por orden de importancia los motivos que justifican el intento actual Razones para dejar de fumar:
- Por motivos de salud.
 - Por miedo a las enfermedades que produce el tabaco.
 - Por ahorrar dinero.
 - Para dar buen ejemplo.
 - Por presión familiar.
 - Por autodisciplina.
 - Para evitar riesgos de incendio.
 - Por presiones en el trabajo.
 - Por respetar derechos de no fumadores.
 - Otras.
- d) ¿Qué beneficios espera por dejar de fumar?

6.- EXPECTATIVAS DE ÉXITO Y DIFICULTADES ESPERADAS

- a) ¿Cree que dejará de fumar? ¿Se siente capaz de dejar de fumar? ¿por qué?
- b) ¿Qué dificultades espera tener para conseguir dejar de fumar?

INTERVENCIÓN AVANZADA

Podemos hablar de dos modalidades de Intervención Avanzada principalmente:

INDIVIDUAL: duración de más de 10 minutos por sesión, cuatro o más sesiones y más de treinta minutos en total. Se aconseja realizar una visita de seguimiento poco después de la fecha escogida para dejar de fumar (en el curso de la semana o quince días siguientes al día “D”), otra al mes, tomando como referencia de nuevo el día “D” y después en función de lo que se considere oportuno (a los 3, 6 y 12 meses).

GRUPAL: esta modalidad de tratamiento del tabaquismo, también conocida por paquete de tratamiento o tratamiento multimodal, data de principios de la década de los años 80 (Lichtenstein y Brown, 1980). En ella se incluyen estrategias cognitivo-conductuales, en ocasiones combinándolas con tratamientos farmacológicos. La mayor parte de los programas proponen realizar de seis a ocho sesiones. Algunos autores señalan como número óptimo el de cinco sesiones. En cuanto al número adecuado de personas en cada taller, es de 15 a 20. Lo recomendable es planificar un mínimo de 5 sesiones de unos 90 minutos de duración con una distribución temporal semanal.

Este tipo de intervención está indicada para aquellas personas fumadoras que:

- Se plantean dejar de fumar en el curso de un mes (fase de Preparación para la Acción).
- Llevan entre un día y seis meses sin fumar (Fase de Acción).

Si bien, algunas de las estrategias descritas en este anexo, también están indicadas para las personas fumadoras en fase de mantenimiento y personas exfumadoras en Fase de Consolidación (prevención y tratamiento de recaída).

1.- Los elementos principales a trabajar en la fase de “Preparación para la acción” y “Acción” son:

a.- Movilizar la motivación y el compromiso de la persona.

- “Contrato de contingencias”, es un documento escrito que explicita las acciones que la persona fumadora se compromete a realizar, estableciendo a su vez, las consecuencias del cumplimiento y del no cumplimiento de tal acuerdo.
- Revisar las razones para dejar de fumar y los beneficios de abandonar los cigarrillos. En esta fase tiene que concienciarse y conocer lo más objetiva y exhaustivamente posible su conducta de fumar. Para ello, podrá hacer uso de los autorregistros.

b.- Autoobservación.

Hacer autorregistros, es una de las medidas conductuales más utilizadas en la evaluación y tratamiento de los fumadores y las fumadoras, que les ayudan a tomar conciencia de su comportamiento mecánico. Lo fundamental de un autorregistro, es que recoja información adecuada sobre los parámetros de la conducta de fumar, se registre lo más cercano en el tiempo a la misma, siendo de naturaleza sencilla y abordando sólo aquella información que sea útil para el tratamiento (Becoña, 1994; Becoña y Lorenzo, 1989).

c.- Establecer el día en que se va a dejar de fumar (día “D”).

Se fijará la fecha en la que va a dejar de fumar, valorando el uso de terapia farmacológica.

d.- Entrenar a la persona en técnicas de automanejo y autocontrol.

El objetivo que perseguimos con este tipo de entrenamiento, es que la persona asuma progresiva y gradualmente su responsabilidad en el proceso de cambio, incorporando a su repertorio conductual todo lo aprendido, de tal manera que sea capaz de ponerlo en marcha de forma casi automática ante las situaciones que les sean necesarias, o de generalizar el uso de las técnicas en el afrontamiento de situaciones problemáticas.

El entrenamiento en autocontrol consiste en la elaboración de un programa constituido por un conjunto de técnicas que se dirige fundamentalmente a disminuir (o eliminar) aquellas conductas cuyas consecuencias inmediatas son reforzadoras, haciendo que resulten aver­sivas a largo plazo. Para conseguir este objetivo, se enseñan técnicas de cambio conductual, fundamentalmente mediante la focalización de los antecedentes y consecuentes de su conducta.

Los pasos para su aplicación implicarán la adquisición de un fuerte compromiso de cambio por su parte, para lo que se llevará a cabo un listado de beneficios que se pretenden conseguir con la terapia, y las consecuencias que se derivarán de continuar fumando. Seguir utilizando los autorregistros para que se vaya identificando y se vaya haciendo consciente de las condiciones antecedentes y consecuentes de las mismas. Esta redefinición de las conductas-problema y de las condiciones que las generan, debe dirigirse a aumentar su percepción de control sobre el problema y, consecuentemente, a motivarle hacia la terapia.

En segundo lugar, se llevará a cabo una planificación ambiental, es decir, instrucciones para la realización del control de estímulos; esto, nos permitirá preparar el ambiente para facilitar el control de las conductas indeseadas.

Por último lleva a cabo una programación conductual, con planificación de las conductas a realizar durante la semana y de sus posibles consecuencias. Utilización de autorregistros para identificar los estímulos que facilitan la conducta de fumar.

e.- Identificar posibles conductas alternativas a la de fumar (beber un vaso de agua o zumo, mascar chicles sin azúcar, lavarse inmediatamente los dientes después de cada comida, pasear, etc.).

f.- Entrenamiento en el manejo del estrés: relajación y/o ejercicio.

- Relajación: es incompatible estar relajado físicamente y tenso emocionalmente a la vez. Podemos aprender a relajar los músculos a voluntad. Las técnicas de relajación nos permiten aprender a disminuir la ansiedad, y las reacciones ante el estrés de no poder coger un cigarrillo; primero relajándonos en las escenas imaginadas; segundo, aprendiendo una amplia variedad de frases o comentarios de afrontamiento al deseo de fumar, y tercero, aplicando todo el proceso en la vida real.

Los pasos a seguir son:

- 1.- Aprender la relajación progresiva.
- 2.- Practicar la respiración profunda.
- 3.- Visualizar en la imaginación las escenas mientras permanece relajado.

- Actividad física: el ejercicio físico es un elemento de feed-back para muchas fumadoras y muchos fumadores. Al disminuir la concentración de carboxihemoglobina en la sangre y al frenar la frecuencia cardíaca al dejar de fumar, la capacidad de realizar ejercicio mejora considerablemente. Experimentar esto les ocasiona un refuerzo positivo en su motivación. Al realizarles las recomendaciones para el ejercicio físico debemos aconsejar el más adecuado para la persona y que su comienzo sea siempre de forma paulatina. También debemos recordar que el ejercicio físico puede atenuar el deseo de fumar, además de actuar de forma beneficiosa sobre el mantenimiento de peso.

g.- Estrategias no farmacológicas.

- Reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán: desarrollada por Fox y Brown (1979), implica un proceso paulatino de reducción de nicotina y alquitrán mediante el cambio semanal del consumo de cigarrillos. La reducción semanal respecto a la línea base es del 30%, 60% y 90%. Es necesario controlar adecuadamente el proceso de reducción de cigarrillos, porque según se van reduciendo, cada uno de los que queda, puede llegar a adquirir un valor más reforzante para el fumador. La mayoría de las personas fumadoras que continúan reduciendo gradualmente más allá de 10-12 cigarrillos por día, normalmente vuelven a recuperar los niveles previos de consumo. Es más adecuado en este caso, adoptar una reducción gradual de cigarrillos hasta un determinado punto (ej., 50% del consumo inicial de cigarrillos) seguido por dejar de fumar bruscamente (Becoña y Vázquez, 1998).
- Contratos en los que conste el día de la fecha de abandono (día "D"): de carácter simbólico aunque real, el usuario adquiere un compromiso con el grupo (en el caso de que la intervención se realice en terapia grupal) y con el o la terapeuta, donde sólo aparecería la fecha en la que se establece el día para dejar de fumar, sin especificar coste alguno de respuesta. Quedaría firmado por el usuario y el o la terapeuta.
- Control de estímulos y extinción de situaciones asociadas al tabaco: las personas fumadoras, especialmente las que llevan muchos años fumando, se han expuesto a multitud de estímulos o señales ambientales que se han asociado con la conducta de fumar. La presencia de estos estímulos son los que desencadenan la conducta. Una vez que se deja de fumar, eventualmente la presencia de estos estímulos o el hecho de pensar en ellos podría provocar una respuesta condicionada de abstinencia (deseo y/o querencia de droga). Para ello, se utiliza con mucha asiduidad la estrategia de control de estímulos, reduciendo el hábito tabáquico, aplicando una restricción progresiva de las situaciones en las cuales está permitido fumar, estableciendo por ej. "espacios sin humo", o retrasando los cigarrillos de las situaciones en las que antes se fumaba, bien simultáneamente o posteriormente a la misma (ej., después de cada comida, con el primer café del día o a media tarde, etc.).

- Retroalimentación del beneficio obtenido al reducir el consumo de cigarrillo: la medida fisiológica más objetiva y rápida para ofrecer información fiable, sería el monóxido de carbono en aire espirado. En este caso, el o la profesional puede hacer hincapié además, en los beneficios que la persona viene notando a lo largo de las sesiones, desde que inició el proceso de abandono, así como comentar, bien con el grupo o a nivel individual, las mejoras visibles (ej. tono de piel, reducción en el color amarillo de los dedos y los dientes, etc.).

La evaluación del CO a través del aire espirado es una medida fácil de usar, no invasiva, proporciona retroalimentación inmediata, es barata y no se precisa personal especializado (Becoña y Vázquez, 1998), de ahí que constituya una de las medidas más costo-efectivas. Hoy en día se dispone de varios tipos de instrumentos que indican la concentración de CO en partes por millón (ppm) en el aire espirado, evaluado de 0 a 500 ppm.

Para medirlo, se le pide que inspire profundamente, que retenga el aire entre 15-20 segundos y, a continuación, sople por una boquilla instalada en el aparato. Éste nos muestra el valor de CO al instante.

Los valores de CO en ppm escogidos para estimar si es una fumadora o un fumador o no, oscilan en los estudios entre 5 y 10 ppm (McMorrow y Fox, 1985). En el caso de Becoña y Vázquez (1998), el punto de corte se situaría en 9.

h.- Estrategias farmacológicas (ver Anexo VII).

- 2.- Desde los seis meses hasta el año del día “D”: el objetivo es reforzar el cambio de conducta y mantener la abstinencia. Para ello hay que preguntar sobre la evolución del proceso de deshabitación y ayudarlo, dando respuesta a las dificultades encontradas. Generalmente en esta fase se aconseja, una sesión a los seis meses y otra al año del abandono (presencial o telefónicamente).

El objetivo en esta fase es reforzar el cambio de conducta y mantener la abstinencia. Para ello hay que preguntar sobre la evolución del proceso de deshabitación y ayudarlo, dando respuesta a las dificultades encontradas.

Actividades que se deben realizar:

- a.- Reforzar el cambio de conducta, felicitar, dar la enhorabuena y valorar los logros conseguidos.
- b.- Estrategias de automanejo para evitar los estímulos facilitadores de la conducta de fumar y facilitar conductas alternativas (ej. Tomar agua, hacer inspiraciones profundas).
- c.- Estrategias de afrontamiento cognitivo-conductual (anticipar situaciones de alto riesgo, planificar habilidades de afrontamiento).
 - Imaginación: el o la terapeuta puede realizar aquí un rol-play mostrando 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 (comida de amigos, una celebración familiar, una

boda) con la representación de los distintos papeles por dos o tres personas, se escenifica como afrontarlo fomentando el autocontrol y haciendo especial énfasis en que el fumar un cigarrillo aislado o dar una calada son las formas en que comienzan todas las recaídas.

- Reestructuración cognitiva: a través de la discusión racional los terapeutas deben intentar desmontar determinados argumentos irracionales, que pueden ir surgiendo, como “fumar un solo cigarro no pasa nada” u otros. Durante este periodo es muy beneficioso invitar a otras personas que realizaron la terapia con éxito en ocasiones anteriores, para contar su experiencia, de esta forma sirven como modelos para el resto del grupo y se refuerzan en su conducta (dentro de la terapia en su formato grupal). Se abordan las situaciones que 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 (comida de amigos, una celebración familiar, una boda), con la representación de los distintos papeles por dos o tres personas, escenificando cómo afrontarlas, haciendo hincapié en que así suelen comenzar las recaídas.
- Estrategia para evitar el síndrome de abstinencia: entrenarle en habilidades conductuales o seguir administrando terapia sustitutiva de la nicotina (chicles o parches).
- Estrategias para manejar las caídas.

d.- Apoyo social.

- Uso de ayuda mutua (entre los participantes del grupo).
- Buscar el apoyo e implicación de personas próximas al sujeto (cónyuge, amistades, etc.).

e.- Estrategias específicas de prevención de la recaída.

- Evitar situaciones de riesgo (especialmente durante las primeras semanas).
- Escape (abandonar la situación de riesgo).
- Distracción:
 - . Imaginación (asociar fumar con consecuencias aversivas del tabaco).
 - . Reestructuración cognitiva (cambio de percepción de la situación).
 - . Autoinstrucciones (darse a uno mismo instrucciones para mantenerse abstinente).
- Estrategias conductuales.
 - . Relajación.
 - . Actividad física, ejercicio.
 - . Control del peso. La ganancia de peso es una de las causas más frecuentes de recaídas. Ocurre en la mayoría de los casos, es inferior al 5% del peso total y alcanza un máximo a los seis meses, con una ganancia de entre unos 2,4 y 4,5

kg. Debemos recomendar una alimentación saludable y descartar que realicen un régimen estricto, tranquilizar proporcionándoles información sobre que al principio es normal un aumento de peso de 2kg, pero que luego revierte.

Debemos ser conscientes y asumir que las personas alcanzarán un mejor funcionamiento con una utilización flexible de las estrategias, es decir, según los requisitos situacionales que prevalezcan en cada momento. Y si vuelve a fumar, no culpabilizar por la recaída, ya que suele traer como consecuencia una gran pérdida de autoestima y de confianza en su capacidad para realizar nuevos intentos.

Al dar un mensaje se debe procurar siempre darlo con su connotación positiva, es decir, viendo lo que va a ganar la persona al dejar de fumar, no lo que va a perder si continúa fumando.

- Comportamientos alternativos más adecuados.
- Habilidades asertivas (rehusar cigarrillos, solicitar apoyo durante una crisis, etc.).
- Retrasar el deseo de fumar.
- Recordar caídas o recaídas que se hayan tenido en el pasado.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La terapia farmacológica es un recurso muy importante como coadyuvante en los programas de deshabituación tabáquica, consiguiendo incrementar el porcentaje de abandono. Para ayudar a las personas fumadoras de manera eficaz, es imprescindible contar con un modelo de actuación que nos asegure que estamos interviniendo de la mejor manera posible con cada persona en concreto. Es decir, proyectar las intervenciones más adecuadas en función de las características de cada persona: grado de dependencia, fase o estadio de cambio, motivación, etc., evitando de esta forma un alto porcentaje de fracasos y un inadecuado uso de los recursos.

Hoy día no cabe duda del coste-efectividad de la terapia farmacológica en el abandono del tabaco. El tratamiento farmacológico ha demostrado su eficacia a través de ensayos clínicos experimentales donde se han prescrito asociados al consejo médico o a través protocolos específicos que incluyen técnicas cognitivo-conductuales.

Los fármacos considerados de primera elección son: la terapia sustitutiva con nicotina (TSN) y el bupropión (National Institute for Clinical Excellence, 2002; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2003; World Health Organization, 2004). Nuevo Fármaco: vareniclina, autorizada por la Unión Europea en septiembre de 2006 (National Institute for Clinical Excellence, 2007).

Por otra parte, diferentes meta-análisis han demostrado que existen tratamientos farmacológicos eficaces y seguros para ayudar a las personas fumadoras a dejar de serlo. La terapia sustitutiva con nicotina y el bupropion, han sido reconocidos como tratamientos farmacológicos de primera línea. Además, se ha realizado un buen número de estudios que han puesto de manifiesto la excelente relación coste / beneficio de los diferentes tratamientos farmacológicos del tabaquismo. Tanto es así, que todas las normativas internacionales recomiendan a los responsables de los sistemas sanitarios, tanto públicos como privados, la financiación de los diferentes tratamientos farmacológicos del tabaquismo, considerando el establecimiento de mecanismos sostenibles de financiación.

TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE NICOTINA

El tratamiento sustitutivo con nicotina ideal debería cumplir los siguientes requisitos:

- Utilizar una vía distinta de administración habitual de la sustancia.
- Proporcionar unos niveles sanguíneos de nicotina suficientemente altos para evitar el síndrome de abstinencia.
- No generar dependencia.

Indicaciones:

Como pauta general orientativa, proporcionamos la normativa de uso de la terapia sustitutiva con nicotina recomendada por la SEPAR (Jiménez Ruiz et al, 2003) Tabla 1.

Tabla 1: Normativa de uso de la terapia sustitutiva de la nicotina.

Terapia sustitutiva con nicotina (TSN)				
Determinaciones		Opciones terapéuticas		
NCD	FTND (puntos)	Chicle	Parche 24 horas	Parche 16 horas
10-19	3 o menos	2 mg 8-10 piezas/día 8-10 semanas	21 mg 4 semanas 14 mg 4 semanas	15 mg 4 semanas 10 mg 4 semanas
20-30	4-6	4 mg/60 min 12 semanas	21 mg 4 semanas 14 mg 4 semanas 7 mg 4 semanas	15+10 mg 4 semanas 15 mg 4 semanas 10 mg 4 semanas
Más de 30	7 ó más	4 mg/60 min 12 o más semanas	21 mg 6 semanas 14 mg 4 semanas 7 mg 2 semanas	15+10 mg 4 semanas 15 mg 4 semanas 10 mg 4 semanas
		Terapia combinada (parche + chicle)		
NCD: Número de cigarrillos/día; FTND: Test de Fagerström (0-10 puntos)				

Efectos adversos:

Tabla 2: Principales efectos adversos de las formulaciones para la TSN.

Forma farmacéutica	Efectos adversos
Chicles	Locales: inflamación de la mucosa oral, úlceras bucales, dolor de mandíbula, irritación de la garganta, mal sabor de boca. Gastrointestinales: náuseas, hipo, epigastralgia, flatulencia. Sistema nervioso central: cefalea, mareos, alteraciones del sueño. Cardiovasculares: palpitaciones, hipertensión.
Comprimidos para chupar	Locales: irritación de la garganta y de la mucosa oral. Gastrointestinales: náuseas, hipo, epigastralgia, flatulencia. Sistema nervioso central: cefalea, mareos. Cardiovasculares: palpitaciones.
Parches transdérmicos	Locales: prurito, eritema, sensación de quemazón, edema cutáneo, eczema de contacto. Gastrointestinales: náuseas, hipo, epigastralgia. Sistema nervioso central: alteraciones del sueño, insomnio, cefalea, mareos, parestesias, dificultad de concentración. Cardiovasculares: hipertensión, palpitaciones, taquicardia, dolor precordial, infarto de miocardio, angina de pecho, complicaciones cerebrovasculares. Otros: tos, mialgias, artralgias, dismenorrea, sudoración.

Tabla 3. Contraindicaciones y precauciones de las especialidades farmacéuticas para la TSN registradas en España, según fichas técnicas (proporcionadas por los laboratorios fabricantes a enero 2005)

Contraindicaciones y precauciones	Chicles	Comprimidos Chupar	Parches
Hipersensibilidad a la nicotina o a cualquier componente de la formulación	C	C	C
No fumadores/as	C	C	C
Fumadores/as ocasionales	-	-	C
Embarazo	C	P1	C3
Lactancia	C	P1	C3
Enfermedades cardíacas graves	C2	-	-
Infarto de miocardio reciente	-2	C	C
Angina de pecho inestable	-2	C	C
Insuficiencia cardíaca avanzada	-2	-	C
Arritmias cardíacas graves	P	C	C
Accidente cerebrovascular reciente	-	C	C
Hipertensión arterial, infarto de miocardio, angina de pecho estable, insuficiencia cardíaca, enfermedad vascular periférica, hipertiroidismo, diabetes mellitus, feocromocitoma.	P	P	P
Insuficiencia hepática o renal grave	-	P	P
Úlcera péptica	P	P	P
Trastornos en la articulación de la mandíbula	C	-	-
Esofagitis activa, inflamación oral y faríngea, gastritis	-	P	-
Enfermedades dermatológicas que puedan complicarse por la aplicación de los parches	-	-	C

C= Uso contraindicado; P= Uso con precaución iniciado bajo consejo médico; (-)= No figura en las fichas técnicas; 1= Sólo bajo consejo médico ante fracaso de otras intervenciones; 2= En el caso de las especialidades de chicles y spray nasal no se particularizan las enfermedades cardíacas consideradas como graves, si bien es previsible que se incluyan entre otras: infarto de miocardio reciente, angina de pecho inestable e insuficiencia cardíaca avanzada. 3= TSN (NiQuitin es una marca comercial): sólo bajo consejo médico ante fracaso de otras intervenciones.

Duración del Tratamiento

Ocho semanas. Según los resultados obtenidos en ensayos clínicos de 6 a 8 semanas es tiempo suficiente para eliminar la mayor parte de los síntomas de abstinencia y adquirir nuevas conductas necesarias para mantenerse sin fumar.

Eficacia

La OR conjunta para todas las formas de administración de nicotina es 1.77 (IC 95%: 1.66-1.88). Para cada una de las formas de administración la OR es 1.66 chicles, 1.81 parches, 2.05 comprimidos para chupar.

El uso apropiado de terapias farmacológicas sustitutivas de nicotina (TSN) en fumadores y fumadoras que desean dejar de fumar se ha demostrado eficaz, duplicando las tasas de abstinencia a los 6 y 12 meses, con respecto a la intervención placebo. Sus resultados mejoran cuanto más se adecua su utilización a las características de la persona (presentación y dosificación) y cuando su administración va acompañada de una intervención de apoyo (intervención breve y/o terapia psicológica).

Formas de presentación en el mercado español:

1. Parches transdérmicos

Preparados comerciales

Tipos de Parches:

- Según el tiempo de aplicación, existen dos tipos de parches de 24 y 16 horas.
- Según la cantidad de nicotina que contienen en mg (cantidades medias de nicotina absorbidas en 24 y 16 horas).
- Según el tamaño (área de absorción en cm²), parches de 30, 20, 10, 22, 15 y 7 cm².

Se necesitan de 1-5 horas hasta la detección de nicotina en plasma tras la colocación del parche.

Duración del Tratamiento.

8-12 semanas, con reducción progresiva de dosis.

Efectos secundarios específicos.

Eritema, prurito, sensación de quemazón, eczema de contacto (tratar con crema de corticoides tópicos de baja potencia), edema cutáneo.

Contraindicaciones específicas.

Enfermedades dermatológicas que pueden complicarse por su aplicación.

Contraindicaciones generales (ver Tabla 3).

Uso correcto de los parches de nicotina.

- Aplicarlo sobre la piel sin pelo de una zona que sude poco (brazo, hombro, espalda...).
- Cada día aplique el parche sobre un lugar diferente, para no dañar la piel.
- Cada día debe sustituir el parche por otro nuevo, según las recomendaciones de su médico o médica.
- Puede producir picor o enrojecimiento, que suele ser leve y desaparecer al cabo de unos días. Si no cede, comuníquese a su médico o médica, pues una crema suave de corticoides puede ser suficiente para que desaparezca.
- Para reducir este efecto, a veces es útil airear el adhesivo una vez retirado el protector antes de pegarlo en la piel.
- Puede producir más raramente otros síntomas como dolores musculares. Si además fuma, es más probable que sienta náuseas, palpitaciones, insomnio, etc. **RECUERDE QUE SI ESTÁ EN**

TRATAMIENTO CON PARCHES NO DEBE FUMAR (ni siquiera tras varias horas de haberse retirado el parche).

- Si le diagnostican alguna enfermedad nueva o queda embarazada, comuníquese a su médico o médica. El tratamiento con parches puede estar contraindicado.

2. Chicles de nicotina

Preparados comerciales: chicles de 2 mg y 4 mg.

Posología:

Baja dependencia:

- Chicles 2 mg: 8-10 piezas/día.
- Moderada dependencia: chicles 4 mg: 1 pieza/ 90 minutos mientras este despierto. Usualmente 7-15 piezas/día. No superar 20 piezas/día.
- Alta dependencia: Chicles 4mg: 1 pieza/60 minutos mientras este despierto. Usualmente 7-15 piezas/día. No superar 20 piezas/día.

Duración

8 semanas, con reducción progresiva de dosis.

Efectos adversos específicos:

- Irritación faríngea.
- Mal sabor de boca.
- Dolor articulación temporo-mandibular.
- Pirosis.
- Epigastralgia.
- Flatulencia.
- Diarrea.
- Hipo.
- Náuseas.
- Úlceras bucales.

Contraindicaciones generales:

Igual para todas las modalidades de TSN. Ver tabla 2.

Contraindicaciones específicas:

- Problemas dentarios.
- Trastornos de la articulación temporo-mandibular (A.T.M.).
- Inflamación orofaríngea.
- Hernia hiatal.
- Úlcus gastro-duodenal.

Uso correcto de los chicles y comprimidos de nicotina.

- No proporcionan una sensación tan agradable ni tan rápida como un cigarrillo. Téngalo presente y no espere milagros.
- Le ayudan a vencer la dependencia física, disminuyendo o eliminando los síntomas del síndrome de abstinencia, pero tenga en cuenta que para la dependencia psíquica debe poner en práctica las recomendaciones encontradas en otros anexos y que finalmente es su voluntad la que hará que tenga éxito o no. No le protegen de las presiones que le incitan a fumar. Sólo le hacen más fácil permanecer sin fumar.
- Pueden servir para abortar las ganas de fumar en situaciones concretas, en la que además no han sido efectivos otros métodos. Téngalos a mano para estas situaciones.
- Puede que su médico o médica le haya pautado los chicles o comprimidos o, en cambio, le haya indicado que los tome cuando sienta intensos deseos de fumar. Siga sus recomendaciones.
- MODO DE EMPLEO: mastique o chupe despacio el chicle o comprimido hasta que note su sabor o picor. En ese momento ya no mastique o chupe más y déjelo “aparcado” entre la mejilla y la encía hasta que el sabor desaparezca. Cuando eso suceda vuelva a masticarlo o a chupar igual, repitiendo este ciclo hasta que las ganas de fumar desaparezcan.
 - Los principales efectos secundarios son molestias gástricas (suelen indicar que ha masticado demasiado rápido el chicle), molestias dentales o de garganta, ardor, hipo o dolor de mandíbula. Consulte a su médico.
- RECUERDE QUE SI ESTÁ EN TRATAMIENTO CON CHICLES NO DEBE FUMAR (usted ya recibe nicotina. Si además fuma, puede sufrir una intoxicación nicotínica).

3. Comprimidos de nicotina

Preparados Comerciales

Comprimidos de 1 mg (bioequivalencia a 2 mg en la forma de chicle).

Posología, duración, efectos adversos y contraindicaciones (ver chicles de nicotina).

TRATAMIENTO NO NICOTINICO

Bupropión

Es un inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina y dopamina. Actúa sobre las vías cerebrales que intervienen en la aparición del síndrome de abstinencia, así al aumentar los niveles de noradrenalina origina una reducción de los síntomas de ansiedad y el deseo incontrolado de fumar, y actúa sobre la adicción al aumentar los niveles de dopamina, activando así los sistemas de recompensa cerebral y reduciendo la necesidad de nicotina.

En algunas revisiones ha demostrado que evita la ganancia de peso durante su uso, y una menor ganancia de peso después del abandono o un retraso de la misma, (Filozof et al, 2004). Ensayos clínicos realizados en Norteamérica obtuvieron tasas de abstinencia a los 12 meses significativamente superiores en mujeres que utilizaron bupropión (bupropión, bupropión + parches) frente a mujeres

incluidas en los grupos sin Bupropión (placebo, parches de nicotina). Igualmente, tanto varones como mujeres con antecedentes depresivos de los grupos tratados con bupropión obtuvieron tasas de abstinencia cuatro veces superiores que los pacientes con antecedente similar de depresión asignados a los grupos de placebo o parches de nicotina (Smith y cols., 2003).

Indicaciones

El bupropión puede estar especialmente recomendado en:

- Personas fumadoras que rechazan el uso de TSN.
- Personas fumadoras que no toleran el uso de TSN.
- Fracaso previo de tratamiento con TSN, correctamente administrado y a las dosis adecuadas.
- Pacientes con antecedentes depresivos.
- Mujeres.

Eficacia

El hidrocloreuro de bupropión de liberación prolongada (bupropión LP), es el primer medicamento no nicotínico que demostró su eficacia en el tratamiento del tabaquismo. El bupropión constituye un tratamiento eficaz para dejar de fumar, coadyuvante del consejo médico, así como del tratamiento psicológico. El uso de bupropión dobla las tasas de abstinencia a los 6 y 12 meses de la intervención, cuando se compara con placebo. La eficacia del hidrocloreuro de bupropión se sitúa entre el 18% y el 36% a los 12 meses de finalizar el tratamiento. Estos resultados se han comprobado mediante ensayos clínicos randomizados, a doble-ciego y muestras amplias.

Preparados comerciales

Comprimidos 150 mg.

Posología y modo de empleo

Iniciar el tratamiento una semana antes de dejar de fumar ya que no alcanza niveles estables en plasma hasta pasada al menos una semana tras su administración. La máxima concentración plasmática se alcanza a las 3 horas de tratamiento oral con 150mg.

Modo de empleo:

Inicio: 1 comprimido (150 mg) / día por la mañana durante 6 días.

Mantenimiento: (si a partir del 7 día no fuma) 2 comprimidos / día separados al menos 8-10 horas y el último al menos 4 horas antes de acostarse.

Dosis Total: Cada una de las dosis no debe superar 150 mg y la dosis diaria total no debe superar los 300 mg.

Se debe considerar la posibilidad de realizar ajustes de dosis utilizando 150 mg de bupropión al día, en las siguientes poblaciones de pacientes (McRobbie H, et al, 2005): ancianos, personas con insuficiencia hepática o renal, personas con diabetes bien controladas con insulina o hipoglucemiantes orales.

POSOLOGÍA DE BUPROPIÓN

Primeros 6 días	Un comprimido al día al levantarse.
Resto del tratamiento	Un comprimido al día al levantarse y otro 8-10 horas después, siempre 4 horas antes de acostarse.

- Elegir el día “D” en la 2ª semana, cuando lleve tomando el bupropión 7-10 días.
- Si aparecen efectos adversos leves (cefalea, insomnio, sabor metálico...) utilizar durante todo el tratamiento un solo comprimido de 150 mg al día. Con efectos adversos más serios, retirar el tratamiento.

Duración

8 semanas.

Efectos adversos del bupropión

Las reacciones adversas más frecuentes recogidas en la ficha técnica, son de tipo:

- Neurológico: insomnio, cefalea, agitación, ansiedad, temblor, mareo, dificultad de concentración.
- Digestivo: sequedad de boca, náuseas, vómitos, dolor abdominal y estreñimiento.
- Dermatológico: erupción cutánea, prurito, sudoración y urticaria.

En la Tabla 4 se muestran los efectos adversos más frecuentes descritos en un ensayo clínico controlado con bupropión frente placebo (Hurt RD et al, 1997).

Tabla 4. Efectos adversos descritos en pacientes tratados con bupropión retardado con una incidencia >1% y más frecuentes que en el grupo placebo en el estudio de Hurt et al.

Efecto adverso	Bupropión retardado 100 a 300 mg/día (n=461) %	Placebo (n=150) %
Generales		
Dolor cervical	2	<1
Reacción alérgica	1	0
Cardiovasculares		
Sofocos	1	0
Hipertensión	1	<1
Digestivo		
Sequedad de boca	11	5
Aumento del apetito	2	<1
Anorexia	1	<1
Músculo esquelético		
Artralgia	4	3
Mialgia	2	1

Efecto adverso	Bupropión retardado 100 a 300 mg/día (n=461) %	Placebo (n=150) %
Sistema Nervioso		
Insomnio	31	21
Inestabilidad	8	7
Temblor	2	1
Somnolencia	2	1
Dificultad de concentración	1	0
Respiratorio		
Bronquitis	2	0
Piel		
Prurito	3	<1
Erupción	3	<1
Piel Seca	2	0
Urticaria	1	0
Órganos de los sentidos		
Disgeusia	2	<1

Existen factores de riesgo que favorecen la aparición de convulsiones que deben ser conocidos y considerados antes de prescribir bupropión, que se exponen en la tabla 5.

Tabla 5. Factores a considerar para prevenir la aparición de convulsiones por bupropión

Dosificación
<ul style="list-style-type: none"> • No exceder una dosis diaria de 300 mg, dividida en dos tomas de 150 mg. • Iniciar el tratamiento con una dosis de 150 mg durante 6 días y aumentarla el séptimo día a 150 mg dos veces al día.
Situaciones clínicas
<ul style="list-style-type: none"> • Historia previa de crisis convulsivas. • Traumatismo craneal. • Tumor cerebral. • Anorexia o bulimia.
Factores personales
<ul style="list-style-type: none"> • Consumo excesivo de alcohol. • Adicción a opiáceos, cocaína o estimulantes. • Diabetes tratada con hipoglucemiantes orales o insulina. • Interrupción brusca de tratamiento con benzodiazepinas. • Uso de estimulantes o anorexígenos.
Medicamentos que disminuyen el umbral convulsivo
<ul style="list-style-type: none"> • Antipsicóticos, antidepresivos, antimaláricos, teofilina, tramadol, quinolonas, corticoides sistémicos, antihistamínicos con efecto sedante.

Interacciones

Tanto el bupropión como el hidroxibupropión (principal metabolito activo) actúan como inhibidores del isoenzima CYP2D6, responsable del metabolismo de numerosos fármacos, siendo posible que se produzcan interacciones farmacocinéticas a nivel metabólico, bien por el efecto de otros fármacos administrados, o bien por la acción del bupropión o hidroxibupropión sobre otros medicamentos que se metabolizan a través de esta isoenzima.

En la tabla 6 se recogen las interacciones medicamentosas potenciales del bupropión.

Tabla 6. Interacciones medicamentosas potenciales del bupropión.

Fármacos	Mecanismo de la interacción	Efecto previsible
Inductores de CYP2B6: carbamacepina, fenobarbital, fenitoína	• Metabolismo de bupropión y posible acumulación de hidroxibupropión	• Toxicidad de hidroxibupropión
Inhibidores de CYP2B6: cimetidina	• Metabolismo de bupropión	• Toxicidad de bupropión
Inhibidores de CYP2D6: ritonavir, ácido valpróico, fluoxetina, etc	• Metabolismo de hidroxibupropión	• Toxicidad de hidroxibupropión
Sustratos de CYP2D6: <ul style="list-style-type: none"> • antidepresivos tricíclicos: (ej. imipramina, desipramina, nortriptilina), • antidepresivos ISRS: (ej. fluoxetina, paroxetina), venlafaxina betabloqueantes (ej. carvedilol, timolol, metoprolol), • antiarrítmicos: (ej. flecainida, mexiletina) • antipsicóticos: (ej. risperidona, haloperidol, trazodona) 	• Metabolismo de estos fármacos	• Toxicidad de estos fármacos
Fármacos que disminuyen el umbral convulsivo (véase tabla 4)	• Umbral convulsivo	• Riesgo de convulsiones
Inhibidores de la MAO _b	• Desconocido	• Toxicidad aguda de bupropión
Levodopa	• Potencia efectos	• Efectos tóxicos dopaminérgicos de levodopa
Zolpidem	• Desconocido	• Riesgo de alucinaciones por zolpidem
En estudio en dosis únicas no se observó efecto alguno 74; b administración contraindicada.		

Contraindicaciones

Según la ficha técnica, la administración de bupropión esta contraindicada en los siguientes casos:

- Hipersensibilidad al bupropión o excipientes de la formulación.
- Trastorno convulsivo actual o cualquier antecedente de convulsión.
- Tumor del SNC.
- Proceso de deshabitación alcohólica.
- Retirada de benzodiazepinas o fármacos análogos.
- Bulimia o anorexia nerviosa.
- Trastorno bipolar.
- Cirrosis hepática grave.
- Tratamiento concomitante con inhibidores de la MAO.
- Embarazo y lactancia (no se ha establecido su seguridad, la FDA asigna categoría B).
- Menores de 18 años (no se aconseja, ya que no se ha evaluado su seguridad y eficacia).

NUEVOS FÁRMACOS

VARENICLINE

Es un agonista parcial del receptor acetilcolina nicotínico. Ha sido autorizada por la Unión Europea desde septiembre del 2006. Vareniclina es un agonista parcial que se une selectivamente a los receptores nicotínicos $\alpha 4 \beta 2$ de la acetilcolina en el sistema mesolímbico del cerebro, produciendo un efecto suficiente para aliviar los síntomas del ansia de fumar y abstinencia (actividad agonista), a la vez que produce simultáneamente una reducción de los efectos gratificantes de recompensa y el riesgo de volver a fumar al bloquear la unión de la nicotínica a los receptores (actividad antagonista).

Eficacia

La eficacia de vareniclina en la deshabitación tabáquica ha sido evaluada en dos estudios frente a placebo y bupropión durante 12 semanas, con un seguimiento posterior de 40 semanas. Las personas participantes eran fumadoras de 10 cigarrillos diarios, motivadas y adicionalmente, recibieron consejo antitabáquico. Los criterios de exclusión fueron muy amplios: enfermedad grave o inestable en los 6 meses previos; abuso o dependencia de drogas o tratamiento por depresión mayor en los 12 meses previos; antecedentes o presencia actual de trastorno de angustia, psicosis o trastorno bipolar; uso previo de bupropión o vareniclina; antecedentes de crisis convulsivas. En ambos estudios el porcentaje de personas que alcanzaron la abstinencia en las semanas 9 a 12 de tratamiento (variable principal) fue superior con vareniclina (44%) frente a bupropión (30%) y placebo (18%). Significativamente más pacientes en el grupo de vareniclina se mantuvieron en abstinencia en la semana 52, comparado con placebo (22% vs 8,4% y 23% vs 10,3%). Esta diferencia fue significativa frente a bupropión en uno de los ensayos (23% vs 15%, $p=0,004$); pero no en el otro (22% vs 16%, $p=0,057$).

En otro ensayo clínico, se valoró el beneficio de una terapia adicional de 12 semanas con vareniclina para el mantenimiento de la abstinencia. Las y los participantes que recibieron vareniclina durante 12 semanas y dejaron de fumar, se distribuyeron aleatoriamente después a vareniclina o placebo durante un periodo adicional de 12 semanas, con un seguimiento total de 52 semanas. Los porcentajes de abstinencia obtenidos fueron estadísticamente significativos frente a placebo a las 24 (70,5% vs 49,6%) y 52 semanas (43,6% y 36,9%).

En una revisión Cochrane de reciente publicación, en la que se incluyen –entre otros- los tres estudios anteriores, se establecen los OR de vareniclina para la abstinencia continua a las 12 semanas frente a placebo: 3,22 (IC95% 2,43 a 4,27) y frente a bupropión: 1,66 (IC95% 1,28 a 2,16).

Los NNT calculados mediante OR obtenidos en otras revisiones Cochrane, asumiendo un 7,5% de abandono tabáquico en los grupos de no tratamiento (placebo), fueron: 8 (IC95% 5 a 11) para vareniclina, 20 (IC95% 17 a 23) para TSN y 15 (IC95% 11 a 20) para bupropión.

Los efectos adversos asociados con mayor frecuencia (10%) al uso de vareniclina en los ensayos clínicos fueron: náuseas (32%), insomnio (19%), dolor de cabeza (18%) y sueños anormales (14%). En la mayoría de los casos, las náuseas aparecen de forma temprana durante el tratamiento, tuvieron una intensidad de leve a moderada y raramente fue necesaria la suspensión del mismo. Al contrario que bupropión, el uso de vareniclina a corto plazo no previene el aumento de peso producido al abandonar el hábito del tabaco; si bien, este efecto sólo se ha estudiado en tratamientos de 12 semanas de duración. La tasa de abandonos por efectos adversos en pacientes tratados con vareniclina fue del 12,9%. Tras finalizar el tratamiento con vareniclina, se ha descrito aumento de la irritabilidad, ansias de fumar, depresión y/o insomnio hasta en un 3% de los pacientes. No se dispone de información sobre su seguridad a largo plazo.

No se han publicado estudios que comparen directamente la vareniclina frente a TSN, la cual es considerada por algunos autores como la terapia de elección para el tratamiento de la deshabituación tabáquica. En el meta-análisis citado se realiza un análisis comparativo indirecto y se detectó también una modesta superioridad de la vareniclina sobre la TRN (OR=1,66; 1,17-2,36).

Tampoco se ha estudiado su eficacia y seguridad en combinación con otras terapias para la deshabituación tabáquica y no se dispone de información sobre su eficacia para mantener la abstinencia a largo plazo.

Podríamos concluir que:

La vareniclina ha mostrado resultados prometedores en los estudios realizados a corto plazo, pero la ausencia de estudios comparativos directos frente a TSN y en combinación con otras terapias para la deshabituación tabáquica, así como la falta de información sobre su seguridad y eficacia a largo plazo, dificultan en la actualidad establecer su papel definitivo en la terapia de la deshabituación tabáquica.

Son necesarios nuevos estudios que permitan comprobar estos primeros resultados, así como la eficacia de vareniclina en la práctica clínica habitual, donde la variabilidad clínica individual es muy diferente a los ensayos clínicos.

Preparados Comerciales

Comprimidos de 0,5 mg y 1 mg.

Posología y Modo de Empleo

Iniciar el tratamiento 1-2 semanas antes de dejar de fumar

- 1º al 3º día: 0,5 mg una vez al día.
- 4º al 7º día: 0,5 mg dos veces al día.
- 8º día al fin de tratamiento: 1 mg dos veces al día.

Duración del tratamiento

Doce semanas. La ficha técnica no limita el tiempo de uso continuado, pero podría dar lugar a síntomas de dependencia leves, aunque no se ha descrito casos de adicción y abuso. La parada brusca del tratamiento se ha asociado con un incremento de la irritabilidad y trastornos del sueño en el 3% de los casos. Esto puede ser sugestivo de que en algunas personas la vareniclina pudiera producir una cierta dependencia.

Efectos adversos

- Náuseas.
- Cefalea.
- Insomnio y sueños anormales.
- Estreñimiento y flatulencia.
- Vómitos.

Contraindicaciones y precauciones

- Hipersensibilidad al producto.
- No se recomienda su uso en < 18 años.
- No usar en embarazo ni lactancia. (La FDA ha clasificado a la vareniclina como categoría C, para su uso durante embarazo).
- No se dispone de experiencia clínica en pacientes con epilepsia.
- En insuficiencia renal, disminuir la dosis a 1 mg/día (iniciar dosis con 0,5 mg una vez al día durante los tres primeros días y evitar durante este tiempo el uso de cimetidina).
- En enero de 2008 la Agencia Española del Medicamento ha difundido una nota informativa acerca de la revisión sobre la seguridad en Europa. Tomando como base las conclusiones del Comité de Medicamentos de Uso Humano, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios considera necesario hacer las siguientes recomendaciones:
 - Debe utilizarse exclusivamente bajo prescripción médica.
 - Debe tenerse especial precaución en pacientes con alteraciones psiquiátricas subyacentes. También existe la posibilidad de que cualquier paciente desarrolle síntomas depresivos y debe informarse a los pacientes en tratamiento sobre este respecto.
 - En el caso de que aparezca ideación o comportamiento suicida, debe suspenderse el tratamiento inmediatamente.

MATERIAL DE APOYO PARA EL DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN AVANZADA (INDIVIDUAL Y GRUPAL).

CALENDARIO DEL PROGRAMA		
I. ENTREVISTA DE ACOGIDA		
	DÍA	HORA
Sesión de evaluación		
II. SESIONES		
	DÍA	HORA
1ª Sesión		
2ª Sesión		
3ª Sesión		
4ª Sesión		
5ª Sesión		
6ª Sesión		
III. SEGUIMIENTOS		
3 ^{er} mes		
6 ^o mes		
12 ^o mes		
OBSERVACIONES:		

FICHA SESIONES INTERVENCIÓN AVANZADA

Nombre y Apellidos _____
 Edad _____ Teléfono _____ N° Historia _____ Centro Sanitario _____ Profesional _____

Factores pronóstico

Fagerström: _____ ¿Convivientes fumadores? SÍ / NO N° abandonos previos: _____ Enfermedades SÍ / NO Síntomas: ninguno/pocos/muchos

Autoeficacia: alta/baja Nivel de motivación T. Richmond: alta/baja

Sesiones	N° cigs.	CO	Peso	TAS/TAD	Tratamiento Farmacológico*	Dependencia psicológica	Dependencia fisiológica	Dependencia social
Sesión de acogida								
Sesión 1								
Sesión 2								
Sesión 3								
Sesión 4								
Sesión 5								
Sesión 6								
Seguimiento 3								
Seguimiento 4								
Seguimiento 5								

* Tratamiento farmacológico (TSN: parches, chicles, comprimidos, bupropión, vareniclina): dosis, modificación dosis, cambio de tratamiento, efectos adversos

REACCIÓN ¿Ha dado lugar la reacción a la hospitalización? S/NO	SESIONES									FECHAS		DESENLACE (p.ej. recuperado, secuelas, etc...)	
	Acogida	1°	2°	3°	4°	5°	6°	SEG.	SEG.	SEG.	Inicio		Final
Nauseas													
Hipo													
Epigastralgia													
Alteraciones del sueño													
Cefalea													
Mareos													
Parestesias													
Alteraciones de la concentración													
Hipertensión													
Palpitaciones													
Dolor precordial													
Infarto de miocardio													
Angina de pecho													
Problemas cerebro vasculares													
Tos													
Mialgias													
Artralgias													
Dismenorrea													
Síntomas locales (especificar)													
Otros (especificar)													

CONTRATO PARA EL COMPROMISO DE DEJAR DE FUMAR

Mediante el presente contrato _____ se compromete a seguir las normas y tareas del PROGRAMA PARA DEJAR DE FUMAR, apuntando diariamente los cigarrillos que fuma, respetando de igual manera las normas de funcionamiento del grupo. También se compromete a asistir a las 6 sesiones de tratamiento, que se celebrarán semanalmente en el Centro _____ los días:

Sesión 1 _____	Hora _____
Sesión 2 _____	Hora _____
Sesión 3 _____	Hora _____
Sesión 4 _____	Hora _____
Sesión 5 _____	Hora _____
Sesión 6 _____	Hora _____

así como a los futuros seguimientos.

Por su parte, el/los profesional/es se comprometen a llevar a cabo el tratamiento para dejar de fumar. Asimismo, a mantener la confidencialidad de la información obtenida a lo largo del tratamiento, a informar detalladamente sobre las técnicas de tratamiento y a garantizar que no existen riesgos en la aplicación de éstas.

En _____, a ____ de _____ de 200 ____

FIRMA

FIRMA DEL/DE LA PROFESIONAL

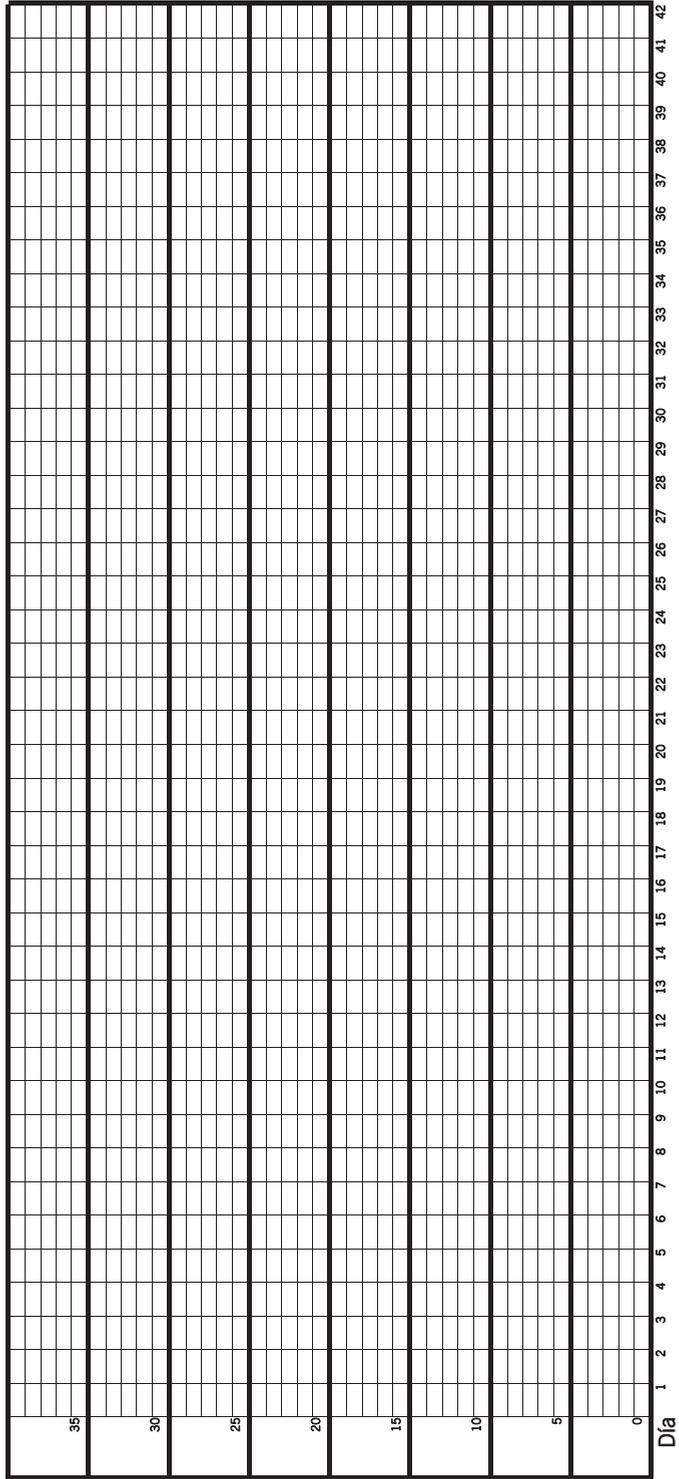
MOTIVOS PARA DEJAR DE FUMAR

MOTIVOS A FAVOR	MOTIVOS EN CONTRA

REGISTRO DE CONSUMO

Día			
Cigarrillo	Hora	Placer (0 a 10)	Situación
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

GRÁFICA DE CONSUMO



Número de cigarrillos fumados

REDUCCIÓN GRADUAL EN EL CONSUMO DE CIGARRILLOS

TABLA I. Primera semana de reducción en el número de cigarrillos. Cambios en el número de cigarrillos fumados al día.

Si en la semana anterior fumó una media de:	A partir de ahora debe fumar una media de:
60 cigarrillos/día	40 cigarrillos/día
50 cigarrillos/día	35 cigarrillos/día
40 cigarrillos/día	28 cigarrillos/día
35 cigarrillos/día	25 cigarrillos/día
30 cigarrillos/día	20 cigarrillos/día
25 cigarrillos/día	18 cigarrillos/día
20 cigarrillos/día	15 cigarrillos/día
15 cigarrillos/día	10 cigarrillos/día
12 cigarrillos/día	8 cigarrillos/día
10 cigarrillos/día	6 cigarrillos/día
8 cigarrillos/día	5 cigarrillos/día
6 cigarrillos/día	4 cigarrillos/día
4 o menos cigarrillos/día	dejar de fumar

REDUCCIÓN GRADUAL EN EL CONSUMO DE CIGARRILLOS

TABLA II. Segunda semana de reducción en el número de cigarrillos. Cambios en el número de cigarrillos fumados al día.

Si hace dos semanas fumó una media de:	A partir de ahora debe fumar una media de:
60 cigarrillos/día	25 cigarrillos/día
50 cigarrillos/día	20 cigarrillos/día
40 cigarrillos/día	15 cigarrillos/día
35 cigarrillos/día	14 cigarrillos/día
30 cigarrillos/día	12 cigarrillos/día
25 cigarrillos/día	10 cigarrillos/día
20 cigarrillos/día	8 cigarrillos/día
15 cigarrillos/día	6 cigarrillos/día
12 cigarrillos/día	5 cigarrillos/día
10 cigarrillos/día	4 cigarrillos/día
8 o menos cigarrillos/día	dejar de fumar

NOTA: Para efectuar la reducción tiene que rebajar diariamente entre un 5% y un 10% el número de cigarrillos, respecto a los que fumó de media en la última semana. Las reglas le harán más fácil esta reducción.

TRATAMIENTO EN SITUACIONES CLÍNICAS QUE REQUIEREN UNA ATENCIÓN DIFERENCIADA

Opciones de tratamiento en situaciones especiales	
Patología contaminante	Opciones terapéuticas
Cardiopatía isquémica inestable*	CSS, AP, RGINA, bupropión
Cardiopatía isquémica estable	CSS, AP, RGINA, TSN a mitad de dosis
Alcoholismo*	CSS, AP, RGINA, TSN
Úlcus gastro-duodenal activo	CSS, AP, RGINA, bupropión
Úlcus gastro-duodenal controlado	CSS, AP, RGINA, PN, SN, bupropión
Convulsiones	CSS, AP, RGINA, TSN
Anorexia nerviosa y bulimia	CSS, AP, RGINA, TSN
Diabetes Mellitus	CSS, AP, RGINA, TSN, bupropión a la mitad de la dosis
Hipertensión	CSS, AP, RGINA, TSN, bupropión, seguimiento estrecho.
Insuficiencia renal y hepática	CSS, AP, RGINA, TSN, bupropión a la mitad de dosis
Ancianos	CSS, AP, RGINA, TSN, bupropión a la mitad de dosis
Conductores/as y operarios/as de maquinaria Pesada	CSS, AP, RGINA, TSN, bupropión en casos constatados
Trastornos de la articulación temporo-mandibular, trastornos dentarios o aftas bucales	CSS, AP, RGINA, TSN (excepto CHN y CN), bupropión
Enfermedades dermatológicas extensas, dermatitis atópica	CSS, AP, RGINA, TSN (excepto PN), bupropión
Enfermedades rinosinusales graves, rinitis alérgica	CSS, AP, RGINA, TSN (excepto SN), bupropión
Fumadores con alta dependencia nicotínica*	CSS, AP, RGINA, TSN, bupropión, TSNAD, TSNRC

CSS: Consejo Sanitario Sistematizado; AP: apoyo psicológico; TSN: terapia sustitutiva con nicotina; CHN: chicles de nicotina; CN: comprimidos de nicotina; PN: parches de nicotina; SN: spray nasal de nicotina; RGINA: reducción progresiva; TSNAD: TSN a altas dosis; TSNRC: TSN para reducir el consumo.

* Preferiblemente en Unidades de Tabaquismo y/o por terapeutas expertos.

ABSTINENCIA (de la nicotina): es un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia. Después de la aparición de los desagradables síntomas de abstinencia, la persona fumadora consume la sustancia a lo largo del día para eliminarlos o aliviarlos, normalmente desde que se despierta. Los síntomas de abstinencia, que son generalmente opuestos a los efectos agudos de la sustancia, varían mucho según la clase de sustancia y se proponen distintos criterios diagnósticos para la mayoría de ellas.

ADICCIÓN (a la nicotina): la adicción a las drogas es, en esencia, una alteración cerebral que está mediada por componentes neurobiológicos.

Las drogas adictivas tienen como denominador común la acción que ejercen sobre el sistema dopaminérgico mesolímbico. Este sistema tiene su origen en las neuronas dopaminérgicas de la zona segmentada ventral del mesencéfalo que se proyectan hacia el núcleo accumbens y la corteza cerebral prefrontal. En el caso de la nicotina, al igual que los opiáceos, cocaína, cafeína o alcohol, aumenta la producción de dopamina en el núcleo accumbens, el núcleo del sistema de recompensa, iniciándose el camino hacia la dependencia.

COOXÍMETRO: aparato de medición para realizar la medición de monóxido de carbono en aire espirado (cooximetría). Informa en pocos segundos del número de cigarrillos consumidos, patrón de consumo, profundidad de la calada, etc. Proporciona tanto al personal terapeuta como a pacientes, además del grado de fumador o fumadora, referencias en sucesivos controles durante el seguimiento en el proceso de abandono.

COOXIMETRÍA: sistema de análisis mediante el cual medimos la concentración de CO en partes por millón (ppm) en el aire espirado y su correlación con la COHB en sangre. También es útil como herramienta motivadora al disponer de una prueba objetiva para ver los resultados del proceso de deshabituación.

El punto de corte entre personas fumadoras y no fumadoras para el CO está en 10ppm de aire espirado (las personas fumadoras presentan cifras superiores a este valor) y, el de la COHB en 1,77%, menos del 5% de las no fumadoras superan el 1% de COHB.

COTININA: es el principal metabolito de la nicotina, procedente del metabolismo oxidativo de la nicotina. Se considera el marcador más específico del humo de tabaco, y su determinación en plasma presenta una elevada sensibilidad y especificidad, pudiendo ser evaluada en orina y saliva.

DEPENDENCIA (de la nicotina): la característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con su consumo. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y una ingestión compulsiva de la sustancia. El diagnóstico de

dependencia de sustancias puede ser aplicado a toda clase de sustancias a excepción de la cafeína. Los síntomas de la dependencia son similares para todas las categorías de sustancias, pero con alguna de ellas los síntomas son menos patentes e incluso pueden no aparecer (p. ej., no se han especificado síntomas de abstinencia para la dependencia de alucinógenos). Aunque no está incluida específicamente en los criterios diagnósticos, la “necesidad irresistible” de consumo (craving) se observa en la mayoría de las personas con dependencia de sustancias.

ESTADIOS DE CAMBIO: etapas por las que pasa una persona en el proceso de cambio de un problema. Estas etapas son aplicables tanto al cambio que uno realiza por sí mismo o por sí misma, como al cambio ayudado por terapeutas. Es decir, ya sea dentro o fuera de una terapia, todas las personas parecen pasar por fases similares y emplear procesos de cambio también similares.

Actualmente el modelo de los Estadios de cambio de Prochaska y DiClemente se compone de seis estadios de cambio: Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción, Mantenimiento y Finalización (Prochaska y cols., 1994).

En el estadio de Precontemplación, la fumadora o el fumador no considera que su conducta sea un problema y no tiene intención de dejar de fumar. En el de Contemplación, empieza a contemplar su conducta como un problema, busca activamente información y se plantea la posibilidad de dejar el tabaco en los siguientes seis meses. En el estadio de Preparación para la Acción, ya ha tomado la decisión de modificar su conducta en los siguientes 30 días. Estadío de Acción, a dejado de fumar y se mantiene sin consumir cigarrillos como mínimo durante 24 horas. Cuando la persona lleva doce meses sin fumar pasa al estadio de Mantenimiento, en el que consolida la abstinencia. Por último el estadio de Finalización, en el que lleva aproximadamente cinco años sin fumar.

HUMO AMBIENTAL DE TABACO (HUMO DE SEGUNDA MANO, INHALACIÓN INVOLUNTARIA DE HUMO DE TABACO, FUMAR DE FORMA PASIVA, TABAQUISMO PASIVO, AIRE CONTAMINADO POR EL HUMO DE TABACO (ACHT): es una mezcla del humo exhalado por los fumadores y por las fumadoras (humo principal) y del humo que emana el cigarrillo, cigarro, o cualquier otro dispositivo para fumar (humo lateral) diluido en el aire del ambiente. El humo indirecto de tabaco contiene agentes carcinógenos, así como otros componentes tóxicos. El humo del tabaco ambiental (ACHT) constituye un riesgo real para la salud de las personas que lo aspiran.

Actualmente no existe duda razonable sobre su naturaleza perjudicial, la Agencia Estadounidense de Protección Medioambiental, clasifica al humo del tabaco como carcinógeno de “clase A”, no existe un nivel seguro de exposición (cualquier cantidad es perjudicial para las personas expuestas).

INTERVENCIÓN BÁSICA: el concepto de Intervención Básica en tabaquismo engloba: a) preguntar sobre el hábito tabáquico, b) registro en la historia clínica, c) ofrecimiento del consejo sanitario, con las características del consejo mínimo d) ayuda y apoyo psicológico básico, e) entrega de material escrito con información y guías para el abandono del tabaco, en función de la fase en que se encuentre el fumador y f) seguimiento del proceso de abandono.

INTERVENCIÓN AVANZADA INDIVIDUAL: duración de más de 10 minutos por sesión, cuatro o más sesiones y más de treinta minutos en total. Se aconseja realizar una visita de seguimiento poco después de la fecha escogida para dejar de fumar (en el curso de la semana o quince días siguientes al día “D”), otra al mes, tomando como referencia de nuevo el día “D” y después en función de lo que se considere oportuno a los 3, 6 y 12 meses.

INTERVENCIÓN AVANZADA GRUPAL: esta modalidad de tratamiento del tabaquismo, también conocida por paquete de tratamiento o tratamiento multimodal, data de principios de la década de los años 80 (Lichtenstein y Brown, 1980). En ella se incluyen técnicas psicológicas de corte cognitivo-conductual, en ocasiones combinándolas con terapias farmacológicas. La mayor parte de los programas proponen realizar de seis a ocho sesiones. Algunos autores señalan como número óptimo el de cinco sesiones. En cuanto al número adecuado de personas en cada grupo se establece, de 15 a 20. Lo recomendable es planificar un mínimo de 5 sesiones de unos 90 minutos de duración con una distribución temporal semanal.

MONÓXIDO DE CARBONO (CO): gas tóxico, inodoro, incoloro e insípido, producido principalmente tras la combustión incompleta de materia orgánica. Supone alrededor del 5% de los componentes del humo inhalado de los cigarrillos, inhalándose unas 400 ppm en cada calada.

Su mecanismo de acción se basa en su extraordinaria afinidad por la hemoglobina (240 veces superior al oxígeno), por lo que desplaza de forma competitiva al oxígeno, formando unidades de carboxihemoglobina (COHB) que dificulta el transporte de oxígeno (O₂) a los tejidos originando hipoxia tisular.

MOTIVACIÓN: estado de disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede fluctuar de un momento a otro o de una situación a otra. Dicho estado se puede ver influido por múltiples factores (Miller y Rollnick, 1999).

NICOTINA: es un alcaloide tóxico del tabaco y la sustancia responsable de su capacidad adictiva. La nicotina cumple todos los criterios de las definiciones de adicción o de dependencia: consumo compulsivo pese al deseo y a los repetidos intentos de dejar de fumar, efectos psicoactivos debidos a la acción directa de la sustancia sobre el encéfalo y alteración del comportamiento, motivado por los efectos de refuerzo de la nicotina como sustancia psicoactiva.

Está reconocida como una droga capaz de causar adicción y por tanto, como uno de los factores más importantes en el mantenimiento del consumo de tabaco entre las personas fumadoras que quieren dejar de fumar.

RECAÍDA: según las fases del proceso de deshabituación tabáquica descritas por Prochaska y DiClemente, la recaída es una etapa a la que se puede llegar tras la fase de acción y desde la que se puede regresar a cualquiera de las fases anteriores.

Es preciso diferenciar el concepto de recaída del de “caída”. Mientras que en una “caída”, la persona fumadora no abandona la fase de Acción y puede presentar abstinencia puntual al final de un periodo de seguimiento, en la recaída la persona fumadora abandona la fase de Acción y por tanto el intento actual de dejar de fumar, regresando a cualquiera de las fases previas (Precontemplación, Contemplación o Preparación para la Acción).

TABACO: procede de una planta tropical de la familia de las solanáceas (*Nicotiana tabacum*), con alto contenido de un alcaloide (nicotina) que tiene efectos cardiovasculares y sobre el sistema nervioso, responsables de la adicción. Puede ser usado sin combustión (rapé, tabaco para mascar) que proporciona nicotina sin humo, o con combustión (cigarrillo, pipa, puro).

TABAQUISMO: enfermedad crónica causada por un trastorno adictivo, originado por la nicotina, que produce una serie de alteraciones fisiológicas y psicológicas de dependencia equiparables a

otras drogas legales (alcohol) e ilegales (heroína y cocaína) (US Department of Health and Human Services, 1988), y caracterizada por la pérdida del control sobre el uso del tabaco, que pasa a ocupar un lugar preferencial en la vida del individuo. Actualmente supone el principal problema de salud pública en el mundo desarrollado.

TABAQUISMO PASIVO: se considera fumador pasivo o fumadora pasiva a la persona que respira de manera involuntaria aire contaminado por humo de tabaco proveniente de cigarrillos o exhalado por quienes fuman. Es decir, que aspira el humo del tabaco por tener que permanecer en ambientes donde fuman otras personas.

El tabaquismo pasivo generalmente ocurre en ambientes cerrados, pero también en ambientes abiertos. Las fumadoras pasivas y los fumadores pasivos inhalan agentes carcinógenos, así como otros componentes tóxicos que están presentes en el humo ambiental de tabaco. Por tanto, constituye un riesgo real para la salud de las personas que lo aspiran.

El aire contaminado con el humo del tabaco no sólo produce molestias (picor de ojos y de garganta, mal olor en el pelo y en la ropa), además, daña la salud. Es el responsable de alrededor de 3000 muertes anuales en nuestro país. Hoy se sabe que el tabaquismo pasivo produce cáncer de pulmón, infarto de miocardio y agravamiento del asma. También se sabe que perjudica especialmente a la población infantil y a las embarazadas.

El consenso científico sobre este asunto es concluyente, la única medida de protección eficaz son los Espacios Libres de Humo. No hay ningún sistema eficaz de ventilación que elimine totalmente las sustancias tóxicas del humo del tabaco.

TOLERANCIA (a la nicotina): necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación (o el efecto deseado) o una notable disminución de los efectos de la sustancia con el uso continuado de las mismas dosis.

UNIDADES DE APOYO: estructuras dinamizadoras, que coordinan e impulsan el trabajo de los y las profesionales de los centros sanitarios en relación con el abordaje del tabaquismo. Están integradas por profesionales que poseen una formación y capacitación específica en tabaquismo. Entre sus funciones se encuentran: organizativas, asistenciales, docentes, investigadoras y de promoción de la salud. Se ubican en los distritos sanitarios de AP de Salud, áreas de Gestión Sanitaria y hospitales del SSPA (Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010).

BIBLIOGRAFÍA

- Abrams DB, Brown R, Niaura RS, Emmons K, Goldstein M, Monti PM. *The Tobacco Dependence Treatment Handbook: A Guide to Best Practices*. New York, Guilford Press. 2003.
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Madrid, septiembre de 2003; n.º 40.
- American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado*. Barcelona: Masson. 2005.
- Ayesta FJ, Álvarez S, Benito BM (eds). *Manual de tabaquismo para profesionales sanitarios*. Ceuta; Ingesa-CSCAC, 2006.
- Ayesta FJ, Otero M. El tabaquismo como una enfermedad crónica. En *Tratado de tabaquismo*, Jiménez-Ruiz CA, Fagerström KO (eds), Aula Médica. Madrid 2004: 107-117.
- Baker TB, Brandon TH, Chassin L. Motivational influences on cigarette smoking. *Annu Rev Psychol* 2004; 55: 463-91.
- Balcells M, Torres M, Yahne CE. La terapia motivacional en el tratamiento del tabaquismo. *Adicciones* 2004; 16(S2): 227-236.
- Barrueco Ferrero B, Hernández Mezquita MA. *Manual de Prevención y tratamiento del Tabaquismo*. Madrid; Pauan SL. 2001.
- Barrueco M. Tres minutos de atención al paciente fumador. Diagnóstico y tratamiento no farmacológico del tabaquismo: utilidad del consejo médico y de la intervención mínima sistematizada. *SEMERGEN* 2002; 28(9); 471-3.
- Barrueco M, Hernández MA y Torrecilla M (eds.). *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: ERGON (2ªed.) 2003.
- Becoña, E. y Lorenzo, M.C. Evaluación de la conducta de fumar I. Medidas conductuales, escalas y cuestionarios. *Revista intercontinental de Psicología y Educación* 1989; 2, 13-15.
- Becoña E, Palomares A, García MP. *Tabaco y salud: Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid; Pirámide. 1994.
- Becoña E. Evaluación de la conducta de fumar. En: Graña JL, ed. *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate 1994; 403-454.
- Becoña, E. Evaluación de la conducta de fumar. En J.L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate 1994; pp.457-491.
- Becoña Vázquez F. *Tratamiento del Tabaquismo*. Madrid; Dickynson 1998.
- Becoña E, Vazquez FL. The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. *Psychol Rep* 1998; 83: 1455-1458.
- Becoña, E. Cómo ayudar a los fumadores a dejar de fumar, según su nivel de motivación. En Becoña, E. *Guía clínica para ayudar a los fumadores a dejar de fumar*. Valencia: Socidrogalcohol 2004; pp. 31-59.

- Becoña, E. La nicotina como droga. En Becoña, E. (ed.) Monografía tabaco. Valencia: Socidrogalcohol 2004; pp.143-154.
- Becoña E, Lorenzo MC. Evaluación de la conducta de fumar. Adicciones: revista de socidrogalcohol 2004 ; 16(supl.2) : 201-226.
- Cabezas MC. Novedades en la intervención sobre el consumo de tabaco desde la AP. Aten Primaria 2000; 25(8): 140-46.
- Caggiula AR, Donny EC, White AR, Chaudhri N, Booth S, Gharib MA, Hoffman A, Perkins KA, Sved AF. Cue dependence of nicotine self-administration and smoking. Pharmacol Biochem Behav 2001; 70: 515-530.
- Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1. Art. No.:CD006103. DOI: 10.1002 /14651858.CD006103.pub.2.
- Carrión F, Furest Carrasco I, Pascual JM, Marín J. Intervención mínima en tabaquismo en España. Arch Bronconeumología 2000; 36(3):124-28.
- Casas M, Gossop M. Tratamientos psicológicos en drogodependencias. Sitges: Ediciones en Neurociencias 1993: 85-136
- Chiamulera C. Cue reactivity in nicotine and tobacco dependence: a "multiple-action" model of nicotine as a primary reinforcement and as an enhancer of the effects of smoking-associated stimuli. Brain Res Rev 2005; 48:74-97.
- Clemente M.L. et al. Descripción de las guías disponibles en España para el abordaje del tabaquismo en AP. Aten Primaria 1999; 24:101-108.
- Di Clemente CC. Addiction and change: how addictions develop and addicted people recover. New York; Guilford Press. 2003
- EMEA European Medicines Agency. Scientific discussion. Champix (Varenicline). EMEA/2006. Disponible en: <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/champix/champix.htm>.
- Escuela Andaluza de Salud Pública. Encuesta de expectativas de usuarios y profesionales hacia el tabaquismo. Granada 2004.
- Ferry L, Johnston JA. Efficacy and safety of bupropión SR for smoking cessation: data from clinical trials and five years of postmarketing experience. Int J Clin Practice 2003; 57: 224-30.
- Ficha técnica Champix® (Laboratorio Pzifer). Sept, 2006.
- Filozof C, Fernandez Pinilla MC, Fernandez- Cruz A. Smoking cessation and weight gain. Obes Rev 2004; 5: 95-103.
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SC, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline. Agency for Healthcare Research and Quality publication n° 00-032. Rockville: US Department of Health and Human Services; 2000.
- Foxx, R.M. y Brown, R.A. Nicotine fading, self-monitoring for cigarette abstinence or controlled smoking. Journal of Applied Behavior Analysis 1979; 12: 115-125.
- Fuentes-Pila JM, Calatayud P, López E, Castañeda B. La entrevista motivacional: llave del proceso de cambio en la dependencia nicotín-tabáquica. Trastornos Adictivos. 2005; 7:153-165.
- González-Ruiz M, Tejero MA, Armijo JA. Bupropión: dos años de experiencia en el Sistema Español de Farmacovigilancia (SEFV). III Jornadas de Farmacovigilancia. Toledo 2002.

- Gonzalez D et al. for the Varenicline Phase 3 Study Group. Varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. A randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296: 47-55.
- Gordon M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. 3ª Ed. Madrid: Mosby-Doyma; 1996.
- Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Rickert WS, Robinson J. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991; 86: 1119-1127.
- Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Rickert WS, Robinson J. Measuring the heaviness of smoking: using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *Br J Addict*. 1989; 84:791-799.
- Hughes JR et al. Antidepresivos para dejar de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Jamrozik K. Population strategies to prevent smoking. *BMJ*. 2004; 328:759-62.
- Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. *Archivos de Bronconeumología* 2003;39(1):35-41.
- Jiménez Ruiz CA, Granda Orive I, Solano Reina S, Carrión F, Romero Palacios P, Barruela Ferrero M. Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo. *ArchBronconeumol* 2003; 39: 514-23.
- Jorenby DE et al for the Varenicline Phase 3 Study Group. Efficacy of varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotine acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation. A randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296: 56-63.
- Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ*. 2000; 321:355-8.
- Lancaster T, Stead LF. Asesoramiento médico para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd.
- Lichtenstein, E. y Brown, R.A. Smoking cessation methods: Review and recommendations. En W.R. Miller (Ed.), *The addictive behaviors. Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity*. Nueva York: Pergamon Press. 1980; pp.169-206.
- Llorens N, Perelló M, Palmer A. Las estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Adicciones* 2004, 16: 261-266.
- McCloskey J, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (Nursing Interventions Classification). 4ª Edición. 2005. Madrid, Elsevier España.
- McRobbie H, Lee M, Juniper Z. Non-Nicotine pharmacotherapies for smoking cessation. *Respir Med* 2005; 99: 1203-12.
- Millner WR, Rollnick S. La entrevista motivacional. Barcelona, Paidós, 1999.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del INSALUD 1998. Madrid 1999.

- Ministerio de Sanidad y consumo. Tercer Plan de Actuación para una Europa sin Tabaco (1997-2001). Disponible en: <http://www.msc.es/salud/epidemiologia/ue/directivaue.htm>
- Moorehead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (Nursing Outcomes Classification). 3ª Edición. 2005. Madrid, Elsevier España.
- Munafo M, Clark T, Johnstone E, Murphy M, Walton R. The genetic basis for smoking behavior: a systematic review and meta-analysis. *Nicotine Tob Res.* 2004; 6:583-97.
- Muñoz M. Manual práctico de evaluación psicológica clínica. Madrid, Síntesis. 2003.
- A National Cancer Institute Manual. How to help your patients stop using tobacco. Washington DC: NIH Publication, 1998.
- Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation. Technology Appraisal. Guidance No. 39. March 2002. National Institute of Clinical Excellence.
- Final Appraisal determination Vareniclina for smoking cessation. Guidance. Mayo 2007. National Institute of Clinical Excellence.
- Olano Espinosa E, Matilla Pardo B, González Díaz M, Martínez González, S. El consejo para dejar de fumar: por qué, cuándo y cómo debemos darlo a nuestros pacientes. *Atención Primaria* 2005; 36(1):45-49.
- Orem DE. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona, Masson-Salvat; 1993.
- Organización Mundial de la Salud CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor, 2002 p. 11: 25-26.
- Otero M, Ayesta FJ. Cómo dejar de fumar. Málaga, Argual. 2004.
- Parrot S, Godfrey C, Raw M, West R, McNeil A. Guidance for commissioners on the cost-effectiveness of smoking cessation interventions. *Thorax* 1998; 53 Suppl 5:1-38.
- Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consulting and Clinical Psychology.* 1983; 51: 390-395.
- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Applications to addictive behavior. *Am Psychologist.* 1992; 47: 1102-1114.
- Prochaska JO, Prochaska JM. Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En M. Casas y M. Gossop (eds.), *Recaída y prevención de recaídas.* Rodríguez M, Santamaría J. Diagnóstico y evaluación. En Ayesta y col. (eds), *Manual de tabaquismo para profesionales sanitarios,* Ingresa-CSCAC, 2006:74-80.
- Ralph SS, Craft-Rosenberg M, Herdman H, Lavin MA. NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003 – 2004.* Madrid, Elsevier España.
- Samet J, Yoon SY (eds). *Women and the tobacco epidemic,* The World Health Organization. 2001.
- Sánchez J. Guía de Tabaquismo para Enfermería. 2005. Disponible en <http://www14.brinkster.com/enfertabac/doc03.htm>
- Sanz Pozo B, de Miguel Díez J, Camarelles Guillem F. Deshabitación tabáquica: actitud terapéutica ante los pacientes en fase de preparación. *Rev Clín Esp* 2004; 204(8):425-9.

- Shea SC. La entrevista psiquiátrica: el arte de comprender. Madrid, Elsevier Science. 2002.
- Silagy C, Otead LF. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 3, 2001. Oxford: Update Software.
- Silagy C, Lancaster T, Otead L, Mant D, Fowler G. Terapia de reemplazo de nicotina para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006; 1.
- Silagy C et al. Terapia de reemplazo de nicotina para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Tonstad S et al. for the Varenicline Phase 3 Study Group. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation. A randomized controlled trial. JAMA 2006; 296: 64-71.
- Torrecilla, M., Plaza, M.D. y Avon, C. Intervención no farmacológica. Consejo sanitario sistematizado. En M. Barrueco, M.A. Hernández y M. Torrecilla (eds.). Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Madrid: ERGON (3ªed.) 2006; pp.115-139.
- Varenicline (Chantix) for tobacco dependence. Med Lett Drug Ther 2006; 48(1241/1242): 66-8.
- Vareniclina en el tratamiento de la deshabituación tabáquica. Mayo 2007. Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos (CADIME).
- Vázquez C, Muñoz M. Entrevista diagnóstica en salud mental. Madrid, Síntesis. 2002
- West R, McNeill and Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Thorax 2000; 55:987-999.

