

PROGRAMA

ANTITABACO

MUTUALIDAD DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO

(MUFACE)



MINISTERIO
DE POLÍTICA TERRITORIAL
Y FUNCIÓN PÚBLICA

 muface

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
EL PROCESO DE DEJAR DE FUMAR.....	6
BASES DEL PROGRAMA: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN.....	7
DETECCIÓN Y VALORACIÓN DE PERSONAS FUMADORAS.....	8
INTERVENCIÓN EN PERSONAS QUE NO QUIEREN DEJAR DE FUMAR.....	9
CONSEJO DE SALUD.....	10
ENTREVISTA MOTIVACIONAL.....	10
INTERVENCIÓN EN PERSONAS QUE QUIEREN DEJAR DE FUMAR.....	13
CAPTACIÓN FUMADOR.....	13
PRIMERA CONSULTA, PREVIA AL DÍA D.....	14
A) ASESORAMIENTO PRÁCTICO. APOYO PSICOSOCIAL.....	15
B) TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.....	17
ACORDAR: VISITAS DE SEGUIMIENTO.....	20
INTERVENCIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES.....	22
ANEXO 1. ESQUEMA DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN.....	25
ANEXO 2. TEST DE RICHMOND.....	26
ANEXO 3. TEST DE FAGERSTRÖM.....	27
ANEXO 4. PAUTAS DE TERAPIA FARMACOLÓGICA.....	28
ANEXO 5. RECOMENDACIONES DE APOYO AL PACIENTE Y PARA MANEJAR EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA.....	30
ANEXO 6. PROCEDIMIENTO PARA LA FINANCIACIÓN DE MEDICAMENTOS..	32
RECURSOS DISPONIBLES EN INTERNET.....	33
BIBLIOGRAFIA.....	34

INTRODUCCIÓN

En España, al igual que en otros países desarrollados, el tabaquismo es la primera causa aislada de mortalidad y morbilidad evitable, siendo concluyente la evidencia científica sobre los riesgos que conlleva el consumo de tabaco para la salud de la población, si bien, la mayor parte de los daños en la salud no se ponen de manifiesto hasta varios años o decenios después del inicio del consumo.

El informe que publicó la OMS en 2008 (The MPOWER package), sobre las medidas que han mostrado capacidad y eficacia para reducir la prevalencia y la mortalidad del tabaquismo en las próximas décadas, destaca que el *Ofrecer ayuda para dejar de fumar* es un de las medidas más eficaces para disminuir la mortalidad¹.

En la misma línea, los estudios de coste-efectividad e impacto económico del tratamiento del tabaquismo muestran que el abordaje más coste-efectivo es el llevado a cabo desde Atención Primaria, considerándose que esta intervención resulta más eficiente que tras intervenciones preventivas y asistenciales ampliamente instauradas, como la detección y manejo clínico de la hipercolesterolemia y la hipertensión arterial, o actividades preventivas de screening, como la mamografía periódica o la citología^{2,3}.

Por otro lado, la asistencia al tabaquismo está incluida en la cartera de servicios comunes de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud y en la que es objeto del Concierto de la Mutualidad de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE) con las Entidades de Seguro para la asistencia sanitaria de titulares y beneficiarios, por lo que debe garantizarse en ese ámbito, atendiendo a un Programa en el que se definan las actividades de diagnóstico, valoración y delimitación de la fase del proceso de abandono, así como las intervenciones para el tratamiento y seguimiento de las personas fumadoras⁴.

El nivel de motivación y, por tanto, la etapa del cambio en la que se encuentra la persona fumadora es la base donde se fundamenta la decisión sobre el tipo de actuación que debe plantearse y, en su caso, la intervención sobre aquellas personas que hayan decidido iniciar un intento para dejar de fumar, atención en la que juega un papel fundamental la terapia farmacológica.

Recientemente, el Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social ha acordado la financiación de algunos medicamentos para tratamientos de apoyo a la deshabituación tabáquica, en concreto Vareniclina y Bupropion, con sujeción a determinadas condiciones.

La financiación de estos medicamentos se restringe a pacientes que sigan un programa de apoyo o atención al tabaquismo, con motivación expresa para dejar de fumar, que fumen 10 cigarrillos o más al día y tengan, además un alto nivel de dependencia calificado por el test de Fagerström ≥ 7 .

En la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud se incluyen algunos medicamentos para dejar de fumar

Con cargo a la prestación farmacéutica se financiará un intento anual por paciente para dejar de fumar con apoyo farmacológico. Cada prescripción se realizará por un envase, lo que equivale a un mes de tratamiento, debiendo valorarse la evolución de la efectividad del tratamiento para su continuidad que se extenderá, como máximo, hasta las doce semanas, tal y como está descrito en las correspondientes fichas técnicas.

El Programa de Antitabaco de MUFACE permite identificar a las personas fumadoras con motivación para dejar de fumar y, según el momento en que se encuentren en el proceso de dejar de fumar, iniciar un plan de tratamiento y seguimiento individualizado en consultas programadas de Atención Primaria, al existir amplio consenso en que es el ámbito idóneo para el desarrollo de las intervenciones con la mayor efectividad.

Por último, debe tenerse en cuenta que los farmacéuticos comunitarios son profesionales de la salud que brindan servicios de fácil acceso a sus usuarios y, por ello, su colaboración mediante el consejo de salud y el refuerzo de la motivación en las personas que quieren dejar de fumar, bien de forma oportunista o en el momento de la dispensación de los medicamentos para dejar de fumar, puede ser muy útil para mejorar o afianzar los resultados del Programa Antitabaco de MUFACE, siempre que cuenten con una formación mínima, por lo que debe valorarse la disposición para este apoyo que se ha puesto de manifiesto por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

EL PROCESO DE DEJAR DE FUMAR

Después de un tiempo, las personas fumadoras pueden empezar a tener ideas de abandonar el hábito. Por tanto, *Dejar de fumar* no es un hecho puntual, sino un proceso en el que cada persona pasa por varias fases a lo largo del tiempo: precontemplación / contemplación / preparación / acción / mantenimiento^{5,6}, que se detallan en la Tabla 1.

TABLA 1. FASES DEL PROCESO DE DEJAR DE FUMAR

Precontemplación: La persona no se ha planteado seriamente la idea de dejar de fumar, no percibe como un problema su conducta de fumar.
Contemplación: Planteamiento serio de cambio en los próximos 6 meses. Ambivalencia o sentimientos contrapuestos respecto al hecho de fumar.
Preparación: La persona fumadora es capaz de fijar una fecha y pensar un plan para dejar de fumar en el próximo mes.
Acción: Se intenta dejar de fumar. No se fuma durante un tiempo < de 6 meses.
Mantenimiento: La persona se mantiene sin fumar más de 6 meses.

La identificación, por parte del profesional, de la fase de abandono en la que se encuentra la persona fumadora orienta la elección de la intervención más adecuada en el proceso de deshabituación tabáquica.

BASES DEL PROGRAMA: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

El Programa Antitabaco se dirige al ámbito de la asistencia concertada de MUFACE y comprende actuaciones sistemáticas para la detección de personas fumadoras, así como diferentes intervenciones adaptadas a cada persona, en función de su nivel de motivación y del grado de dependencia.

La cartera de servicios comunes de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud y del concierto de MUFACE con las Entidades de Seguro incluye la atención y apoyo a la deshabituación tabáquica por lo que las distintas intervenciones del programa se abordarán en el ámbito de las consultas de Atención Primaria, donde se toma contacto con la mayor parte de la población diana⁴. No obstante, los medicamentos para la deshabituación tabáquica también podrán prescribirse por los médicos de Atención Especializada, que atienden a los pacientes con procesos de especial complejidad.

Al considerar el proceso de dejar de fumar en su totalidad, se plantea un modelo de intervención con acciones terapéuticas efectivas para las personas fumadoras que quieran realizar un intento serio de dejar de fumar (en fases de Preparación y Acción), y actuaciones motivacionales para quienes aún no se han planteado dejar de fumar en este momento o sin la suficiente motivación (fases de Precontemplación y Contemplación).

El programa se basa en el protocolo de actuación por el US Public Health Service, siguiendo el conocido esquema de las cinco "A", que se detalla en la Tabla 2, y debería

realizarse de forma reiterada por los profesionales de los servicios de Atención Primaria que tengan contacto con el fumador^{3,7}.

TABLA 2. ESQUEMA DE LAS CINCO "A"

Averiguar (Ask)	→ ¿Fuma?
Identificar a los fumadores y documentar su historia de tabaquismo	
Aconsejar (Advise)	→ Consejo breve, personalizado y oportuno.
Apreciar (Assess)	→ Valorar la disposición para dejar de fumar
NO QUIERE	→ ENTREVISTA MOTIVACIONAL
QUIERE INTENTARLO	→ INICIAR TRATAMIENTO
Ayudar (Assist)	→ Ayudar con un tratamiento individualizado
Acordar (Arrange)	→ Acordar y planificar un seguimiento

DETECCIÓN Y VALORACIÓN DE PERSONAS FUMADORAS

El Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, recomienda preguntar en cada visita por el consumo de tabaco y registrar el consumo⁸.

La primera actuación es "**averiguar**" el hábito tabáquico, preguntando a todos los pacientes que acuden a consulta, por cualquier motivo, si fuman y registrarlo en la historia clínica: ¿Fuma? → *No fumador/a, Fumador/a, Exfumador/a*.

Si la respuesta es afirmativa, se debe "**aconsejar**" sobre el beneficio de dejar de fumar de manera firme y personalizada y ofrecer ayuda. Todas las personas fumadoras deben saber que dejar de fumar es la decisión más saludable que pueden tomar en su vida.

Seguidamente, "**apreciar**" si la persona está dispuesta a dejar de fumar, ofreciendo ayuda. Además, se evaluará el consumo y la motivación para el abandono (fase del cambio en que se encuentra).

Si una persona ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno, debe considerarse fumadora.

Tras estas actuaciones (tres primeras "A") identificamos dos grupos de pacientes:

- Pacientes que no quieren dejar de fumar*
- Paciente que desean dejar de fumar en el próximo mes.*

Estos pacientes serán invitados a iniciar el tratamiento de deshabituación programándose una primera visita, en la que se ampliará la evaluación.

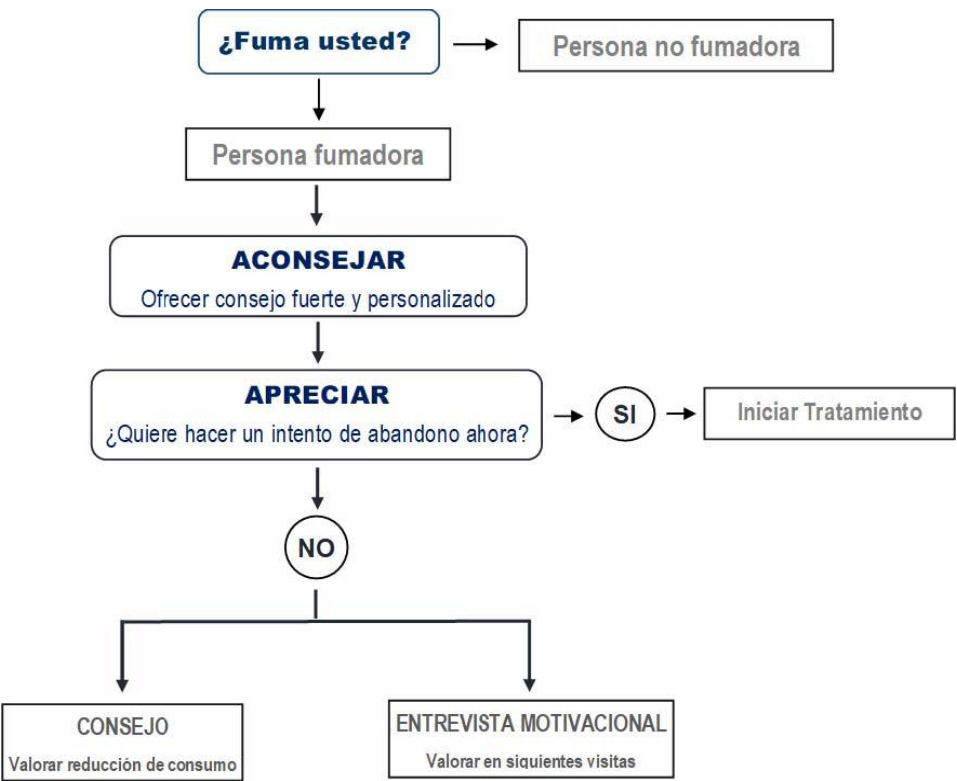
INTERVENCIÓN EN PERSONAS QUE NO QUIEREN DEJAR DE FUMAR

Se calcula que hasta el 70% de las personas fumadoras desean dejar de fumar. De todos ellos, un 60% estaría dispuesto a hacerlo en los siguientes 6 meses y hasta un 27% lo harían en el próximo mes⁹.

Sin embargo, existen pacientes no motivados para el abandono del tabaco, en lo que también debe intervenir, fomentando la motivación fundamentalmente con el consejo de salud y a través de una intervención basada en técnicas en Entrevista Motivacional

La intervención es breve (2-3 minutos) y debe repetirse en cada contacto.

FIGURA 1. INTERVENCIÓN EN PACIENTE QUE NO QUIERE DEJAR DE FUMAR



Adaptado de Fiore y Baker³

CONSEJO DE SALUD

El consejo de salud debe de ser sistematizado y oportunista, de manera que se realice a todas las personas fumadoras y exfumadoras que acudan a cualquier consulta por cualquier motivo^{3,10,11}.

El consejo debe ir orientado a señalar más los beneficios de dejar de fumar que los perjuicios asociados al hábito de fumar.

El *Consejo de salud* debe ser:

1. Claro y firme: *"Es importante que deje de fumar y podemos ayudarte"*.
2. Directo: *"Como profesional sanitario, le aseguro que dejar de fumar es lo más importante que usted puede hacer por su salud actual y futura"*.
3. Personalizado: Adecuado al perfil personal del paciente y a los motivos para seguir o dejar de fumar, aprovechando los momentos de especial susceptibilidad (enfermedades relacionadas con el tabaquismo, embarazo, etc.)

El consejo puede reforzarse con la entrega de una Guía práctica.

ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La Entrevista Motivacional (EM) es un estilo de entrevista centrado en la persona para ayudarla a reconocer y abordar la ambivalencia respecto a su conducta ante el cambio. Con la EM puede aumentar hasta un 30% la tasa de abandono del hábito tabáquico en personas fumadoras no motivadas¹².

La entrevista motivacional puede impulsar el proceso del cambio para que las personas fumadoras decidan realizar un intento de dejar de fumar.

Se trata de una herramienta centrada en el paciente con el objetivo de que perciba sus razones y motivaciones para el cambio, respecto a un estilo de vida no saludable, e impulse las decisiones.

La EM se basa en los siguientes principios fundamentales: empatía, desarrollo de discrepancia en la persona fumadora, evitando cualquier discusión, vencer su resistencia hacia el abandono y apoyar su autoeficacia (Tabla 3).

TABLA 3. PRINCIPIOS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

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

La Guía del US Public Health Services recomienda los contenidos de las áreas que deberían ser abordada en la entrevista motivacional en personas fumadoras, que pueden estar basados en el esquema de las 5"R" (Relevancia, Riesgos, Recompensas, Reconsiderar obstáculos y Repetición)³ que se detalla en la Tabla 4.

TABLA 4. LAS 5 "R" PARA QUIEN NO DESEA DEJAR DE FUMAR

Relevancia	Ayudar a la persona fumadora a poner de manifiesto que el abandono del tabaco es importante para él y su salud.
Riesgo	Hacer que la persona fumadora entienda por sí misma que el tabaco tiene riesgos para su salud
Recompensa	Procurar que la persona fumadora identifique los beneficios que obtendría con el abandono del tabaco.
Resistencia	Hacer que la persona fumadora identifique las barreras que le dificultan el abandono de tabaco.
Repetición	La eficacia de la intervención aumenta si se repite cada vez que la persona fumadora acude al profesional sanitario

Con la EM se pretende que el paciente encuentre sus propias motivaciones para realizar cambios de comportamiento en interés de su salud y que asuma la toma de decisiones (autoeficacia), de manera que, en lugar de una relación desigual entre un profesional experto que dirige a un paciente pasivo, se entable una colaboración activa entre ambos en el proceso de toma de decisiones¹².

Para conseguirlo es fundamental adecuar tres elementos básicos de la comunicación al estilo de EM: preguntar, escuchar e informar.

Se realizan preguntas abiertas, que no admiten respuestas cortas, para recoger información, conocer el objetivo de cambio, evocar respuestas de compromisos y poner de manifiesto la ambivalencia de la persona fumadora respecto a su adicción (...sé *que debería dejar de fumar, pero...*).

Es la clave la escucha atenta y reflexiva, valorando los puntos positivos y la legitimidad del punto de vista del paciente que debe percibir que es escuchado y, para ello, es útil sintetizar o resumir lo que se ha entendido, omitiendo juicio de valor.

Por último debe facilitarse información y provocar afirmaciones automotivadoras, que favorecerán la disposición al cambio, poniendo énfasis en cualquier avance en la actitud de la persona fumadora.

La EM se orienta a personas fumadoras en fase de precontemplación y contemplación y debe repetirse cada vez que el paciente poco motivado acuda a la consulta, teniendo una duración de 2-3 minutos.

TABLA 5. DE PREGUNTAS CERRADAS A PREGUNTAS ABIERTAS

PREGUNTA CERRADA	PREGUNTA ABIERTA
¿Desde cuándo fuma?	¿Cuál es su historia como fumador/a?
¿Cree que el tabaco afecta a su salud?	¿Cómo cree que el tabaco afecta a su salud?
¿Cree que mejorará si deja de fumar?	¿Ha pensado qué beneficios obtendría si dejase de fumar?
¿Cree que le beneficiará dejar de fumar?	¿Qué ventajas tiene para usted dejar de fumar?
¿Podría pasar sin fumar?	¿Qué cree que puede pasar si deja de fumar?
¿Sabe que tiene que tomar la medicación regularmente?	¿Qué piensa de tener que tomar la medicación regularmente?

Al concluir la EM se ofrecerá ayuda para dejar de fumar.

A las personas motivadas que quieran hacer un intento para dejar de fumar se les propondrá iniciar tratamiento, programando la primera visita.

INTERVENCIÓN EN PERSONAS QUE QUIEREN DEJAR DE FUMAR

En este grupo de pacientes se debe concentrar el mayor esfuerzo, mediante un programa de intervención de cinco visitas, con posibilidad de ampliación a siete para hacer efectivo el seguimiento hasta el año, si así el médico que realiza el seguimiento lo considera necesario por las características del paciente.

A) CAPTACIÓN DEL FUMADOR

Aunque cada vez es más frecuente que el primer contacto sea con motivo de solicitud de ayuda para dejar de fumar, en la mayoría de las ocasiones el paciente acude a su Médico de Atención Primaria (MAP) por un motivo, distinto al hecho en sí de fumar.

Por tanto, ya en este primer contacto su MAP deberá realizar las primeras averiguaciones en relación con el hábito tabáquico del paciente:

1. Cuantificación de tabaco consumido:

Número de cigarrillos/día y tiempo que lleva fumando, englobando ambos parámetros en el concepto de "paquetes/año" (cigarrillos al día multiplicado por número de años y dividido entre 20).

Nº cigarrillos día X años del fumador
Paquetes año= _____
20

2. Motivación para el abandono:

Estará relacionada con la fase de abandono en que se encuentre la persona fumadora, según el esquema de Prochaska y DiClemente. Los intentos previos son un buen indicador de la motivación, aunque también puede evaluarse mediante el test de Richmond (Anexo 2).

3. Grado de dependencia: Test de Fagerström:

El análisis de la intensidad de la dependencia de la persona fumadora es una buena referencia para seleccionar el tratamiento más adecuado a cada caso.

El test de Fagerström permite valorar el grado de dependencia física a la nicotina. Actualmente se utiliza FTND, un test breve y sencillo que consta de 6 preguntas. La puntuación oscila de 0 - 10, de tal manera que a mayor puntuación mayor dependencia^{13,14}.

A mayor puntuación del FTND más intensivo es el tratamiento, quedando condicionada la financiación del tratamiento con Vareniclina o Bupropion al resultado obtenido, puesto que se restringe a pacientes con un alto nivel de dependencia calificado por el test de Fagerström ≥ 7 .

B) PRIMERA CONSULTA

Una vez realizado el primer contacto y valorada la dependencia y la motivación para dejar de fumar se cita para esta primera consulta donde se completará la historia clínica (en un contexto de entrevista motivacional) y planteamiento terapéutico (primera sesión terapéutica): fijación del plan conductual y del tratamiento farmacológico.

La nicotina es altamente adictiva y la interrupción de su consumo genera síndrome de abstinencia con ansiedad, disminución de la capacidad de concentración, nerviosismo, insomnio, cambios de humor, hambre y deseo imperioso de fumar o *craving*.

Los circuitos de recompensa se encargan de convertir el consumo de tabaco en una conducta placentera reforzada, que se asocia a distintas situaciones (después de comer, con el café, con una copa, al hablar por teléfono...) que a su vez se convierten en detonantes del consumo¹⁵.

A la hora de abordar el tabaquismo en el paciente que quiere dejar de fumar, la evidencia apoya tanto el apoyo psicosocial motivacional como la terapia farmacológica, siendo la combinación de ambos lo más efectivo¹⁶.

Por ello, debe establecerse un tratamiento individualizado que combine las siguientes estrategias:

1.- Asesoramiento práctico. apoyo psicosocial.

El asesoramiento para ayuda a dejar de fumar debe incidir en la motivación de la persona, personalizando los riesgos y costes del consumo de tabaco (consecuencias del tabaco en su salud, en la economía personal, o cómo afecta a su familia).

Explicar que dejar de fumar es un proceso que conlleva un aprendizaje y aclarar conceptos como el de adicción o síndrome de abstinencia.

Además, la persona fumadora debe ser orientada sobre las dificultades que, para el abandono del tabaco, supone el consumo excesivo de alcohol, el miedo a coger sobrepeso cuando se deja el tabaco o la convivencia con un fumador.

Conviene elaborar un plan de tratamiento adaptado al paciente que incluya las siguientes actividades⁹:

- a) **Felicitar por la decisión:** *"Es la mejor decisión que puede tomar para su salud"*. Se debe aclarar la expectativa del paciente respecto a la terapia, transmitiendo que la vamos a ayudar, pero que es necesario su esfuerzo.
- b) **Fijar una fecha de abandono** en las cuatro semanas siguientes (Día D) Acordar con el paciente un momento adecuado (sin estrés o compromisos sociales), invitándole a que la comunique a familiares y amigos, para aumentar el compromiso y procurar su apoyo.
- c) **Intervención psicosocial.** Se orienta a los siguientes objetivos: que la persona que fuma conozca su adicción, que modifique su conducta frente a ella y que desarrolle habilidades para controlar los deseos de fumar y manejar la abstinencia (Tablas 6 y 7).
Además se ofrecerá a todos los pacientes tratamiento farmacológico, salvo que haya contraindicaciones o falta de evidencia clara de su eficacia.
- d) **Acordar un plan de seguimiento.**

TABLA 6. INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

A. Fase de preparación.	Antes del día D
Lista de motivos	El paciente debe elaborar un listado de razones personales para dejar de fumar, frente a un listado de razones para seguir fumando (balance decisional).
Beneficios de dejar de fumar	Debemos informar al paciente de los beneficios del abandono del tabaco y de los perjuicios de seguir fumando.
Identificación de ideas erróneas	Determinar, junto con el paciente, las ideas erróneas en torno al proceso de abandono del tabaco, dependencia física y psicológica. Proporcionar material escrito respecto al afrontamiento eficaz de estos problemas.
Autorregistros de consumo para identificar estímulos asociados	El paciente debe realizar por escrito un autorregistro de consumo en el que registre por cada cigarrillo consumido: la hora del consumo, lugar en que se realizó, grado de apetencia y actividad que estaba haciendo.
B. Fase de abandono	Durante las primeras semanas de abstinencia
Afrontamiento del síndrome de abstinencia	Informar de la posible aparición de síntomas del síndrome de abstinencia, ayudar a identificarlos haciendo hincapié en la brevedad de su duración y curso progresivamente descendente. Remarcar los riesgos de una sola calada esporádica. Entregar recomendaciones para aliviar el síndrome de abstinencia.
Verbalización de beneficios	Es importante que el paciente verbalice los beneficios obtenidos hasta el momento y reforzarlos: mejora en la actividad, recuperación del aliento y gusto, eliminación del olor a tabaco en la ropa, etc.

C. Fase de mantenimiento	Prevención de recaídas
Aprendizaje de estrategias y habilidades de autocontrol	Técnicas en resolución de problemas, control del estrés, eliminar estímulos asociados. Debemos informar al paciente de los beneficios del abandono del tabaco y de los perjuicios de seguir fumando.
Estrategias de afrontamiento de situaciones de riesgo	Se basan en el entrenamiento en habilidades para reconocer, afrontar y superar situaciones de riesgo y así aumentar la autoeficacia. Técnicas de distracción, escape, habilidades sociales y asertivas y reestructuración cognitiva.

Adaptado de Becoña E.¹⁷

El Síndrome de abstinencia a la nicotina se manifiesta a las pocas horas después de dejar de fumar y tiene una duración de 2 a 3 semanas, alcanzando la intensidad máxima durante la primera semana.

Es esencial facilitar recomendaciones para paliar el síndrome de abstinencia

En la Tabla 7 se detallan recomendaciones para controlar o manejar los síntomas más relevantes.

TABLA 7. RECOMENDACIONES PARA PALIAR EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA

SÍNTOMAS	RECOMENDACIONES
Deseo intenso de fumar: craving	Saber que este deseo cede en pocos minutos y que con el tiempo será cada vez menos intenso y frecuente. Cambiar de actividad. Pensar en otra cosa, recordar los motivos por los que se quiere dejar de fumar. Si se puede, alejarse de la situación que está provocando la necesidad de fumar. Respirar profundamente tres veces seguidas o intentar otras técnicas de relajación. Beber agua. Masticar chicle sin azúcar o comer algo bajo en calorías.
Insomnio	Evitar el café y las bebidas con cafeína. Tomar infusiones relajantes (tila, poleo). Hacer más ejercicio. Intentar técnicas de relajación.
Cefalea	Ducha templada. Intentar técnicas de relajación básicas. Analgésicos
Estreñimiento	Tomar una dieta rica en fibra, beber mucha agua. Ejercicio físico.
Dificultad de concentración	No exigirse un alto rendimiento durante 1 o 2 semanas. Evitar bebidas alcohólicas.
Nerviosismo - Ansiedad	Caminar, hacer más ejercicio, intentar técnicas de relajación Evitar el café y las bebidas con cafeína
Cansancio	Aumento de las horas de sueño.
Aumento de la tos	Ingerir abundantes líquidos.
Aumento apetito. Picoteo	Beber mucha agua, infusiones y zumos que no engorden. Vigilar ingesta de azúcares refinados (pastelería), grasas y otros alimentos ricos en calorías. Hacer ejercicio

En el Anexo 5 se incluyen una serie de consejos para preparar el Día D y recomendaciones para paliar el síndrome de abstinencia información que conviene facilitar a la persona que va a iniciar el tratamiento.

2. Tratamiento farmacológico:

A todas las personas fumadoras que quieran hacer un intento de dejar de fumar se les debe ofrecer tratamiento farmacológico, salvo que exista alguna contraindicación para el mismo (gestantes, lactantes, fumadores de menos de 10 cigarrillos al día y adolescentes)^{3,7,9}.

A TODAS las personas que intentan dejar de fumar se les debe animar a usar farmacoterapias efectivas, salvo que exista contraindicación.

El tratamiento farmacológico, al igual que el asesoramiento ha demostrado ser eficaz, pero la combinación de ambos es más efectiva que cualquiera de ellos de forma aislada.

Para decidir qué medicamento prescribir entre las distintas opciones se debe considerar las contraindicaciones y potenciales efectos adversos, de los medicamentos, las preferencias, intención y motivación de la persona para dejar de fumar y la probabilidad de que siga el tratamiento pautado.

Debe asumirse que el objetivo es controlar las ganas de fumar, no que éstas desaparezcan pues eso no es posible.

En el Anexo 4 se detallan las pautas de los medicamentos de primera línea aprobados para el tratamiento de la cesación tabáquica, que han demostrado su eficacia y seguridad para mejorar los índices de abstinencia a largo plazo:^{11,18}

a) **Terapia sustitutiva** con medicamentos nicotínicos (TSN).

Los medicamentos nicotínicos se presentan en parches, chicles, comprimidos e aerosol bucal.

EL objetivo de este tratamiento es suministrar nicotina en dosis decrecientes y por vía distinta al consumo de tabaco, con dosis suficientes para contrarrestar el síndrome de abstinencia, sin crear dependencia.

Para conseguir la máxima eficacia y evitar efectos secundarios en el tratamiento se debe explicar el uso correcto de las distintas formas de TSN y evitar la infradosificación.

La dosis del tratamiento se calculará en función de la dependencia y del número de cigarrillos fumados, manteniendo las dosis durante las primeras semanas para posteriormente hacer un descenso progresivo hasta su suspensión (habitualmente entre 8-12 semanas, aunque con pautas más prolongadas si el paciente lo requiere).

b) **Bupropion 150mg (Zyntabac®)**¹⁹

Es un medicamento antidepresivo atípico, incluido en la prestación farmacéutica con determinados requisitos.

Se presenta en comprimidos de 150mg de liberación prolongada. El tratamiento se inicia con una dosis de 150mg/día la primera semana y seguidamente de 300 mg/día.

La duración del tratamiento es de 7-9 semanas, pero son frecuentes pautas de 12 semanas en fumadores severos.

Sigue considerándose un fármaco de primera línea para la deshabituación con múltiples fármacos.

c) **Vareniciclina** (Chamfix[®])²⁰

Se ha incluido en la prestación farmacéutica, en grupos específicos de pacientes y con determinados requisitos. Hay que resaltar al paciente que utilizará el medicamento sólo durante los primeros tres meses.

Es un agonista parcial. Produce estimulación de los receptores nicotínicos, con lo que mejora el síndrome de abstinencia y el *craving* y, por otra parte, también produce un bloqueo del receptor, disminuyendo la recompensa asociada al consumo de nicotina.

Tiene un alto perfil de seguridad y no presenta interacciones con otros fármacos. Sus efectos secundarios en general son leves y van remitiendo con el tiempo, aunque en ocasiones puede ser preciso reducir la dosis.

Es el tratamiento más eficaz para el abandono de tabaco. Se presenta en comprimidos de 0,5 y 1 mg, debiendo pautarse el incremento progresivo de la dosis los primeros días, para facilitar la tolerancia ^{21,22}.

La dosis habitual es 2 mg/día por ser la más eficaz según los primeros ensayos clínicos. La duración recomendada del tratamiento es de 12 semanas.

El cese del consumo de tabaco con vareniciclina, según la pauta habitual, debe realizarse después de la primera semana de tratamiento.

La prescripción de Bupropión y Vareniciclina a cargo de la prestación farmacéutica de MYFACE podrá realizarse por médicos de Atención Primaria y médicos de Atención Especializada en casos complejos, a pacientes adultos con motivación expresa de dejar de fumar, que fumen 10 cigarrillos o más al día y con alto nivel de dependencia, calificado por el test de Fagerström ≥ 7 .
Durante un máximo de 12 semanas.

C) ACORDAR: VISITAS DE SEGUIMIENTO

El tabaquismo es un proceso crónico, con marcada tendencia a las recaídas que se producen con mayor frecuencia en los primeros 6 meses de abstinencia y, sobre todo, en el primero por lo que debe programarse una visita de seguimiento a los 7-10 días después de dejar de fumar, cuando el síndrome de abstinencia puede ser intenso y podemos ajustar el tratamiento farmacológico para hacerle frente, además de valorar la adhesión y tolerancia a éste (**segunda visita**).

El paciente suele estar en este momento en una fase eufórica y relativizar el riesgo que corre; por ello debemos advertirle que puede empezar a sentirse triste y solo (fase de duelo) y cómo afrontarlo.

El siguiente contacto de seguimiento (**tercera consulta**) se recomienda un mes después del abandono. En estas consultas de seguimiento se debe:

- hacer revisión de la abstinencia,
- análisis de la dificultad del proceso,
- análisis del cumplimiento terapéutico,
- entrenamiento en el control de estímulos y solución de problemas,
- prevención de recaídas

La **cuarta consulta** se recomienda a los dos meses del día D. Se realizará seguimiento de los síntomas de abstinencia y fidelidad al tratamiento farmacológico.

La **quinta visita**, que se programará a los tres meses del Día D. En esta visita ya se ha finalizado el tratamiento farmacológico, por tanto habrá que confirmar la abstinencia continuada en este punto ha demostrado ser un importante predictor de éxito al año.

En estas visitas el seguimiento debe ser el siguiente:

1.- Si no ha fumado:

Felicitar por el éxito y reforzar las ventajas, abordar los problemas residuales (síntomas de abstinencia, aumento de peso, depresión, etc), valorar la adhesión.

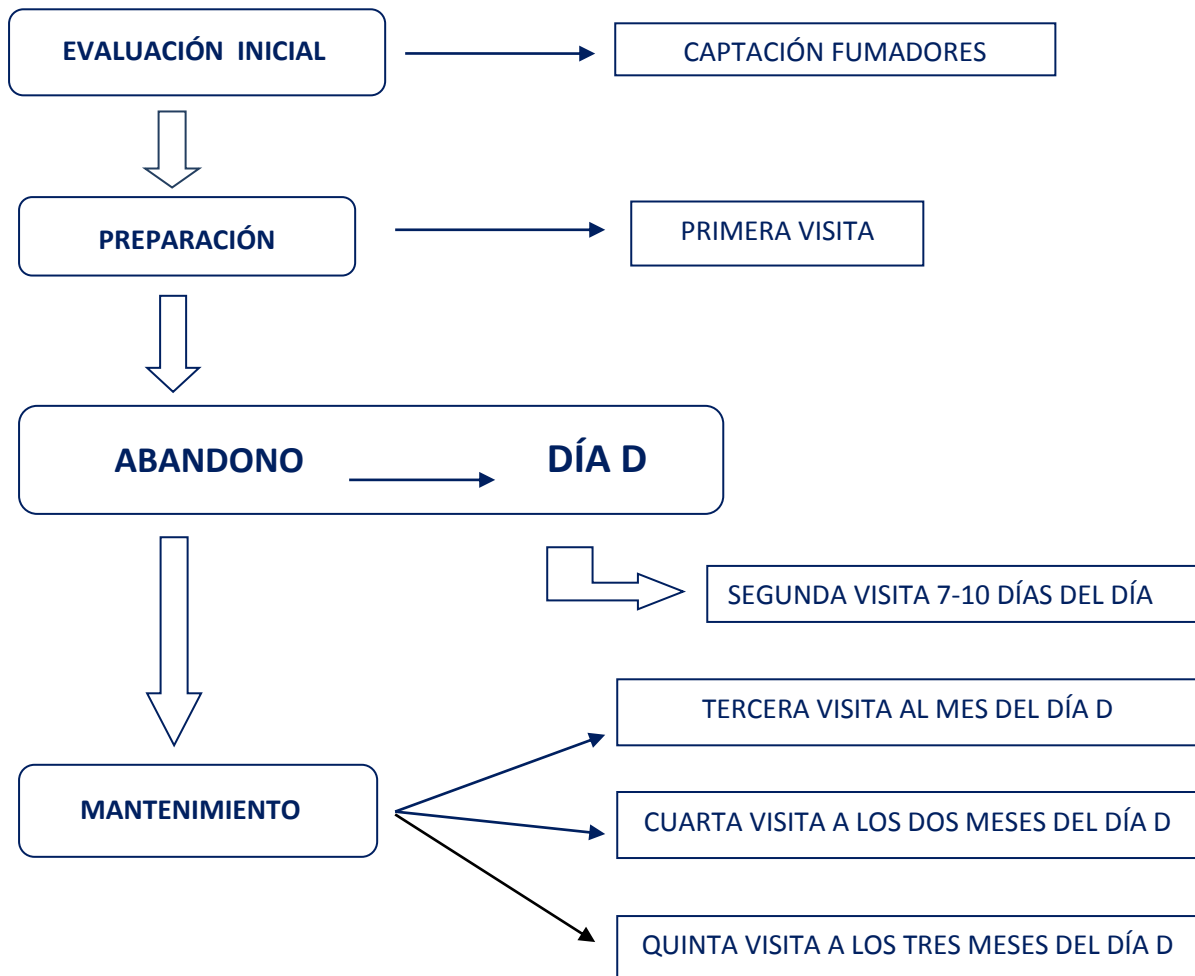
2.- Si ha fumado:

Analizar las circunstancias, identificar los problemas e intentar normalizar la situación, evitando el sentimiento de culpa y reprocesando la recaída en fuente de experiencia

válida para un nuevo intento. Intentar motivar para ello. Valorar la adhesión y la tolerancia al tratamiento farmacológico y considerar un seguimiento más intensivo.

Es importante tener en cuenta, que la mayoría de las personas sigue fumando durante mucho tiempo y atraviesa periodos cíclicos de abandono y recaída. Hay que evitar por ello la sensación de fracaso y asumir la naturaleza crónica del trastorno.

FIGURA 3. VISITAS EN LA PERSONA QUE QUIERE DEJAR DE FUMAR



SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

Durante el primer año después de dejar de fumar es recomendable establecer visitas de seguimiento.

Éstas pueden ser:

- Programadas: presenciales o telefónicas
- Oportunistas: cuando la persona acude a consulta por cualquier motivo

INTERVENCIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES

En determinadas situaciones habituales en la consulta deben plantearse las opciones terapéuticas, considerando las contraindicaciones y precauciones del tratamiento farmacológico.

Es esencial informar al paciente de las posibles alternativas y valorar la relación riesgo beneficio antes de prescribir un tratamiento farmacológico.

1.-Cardiopatía cardiovascular:

- Terapia Sustitutiva de Nicotina (TSN) es segura en pacientes con cardiopatía estable^{23,24}. Los posibles riesgos son menores que el riesgo asociado a seguir fumando. Se debe tener precaución en pacientes con enfermedades cardiovasculares agudas o inestables por el efecto vasoconstrictor.
- Bupropion: su perfil de tolerancia cardiovascular es favorable.
- Vareniclina: No hay estudios concluyentes sobre su uso en cardiopatía isquémica aguda o inestable, aunque no está contraindicado. Se han notificado casos de IAM en pacientes que usaban Vareniclina²⁵.

2.- Embarazo y lactancia:

Las mujeres embarazadas presentan en general una motivación alta para dejar de fumar y debe recomendarse siempre la intervención sin apoyo farmacológico.

En caso necesario se utilizará TSN preferentemente los de liberación rápida³.

- TSN, Valorar riesgo-beneficio:
 - ✓ Solicitar consentimiento informado.
 - ✓ Utilizar dosis bajas y preferentemente comprimidos de nicotina para chupar o chicles de 2 mg.
 - ✓ Emplear el tratamiento antes de la 16ª semana de gestación; en la lactancia utilizar fuera de las tomas.
- Contraindicados: Bupropion y Vareniclina.

3.- Depresión:

Si es posible y no existe un riesgo importante, es aconsejable posponer el momento de iniciar el proceso de deshabituación tabáquica hasta la estabilización del proceso depresivo.

- Opción preferente: TSN.
- Bupropion:
 - ✓ No es de primera elección y se desaconseja su asociación con otros antidepresivos o antipsicóticos.
 - ✓ Contraindicado en: historia de trastorno bipolar, diagnóstico actual o previo de anorexia-bulimia y tratamiento con inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) en los 14 días previos.
- Vareniclina: usar con precaución.

4. Convulsiones:

- TSN: Tratamiento de elección en todos los casos.
- Bupropion:
 - ✓ Se ha asociado a riesgo de convulsiones que aumenta en situaciones y tratamientos que disminuyan el umbral convulsivo^{3,7,26} (uso abusivo de alcohol, historia de traumatismo craneal, diabetes tratada con hipoglucemiantes o insulina, uso de estimulantes o productos anorexígenos).
 - ✓ Está contraindicado en pacientes con trastorno convulsivo, diagnóstico previo o actual de bulimia o anorexia nerviosa, uso de IMAO en los 14 días previos.
- Vareniclina: no existe experiencia, por lo que debe sopesarse su indicación y utilizarse con precaución en pacientes con antecedentes de crisis epilépticas

5.- Úlcera gastroduodenal:

El tabaquismo es un factor de riesgo para la enfermedad gastroduodenal.

- TSN: contraindicada en fase activa.
- Opciones terapéuticas indicadas: Tratamiento farmacológico: Bupropion y Vareniclina^{19,20}.

6.- Hipertensión arterial:

Puede producirse elevación de la tensión arterial (TA) en el tratamiento con TSN, Bupropion y Vareniclina, por lo que debe controlarse regularmente.

- Opción terapéutica preferente: Parches de nicotina.
- Con Vareniclina el aumento de la TA es poco frecuente.
- La asociación de TSN con Bupropion conlleva un riesgo de elevación de la TA arterial mayor que con su uso en monoterapia.

7.- Niños y adolescentes:

Suelen presentar una dependencia baja por lo que es de primera elección la intervención sin farmacoterapia. Consejo sanitario. Entrevista motivacional e intervención psicosocial.

- No se recomienda el uso de TSN en niños; puede valorarse su empleo en adolescentes (12 a 17 años) bajo control médico.
- Bupropion y Vareniclina: contraindicados.

8.- Ancianos:

Se precisa un seguimiento más estrecho y vigilar las interacciones farmacológicas al ser pacientes que suelen estar plurimedicados por diversas patologías.

- Tratamiento farmacológico: TSN, Bupropion a dosis de 150 mg/día por el deterioro de la función renal.
- Vareniclina: valorar individualmente el estado renal del paciente.

9.- Diabetes:

- Tratamiento farmacológico: TSN, Vareniclina.
- Bupropion: se aconseja no usar.
- El proceso de dejar de fumar puede alterar la farmacocinética de la insulina.

1.- AVERIGUAR Y REGISTRAR EN LA HISTORIA



PRIMERA VISITA

I. Asesoramiento práctico: intervención psicosocial.

- Felicitar
- Fijar una fecha en las cuatro semanas siguientes
- Consejos y recomendaciones de apoyo
- Recomendaciones para los síntomas de abstinencia.
- Entregar material informativo Resumen recomendaciones y Guía Práctica.

II. Tratamiento farmacológico: En fumadores con dependencia alta.

VISITAS

Visitas de seguimiento a partir del Día D $\Rightarrow$

- ✓ Al los 7-10 días
- ✓ Al mes
- ✓ A los dos meses
- ✓ A los 3 meses

ANEXO 2

TEST DE RICHMOND

Valore de 0 a 10 puntos el grado de motivación para dejar de fumar.

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

No 0 puntos

Sí 1 punto

2- ¿Cuánto interés tiene usted en dejarlo?

Nada en absoluto 0 puntos

Algo 1 punto

Bastante 2 puntos

Muy seriamente 3 puntos

3 - ¿Intentará usted dejar de fumar en las próximas dos semanas?

Definitivamente no 0 puntos

Quizás 1 punto

Sí 2 puntos

Definitivamente sí 3 puntos

4- ¿Cuál es la posibilidad de que usted, dentro de los próximos seis meses, sea exfumador?

Definitivamente no 0 puntos

Quizás 1 punto

Sí 2 puntos

Definitivamente sí 3 puntos

Puntuación menor o igual a 6:

Motivación baja → Precisan consejo personalizado.

Puntuación entre 7 y 10:

Motivación media/alta → Acordar fecha → Iniciar tratamiento



ANEXO 3

TEST DE FAGERSTRÖM (FTND)

Nombre: _____

Por favor, conteste a las siguientes preguntas con la máxima sinceridad.
(Marque con una cruz ☐)

1.- ¿Cuánto tiempo pasa después de despertarse hasta que se fuma el primer cigarrillo del día?

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------|---|
| En cinco minutos o menos | ☐ | 3 |
| Entre seis y treinta minutos | ☐ | 2 |
| Entre treinta y sesenta minutos | ☐ | 1 |
| Después de sesenta minutos | ☐ | 0 |

2.- ¿Tiene dificultad para abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido?

- | | | |
|----|--------------------------|---|
| Si | ☐ | 1 |
| No | ☐ | 0 |

3.- ¿A qué cigarrillo le costaría más renunciar?

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|---|
| El primero de la mañana | ☐ | 1 |
| Todos los demás | ☐ | 0 |

4.- ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|---|
| Diez o menos | ☐ | 0 |
| Entre once y veinte | ☐ | 1 |
| Entre veintiuno y treinta | ☐ | 2 |
| Treinta y uno o más | ☐ | 3 |

5.- ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día?

- | | | |
|----|--------------------------|---|
| Si | ☐ | 1 |
| No | ☐ | 0 |

6.- ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que pasar la mayor parte del día en la cama?

- | | | |
|----|--------------------------|---|
| Si | ☐ | 1 |
| No | ☐ | 0 |

Puntuación total: _____

PUNTUACIÓN DE TEST FAGERSTRÖM:

0-3 Dependencia física baja.

4-6 Dependencia física moderada.

≥7 Dependencia física alta.

ANEXO 4

PAUTAS DE TERAPIA FARMACOLÓGICA

PARCHE DE NICOTINA	CHICLE DE NICOTINA	COMPR. CHUPAR NICOTINA	AEROSOL BUCAL DE NICOTINA
Parches de 24 y 16 horas Iniciar el día que se deje de fumar. Utilizar sobre piel sana y sin vello a nivel del tronco, parte superior del brazo o cadera. En mujeres, no aplicar sobre el pecho. • Empezar a usar el levante el día de dejar de fumar y retirar: - El de 24 h el día siguiente - El de 16 h por la noche • Cambiar de localización cada día y no repetir en 7 días Un parche al día. • Si parches de 24 h: 4 semanas, 21 mg, 2 semanas 14 mg, 2 semanas 7 mg • Si parches de 16 h: 4 semanas 15 mg, 2 semanas 10 mg, 2 semanas 5 mg Usar más de 8 semanas no aumenta la efectividad. Los de 16 h producen menos insomnio Para personas fumadoras que se levantan por la noche o tienen turnos cambiantes, mejor de 24 h Reacciones dermatológicas locales. Insomnio y pesadillas. Cefaleas.	Chicles de 2 mg y 4 mg Iniciar el día que se deje de fumar. Masticar hasta percibir un sabor picante. Después colocarlo entre la encía y la pared bucal para permitir que la nicotina se absorba. Cuando disminuya el sabor, volver a masticar (ir cambiando de sitio la colocación del chicle), evitando tragar saliva. Este ciclo dura en torno a veinte minutos. Absorción iniciada con café y bebidas ácidas o refrescos, por lo que deben evitarse los 15 min anteriores a su uso. Dar inicialmente el de 2 mg, hasta un máximo 25 chicles al día (dosis máxima de nicotina 60 mg/día). En fumadores muy dependientes utilizar chicles de 4 mg, hasta un máximo de 15 chicles al día. Después de 2-3 meses, reducir la dosis paulatinamente (Ej: cada 5 días en 1-2 chicles hasta llegar a 1-2 chicles diarios). Paula fija. Si bien, la efectividad es similar con horario fijo o a demanda. Dolor muscular en la mandíbula. Locales: hipersalivación, irritación y úlceras en lengua y mucosa oral. Gastro: náuseas, vómitos, prurito, hipo. Cefalea. Inflamación orofaríngea.	Comprimidos de 1, 1.5, 2 y 4 mg. Iniciar el día que se deje de fumar. Chupar el comprimido hasta notar un sabor picante. Colocarlo entre la encía y la pared bucal para permitir que la nicotina se absorba. Cuando disminuya el sabor, volver a chupar, cambiando el sitio de colocación del comprimido. Este ciclo dura en torno a veinte minutos. Absorción iniciada con café y bebidas ácidas o refrescos, por lo que deben evitarse los 15 min anteriores a su uso. Dar inicialmente el de 2 mg, hasta un máximo 25 comprimidos al día (dosis máxima de nicotina 60 mg/día). En fumadores muy dependientes utilizar comprimidos de 4 mg, hasta un máximo de 15 comprimidos al día. Después de 2-3 meses, reducir la dosis paulatinamente. Probar pauta fija. Si bien, la efectividad es similar con horario fijo o a demanda. Locales: hipersalivación, irritación y úlceras en lengua y mucosa oral. Gastro: náuseas, vómitos, prurito, hipo. Cefalea. Inflamación orofaríngea.	Cada aplicación es de 1 mg 1. Use su pulgar para deslizar hacia abajo el balón hasta que se pueda pulsar hacia dentro. 2. Apuntar con la boquilla hacia la boca abierta lo más cerca que sea posible. 3. Presionar firmemente la parte superior del dispensador para liberar una pulverización dentro de la boca, evitando los labios. No inhalar mientras se aplica para evitar la entrada en la garganta. Para obtener mejores resultados, no debe tragar en los segundos posteriores a la pulverización. *Fase I: 1-5 semanas (1-2 puff/ganas de fumar un cigarrillo) *Fase II: 7-9 semanas (reducir el número de pulverizaciones hasta conseguir en la semana 9 el 50% de la fase I) *Fase III: 10-12 semanas (continuar reduciendo pulverizaciones hasta 4 al día en la semana 12 y dejarlo) - Hipo - Hinchazón, sensación de quemazón - Irritación, dolor en la boca o en los labios y cambios en la percepción de los sabores. - Sequedad o incremento de salivación. - Sensación de dispepsia (indigestión)
Enfermedades dermatológicas generalizadas.			
Enfermedad cardiovascular aguda o inestable: infarto agudo de miocardio, angina de pecho inestable, arritmias cardíacas graves, ACV reciente			
• En embarazo y lactancia: debe recomendarse siempre el abandono COMPLETO del tabaco sin tener en cuenta la substitución con nicotina (TSN). No obstante, en caso de no conseguirse en mujeres embarazadas fumadoras muy dependientes, puede recomendarse la TSN bajo supervisión médica, valorando siempre la relación riesgo-beneficio. • No recomendado su uso en niños ni niñas. Puede ser utilizado en adolescentes (de 12 a 17 años) bajo control médico. • Utilizar con precaución en hipertensión no controlada, úlcera péptica activa, feocromocitoma, hiperlipidemia, daño hepático o renal grave. • Insuficiencia cardíaca o avanzada. • Pueden combinarse parches de nicotina con chicles, comprimidos o aerosol en personas fumadoras con alta dependencia o con antecedentes de síndrome de abstinencia importante.			

VARENICLINA	
Presentaciones	Comprimidos de 0,5 y 1mg.
Dosis/duración	Los días 1 a 3: 0,5mg una vez al día. Los días 4 a 7: 0,5mg 2 veces al día. Del día 8 hasta el final del tratamiento: 1mg 2 veces al día. Duración del tratamiento: 12 semanas. En caso de efectos secundarios, 1 mg en una única dosis ó 2 dosis de 0,5 mg
Instrucciones	Iniciar el tratamiento 1-2 semanas antes de dejar de fumar. Los comprimidos deben tomarse durante las comidas. Acompañar de apoyo y seguimiento.
Efectos adversos	Náuseas. Cefalea. Insomnio y sueños anormales. Estreñimiento y flatulencia. Vómitos. Los efectos suelen ser dosis dependientes
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al producto.
Precauciones	No se recomienda su uso en <18 años. No usar en embarazo ni lactancia. No existen interacciones clínicamente significativas. En insuficiencia renal grave disminuir dosis a 1mg/d (iniciar dosis con 0,5mg una vez al día durante los 3 primeros días y evitar durante este tiempo el uso de cimetidina). No existe experiencia clínica en pacientes con epilepsia. Precaución en pacientes con alteraciones psiquiátricas subyacentes, que precisan seguimiento más frecuente, y en caso de que aparezcan ideación o comportamiento suicida debe suspenderse el tratamiento inmediatamente.

BUPROPION	
Presentaciones	Comprimidos de 150mg.
Dosis/duración	1 comprimido de 150 mg cada mañana 6 días; después, 1 comprimido dos veces al día, separados al menos por un intervalo de 8h. Empezar el tratamiento 1-2 semanas antes de dejar de fumar. Prolongar tratamiento de 7 a 9 semanas desde el día que deja de fumar. Si se olvida una dosis no recuperarla, esperar a tomar la siguiente.
Instrucciones	Fijar el día D de dejar de fumar después de 1-2 semanas del inicio del tratamiento. Acompañar de apoyo y seguimiento.
Efectos adversos	Insomnio. Cefalea. Sequedad de boca y alteraciones del sentido del gusto. Reacciones cutáneas/hipersensibilidad.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al producto. Trastorno convulsivo actual o antecedentes. Tumor SNC. Cirrosis hepática grave. Deshabitación brusca de alcohol o benzodiacepinas. Diagnóstico actual o previo de anorexia-bulimia. Uso de IMAO en los 14 días previos. Historia de trastorno bipolar. Embarazo y lactancia. Niños y adolescentes.
Precauciones	En insuficiencia hepática leve-moderada o insuficiencia renal y ancianos la dosis recomendada es de 150mg/d. Si el umbral convulsivo está disminuido (tratamiento con medicación que baja el umbral de convulsiones, uso abusivo de alcohol, historia de traumatismo craneal, diabetes tratada con hipoglucemiantes o insulina, uso de estimulantes o productos anorexígenos) NO DEBE USARSE SALVO que exista una causa clínica justificada donde el beneficio de dejar de fumar supere el riesgo de convulsiones. En estos casos la dosis será de 150mg/d. Interacciones con otros medicamentos (antipsicóticos, antidepresivos, antimaláricos, tramadol, teofilina, esteroides sistémicos, quinolonas, antihistamínicos

ANEXO 5

RECOMENDACIONES DE APOYO AL PACIENTE

¡ÁNIMO! ¡NO QUEMES TU VIDA! ¡ESTA VEZ SEGURO QUE LO CONSEGUIRÁS!

Buscar tus motivos para dejar de fumar:

Elaborar un listado de razones personales para dejar de fumar, frente a un listado de razones para seguir fumando (balance decisional)

Desautomatizar la conducta de fumar:

Durante unos días registrar los cigarrillos que se fuman, las circunstancias en que se fuman, la importancia que se les da y una posible manera de afrontar esas circunstancias sin cigarrillos. Permite identificar situaciones de riesgo de volver a fumar.

Calcular el dinero que se gasta en fumar y planear usarlo en algo deseado desde hace tiempo.

Hacer que fumar le sea un poco más difícil:

No fumar en algunos sitios donde lo haga habitualmente; cambiar de marca de tabaco; ir sin tabaco y sin mechero; no aceptar cigarrillos.

Evitar las situaciones que se asocien con fumar, y elegir ambientes sin humo

Buscar apoyo para dejar de fumar: En el entorno familiar, laboral y social.

Consejos para el día D:

Pensar solo en el día concreto («Hoy no voy a fumar»); repasar frecuentemente sus motivos para dejar de fumar; masticar chicle sin azúcar; tener algo en las manos (como un bolígrafo); cuidar la alimentación (eliminar durante los primeros días la ingesta de café y alcohol; beber zumos naturales; comer verduras, frutas y pan integral; evitar el picoteo, sobre todo los frutos secos y dulces).

Superar dificultades:

No ceder ni por un solo cigarrillo y recordar que el deseo de fumar disminuye después de la segunda o tercera semana.

Realizar técnicas de relajación

Te puedes felicitar por cada día que pasa sin fumar.

Utilizar adecuadamente la medicación

RECOMENDACIONES PARA MANEJAR EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA

SÍNTOMAS	RECOMENDACIONES
Deseo intenso de fumar: <i>craving</i>	Saber que este deseo cede en pocos minutos y que con el tiempo será cada vez menos intenso y frecuente. Cambiar de actividad. Pensar en otra cosa, recordar los motivos por los que se quiere dejar de fumar. Si se puede, alejarse de la situación que está provocando la necesidad de fumar. Respirar profundamente tres veces seguidas o intentar otras técnicas de relajación. Beber agua. Masticar chicle sin azúcar o comer algo bajo en calorías.
Insomnio	Evitar el café y las bebidas con cafeína. Tomar infusiones relajantes (tila, poleo). Hacer más ejercicio. Intentar técnicas de relajación.
Cefalea	Ducha templado. Intentar técnicas de relajación básicas. Analgésicos.
Estreñimiento	Tomar una dieta rica en fibra, beber mucha agua. Ejercicio físico.
Dificultad de concentración	No exigir un alto rendimiento durante 1 ó 2 semanas. Evitar bebidas alcohólicas.
Nerviosismo - Ansiedad	Caminar, hacer más ejercicio, intentar técnicas de relajación. Evitar el café y las bebidas con cafeína.
Cansancio	Aumento de las horas de sueño.
Aumento de la tos	Ingerir abundantes líquidos.
Aumento de apetito. Ansiedad por la comida. Picoteo	Beber mucha agua, infusiones y zumos que no engorden. Vigilar la ingesta de azúcares refinados (pastelería), grasas y otros alimentos ricos en calorías. Hacer ejercicio.

ANEXO 6

FINANCIACIÓN Y PROCEDIMIENTO

La Dirección General de Cartera Básica del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, dependiente del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, incluye en la financiación del SNS el Champix® y el Zyntabac®, a partir del 1 de enero del 2020. Pero para poder financiar estos medicamentos se deben cumplir unos requisitos:

- Para realizar la prescripción de los medicamentos los pacientes deben estar incluidos en un programa de apoyo (individual y/o grupal) de deshabituación tabáquica que esté implementado en la CCAA/INGESA o Mutualidades.

Además los pacientes deben cumplir las siguientes características:

- Pacientes que tengan motivación expresa de dejar de fumar que se pueda constatar con un intento de dejar de fumar en el último año
- Pacientes que fumen 10 cigarrillos o más al día y tengan además un alto nivel de dependencia calificado por el test de Fagerström ≥ 7 .

- Se financiará un intento anual por paciente para dejar de fumar con apoyo farmacológico.

Otros requisitos:

- Cada prescripción se realizará por un envase, lo que equivale a un mes de tratamiento, debiéndose valorar la evolución de la efectividad del tratamiento con carácter previo a la emisión de la siguiente receta.

- Champix (Vareniclina): El tratamiento será como máximo hasta las doce semanas, tal y como está descrito en la ficha técnica.

- Bupropion: Los pacientes deberán ser tratado durante 7-9 semanas. El tratamiento deberá ser interrumpido si no se observa efecto alguno a las siete semanas.

Por último se establece, para ambos, que deben ser prescritos en receta electrónica. Dado que en MUFACE en el momento actual, está en proceso de implantación la receta electrónica, la prescripción será en receta papel en los modelos propios de MUFACE.

Para validar la receta y poder llevar un control de los 3 envases máximo al año prescritos por paciente, deberán ser selladas por el Servicio Provincial (SP) correspondiente con la fecha de validación.

Inicialmente, la validación, se hará efectiva con el sello del SP. Posteriormente será habilitado un sello con la leyenda de "Programa Antitabaco de MUFACE", debiendo figurar la fecha de sellado.

La validez de la receta seguirá las mismas reglas que las recetas que requieren visado, es decir, la validez de estas recetas será de 10 días a partir de la fecha del sellado del Visto Bueno.

RECURSOS DISPONIBLES EN INTERNET

1. Página web de la Organización Mundial de la Salud dedicada a la Iniciativa Liberarse del Tabaco, que incluye diversas ayudas para dejar el tabaco.

<https://www.who.int/tobacco/quitting/es/>

2. Página web del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de Ayuda para dejar de fumar.

Incluye acceso a: *Guía se puede dejar de fumar. Claves para conseguirlo*, un Programa de ayuda para dejar de fumar y la aplicación "S'Acabó".

Además se incluyen los enlaces a las ayudas de Comunidad Autónoma.

<https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/ayuda.htm>

3. Página web de la Sociedad Española de Especialistas en tabaquismo, con información, guías y documentación actualizada.

<https://www.sedet.es>

4. Página web de la Comunidad de Madrid con ayuda para el tratamiento del tabaquismo. Incluye acceso a *Guía Práctica para dejar de fumar* y a un Programa online para dejar de fumar del Hospital Carlos III.

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/tabaquismo-tratamiento>

5. Página web de la Comunidad de Madrid, con recursos para la prevención y tratamiento del tabaquismo.

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/tabaquismo-prevencion-control>

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/tabaquismo-tratamiento>

6. Página web de la Comunidad de Aragón con diversos recursos de ayuda, entre ellos la guía *Si quieres dejar de fumar*.

<https://www.aragon.es/-/dejar-de-fumar-2>

7. Página web de la Comunidad de Andalucía con diversos recursos sobre tabaquismo (Guías, folletos, carteles).

<https://www.juntadeandalucia.es/organismo/saludyfamilia/areas/salud-vida/adulta/paginas/tabaquismo-materiales.html>

8. Página web de la Comunidad de Cataluña con consejos y Guías para dejar de fumar.

<https://canalsalut.gencat/ca/vida-saludable/deixar-de-fumar/>

BIBLIOGRAFIA

1. MPOWER: un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. Organización Mundial de la Salud 2008. Disponible en: https://www.who.int/tobacco/mpower/gtor_download/es/
2. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Madrid: AETS del Instituto de Salud Carlos III. 2003
3. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008. Traducción al español: Guía de tratamiento del tabaquismo. Jiménez Ruiz CA, Jaén CR (Coordinadores de la traducción). Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. SEPAR. Mayo 2010.
4. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
5. Prochaska J, DiClemente C. Stages and process of self-change of smoking: towards an integrative model of change. J Clin Psychol 1983; 3:390-5.
6. Prochaska JO, Goldstein MG. Process of smoking cessation: Implications for clinicians. Clin Chest Med. 1991; 12:727-35.
7. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, US Department of Health and Human Services, 2000
8. Marqués F, Cabezas C, Camarelles F, Córdoba R, Gómez J, Muñoz E, et al. Recomendaciones estilos de vida. Programa Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS). Actualización 2009. Grupo de Educación para la Salud. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC); 2009.
9. Encuesta sobre conocimientos, actitudes, creencias y conductas en relación al consumo de tabaco. Madrid: Comité Nacional de Prevención del tabaquismo. 2008.
10. Camarelles, F.; Barchilón, V.; Clemente, L. et al. Guía de bolsillo para el tratamiento del tabaquismo (semFYC), 2015.
11. Camarelles Guillem F, Dalmau González-Gallarza R et al. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España. Med Clin (Barc). 2013;140:272.e1-e12. - vol.140 núm 06.
12. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing. Preparing people for change. The Guilford Press. 2002.
13. Fagerström KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. J Behav Med. 1989; 12:159-82.
14. Pérez Ríos M, Santiago Pérez MI, Alonso B, Malvar A, Hervada X, de León J. Fagerström test for nicotine dependence vs heavy smoking index in a general population survey. BMC Public Health. 2009; 9:443.
15. Royal College of Physicians. Nicotine Addiction in Britain. A report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. London: Royal College of Physicians; 2000.
16. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Consulta técnica. Programas de Deshabituación Tabáquica. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2004.
17. Becoña E. El tratamiento psicológico de la adicción a la nicotina. Papeles del Psicólogo. 2003;85:48-69.
18. De Higes EB, Ramos A, Nistal AJ. Tratamiento integral del tabaquismo. Manual SEPAR de Procedimientos 32. 2015.
19. Bupropión. Ficha técnica. Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios (AEMPS).
20. Vareniclina. Ficha técnica. Agencia Europea de Medicamentos (EMA).
21. Kate Cahill, Sarah Stevens, Rafael Perera, Tim Lancaster. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013.

22. Jimenez C, Barrios M, Peña B, Cicero A, Mayayo M, Cristobal M, Perera L. Increasing the dose of varenicline in patients who do not respond to the standard dose. *Mayo Clin Proc.* 2013; 88:144.
23. Callejas FJ, Cruz J, Tornero AI. Abordaje del tabaquismo en situaciones especiales. *Manual SEPAR de Procedimientos* 32. 2015.
24. Benowitz NL, Gourlay SG. Cardiovascular toxicity of nicotine: implications for nicotine replacement therapy. *J Am Coll Cardiol.* 1997;29:1422–31.
25. Sobieraj DM, White WB and Baker WL. Cardiovascular effects of pharmacologic therapies for smoking cessation. *J Am Soc Hypertens.* 2013 January; 7(1):61–7.
26. Johnstone E, Benowitz N, Cargill A, et al. Determinants of the rate of nicotine metabolism and effects on smoking behavior. *Clin Pharmacol Ther.* 2006;80:319–30

