3.1 Población diana

La población diana a la que ofrecer o proponer tratamiento farmacológico para su proceso de abandono del tabaco será aquella que decide y se compromete a hacer un intento serio de cambio, es decir, "personas fumadoras en fase de preparación".

3.1.1 Definiciones

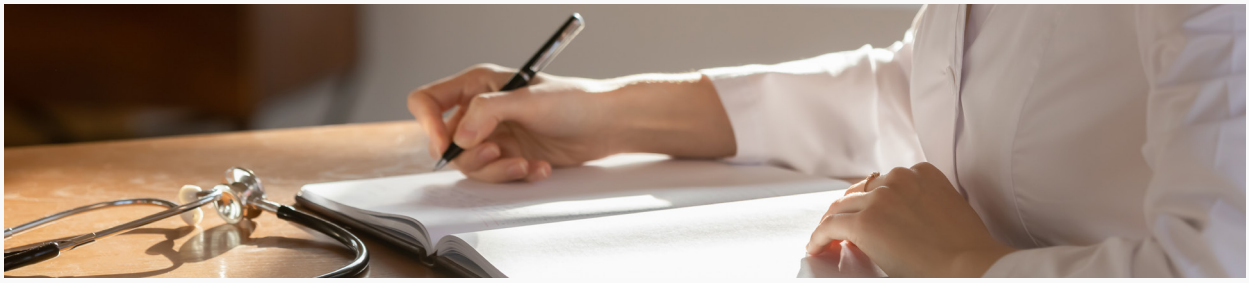
- ***Fumador/a:*** aquella persona que haya consumido tabaco en sus diferentes formas de presentación (cigarrillos, puros, pipas, tabaco para liar, etc.) o cigarrillos electrónicos que contengan nicotina, bien de forma diaria u ocasional, e independientemente del número o la periodicidad.
- ***Ex fumador/a***: aquella persona que lleva al menos 12 meses sin fumar.
- ***No fumador/a:*** aquella persona que nunca ha fumado.

3.1.2 Fases del Cambio

Fase de precontemplación: se encuentran en esta fase aquellas personas no dispuestas a realizar un intento serio de abandono, ni motivadas, ni interesadas en participar en programas de promoción de la salud. Se muestran a la defensiva de las presiones sociales para cambiar, evitan leer, hablar y pensar sobre su comportamiento de riesgo que podría ser modificado, ni quieren conocer los efectos nocivos del cigarrillo. No tienen intención de cambiar su hábito de fumar en los próximos 6 meses. Se estima que un 30% de las personas fumadoras están en dicha fase. Se trata de **personas fumadoras consonantes.**

Fase de contemplación: se encuentran en esta fase aquellas personas fumadoras que están pensando seriamente en dejar de serlo en los próximos seis meses, con intención de cambio potencial. Podría tratarse de personas fumadoras que han intentado dejar de fumar en varias ocasiones, pero no lo han conseguido o han pasado graves dificultades en la deshabituación. Están más conscientes de los pros de cambiar que los pre-contempladores, comienzan a considerar el cambio pero aún no asumen el compromiso en el momento actual. Las ventajas y desventajas del cigarrillo son ponderadas por igual. La mitad de las personas fumadoras está en esta fase.

Fase de preparación: se encuentran en esta fase las personas que se plantean abandonar el consumo de cigarrillos, dispuestas a realizar un intento serio de abandono en el momento actual (a lo largo de los próximos 30 días). Las ventajas de dejar de fumar sobrepasan claramente a las desventajas de intentarlo. **Son personas fumadoras disonantes**. Estas personas tienen un plan de acción o participan de alguna actividad de educación para la salud.



Fase de acción: aquellas personas que han dejado de fumar en un período que transcurre desde el día que lo deja hasta los 6 meses de abstinencia. En esta fase son más frecuentes las recaídas. Las personas en esta etapa tienen una valoración muy grande de los pros de cambiar y demuestran un nivel mayor de autoeficacia.

Fase de mantenimiento: aquellas personas que se mantienen en abstinencia durante un período de tiempo mayor a 6 meses pero menor a 1 año. A pesar de que en esta etapa están las tentativas, las personas están estabilizando el cambio y trabajan activamente para no recaer, no tener tentaciones y tienen un alto nivel de confianza, de autoeficacia frente a situaciones tentadoras, pudiendo llegar a durar hasta 2 años esta etapa de consolidación mental y emocional. El riesgo de recaídas es menor que en la fase de acción.

3.1.3 Identificación

Poder determinar la población diana que cumpla criterios para ser incluida en el protocolo y la oferta de tratamiento farmacológico para su proceso de deshabituación del tabaco. Esta identificación multiplica por tres las oportunidades de intervención. Sería útil poder incluir la identificación del consumo de tabaco como una más de las constantes vitales y relacionarlo con el motivo de la consulta[26]. Esta identificación se puede hacer en muy poco tiempo mediante unas sencillas preguntas. En la tabla 1, se identifican una opción de preguntas, respuestas y definiciones de las personas según su consumo de tabaco y fases del proceso de cambio[27-29].

tabla 1. Clasificación según el consumo de tabaco Fuente: Elaboración propia a partir de Prochaska y DiClemente (1982) y Cabrera y Gustavo (2000)28,29

Preguntar a toda la población	**Respuesta**	**Clasificación**
¿Consume habitualmente tabaco?	Sí	Fumador/a actual
	No, nunca	No fumador/a
	No, lo he dejado hace 12 meses	Exfumador/a
	No, desde hace menos de 6 meses	Fumadores/as en Fase acción
	No, desde hace más de 6 meses	Fumadores/as en Fase mantenimiento
Preguntar a toda persona que consuma tabaco	**Respuesta**	**Clasificación/Fase de cambio**
¿Se ha pensado seriamente en realizar un intento de abandono de consumo de tabaco?	Sí, en los próximos 30 días	Fumadores/as en Fase de preparación
	Sí, en los próximos 6 meses	Fumadores/as en Fase de contemplación
	No, no quiero dejarlo	Fumadores/as en Fase de pre-contemplación

3.2 Tipos de intervenciones que realiza enfermería

Quedará constancia en la historia clínica del paciente o de la paciente, la identificación del profesional o de la profesional de enfermería que realiza las diferentes actuaciones en base a sus competencias y de acuerdo a esta guía o a los protocolos de actuación específicos consensuados del Servicio Canario de la Salud.

Las intervenciones del profesional o de la profesional de enfermería, tanto al inicio del tratamiento, como en el mantenimiento, prórroga y las modificaciones realizadas en él, se han de realizar en el marco del seguimiento colaborativo siguiendo los criterios especificados en la ficha técnica del medicamento, en esta guía o en protocolos de actuación específicos adaptados a la práctica asistencial diferenciada en las diferentes unidades o servicios de los centros del Servicio Canario de la Salud que así lo requieran, para la atención a población[10].

3.2.1 Inicio del tratamiento

3.2.2 Mantenimiento o prórroga del tratamiento[10]

Se puede prorrogar la indicación del fármaco por la enfermera o por el enfermero siempre que:

- Se están alcanzando con el medicamento los objetivos terapéuticos que se establecieron en el momento de la prescripción y estos estén dentro del margen o intervalo previsto en el protocolo o guía asistencial específica.
- La tolerancia al tratamiento del/de la paciente sea adecuada.
- La adherencia al tratamiento por parte del/de la paciente sea adecuada.
- No ha habido cambios relevantes en la situación clínica y características del/de la paciente desde el inicio del tratamiento que puedan influir en la indicación del medicamento.
- Siempre y cuando, con la prórroga no se supere la duración del tratamiento establecida en la ficha técnica del medicamento y/o en el protocolo o guía asistencial específica.

3.2.3 Modificación de pauta del tratamiento[10]

Se puede modificar la pauta del fármaco por el profesional o por la profesional de enfermería siempre que haya habido cambios en la situación clínica (control de síntomas, parámetros analíticos o constantes) y/o características del paciente o de la paciente desde el inicio del tratamiento.

En ningún caso pueden cambiarse las pautas indicadas en esta guía o a los protocolos de actuación específicos consensuados del Servicio Canario de la Salud.

3.2.4 Interrupción temporal del tratamiento[10]

La interrupción temporal de un medicamento por parte del profesional o de la profesional de enfermería debe estar justificada de acuerdo a los criterios establecidos en esta guía o a los protocolos de actuación específicos consensuados del Servicio Canario de la Salud. Son principalmente:

- Aparición de efectos adversos no deseables o no tolerables.
- Rechazo de la persona a la aplicación de las pautas indicadas en el protocolo y/o guía asistencial. Cuando se realice esta interrupción temporal, se pondrá en conocimiento a la/el médica/o responsable para valorar la suspensión y el resto de actuaciones necesarias derivadas de la interrupción.

3.3 Procesos asistenciales, patologías y/o situaciones clínicas

La elección del mejor abordaje para la deshabituación tabáquica debe ser personalizada para asegurar el éxito. En los últimos años, se ha ampliado el abanico de opciones terapéuticas para el tratamiento de pacientes fumadores y pacientes fumadoras, lo que ha generado mayor confusión entre profesionales sanitarios al momento de seleccionar el fármaco más adecuado para cada paciente[30] .

Existen ciertas patologías asociadas y situaciones clínicas en las que es fundamental valorar el riesgo/beneficio antes de prescribir un tratamiento. Algunos de los fármacos empleados en la deshabituación están contraindicados en determinadas circunstancias o asociados a ciertas comorbilidades, reduciendo así el espectro terapéutico disponible. En estos casos, es recomendable utilizar la medicación con la que se tiene mayor experiencia[30].

Es importante diferenciar entre lo que son contraindicaciones y lo que son aparición de efectos secundarios. Las contraindicaciones no permiten pautar ese tratamiento, mientras que la aparición de efectos secundarios es siempre potencial y hay que tenerla presente, pero permite la utilización de la terapia si es necesario[30].

3.3.1 Patologías Asociadas:

Enfermedades Respiratorias:

- EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica).
- Asma.
- Infecciones respiratorias recurrentes.

Enfermedades Cardiovasculares, renales y hepáticas

- Hipertensión.
- Enfermedad coronaria.

- Accidente cerebrovascular.
- Insuficiencia renal.
- Insuficiencia hepática.

Digestivas y orofaríngeas:

- Úlcera gastroduodenal.
- Esofagitis aguda.
- Problemas dentales y aftas bucales.
- inflamación oral y/o faríngea.

Metabólicas:

- Diabetes.

Neurológicas:

- Convulsiones.

Cáncer:

- Cáncer de pulmón.
- Cáncer de laringe.
- Cáncer de esófago.

Trastornos psiquiátricos:

- Depresión.
- Ansiedad.
- Bulimia.
- Anorexia.
- Trastorno bipolar.
- Esquizofrenia.

Alcoholismo y otras drogodependencias.

Trastornos de la articulación temporomandibular.

Enfermedades dermatológicas extensas.

3.3.2 Situaciones Clínicas:

Pacientes con Comorbilidades:

- Manejo de pacientes con múltiples enfermedades crónicas.
- Coordinación con otros u otras profesionales de la salud.

Embarazo y Lactancia:

- Adaptación de las intervenciones para mujeres embarazadas o en periodo de lactancia.
- Evaluación de riesgos y beneficios del tratamiento farmacológico.

Población anciana, pediátrica y adolescente, conductores y operarios de maquinaria pesada.

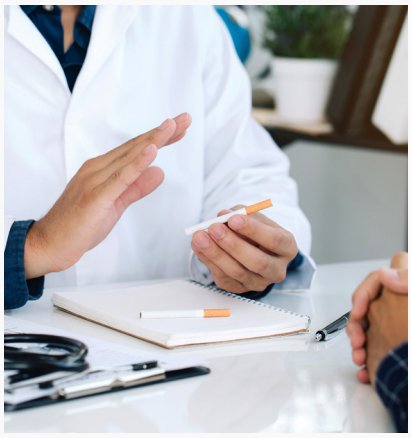
Recaídas:

- Estrategias para manejar y prevenir recaídas.
- Reajuste del plan de tratamiento tras una recaída.

Averiguar y determinar el consumo de tabaco y fase de cambio en todas las personas usuarias que acuden a nuestra consulta mejorará nuestra intervención en el proceso de deshabituación tabáquica[26].

3.3.3. Procesos asistenciales

La Atención Primaria es la columna vertebral del sistema sanitario[31]. Ofrece una gran accesibilidad, tratamiento integral, personalizado, longitudinal y activo. Se sabe que el 70% de los pacientes y de las pacientes acuden a la consulta de Atención Primaria al menos una vez al año y se estima que el 95% de la población acude a dichas consultas al menos una vez cada 5 años[32].



Se propone el siguiente esquema con las intervenciones a desarrollar en la consulta de deshabituación tabáquica[26].

1. ***CAPTACIÓN DEL/DE LA PACIENTE***

    - Información sobre el programa PAFCAN
    - Cita para valoración e inclusión en programa, indicarle que si cumple criterios el tratamiento farmacológico podría estar financiado.

Recordemos que toda persona fumadora debe recibir de la profesional o del profesional sanitario un consejo breve sobre el abandono del tabaco y estar disponible para abordar el proceso de deshabituación, si así lo decide la persona fumadora, logrando que avancen en las fases de abandono[33]. Es esencial identificar y registrar de forma sistemática el estado de consumo de tabaco, así como abordar de forma oportunista a toda persona fumadora que reciba asistencia sanitaria[25,33]. En este contexto, la educación para la salud se convierte en un potente instrumento que requiere de la participación y colaboración de todos los profesionales y de todas las profesionales de la salud, siendo los profesionales y las profesionales de enfermería protagonistas destacados en el abordaje del tabaquismo, tanto por su accesibilidad, como por su papel de educadores para la salud y gestores de cuidados[25].

Una vez identificado a un fumador o fumadora en fase de preparación, nuestras intervenciones tendrán que ir enfocadas en ayudar (preparar un plan de tratamiento individualizado con información sobre el proceso de abandono y ofrecer tratamiento psicológico conductual, tratamiento farmacológico adaptado a cada fumador o fumadora y apoyo social) y acordar un seguimiento durante todo su proceso de deshabituación[26].

En la Guía de Buenas Prácticas Clínicas (BPSO) **"Integrar las intervenciones relacionadas con el consumo de tabaco en la práctica diaria"** publicada por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), también se establecen, en el marco de su implantación, la intervención conductual y la intervención farmacológica[34].

ESTRATEGIA DE LAS 5A

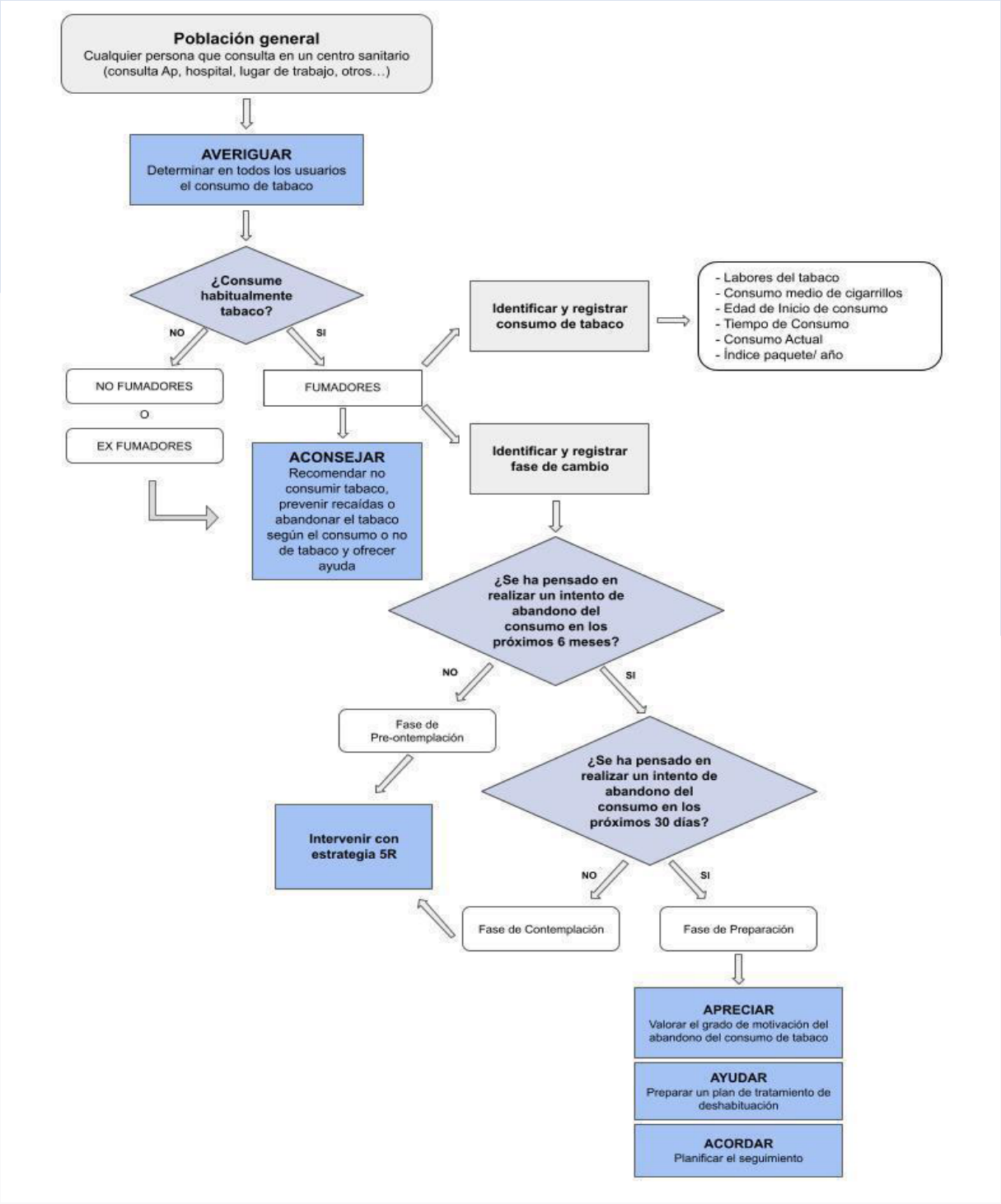
Tabla 2. Estrategia de las 5A

Fuente: elaboración propia basada en OPS (2020)[26]

5A	Descripción
Averiguar	Identificar a las personas fumadoras y documentar su historia de tabaquismo.
Aconsejar	Recomendar a toda persona que acuda a consulta y consume tabaco abandonar el consumo y ofrecer ayuda (consejo breve).
Apreciar	Valorar el grado de motivación del abandono del consumo de tabaco. Determinar la disposición a intentar dejar de fumar.
Ayudar	Preparar un plan de tratamiento individualizado con información sobre el proceso de abandono y ofrecer tratamiento psicológico conductual, tratamiento farmacológico adaptado a cada persona fumadora y apoyo social.
Acordar	Planificar el seguimiento.

La actuación terapéutica debería ser distinta en función de la fase en la que se encuentre la persona fumadora y debe ser dirigida a favorecer la progresión de una fase a otra hasta conseguir la abstinencia.

Basándonos en la intervención breve, también conocida como "Estrategia de las 5A" (tabla 2) que consiste en preguntar si la persona consume tabaco, preguntar su disponibilidad para hacer un intento de abandono, aconsejar el abandono del tabaco, proponer ayuda a todo aquel que quiera hacer un intento de abandono y, por último, fijar visitas de seguimiento, se ha elaborado un flujograma de actuación.



Flujograma 1 Resumen de actuación de intervención de las 5A Fuente: Tomado de la OPS (2020)

2. *PRIMERA CITA*

Elaboración de la historia clínica de tabaquismo[33]

Se recomienda realizar una historia clínica inicial del tabaquismo a la persona fumadora que está preparada para abandonar el consumo de tabaco y debe incluir los siguientes apartados:

Valoración

1. Anamnesis general

Preguntar a las personas fumadoras sobre los antecedentes patologías asociadas y situaciones clínicas antes mencionadas, estabilidad o inestabilidad de estos procesos nosológicos, así como los tratamientos médicos que se están utilizando en el momento actual por parte de la persona fumadora. En este sentido es muy importante conocer:

- Presencia de enfermedades psiquiátricas y su grado de estabilización.
- Presencia de síntomas de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco: enfermedades respiratorias (disnea, tos, expectoración…), enfermedades cardiovasculares (angor o claudicación intermitente), enfermedades de la esfera ORL (disfonía), enfermedades digestivas, renales y/o enfermedades neoplásicas.

La importancia de estas preguntas se basa en descartar posibles contraindicaciones cuando se proponga un tratamiento farmacológico para deshabituar a la persona fumadora.

Con la siguiente información se pretende obtener una imagen integral del hábito de consumo de la persona, para mayor profundización consultar la "*Guía autonómica de deshabituación tabáquica".*

Es necesario conocer las siguientes características del hábito tabáquico del fumador o de la fumadora:

A. Antecedentes de tabaquismo

- Edad de inicio del consumo de tabaco y cuando se convirtió en fumador/a habitual.
- Personas fumadoras que conviven en el domicilio del/de la paciente, trabajo o entorno de amigos.

B. Tabaquismo actual

- Hay que preguntar a la persona fumadora por el número de cigarrillos consumidos diariamente y el tiempo que lleva fumando, para de esta forma poder calcular el número de paquetes al año:

Nº paquetes/año = Nº cigarrillos /día x Nº años fumando 20

- Cantidad de nicotina que contienen los cigarrillos.
- Contextualizar el consumo y su patrón:
    - Vacaciones, fines de semana, celebraciones o eventos, etc.
    - Si inhala o no el humo.
    - Cuánto tiempo transcurre entre un cigarrillo y otro, el número de caladas que da a cada cigarrillo.
    - Si se despierta por la noche para fumar, si es habitual que tenga a la vez varios cigarrillos encendidos, o bien, deja que se consuma prácticamente todo el cigarrillo en el cenicero.
    - Acompañante de una situación relajante de placer o fin de jornada.
    - Calmar una situación de intranquilidad o nerviosismo.
- Un medio valioso para contextualizar e identificar situaciones que pueden llegar a ser problemáticas cuando cese el consumo y priorizar actuaciones en situaciones que se repiten, puede ser el realizar un autorregistro del consumo diario de cigarrillos, sirve para identificar automatismos. Hay varios modelos, como los que se registra la hora de consumo, la situación (expresada en pocas palabras), y la valoración de la importancia del cigarrillo; 1 es prescindible, 2 es importante, pero retractable, 3 es importante y se fuma).

C. **Intentos previos de abandono** durante el último año y si consiguió al menos estar 24 horas sin fumar durante dicho año. Es recomendable conocer:

- Número de intentos y duración de los mismos.
- Tratamientos, farmacológicos o no, utilizados y resultados obtenidos con ellos.
- Motivos de recaídas: los más frecuentes suelen ser las situaciones de estrés, el encontrarse en un ambiente de personas fumadoras, la celebración de algún acontecimiento festivo o alguna crisis vital del fumador/a o la posible ganancia ponderal.
- Comportamiento del entorno de la persona fumadora en los intentos previos, saber si recibió o no apoyo por parte de amigos/as, familiares o compañeros/as de trabajo.

2. Exploración Física

Debe realizarse una exploración física general prestando especial atención a determinados signos que nos pueden indicar la presencia de patología relacionada con el consumo de tabaco y a parámetros que debemos monitorizar durante el seguimiento (estado de conjuntivas, mucosa nasofaríngea, dientes y uñas, presión arterial y pulso, peso, talla, IMC, auscultación cardiorrespiratoria).

3. Estudio de la dependencia

El tabaquismo es una enfermedad crónica adictiva que cursa con recaídas. El principal componente psicoactivo del tabaco es la nicotina, una sustancia que actúa en el sistema nervioso central generando cambios bioquímicos responsables de la adicción. El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5)[35], proporciona criterios para el diagnóstico del trastorno por consumo de tabaco, que se incluye en la categoría de trastornos adictivos y relacionados con sustancias[27].

Fumar es al mismo tiempo una adicción física y psicológica, una conducta aprendida y una dependencia social. Dejar de fumar supone, por lo tanto, superar la adicción a la nicotina, desaprender una conducta y modificar la influencia del entorno[28].

Existen varios test y cuestionarios validados para hacer un estudio aproximado de las dependencias de la persona fumadora, es importante saber que ninguno es el ideal, tienen dudoso poder pronóstico, por lo que, será necesario individualizar la situación del paciente o de la paciente y deseos expresados por el paciente o la paciente, y acciones reales que vaya consiguiendo en su proceso de deshabituación.

A. Dependencia Física

Existen varias herramientas para medir la dependencia física. Una de las más utilizadas es el test de Fagerström[36] para la dependencia de nicotina (FTND) que es una versión simplificada del test de Fagerström para la tolerancia (FTQ)[37]. Se trata de un test que consta de 6 preguntas que deben ser contestadas por la persona fumadora. Cada respuesta lleva consigo una puntuación que al sumarse permite clasificar la dependencia del fumador o de la fumadora en: leve, moderada o alta. Este test nos permite además de ofrecer el mejor tipo de tratamiento en función del resultado obtenido y valorar el riesgo de desarrollar determinados tipos de enfermedades asociadas al consumo de tabaco.

TABLA 3 TEST FAGERSTRÖM[37]

¿Cuánto tiempo pasa entre que te levantas y fumas el primer cigarro?	Hasta 5 min 6-30 min 31-60 min Más de 60 min	3 2 1 0
¿Encuentras DIFÍCIL NO FUMAR en lugares donde no está permitido?	Si No	1 0
¿Qué cigarrillo te molesta MÁS DEJAR de fumar?	1º de la mañana Otro	1 0
¿Fumas MÁS durante las primeras horas después de levantarte que el resto del día?	Si No	1 0
¿Fumas cuando estás enfermo/a, incluso guardando cama?	Si No	1 0
¿Cuántos cigarros fumas?	31 o más 21-30 11-20 Menos de 10	3 2 1 0
Puntuación total		

Grado de dependencia: Bajo (hasta 4) Medio (entre 5 y 6) Alto (más de 7)

Tabla 4 Test HSI[38]: Fagerström reducido.

¿Cuánto tiempo pasa entre que te levantas y fumas el primer cigarro?	menos de 5 min. 5-30 min 30-60 min Más de 60 min	3 2 1 0
¿Cuántos cigarros fumas?	más de 30 21-30 11-20 Menos de 11	3 2 1 0
Puntuación total		

Grado de dependencia: Bajo (entre 0 y 2) Medio (entre 3 y 4) Aalto (entre 5 y 6)

Es una versión reducida del FAGERSTRÖM. Consta de 2 preguntas: número de cigarrillos al día y tiempo transcurrido hasta el consumo del primer cigarrillo. La puntuación oscila entre 0-6, de tal forma que aquellas personas fumadoras que tengan una puntuación de 5 y 6 tendrán una dependencia alta. Tiene una buena correlación con el FAGERSTRÖM especialmente en varones y en personas fumadoras con dependencia física alta. Es el test recomendable en consultas de Atención Primaria.

B. Dependencia social y conductual

La dependencia psíquica y social se debe a la conexión repetida de situaciones de la vida cotidiana con el acto de fumar un cigarrillo. Este tipo de situaciones pueden llevar consigo alguna carga afectiva, nerviosismo, tranquilidad etc. o bien una carga gestual como encender un cigarrillo cada vez que se descuelga el teléfono o trabaja con un ordenador, o bien una situación social como salir con los amigos o tomarse un café.

Puede ser valorada mediante diferentes test, que están recomendados hacer solo en las Unidades Especializadas de Tabaquismo. Ejemplos de ellos serían el Test de Glover-Nilson [39,40], utilizado para evaluar el grado de dependencia de una persona fumadora al tabaco en distintos aspectos; psicológico, social y gestual, o el test de UISPM[41] (Unidad del Instituto de Salud Pública de Madrid, pág 30) que evalúa el grado de dependencia de un fumador o de una fumadora al tabaco en distintos aspectos (social, gestual y psicológica) y grado de sedación, estimulación y automatismo relacionado con el tabaco.

4. Estudio de la motivación

Para conocer la motivación de la persona fumadora se suele utilizar el test de Richmond, que valora el grado de motivación para dejar de fumar en una escala de 1 a 10 puntos. Permite clasificar la motivación en: baja, moderada o alta. Para incluir al fumador o a la fumadora en un programa de deshabituación tabáquica, con ciertas expectativas de éxito, es necesario que la puntuación del test sea de 9 a 10 puntos.

Test de Richmond

Se le formulará al paciente o a la paciente las 4 preguntas del test (Cuadro 8). Cada respuesta indica una puntuación según la respuesta de 0 a 3 puntos. Sumando todos los puntos obtenidos de las respuestas podrá valorar el grado de motivación para dejar de fumar en una escala del 1 al 10 puntos.

Tabla 5. Test de Richmond[42]

1. ¿Quiere dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente? 0: No 1: Sí
2. ¿Cuánto interés tiene para dejarlo? 0: Nada 1: Algo 2: Bastante 3: Mucho
3. ¿Intentará dejar de fumar en las próximas dos semanas? 0: Definitivamente no 1: Quizás 2: Sí 3: Definitivamente sí
4. ¿Cabe la posibilidad de que usted sea un ex fumador/a en los próximos seis meses? 0: No 1: Quizás 2: Sí 3: Definitivamente sí
Resultados del test: Motivación alta (10 puntos); Motivación moderada (7-9 puntos) y Motivación baja (≤ 6 puntos).

En ocasiones se recomienda que las personas fumadoras escriban una lista de motivos para dejar de fumar y las coloquen en determinados sitios estratégicos donde habitualmente fuman. Comentar sus motivaciones e intentar mejorarlas es uno de los aspectos de la entrevista motivacional que pueden ayudar en el avance en las fases del cambio.

5. Pruebas complementarias

No son imprescindibles para realizar un diagnóstico de tabaquismo, pero sí que su uso nos permite:

- Discriminar personas fumadoras y no fumadoras.
- Conocer el grado de tabaquismo del fumador o fumadora.
- Informar del riesgo para desarrollar enfermedades relacionadas con el tabaco.
- Detectar la exposición al humo de tabaco.
- Motivar al fumador o fumadora durante la deshabituación tabáquica.

1. Cooximetría

Es la determinación de la cantidad de monóxido de carbono (CO) en el aire espirado del paciente o de la paciente. Esta medición se realiza mediante la utilización de un cooxímetro. Al inhalar, el CO se combina con la hemoglobina y forma la carboxihemoglobina (COHB). La mayoría de los aparatos utilizados convierten de manera inmediata los valores de CO obtenidos en cifras de (COHB).

2. Determinación de nicotina y cotinina en líquidos corporales

La determinación de nicotina en líquidos corporales se utiliza poco en la clínica diaria debido a su corta vida media (aproximadamente 2 horas) y a la influencia de variables como el pH y la cantidad de orina.

Además, es una prueba costosa. En cambio, la determinación de cotinina, un metabolito de la nicotina con una vida media de 11 a 37 horas, es más común. La cotinina alcanza niveles en sangre superiores a la nicotina y se excreta por el riñón, detectándose en orina hasta 4 días después del último cigarrillo. La determinación de cotinina en la práctica clínica se puede utilizar para conocer el grado de dependencia física y orientar la pauta terapéutica en pacientes que reciben terapia sustitutiva de nicotina (TSN) a altas dosis.

Esta técnica no se desarrolla en atención primaria, sino en unidades especializadas, debido a su complejidad y costo.

Otras pruebas no son propias para un diagnóstico de tabaquismo, ni para indicar un tratamiento de abandono de tabaco, pero sí que pueden ayudarnos a conocer el daño causado por el tabaco, sobre todo, si existen síntomas de patología relacionada con el consumo del mismo.

6. Tratamiento

Intervenciones cognitivas-conductuales:

La OMS recomienda que se ofrezca un apoyo psicológico más intensivo a todos los usuarios consumidores y a todas las usuarias consumidoras de tabaco con interés en dejarlo. Las opciones de apoyo cognitivo-conductual son individuales, asesoramiento grupal o asesoramiento telefónico[24].

✅	Fuerte	Recomendación
⬆ TOP	Alta	Certeza (asesoramiento individual)
🔼	Moderada	Certeza (asesoramiento grupal y asesoramiento telefónico)

La efectividad del tratamiento de intervenciones relacionadas con el tabaquismo, aumenta con la intensidad de las mismas, independientemente del modo de administración o el entorno en el que se produce.

Para cualquier grupo de población, los componentes de intervención más efectivos parecen incluir apoyos conductuales, como el desarrollo de mecanismos de resolución de problemas (por ejemplo, identificar los desencadenantes); la presencia de redes de apoyo social; o una combinación de estrategias que puede incluir asesoramiento cara a cara o por internet, teléfono, mensajes de texto o grupos de apoyo.

La incorporación de intervenciones de seguimiento y tratamiento de los comportamientos relacionados con el uso del tabaco debe ser parte de la práctica estándar.

Añadir tratamiento farmacológico a las intervenciones cognitivas-conductuales contribuye al aumento de las tasas de éxito, por lo que debe hablarse con los pacientes o las pacientes la posibilidad de tratamiento farmacológico como intervención adicional.

Intervenciones farmacológicas:

El uso de fármacos frente a placebo para el tratamiento del tabaquismo multiplica hasta por 2,5 las posibilidades de abandono de tabaco[43]

- El tratamiento farmacológico puede desempeñar un papel importante en el manejo de las intervenciones relacionadas con el uso del tabaco.
- Realizar una descripción en profundidad de todas las posibles intervenciones farmacológicas. los profesionales y las profesionales de la salud deben tener conocimiento de las opciones de tratamiento farmacológico disponibles y considerar la posibilidad de consultar con profesionales prescriptores y prescriptoras para determinar la mejor manera de emplear tratamiento farmacológico con receta como parte de una intervención combinada cuando se trabaja con personas que consumen tabaco.

Antes de recomendar un tratamiento farmacológico *sujeto o no a prescripción médica*, los profesionales y las profesionales de enfermería, deben tener conocimientos, capacidad y juicio sobre la situación de la persona, su condición y el perfil del medicamento. Deberán tener en cuenta los siguientes criterios:

- *Inclusión:* criterios específicos antes comentados.
- *Derivación:* en función de la situación del/de la paciente, de su contexto de salud y de los fármacos que esté tomando, el profesional o la profesional decidirá su derivación a otras u otros profesionales o servicios.

En general, con respecto al manejo farmacológico, los profesionales y las profesionales de enfermería deben asegurarse que:

1) Se tienen en cuenta opciones de tratamiento farmacológico a la hora de planificar el tratamiento.
2) Los pacientes y las pacientes tienen acceso a un tratamiento farmacológico adecuado.
3) El tratamiento farmacológico se administra de forma segura.
4) La persona fumadora participa activamente en el proceso de elección del tratamiento ofertado.

La OMS recomienda la vareniclina, la terapia sustitutiva de nicotina (TSN), el bupropión y la citisina/citisiniclina como opciones de tratamiento farmacológico de primera línea para los consumidores y para las consumidoras de tabaco que fuman y están interesados o interesadas en abandonarlo.

La combinación de TSN (un parche más una forma de acción corta, chicles o pastillas) es una opción igual de efectiva y de primera elección para los interesados y para las interesadas en deshabituarse del tabaco y quieren usar esta forma de tratamiento farmacológico[24,44].

✅	Fuerte	Recomendación
⬆ TOP	Alto	Certeza (Vareniclina, NRT and bupropion)
🔼	Moderada	Certeza (Citisina y TSN combinada)

La OMS recomienda usar el bupropión en combinación con TSN o vareniclina puede ofrecerse a los consumidores y a las consumidoras de tabaco interesados o interesadas en dejar de fumar cuando hay una respuesta inadecuada a los tratamientos de primera línea[24].

⏸	Condicional	Recomendación
🔼	Moderada	Certeza (Bupropión más vareniclina)>
🔽	Baja	Certeza (Bupropion más TSN)

La OMS recomienda usar combinación de tratamientos conductuales y farmacoterapia para el proceso de apoyo en la deshabituación de tabaco[24].

✅	Fuerte	Recomendación
⬆ TOP	Alto	Certeza

La evidencia es insuficiente para hacer una recomendación a favor o en contra de las terapias complementarias y alternativas para las personas que consumen tabaco, interesadas en abandonar el consumo de tabaco. Debemos asegurarnos que ofrecemos un enfoque integral para apoyar el abandono del tabaco, que incluye apoyo conductual y/o farmacoterapia[24].

Tal y como comentamos al comienzo de esta guía, en Canarias existe el "Programa de ayuda al fumador en Canarias" (PAFCAN)[25] para poder así ofrecer tratamiento a las personas fumadoras, con o sin factores de riesgo adicionales al consumo de tabaco. Surgió con un doble objetivo:

- Financiar los tratamientos farmacológicos de primera línea en el tratamiento del tabaquismo.
- Realizar una formación continuada de las profesionales y de los profesionales sanitarios para garantizar la mejor asistencia técnica a las personas fumadoras.

Condiciones de financiación:

1. **Requisitos para los/las pacientes**:
    a. Los/las pacientes deberán estar incluidos en el programa de apoyo (individual y/o grupal) de deshabituación tabáquica implementado por la Dirección General de Salud Pública. Servicio de Promoción de la Salud (PAFCAN).

b. Los/las pacientes deberán tener las siguientes características:

   i. Motivación expresa de dejar de fumar que se pueda constatar con un intento de dejar de fumar en el último año.

   ii. Que fumen 10 cigarrillos o más al día y tengan, además, un alto nivel de dependencia calificado por el test de Fagerström ≥ 7.

   iii. Los medicamentos están sujetos a aportación normal.

2. **Requisitos para los prescriptores** y oficinas de farmacia establecidos por la Comisión, y normas propuestas por el Servicio de URM y CP:

   a. La prescripción de estos medicamentos se restringe a los/las profesionales de medicina y enfermería del SCS adheridos al programa PAFCAN.

   b. La prescripción de estos medicamentos se realizará exclusivamente por el sistema de receta electrónica. En el Plan de Tratamiento Único (PTU) del/de la paciente se distinguirá con la palabra PAFCAN todos los productos que estén incluidos en la financiación del Programa.

   c. Es obligatorio el seguimiento del paciente o de la paciente de manera mensual para valorar el éxito o fracaso del tratamiento, por lo que las prescripciones deberán ajustarse para que en ningún caso superen el mes de duración, debiéndose valorar la evolución de la efectividad del tratamiento con carácter previo a la continuación del tratamiento prescrito.

3. **Financiación establecida por la Comisión**

   a. Se financiará un intento anual (cada 12 meses) por paciente para dejar de fumar con apoyo farmacológico, con independencia del principio activo prescrito, estableciendo el inicio del contador a partir de la fecha de la última dispensación del tratamiento completo. La prescripción fuera de los plazos citados no dará lugar a una dispensación financiada.

   b. Existen una serie de criterios de inclusión específicos para aquellos y aquellas pacientes que se quieren beneficiar de este programa, que son los siguientes:

      i. Los pacientes y las pacientes deben estar incluidos en un programa establecido de deshabituación tabáquica (individual o grupal).

      ii. Deben tener una dependencia física alta.

      iii. Se financia un solo fármaco por intento.

      iv. Se financia un solo intento cada 12 meses a partir de la última dispensación.

      v. Los pacientes o las pacientes abonarán el porcentaje que esté reflejado en su Tarjeta Sanitaria Individual.

Las personas que quieren dejar de fumar, deben acudir a su centro de salud, y preguntar a su profesional médico y a su enfermera o enfermero. Estos y estas profesionales les informarán de cómo acceder al programa PAFCAN.

Como explicamos al inicio, todos aquellos profesionales y todas aquellas profesionales de enfermería que vayan a indicar el uso de los fármacos contenidos en esta guía, *de forma financiada,* deberán estar acreditados en el PAFCAN.

Pueden igualmente indicar el uso de los fármacos contenidos en esta guía, sin estar acreditados por el PAFCAN, pero el tratamiento no estará financiado.

3. SEGUIMIENTO

- Confirmación de la cita siguiente cita para asegurar la asistencia del paciente y de la paciente.
- Seguimiento presencial o telefónico del paciente y de la paciente.
- Valoración del síndrome de abstinencia.
- Recaídas.
- Pruebas complementarias si precisa.
- Revisión de tratamiento.

1. Valoración del síndrome de abstinencia

Al dejar el tabaco, la persona fumadora sufre habitualmente y en diferente grado una serie de síntomas que constituyen el síndrome de abstinencia. Estos síntomas y signos pueden ser tanto físicos como psicológicos. La intensidad del síndrome de abstinencia decrece a lo largo del seguimiento en los sujetos que finalizan con éxito el tratamiento.

El síndrome de abstinencia es una de las principales causas de recaída durante el proceso de abandono del tabaco. Por lo tanto, es importante conocerlo y valorarlo durante las primeras semanas de deshabituación. Existen varios cuestionarios para valorar la intensidad del síndrome de abstinencia. Para valorar la intensidad del síndrome de abstinencia utilizaremos el cuestionario MNWS (Cuestionario Minnesota Nicotine Withdrawal Scale)[45].

Tabla 6 Valoración del Síndrome de Abstinencia MNWS

Tabla I. Valoración del síndrome de abstinencia MNWS

CRAVING	0 1 2 3 4
DISFORIA	0 1 2 3 4
IRRITABILIDAD/FRUSTACIÓN/IRA	0 1 2 3 4
ANSIEDAD	0 1 2 3 4
DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN	0 1 2 3 4
INQUIETUD	0 1 2 3 4
AUMENTO DE APETITO	0 1 2 3 4
DIFICULTAD PARA DORMIRSE	0 1 2 3 4
DIFICULTAD PARA QUEDARSE DORMIDO	0 1 2 3 4

0=nada en absoluto. 1=leve. 2=moderado. 3=mucho. 4=grado extremo.

2. *Recaídas*

- Estrategias para manejar y prevenir recaídas.
- Reajuste del plan de tratamiento tras una recaída.

3. *Pruebas complementarias durante el seguimiento*

Pueden ayudarnos a conocer el daño causado por el tabaco, sobre todo, si existen síntomas de patología relacionada con el consumo del mismo.

1. **Determinaciones de laboratorio: (cotinina, hemograma).** La cooximetría y la determinación de nicotina y cotidiana en líquidos corporales nos pueden ayudar (no usada en AP).
    - Confirmar la abstinencia autodeclarada por el fumador o fumadora. Teniendo en cuenta que la vida media del monóxido de carbono es corta de 2 a 5 horas.
    - Motivar al fumador o fumadora durante la deshabituación tabáquica.
    - Detectar la exposición al humo de tabaco.
2. **Exploración funcional respiratoria. Espirometría**

    La espirometría es una prueba sencilla que permite el diagnóstico temprano de enfermedades respiratorias como EPOC, siendo el tabaquismo la principal causa de esta enfermedad. Su utilización en todos los centros de atención primaria contribuiría a la reducción de las exacerbaciones y del deterioro pulmonar, por lo que no solo beneficiaría a la salud de las personas, también permitiría una mejor optimización de los recursos personales y económicos[46-48].

Según la Guía GOLD 2025 (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) Guía para el diagnóstico, manejo y prevención de la EPOC, se debe considerar el diagnóstico de EPOC en cualquier paciente que presente disnea, tos crónica o producción de esputo y/o antecedentes de exposición a factores de riesgo para la enfermedad, cuando la espirometría forzada demuestre la presencia de un FEV1/FVC postbroncodilatador < 0,7. Por tanto, sería obligatoria para establecer el diagnóstico de EPOC.

Además, junto con información precisa, puede ser un incentivo considerable para abandonar el hábito de fumar. Llegando a triplicar las posibilidades de dejar de fumar en la población.

4. TRATAMIENTO