

28 de septiembre 2016

DEJAR DE FUMAR

Un reto de todos

Recursos para promover la deshabituación

DOSSIER DE ASISTENTES

#UnRetoDeTodos

UNA INICIATIVA DE:



CONVERTIDA EN REALIDAD GRACIAS A:



#UnRetoDeTodos



ÍNDICE

DEJAR DE FUMAR. UN RETO DE TODOS	04
PROGRAMA DE LA JORNADA.....	06
PONENTES	08
PUBLICACIONES E INFORMACIÓN SOBRE DESHABITUACIÓN	12
¿QUÉ ES MÁS QUE IDEAS?	81
COLABORACIONES Y AVALES	82
NOTAS.....	84

DEJAR DE FUMAR. UN RETO DE TODOS

El consumo de tabaco es un problema de salud pública a nivel mundial, siendo el principal factor de riesgo de muchas enfermedades como el cáncer o las enfermedades pulmonares y cardiovasculares. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaco es responsable de la muerte de casi 6 millones de personas al año en el mundo, de las cuales más de 600.000 no son fumadores, sino que están expuestos al humo que ocasiona¹. Es la primera causa aislada de morbilidad prematura prevenible² y la estimación es que 50.000 personas en España fallecen al año por factores atribuibles al tabaco, destacándose un incremento anual del 7% en el consumo entre las mujeres³.

Con el fin de reducir estas cifras y mejorar la salud de los ciudadanos, la OMS propone la estrategia MPOWER, que promueve medidas para prevenir su consumo, proteger a la población de la exposición al humo, advertir de los peligros del tabaco, hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio, elevar los impuestos al tabaco y ofrecer ayuda para dejar de consumirlo⁴.

Este último punto es fundamental considerando que tres de cada cuatro fumadores que conocen los riesgos del consumo quieren abandonar este hábito pero tienen dificultades para abandonarlo por sí solos⁵. Diferentes estudios han evidenciado que la mayor parte de las personas que intentan abandonar el tabaco por su cuenta no lo han conseguido⁵. El motivo está relacionado con el componente adictivo que produce la nicotina, la cual libera una sustancia -dopamina- que proporciona bienestar en el fumador, generando una sensación desagradable -síndrome de abstinencia- cuando transcurre tiempo sin consumir⁶. Además, hay que considerar que, aparte de la nicotina, la conducta de fumar está condicionada por procesos de aprendizaje que influyen en la libertad de la persona para decidir si fumar o no⁷.

04

Por tanto, ofrecer soporte a las personas que deseen abandonar el hábito tabáquico es una prioridad para las autoridades sanitarias y las organizaciones del ámbito de la salud. A partir de este planteamiento, existen diferentes estrategias que abarcan desde aspectos farmacológicos y psicológicos, hasta abordajes multifactoriales, consiguiéndose resultados diversos en relación a su eficacia.

Promover estrategias de deshabitación es muy positivo incluso en términos de coste-efectividad a corto plazo², si bien requiere que se adapten a las condiciones, preferencias y necesidades de cada persona ya que cada uno de los métodos presenta diferentes resultados y efectos en los diversos consumidores de tabaco. De esta forma, se valora de forma individualizada la necesidad de hacer intervenciones breves o intensivas, que requieran el uso de tratamiento farmacológico, asesoramiento médico o enfermero, ayuda motivacional o consejo psicológico, entre otros.

En los últimos años, se han producido grandes avances en el tratamiento de la dependencia tabáquica que ha dado origen a numerosos métodos que ayudan a dejar de fumar. Y son diversos los organismos, organizaciones y profesionales que han promovido programas de deshabitación dirigidos a fumadores y a colectivos específicos como mujeres embarazadas o en lactancia, adolescentes o personas con diferentes enfermedades.

Estos programas no garantizan que el participante consiga alcanzar su objetivo, por lo que es importante analizar los resultados obtenidos con el fin de identificar qué aspectos están funcionando y cuáles no. Compartir esta información permite que todos los actores implicados en este campo tengan mayor conocimiento acerca de la efectividad y eficacia de cada una de las opciones. Y, por otra parte, es necesario un mayor diálogo entre los expertos acerca del modo de implementación de algunos métodos -por ejemplo, cómo proporcionar la ayuda motivacional- o acerca de qué enfoques resultan más efectivos en determinadas situaciones.

La jornada “Dejar de fumar. Un reto de todos” promueve el intercambio de conocimientos y experiencias para que todos -desde la neumología, la psicología, las organizaciones de pacientes, la enfermería, la psiquiatría, etc.- asumamos nuestro compromiso con la deshabituación de las personas fumadoras y promovamos estrategias que se adapten a las preferencias y necesidades de cada individuo.

Juntos sumamos en salud.

REFERENCIAS:

1. Página web de la Organización Mundial de la Salud
 - » www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es
2. Deshabituación tabáquica. Boletín INFAC
 - » www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/infac_v16_n1.pdf
3. Página web de la Asociación Española contra el Cáncer (AECC)
 - » www.aecc.es/SOBREELCANCER/PREVENCIÓN/TABACO/Paginas/Datosdeinteres.aspx
4. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo. Plan de medidas MPOWER
 - » http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43897/1/9789243596280_spa.pdf
5. Martínez B, Alonso J, Ramal J, et al. Eficacia y efectividad de los programas de deshabituación tabáquica (2007)
 - » www.psiquiatria.com/adicciones/eficacia-y-efectividad-de-los-programas-de-deshabituacion-tabaquica
6. Página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
 - » http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/programaJovenes/consumo_porque.htm
7. Manual de Abordaje del Tabaquismo en Atención Primaria (Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria)
 - » <http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/drogodependencias/manual%20con%20ISBNpdf.pdf>

PROGRAMA DE LA JORNADA

16.00 ACREDITACIÓN DE ASISTENTES

16.30 BIENVENIDA

- **Teresa Terrén.** Fundación MÁS QUE IDEAS

16.40 TABACO Y CONDICIONANTES FÍSICOS, EMOCIONALES Y SOCIALES DE LA DESHABITUACIÓN

- **Dra. Eva de Higes.** Neumóloga del Hospital Universitario Fundación Alcorcón de Madrid. Miembro del Área de Tabaquismo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y Coordinadora del Grupo Emergente de Tabaquismo de la SEPAR

17.00 COLOQUIO: BUENAS PRÁCTICAS EN LAS INTERVENCIONES DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

06

- **Pedro Aguilar.** Psicólogo del Departamento de Prevención y Promoción de la Salud de la Asociación Española contra el Cáncer (AECC)
- **María Soledad Casasola.** Enfermera y Jefa del Servicio de Atención al Paciente del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid. Colaboradora del Grupo de Tabaquismo de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
- **Dra. Regina Dalmau.** Cardióloga del Hospital Universitario La Paz de Madrid. Presidenta del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT)
- **Dra. Eva de Higes.** Neumóloga del Hospital Universitario Fundación Alcorcón de Madrid. Miembro del Área de Tabaquismo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y Coordinadora del Grupo Emergente de Tabaquismo de la SEPAR
- **Dr. José Luis Díaz-Maroto.** Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinador Nacional del Grupo de Tabaquismo de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

- **Leire Gaztelurrutia.** Farmacéutica comunitaria en Barakaldo. Responsable de Tabaquismo en el Grupo de Respiratorio de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC)
- **Dr. César Minúe.** Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo de Abordaje al Tabaquismo (GAT) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)
- **Raquel Nieto.** Representante de la Federación Nacional de Asociaciones de Pacientes Alérgicos y con Enfermedades Respiratorias (FENAER)

Moderador: **Diego Villalón.** Fundación MÁS QUE IDEAS

18.30 APERITIVO SALUDABLE

19.00 DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN:

- **Personas con EPOC: Dra. Ángela Ramos.** Neumóloga del Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Miembro del Área de Tabaquismo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)
- **Personas con trastorno mental grave: Dr. Manuel Arrojo.** Facultativo Especialista de Psiquiatría en el Complejo Hospitalario de Santiago. Vocal de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPBB)
- **Personas con discapacidad: Blanca M^a Benito.** Psicóloga y técnica del Plan de Prevención y Control del Tabaquismo de Cantabria. Fundación Cántabra para la Salud y el Bienestar Social. Secretaria de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET).

Moderador: **Víctor Rodríguez.** Fundación MÁS QUE IDEAS

20.15 DESPEDIDA

PONENTES

Queremos agradecer a los 11 ponentes que nos acompañan en la jornada su colaboración altruista y generosa. Personas de referencia en deshabituación tabáquica que representan diferentes áreas de intervención: cardiología, farmacia comunitaria, enfermería, medicina de atención primaria, neumología, organizaciones de pacientes, psicología y psiquiatría.

PEDRO AGUILAR

Psicólogo en el Departamento de Prevención y Promoción de la Salud de la Junta Provincial de Madrid de la Asociación Española contra el Cáncer (AECC).

Licenciado en la Facultad de Psicología en la Universidad Autónoma de Madrid y Máster de Drogodependencias en el Instituto Universitario de Drogodependencias de la Universidad Complutense de Madrid. Gran parte de su actividad profesional ha estado vinculada a la intervención en adicciones químicas, principalmente en los centros de atención integral a las drogodependencias "Norte" y de Getafe, de la antigua Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

Actualmente su ámbito de actuación se ha centrado en la Psicología Preventiva y en la Educación para la Salud en la AECC, donde ofrece cursos para dejar de fumar. Es tutor en prácticas del Máster de Psicología General Sanitaria, en el marco del convenio existente entre la UNED y la Junta Provincial de Madrid de la AECC.

MANUEL ARROJO

Facultativo Especialista de Psiquiatría en el Complejo Hospitalario de Santiago, con dedicación específica al trastorno mental grave (TMG).

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Santiago de Compostela. Doctor europeo en Medicina por la Universidad de Alcalá y Magister en Psiquiatría Legal por la Universidad Complutense de Madrid. Especialista en Psiquiatría, habiendo sido jefe del servicio de Salud Mental y Asistencia a Drogodependencias del Servicio Gallego de Salud (2009-2015).

Es autor de más de cuarenta publicaciones de impacto en el campo de la psiquiatría, especialmente en las áreas de genética y adicciones. Es vocal electo de jóvenes investigadores acreditados de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (2013-2016) y forma parte del grupo de investigación en Genética Psiquiátrica del Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago (IDIS).

BLANCA M^a BENITO

Psicóloga. Técnica del Plan de Prevención y Control del Tabaquismo de Cantabria. Fundación Cantabria para la Salud y el Bienestar Social.

Máster en Tabaquismo y Especialista Universitario en Educación para la Salud. Trabaja desde 2001 en el ámbito de las drogodependencias en diferentes programas -apoyo a reclusos drogodependientes, sensibilización, prevención y abordaje del consumo en jóvenes, escuelas de padres y madres-. Ha ejercido como educadora en un Centro de Reforma y desde 2004 su actividad se dirige al control y abordaje del tabaquismo, primero en la Asociación Estudios Científicos y Acciones Formativas Relacionadas con la Adicción a la Nicotina (ECAFRAN) y a partir de 2005 como técnica del Plan de Prevención y Control del Tabaquismo de Cantabria.

Experiencia docente en el Máster Interuniversitario de Tabaquismo Cantabria/Sevilla desde 2006 hasta 2012. Secretaria de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET) y miembro del Grupo Español de Trabajo en Entrevista Motivacional (GETEM). Ha participado en proyectos de divulgación, formación e investigación, y realiza deshabituación tabáquica en grupo a diferentes colectivos.

MARIA SOLEDAD CASASOLA

Enfermera del Hospital Universitario Ramón y Cajal, de Madrid.

Máster en Tabaquismo y Especialista en Enfermería del Trabajo. Miembro del Comité de Prevención de Tabaquismo. Docente en varios cursos de formación en tabaquismo para profesionales, y en talleres de cesación tabáquica dirigidos a pacientes y familiares.

Investigadora Principal y colaboradora en varios proyectos sobre tabaquismo en el ámbito hospitalario. Autora del curso de formación online sobre el Abordaje del Tabaquismo por los profesionales de Enfermería.

REGINA DALMAU

Cardióloga en el Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Miembro de la Sociedad Española de Cardiología y Coordinadora de la Prevención Cardiovascular para España en la Sociedad Europea de Cardiología. Es colaboradora docente en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, y es miembro del Panel Evaluador de Proyectos de Investigación Cardiovascular en el Instituto de Salud Carlos III.

Presidenta del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Es responsable de la Consulta Especializada de Tabaquismo en la Unidad de Rehabilitación Cardíaca, y del Área de Tabaquismo en el Programa de Empresas Cardiosaludables de la Fundación Española del Corazón. Investigadora en más de 20 ensayos clínicos y proyectos de investigación en el área cardiovascular, y ha publicado más de 30 trabajos relacionados con el abordaje del tabaquismo, presentados en congresos nacionales e internacionales.

EVA DE HIGES

Neumóloga en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Formación de Neumología en el Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid. Atiende una consulta de Tabaquismo para pacientes en programa de rehabilitación cardíaca. Es coordinadora del Grupo Emergente de Tabaquismo de la SEPAR (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica), secretaria del "Año SEPAR de EPOC y Tabaco" y miembro del Área de Tabaquismo de SEPAR (fue secretaria hasta junio de 2016).

Ponente habitual en congresos científicos en temáticas relacionadas con el tabaquismo así como en cursos para profesionales. Es autora de diferentes publicaciones sobre el diagnóstico y abordaje del tabaquismo, así como de artículos en revistas nacionales e internacionales.

JOSÉ LUIS DÍAZ-MAROTO

Médico de Familia del Centro de Salud Guadalajara – Periférico.

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid y Diplomado en Sanidad en la Escuela Nacional de Sanidad de Madrid. Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Miembro de la Junta Directiva de SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria) en Castilla-La Mancha. Es Experto Universitario Especialista en Tabaquismo por la Universidad de Cantabria (2001), representante de SEMERGEN en el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT), Coordinador Nacional del Grupo de Tabaquismo de SEMERGEN y miembro del Grupo de Respiratorio de SEMERGEN. Ha impartido más de 100 ponencias en talleres y cursos sobre tabaquismo.

LEIRE GAZTELURRUTIA

Farmacéutica comunitaria en Barakaldo.

Máster de Atención Farmacéutica. Graduada en el Programa CESAR (Capacitación para la prestación del servicio de cesación tabáquica en farmacia comunitaria) de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC). Responsable de Tabaquismo en el Grupo de Respiratorio de la SEFAC y Vocal de la SECAC en Euskadi. Es también miembro de la Comisión de Formación y del grupo de Tabaquismo del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia (COFBI).

10

Ofrece servicio de cesación tabáquica en la farmacia e imparte formación a otros profesionales en deshabituación tabáquica. Ha participado en el desarrollo de una plataforma on-line dentro del proyecto SEFAC E-XPERT para la prestación de servicios farmacéuticos profesionales dentro del módulo de cesación tabáquica, y en diferentes publicaciones, estudios y actos relacionados con la deshabituación.

CÉSAR MINÚE

Médico de Familia del Centro de Salud Perales del Río (Getafe).

Coordinador del grupo de investigación en riesgo vascular de Atención Primaria, dentro del Instituto de Investigación del Hospital Doce de Octubre. Es Experto Universitario Especialista en Tabaquismo por la Universidad de Cantabria, miembro del Grupo de Abordaje del Tabaquismo (GAT) de SoMaMFyC (Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria) y, posteriormente, miembro del GAT de semFYC (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria). Es miembro de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET).

RAQUEL NIETO

Representante de la Federación Nacional de Asociaciones de Pacientes Alérgicos y con Enfermedades Respiratorias (FENAER) y fundadora y presidenta de la Asociación de Trasplantados de Pulmón de la Comunidad de Madrid (PulmonMadridTX).

Fue diagnosticada de una fibrosis pulmonar idiopática en el año 2011 y es trasplantada bipulmonar desde el año 2012. Además de su experiencia en el sector asociativo de pacientes, es colaboradora del Proyecto HU-CI: Humanizando los cuidados intensivos, ha participado en el Plan de Humaniza-

ción de la Sanidad de la Comunidad de Madrid y colabora con la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) aportando su testimonio.

Es escritora y autora de la obra de teatro, DESDE LA HABITACIÓN E008, donde se habla del proceso que transcurre desde el diagnóstico de la enfermedad hasta la salida de la UCI.

ÁNGELA RAMOS

Neumóloga del Hospital Universitario Fundación de Alcorcón.

Licenciada en Medicina y Cirugía por la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid. Título de Experto en Tabaquismo por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

Miembro del Área de Tabaquismo de la SEPAR, del que ha sido Vocal del Comité Ejecutivo y Secretaria del Comité Organizador Central de AÑO SEPAR 2007 - Año para la Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. Ha ejercido de docente en los cursos de Experto en Tabaquismo de la SEPAR y NeumoMadrid, y es miembro del Comité Asesor del Programa de Investigación Integrada SEPAR en Tabaquismo.

PUBLICACIONES E INFORMACIÓN SOBRE DESHABITUACIÓN

En las próximas páginas encontrarás datos de interés sobre deshabituación tabáquica para que te sirvan de apoyo y complemento a la información que recabes durante el desarrollo de la jornada.

Las publicaciones que encontrarás a continuación son las siguientes:

- **Manejo diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en la práctica clínica (Manual SEPAR de Procedimientos) Pág. 13**
 - » **Capítulo “Aproximación diagnóstica al fumador” Pág. 15**
 - » **Capítulo “Tratamiento integral del tabaquismo” Pág. 32**
- **Guía de bolsillo para el tratamiento del tabaquismo (SEMFYC) Pág. 43**
- **Especificaciones del servicio de cesación tabáquica (Revista SEFAC) Pág. 58**
- **Guía rápida para el manejo clínico del fumador en Atención Primaria (SEMERGEN Castilla La-Mancha) Pág. 65**
- **Craving and nicotine withdrawal in a Spanish smoking cessation sample (Revista Adicciones) Pág. 72**

Queremos dar las gracias a la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC), la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y a Socidrogalcohol, por cedernos altruistamente estas publicaciones para su inclusión en este dossier.

MANEJO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA (MANUAL SEPAR DE PROCEDIMIENTOS)

CAPÍTULO "APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA AL FUMADOR"

Manual **Separ** de
Procedimientos

Manejo diagnóstico
y tratamiento del
tabaquismo en la
práctica clínica diaria

Coordinadores:
Eva Belén de Higes Martínez
Lidia Perera López

Manual SEPAR de Procedimientos

Coordinación:

Eva Belén de Higes Martínez
Lidia Perera López

Participantes:

Mari Carmen Bermejo Navas	Alberto Javier Nistal Rodríguez
Francisco Javier Callejas González	Meritxell Peiró Fàbregas
Javier Cruz Ruiz	Lidia Perera López
Marta Dablanca Pallares	Carlos Rábade Castedo
Eloísa Espí Cavalcanti	Ángela Ramos Pinedo
Marta Genovés Crespo	Segismundo Solano Reina
Eva Belén de Higes Martínez	Ana Isabel Tornero Molina
Adriana Lama López	Paz Vaquero Lozano
José Javier Lorza Blasco	

14

ISBN Obra completa: 84-7989-152-1
ISBN Módulo 32: 978-84-944106-4-2
Dep. Legal: B 17383-2015

© Copyright 2015. SEPAR



Sociedad Española
de Neumología
y Cirugía Torácica
SEPAR

Editado y coordinado por RESPIRA-FUNDACIÓN ESPAÑOLA DEL PULMÓN-SEPAR
Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin el permiso escrito del titular del *copyright*.

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA AL FUMADOR

Dr. Carlos Rábade Castedo

Dra. Adriana Lama López

Servicio de Neumología

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

15

DUE Marta Dablanca Pallares

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN

La realización de un adecuado diagnóstico del tabaquismo influye en la actitud terapéutica y pronóstico del fumador. El propósito de este capítulo es definir una serie de apartados necesarios para el diagnóstico del tabaquismo en cada uno de los niveles de abordaje: Atención Primaria, Consulta de Tabaquismo en Atención Especializada y Unidad Multidisciplinar Especializada de Tabaquismo¹⁻³. Estos apartados son:

- a. Identificación de la fase de abandono: precontemplación / contemplación / preparación / acción / mantenimiento. (Algoritmo 1).
- b. Historia clínica general: anamnesis, antecedentes personales (alergias medicamentosas, enfermedades previas, intervenciones quirúrgicas, tratamientos, antecedentes familiares, etc.).
- c. Historial de tabaquismo.

- d. Cuestionarios necesarios para un adecuado diagnóstico del tabaquismo como los que miden la motivación, la dependencia, la autoestima y la autoeficacia.
- e. Exploraciones complementarias (en Atención Especializada). (Algoritmo 2, 3 y 4).
 - Generales (ECG, espirometría).
 - Específicas (cooximetría, determinación de cotinina).

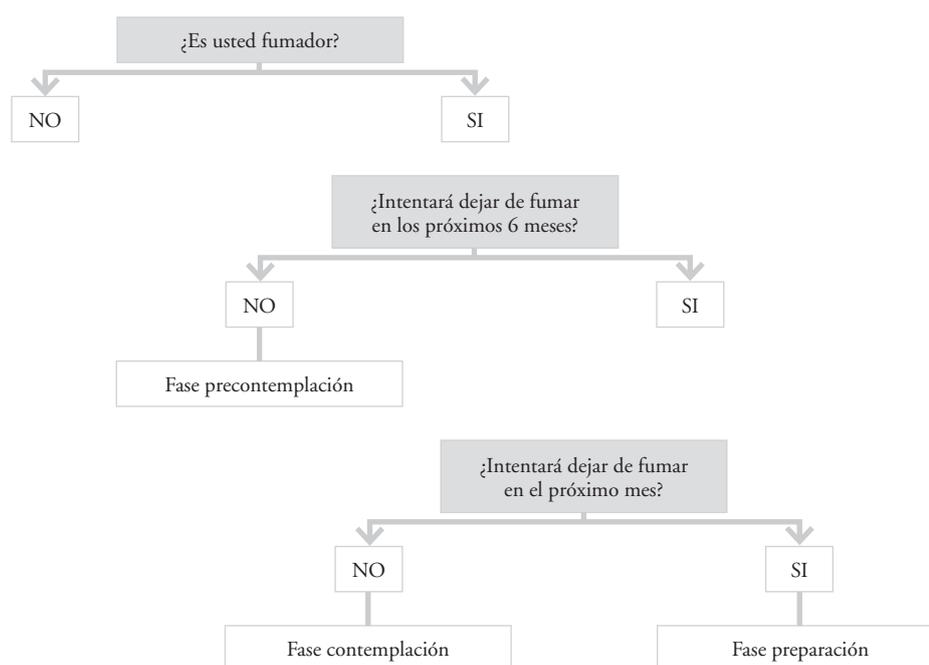
IDENTIFICACIÓN DE LA FASE DE ABANDONO

Con respecto a la fase de abandono distinguiremos varios tipos de fumadores:

- Aquellos que están dispuestos a realizar un intento serio de abandono en el momento actual son fumadores en fase de preparación. Se caracterizan porque desean dejar de fumar en el próximo mes.
- Aquellos que no están dispuestos a realizar un intento de abandono son fumadores en fase de precontemplación.
- Aquellos que están pensando en dejar de fumar en los próximos meses pero que prefieren retrasar la decisión son fumadores en fase de contemplación.
- Aquellos que están sin fumar durante un período de tiempo menor a 6 meses son fumadores en fase de acción.
- Aquellos que se mantienen abstinentes durante un período de tiempo mayor a 6 meses pero menor a 1 año será un fumador en fase de mantenimiento⁴.

Identificar adecuadamente la fase de abandono del fumador mejorará nuestra intervención en el proceso de deshabituación tabáquica.

Algoritmo 1. Identificación de la fase de abandono



HISTORIA CLÍNICA GENERAL

En todos los niveles asistenciales se deberá realizar una historia clínica general incluyendo la anamnesis y antecedentes personales recogiendo¹⁻³:

1. Enfermedades previas:
 - Presencia de enfermedades psiquiátricas y grado de control de las mismas.
 - Presencia de síntomas relacionados con enfermedades debidas a la exposición del tabaco: enfermedades respiratorias y cardiológicas, enfermedades de la esfera ORL, enfermedades digestivas y enfermedades neoplásicas.
 - Valorar enfermedades previas para la indicación de tratamientos farmacológicos en la deshabituación tabáquica. Así en caso de fumadores con EPOC, el tratamiento será diferente dependiendo si el diagnóstico de EPOC es reciente o previo.
2. Tratamientos previos e interacciones con el tratamiento del tabaquismo.
3. Exploración física comenzando con la medición de las constantes vitales, peso y talla, IMC, auscultación cardíaca y pulmonar, coloración de uñas, dientes, etc.

HISTORIAL DE TABAQUISMO

En todos los niveles asistenciales se deberá realizar una historia de tabaquismo basada en^{1,2,3}:

1. Antecedentes de tabaquismo: antecedentes familiares de tabaquismo, edad de inicio, causa de inicio, tiempo que transcurre hasta convertirse en un fumador habitual.
2. Grado de tabaquismo: el consumo de tabaco medido en consumo diario (número de cigarrillos/día) y consumo acumulado (número de paquetes-año).

$$\text{Paquetes-año} = \frac{\text{N}^\circ \text{ cigarrillos/día}}{20} \times \text{Años de fumador}$$

El conocimiento del consumo acumulado de tabaco se correlaciona con la posibilidad de dejar de fumar en un intento de abandono.

3. Tipo de tabaco: manufacturado o tabaco de liar, concentración de nicotina.
4. Características del fumador: tiempo que transcurre entre un cigarrillo y el otro, número de caladas por cigarrillo, tener encendidos varios cigarrillos, patrón de consumo.
5. Estudio de intentos previos de abandono:
 - Número de intentos y duración sin fumar en cada intento.
 - Tiempo transcurrido sin fumar en el último intento: sólo consideraremos aquellos intentos de abandono en los que el fumador se mantuvo sin fumar por lo menos durante 24 horas.

- Recoger tratamientos farmacológicos utilizados en intentos previos y valorar su eficacia y su cumplimiento por parte del paciente.
 - Valorar craving y síndrome de abstinencia en intentos previos.
 - Comportamiento del entorno del fumador en intentos previos: ambiente familiar, ambiente laboral y ambiente de amigos.
6. Estudio de recaídas: causa de las recaídas (las más frecuentes suelen ser estar en un ambiente de fumadores, acontecimiento vital o situación estresante, celebración/acontecimiento festivo).
 7. Estudio del ambiente social: identificar el entorno familiar, laboral o de amigos y detectar apoyos o resistencias.

TEST DIAGNÓSTICOS

Análisis de la motivación

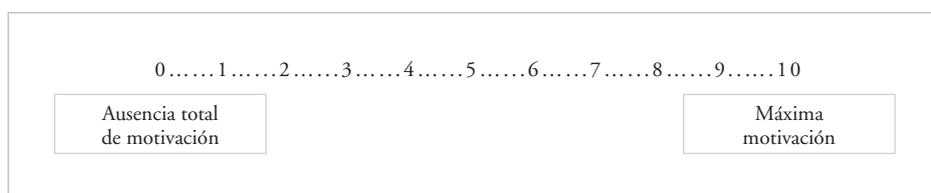
Podremos realizar una aproximación del grado de motivación a través de la escala visual analógica o a través del Test de Richmond^{1-3,5}.

Escala visual analógica

Se mostrará al paciente la figura y se le explicará que se trata de una escala en la que 0 se corresponde con la ausencia total de motivación para dejar de fumar y 10 con el grado máximo de motivación para hacerlo. El paciente señalará con su dedo el punto de la escala que define su grado de motivación⁵. (Anexo 1).

18

Anexo 1. Escala visual analógica de la motivación



Test de Richmond

Valora el grado de motivación para dejar de fumar en una escala del 1 al 10. Es un test de 4 preguntas. Para que un paciente tenga expectativas de éxito en un programa de deshabituación tabáquica debe presentar una puntuación de 9 o 10 puntos. (Anexo 2).

Es importante también analizar cuáles son las razones por las que el paciente quiere dejar de fumar. Los pacientes que no quieren dejar de fumar suelen ignorar la información sobre los efectos nocivos del tabaco, beneficios de dejar de fumar, posibilidades terapéuticas, etc.¹⁻³.

Análisis de la dependencia

Tendremos que analizar el tipo de dependencia del fumador y la intensidad de la misma con el fin de seleccionar el tratamiento farmacológico / psicológico más óptimo para éste.

Anexo 2. Test de Richmond

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 exfumador en los próximos seis meses? 0: No 1: Quizás 2: Sí 3: Definitivamente sí

Motivación alta: 10. Motivación moderada: 7-9. Motivación baja ≤ 6.

Test de análisis de la dependencia física

- Test de Fagerström: actualmente se utiliza el FTND: es 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. No sólo este test mide la dependencia física sino que también tiene un valor terapéutico y pronóstico. A mayor puntuación en el FTND más intensivo es el tratamiento y más riesgo tiene el fumador de desarrollar EPOC y cáncer de pulmón. Es el test recomendado en Consultas de Atención Especializada (tanto Consulta de Tabaquismo en Atención Especializada como en Unidad Especializada de Tabaquismo)^{1-3,6,7}. (Anexo 3).
- HSI: es una versión reducida del FTND. 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 aquellos fumadores que tengan una puntuación de 5 y 6 tendrán una dependencia alta. Tiene una buena correlación con el FTND especialmente en varones y en fumadores con dependencia física alta. Es el test recomendable en consultas de Atención Primaria⁷. (Anexo 4).

Otros test que miden la dependencia física con utilidad para investigación en tabaquismo o tratamientos limitados a Unidades Especializadas en Tabaquismo son:

- Cuestionario HONC: mide el grado de autonomía del fumador por el tabaco⁸.
- NDSS: es una escala multidimensional que considera 5 características de la dependencia a la nicotina (impulso, prioridad, tolerancia, continuidad y estereotipia)⁹.

Test de análisis de la dependencia psicosocial y conductual

Están recomendados sólo en las Unidades Especializadas de Tabaquismo¹⁰ y son:

- A. Test de Glover Nilsson. (Anexo 5).
- B. Test de la Unidad del Instituto de Salud Pública de Madrid. (Anexo 6).

Anexo 3. Test de Fagerström

1. ¿Cuánto tiempo pasa desde que despierta hasta que fuma su primer cigarrillo?	
<5 minutos	3 PUNTOS
6-30 minutos	2 PUNTOS
31-60 minutos	1 PUNTO
>1 hora	0 PUNTO
2. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	
1-10	0 PUNTO
11-20	1 PUNTO
21-30	2 PUNTOS
>30	3 PUNTOS
3. ¿Tiene dificultad para no fumar en lugares donde está prohibido?	
Si	1 PUNTO
No	0 PUNTO
4. ¿De todos los cigarrillos que consume al día, cuál es el que más necesita?	
El primero de la mañana	1 PUNTO
Cualquier otro	0 PUNTO
5. ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	
Sí	1 PUNTO
No	0 PUNTO
6. ¿Fuma cuando está enfermo y tiene que guardar cama la mayor parte del día?	
Si	1 PUNTO
No	0 PUNTO

PUNTUACIÓN DE TEST FAGERSTRÖM:

0-3 Dependencia física baja.

4-6 Dependencia física moderada.

≥7 Dependencia física alta.

Anexo 4. Heavy Smoking Index (HSI)

1. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

Menos de 11	0 PUNTO
Entre 11 y 20	1 PUNTO
Entre 21 y 30	2 PUNTOS
Más de 30	3 PUNTOS

2. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma el primer cigarrillo?

Menos de 5 minutos	3 PUNTOS
Entre 5 y 30 minutos	2 PUNTOS
Entre 30 minutos y 1 hora	1 PUNTO
≥1 hora	0 PUNTOS

0-2 Baja dependencia. 3-4 Moderada dependencia. 5-6 Alta dependencia.

Análisis de la autoeficacia y del estado de ánimo

Es importante la valoración de la autoeficacia, de la autoestima y del estado de ánimo en aquellos fumadores que ya han realizado múltiples intentos de abandono, con enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco y que han sido advertidos por los profesionales sanitarios en múltiples ocasiones de la conveniencia de dejar de fumar⁵.

Escala visual analógica de la autoeficacia

Mide el grado de autoeficacia del fumador. Es similar a la escala visual analógica de motivación. Permite identificar pacientes con mayores posibilidades de sufrir depresión y que vayan a precisar antidepressivos.

Valoración del estado de ánimo

Podremos realizar dos preguntas: durante el último mes 1) ¿ha tenido algún sentimiento de tristeza, desánimo o se ha sentido deprimido? 2) ¿no ha tenido ganas de hacer cosas que antes le producían satisfacción y bienestar? Si las respuestas a estas preguntas son positivas las posibilidades de que el fumador padezca depresión son elevadas.

Anexo 5. Test de Glover Nilsson

¿Cuánto valora lo siguiente?

0: Nada en absoluto. 1: Algo. 2: Moderadamente. 3: Mucho. 4: Muchísimo.

1.	Mi hábito de fumar es importante para mi	0 1 2 3 4
2.	Juego y manipulo el cigarrillo como parte del hábito de fumar	0 1 2 3 4
3.	¿Suele ponerse algo en la boca para evitar fumar?	0 1 2 3 4
4.	Mi hábito de fumar es importante para mi	0 1 2 3 4
5.	Juego y manipulo el cigarrillo como parte del hábito de fumar	0 1 2 3 4
6.	¿Suele ponerse algo en la boca para evitar fumar?	0 1 2 3 4
7.	¿Se recompensa a sí mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea?	0 1 2 3 4
8.	¿Cuándo no tiene tabaco le resulta difícil concentrarse o realizar una tarea?	0 1 2 3 4
9.	¿Cuándo se halla en un lugar en el que está prohibido fumar, juega su cigarrillo o paquete de tabaco?	0 1 2 3 4
10.	¿Algunos lugares o circunstancias le incitan a fumar: su sillón favorito, sofá, habitación, coche o la bebida (alcohol, café, etc.)?	0 1 2 3 4
11.	¿Se encuentra a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina, sin desearlo?	0 1 2 3 4
12.	¿A menudo se coloca cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca y la chupa para relajarse del estrés, tensión, frustración?	0 1 2 3 4
13.	¿Parte del placer de fumar viene del ritual que supone encender el cigarrillo?	0 1 2 3 4
14.	¿Cuándo está sólo en un restaurante, parada del autobús se encuentra más seguro o confiado con un cigarrillo en las manos?	0 1 2 3 4

Las preguntas 1, 4 y 5 miden dependencia psicológica.

Las preguntas 2 a 3 y 6 a 10 miden dependencia gestual.

La pregunta 11 mide dependencia social.

Dependencia leve (0-11) Dependencia moderada (12-22) Dependencia fuerte (23-33) Dependencia muy fuerte (34-44).

Anexo 6. Test UISPM

<p>A. ESTIMULACIÓN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fumo para mantenerme despierto. 2. Cuando fumo me encuentro alerta. 3. Me gusta fumar cuando trabajo. 4. Cuántas más cosas hago más fumo.
<p>B. SEDACIÓN</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Si estoy preocupado por algo, fumo mucho. 6. Enciendo un cigarrillo cuando estoy enfadado.
<p>C. AUTOMATISMO</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Fumo, sin recordar haberlo encendido. 8. Me encuentro fumando varios cigarrillos al mismo tiempo. 9. Me encuentro a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina sin desearlo realmente. 10. A menudo me pongo cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca y los chupo para relajarme del estrés, tensión, frustración.
<p>D. DEPENDENCIA SOCIAL</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Cuando fumo me relaciono mejor con la gente. 12. Fumo mucho más cuando estoy con otra gente. 13. Cuando fumo hablo más con la gente. 14. Algunos lugares o circunstancias me incitan a fumar. 15. Cuando estoy sólo en un restaurante o parada de autobús me siento más seguro o confiado con el cigarrillo en las manos.
<p>E. DEPENDENCIA PSÍQUICA</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. Mi hábito de fumar es muy importante para mí. 17. Me recompenso a mí mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea. 18. Cuando no tengo tabaco, me resulta muy difícil concentrarme y realizar una tarea.
<p>F. DEPENDENCIA GESTUAL</p> <ol style="list-style-type: none"> 19. Juego y manipulo el cigarrillo como parte del ritual del hábito de fumar. 20. Me pongo algo en la boca para evitar fumar. 21. Cuando me hallo en un lugar en el que está prohibido fumar, juego con un cigarrillo o con un paquete de tabaco. 22. Parte de mi placer de fumar procede del ritual que supone encender un cigarrillo. 23. No sé mover las manos sin cigarrillo.

23

Cada ítem se puntúa de 0 a 4 siendo 0 la mínima puntuación y 4 la máxima:

A. ESTIMULACIÓN /16 (1-4 Mínima. 5-10 Media. 11-15 Alta. 16 Máxima).

B. SEDACIÓN /8 (1-2 Mínima. 3-5 Media. 6-7 Alta. 8 Máxima).

C. AUTOMATISMO /16 (1-4 Mínima. 5-10 Media. 11-15 Alta. 16 Máxima).

D. DEPENDENCIA SOCIAL /20 (1-6 Mínima. 7-13 Media. 14-19 Alta. 20 Máxima).

E. DEPENDENCIA PSÍQUICA /12 (1-3 Mínima. 4-6 Media. 7-11 Alta. 12 Máxima).

F. DEPENDENCIA GESTUAL /20 (1-6 Mínima. 7-13 Media. 14-19 Alta. 20 Máxima).

Valoración del síndrome de abstinencia

El síndrome de abstinencia es el conjunto de síntomas y signos del fumador derivado de la reducción o del abandono del consumo de tabaco. Conviene analizar la intensidad del síndrome de abstinencia durante todo el proceso de deshabitua- ción¹¹. Para analizar dicho síndrome utilizaremos:

Cuestionario MNWS

Es un cuestionario de 9 ítems que el fumador debe de contestar de acuerdo a lo que ha sentido en las últimas 24 horas. Cada uno de los ítems es valorado desde 0 a 4 puntos. (Tabla I).

Análisis del craving

El *craving* es el deseo incontrolable de volver a consumir cigarrillos tras 8-12 horas sin hacerlo. Debemos analizar la intensidad, duración, ciclo de aparición y relación con factores externos.

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.

Test de recompensa: RFQ

Si se consume tabaco para evitar el padecimiento del síndrome de abstinencia hablaremos de un fumador con recompensa negativa. Si se consume tabaco para disfrutar de la sensación placentera que le produce éste será un fumador con recompensa positiva¹².

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Generales

Pueden ayudar a identificar enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco y pueden tener un efecto motivador en la cesación tabáquica:

- a. **Espirometría:** permite detectar aquellos fumadores que desarrollan EPOC e informarles del daño que el tabaco le está provocando. Es útil la realización de una espirometría al inicio del proceso de deshabituación y a los 12 meses después del abandono del tabaco para que se puedan objetivar los beneficios de dejar de fumar.
- b. **Difusión:** permite la detección precoz del enfisema pulmonar.
- c. **Edad pulmonar:** en enfermedades como la EPOC la edad pulmonar es más elevada que la edad cronológica. Mostrar estos resultados a los pacientes y explicarles su alcance ayuda a incrementar la motivación para dejar de fumar. Un test sencillo y rápido para determinar la edad pulmonar del fumador en consulta es la realización del COPD-6.
- d. **ECG:** se recomienda realizar ECG en la visita basal y a los 6-12 meses de la deshabituación tabáquica.

Específicas

Cooximetría

Es la determinación del CO en aire espirado. La medición se realiza con un cooxímetro. El CO es uno de los productos que se liberan de la combustión del tabaco. Se combina con Hb formando la HbCO. La consecuencia del aumento de la HbCO es la hipoxia tisular¹³. (Tabla II).

Tabla II. Falsos positivos y negativos de CO

Falsos Positivos de CO	Falsos Negativos de CO
Calibración defectuosa del CO	Fumadores irregulares
Exposición a otras fuentes de CO	Fumadores leves
Porfiria	Fumadores que llevan varias horas sin fumar
Intolerancia a la lactosa	

Técnica: el sujeto debe realizar una inspiración profunda y mantener una apnea de 15 segundos. Después debe proceder a una espiración lenta, prolongada y completa. Hay que esperar unos segundos hasta que el indicador del cooxímetro se estabilice y marque el número exacto de ppm de CO que el sujeto tiene en el aire que espira.

Interpretación:

Concentración de CO (ppm)	Tipo de fumadores
≥ 10 ppm	Habitual
5-10 ppm	Ocasional
< 5 ppm	No fumador

La vida media del CO está entre 2 y 5 horas. Los niveles de CO en aire espirado suelen normalizarse a las 24-48 horas del último cigarrillo.

Utilidad del CO:

- Diagnóstico del grado de tabaquismo.
- Validar la afirmación verbal de abstinencia.
- Identificar la exposición al tabaco o a otras fuentes de CO.
- Riesgo de desarrollar patologías asociadas con el tabaco a mayor concentración de CO.
- Factor motivador o de refuerzo positivo: el fumador que observa un descenso rápido de los niveles de CO en la primera visita lo motiva para mantener abstinencia.

Determinación de cotinina

La cotinina es un metabolito de la nicotina con una vida media más larga que la nicotina. Puede hacerse su determinación en saliva, sangre y orina alcanzando niveles más estables en sangre. La sensibilidad y especificidad para discriminar entre fumadores y no fumadores es alta. El punto de corte para discriminar fumadores y no fumadores en plasma y saliva es de 10 ng/ml y en orina de 200 ng/ml¹³.

La determinación de cotinina en plasma es una medida objetiva de la dependencia física. Se considera una dependencia alta cuando las concentraciones de cotinina son mayores a 250 ng/ml. Debido a su menor disponibilidad y su coste económico, su utilización quedaría limitada a las Unidades Especializadas de Tabaquismo. (Tabla III y IV).

Utilidad de la determinación de cotinina:

- Diagnóstico más objetivo del grado de tabaquismo .
- Confirmar la abstinencia.
- Conocer el grado de dependencia física que se correlaciona con los niveles de cotinina.
- Detección de la exposición ambiental al humo del tabaco.
- Conocer de forma objetiva la concentración exacta de nicotina que debemos administrar en forma de tratamiento sustitutivo de nicotina.

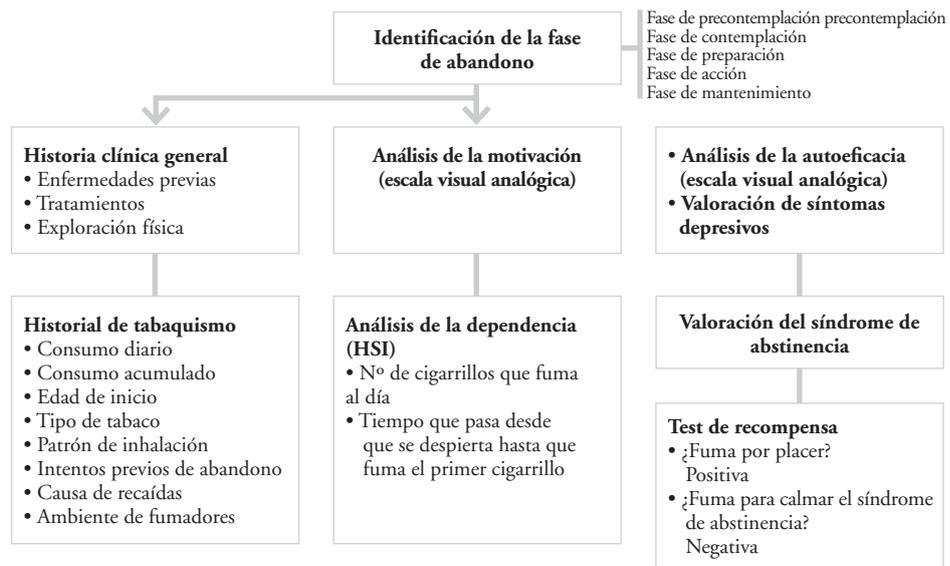
Tabla III. Grado de tabaquismo

	Paquetes-Año	CO (ppm)	Cotínina (ng/ml)
Leve	<5	<15	<100
Moderado	5-15	15-20	100-150
Alto	16-25	21-30	151-250
Muy Alto	>25	>30	>250

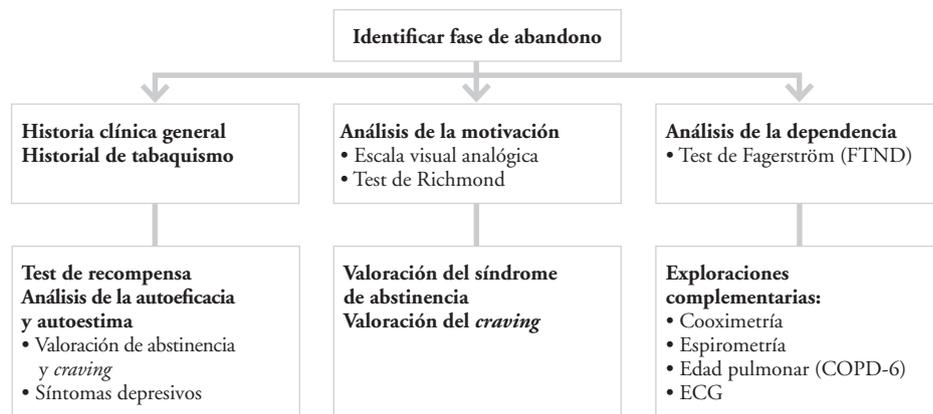
Tabla IV. Datos diagnósticos necesarios para cada nivel asistencial

	Atención Primaria	Consulta de Tabaquismo	Unidad Especializada de Tabaquismo
Identificación de la fase de abandono	Obligatorio	Obligatorio	Obligatorio
Historia clínica general	Obligatorio	Obligatorio	Obligatorio
Consumo diario y consumo acumulado de tabaco	Obligatorio	Obligatorio	Obligatorio
Intentos previos de abandono y causas de recaída	Obligatorio	Obligatorio	Obligatorio
Ambiente de fumadores	Recomendable	Obligatorio	Obligatorio
(Escala visual analógica de motivación)	Obligatorio	Obligatorio	Obligatorio
Test de Richmond	Opcional	Recomendable	Recomendable
HSI	Obligatorio	No necesario	No necesario
Test de Fagerström	Recomendable	Obligatorio	Obligatorio
HONC	No necesario	Opcional	Recomendable
NDSS	No necesario	Opcional	Recomendable
Test de Michael Fiore	No necesario	Opcional	Recomendable
Test de UISPM	No necesario	Opcional	Recomendable
Test de recompensa	Recomendable	Obligatorio	Obligatorio
Valoración del síndrome de abstinencia	Recomendable	Obligatorio	Obligatorio
Análisis del <i>craving</i>	Recomendable	Obligatorio	Obligatorio
Espirometría	Opcional	Recomendable	Recomendable
Edad pulmonar	Opcional	Recomendable	Recomendable
Cooximetría	Recomendable	Obligatorio	Obligatorio
Determinación de cotinina	No necesario	Opcional	Obligatorio

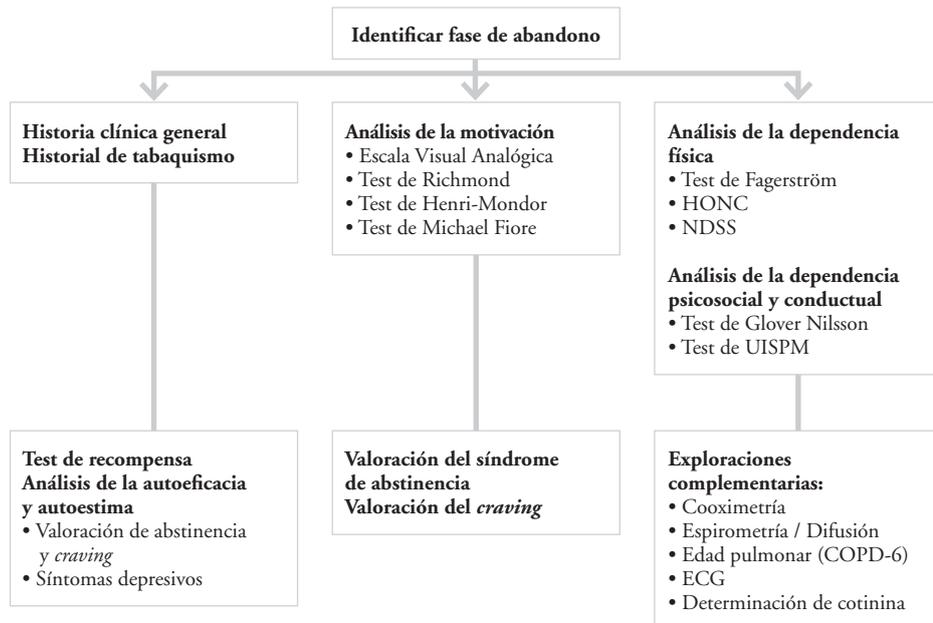
Algoritmo 2. Diagnóstico del fumador en Atención Primaria



Algoritmo 3. Diagnóstico del tabaquismo en Consulta de Tabaquismo en Atención Especializada



Algoritmo 4. Diagnóstico en una Unidad Especializada en Tabaquismo



BIBLIOGRAFÍA

1. Ramos Pinedo A, Prieto Gómez E. Estudio clínico del fumador En: Tratado de tabaquismo Jiménez Ruiz CA, Fagerström KO. Madrid 3ª Edición. 2011; 295–308.
2. Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Torrecilla García M, Domínguez Grandal F, Díaz Maroto Muñoz JL, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso . *Arch Bronconeumol* .2003; 39:35–41.
3. Ramos Pinedo A, De Higes Martínez E, García-Salmones Martín M. Diagnóstico clínico del tabaquismo En: Manual de Tabaquismo Solano Reina S, Jiménez Ruiz CA, Riesco Miranda Juan A. *Ed. Respira*. 2012; 61–70.
4. Prochaska JO, Goldstein MG. Process of smoking cessation: Implications for clinicians. *Clin Chest Med*. 1991; 12:727–35.
5. Jiménez Ruiz CA, Riesco Miranda Juan A, Altet Gómez N, Lorza Blasco JJ, et al. Tratamiento del tabaquismo en fumadores con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Normativa SEPAR. *Arch Bronconeumol*. 2013; 49(8):354–63.
6. Fagerström KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *J Behav Med*. 1989; 12:159–82.
7. 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.
8. Di Franza JR, Wellman RJ. A sensation homeostasis model of nicotine craving, withdrawal and tolerance: integrating the clinical and basic science literature. *Nicotine and Tobacco Research*. 2005; 7:9–26.
9. Shiffman S, Waters AJ. The Nicotine Dependence Syndrome Scale: A multi-dimensional measure of nicotine dependence. *Nicotine and Tobacco Research*. 2004; 6:327–48.
10. Nerín I, Crucelaegui A, Novella P et al Evaluación de la dependencia psico-social mediante el test de Glover Nilsson en el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol*. 2005; 41:493–8.
11. Pomperleu OF, Fagerström KO, Marks JL, et al .Development and validation of a self rating scale for positive and negative reinforcement smoking: The Michigan Nicotine Reinforcement Questionnaire. *Nic Tob Res*. 2003; 5:711–8.
12. Shiffman S. Measuring craving and withdrawal. European Conference of SRNT. Madrid October 2007
13. Pérez Trullén A, Bartomeu C, Barrueco M, Herrero I, Jiménez Ruiz CA. Nuevas perspectivas en el diagnóstico y evolución en el consumo de tabaco: marcadores de exposición. *Prev Tab*. 2006; 8:164–73.

MANEJO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA (MANUAL SEPAR DE PROCEDIMIENTOS)

CAPÍTULO "TRATAMIENTO INTEGRAL DEL TABAQUISMO"



TRATAMIENTO INTEGRAL DEL TABAQUISMO

Dra. Eva Belén de Higes Martínez
Dra. Angela Ramos Pinedo
Dr. Alberto Javier Nistal Rodríguez
Servicio de Neumología
Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

32

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es un problema de salud pública de primer orden debido a su alta prevalencia, mortalidad y consumo de recursos. Además, desde hace décadas disponemos de tratamientos eficaces para el abandono del tabaco. Las intervenciones en tabaquismo han demostrado ser más eficientes y coste efectivas que muchas otras intervenciones preventivas¹.

Aunque un alto porcentaje de fumadores hacen intentos para dejar de fumar, se ha comprobado que sin apoyo profesional sólo el 3-5% de ellos lo consiguen².

Todos los profesionales sanitarios debemos estar implicados en las intervenciones en tabaquismo, adaptando las mismas a los distintos niveles de actuación y a las características de cada fumador.

En este sentido el papel de Atención Primaria, tanto médicos como enfermeras, es fundamental en la documentación del tabaquismo como patología, la motiva-

ción para el abandono del mismo y el soporte del paciente durante el proceso de deshabituación.

Además debe existir un sistema de derivación del paciente con mayor complejidad que requiera asistencia en consultas especializadas.

INTERVENCION MÍNIMA

En función de la fase de abandono en la que se encuentre un fumador, según el conocido esquema del modelo de Prochaska y DiClemente, la intervención que realizaremos será distinta. En cualquier caso, las principales guías clínicas recomiendan que en todos los fumadores se realice al menos una intervención mínima³ por su alto impacto poblacional con mínimos costes.

Esta intervención mínima debe realizarse de forma reiterada por cualquier profesional de la salud que tenga contacto con el fumador, y seguiría el conocido esquema de las 5 "A":

- **Averiguar:** identificar a los fumadores y documentar su historia de tabaquismo.
- **Aconsejar:** se recomienda un consejo breve, firme, personalizado y oportuno en cuanto al motivo de la consulta del fumador.
- **Apreciar:** la disposición para dejar de fumar. Algunas guías proponen adelantar este paso al consejo para adaptar el mismo en función de la motivación del fumador. La actitud a seguir en los siguientes pasos dependerá de éste.
- **Ayudar:** preparar un plan de tratamiento individualizado con información sobre el proceso de abandono y ofrecer tratamiento conductual y/o farmacológico adaptado a cada fumador.
- **Acordar:** planificar el seguimiento.

33

INTERVENCIÓN EN FUMADOR QUE NO QUIERE DEJAR DE FUMAR

Se calcula que hasta el 70% de los fumadores desean dejar de fumar, un 60% de ellos estaría dispuesto a hacerlo en los siguientes 6 meses y hasta un 27% lo harían en el próximo mes⁴. Sin embargo, existen pacientes no motivados para el abandono del tabaco, en los que también debemos intervenir con distintas herramientas.

Entrevista motivacional

Es una entrevista que trata de desarrollar las propias habilidades del paciente para replantearse su conducta como fumador. Se basa en cuatro pilares fundamentales: empatía, desarrollo de discrepancia en el fumador, vencer su resistencia hacia el abandono y apoyar su autoeficacia, siempre evitando la discusión con el paciente.

Esta herramienta ha demostrado aumentar las tasas de abandono en pacientes no motivados en un 30%⁵. Los contenidos de la entrevista motivacional se definen por las llamadas 5 "R".

- **Relevancia:** animar al fumador a poner de manifiesto que el abandono del tabaco es importante para él y su salud.

- **Riesgo:** hacer que el fumador entienda por si mismo que el tabaco tiene riesgos para su salud.
- **Recompensa:** hacer que el fumador identifique los beneficios que obtendría con el abandono del tabaco.
- **Resistencia:** hacer que el fumador identifique las barreras que le dificultan el abandono del tabaco.
- **Repetición:** la eficacia de la intervención aumenta si se repite cada vez que el fumador acude al profesional sanitario.

Reducción del consumo

Existe un número importante de pacientes que bien no desean dejar de fumar o bien no tienen un nivel de autoeficacia suficiente como para plantearse un intento de abandono brusco, pero que estarían dispuestos a intentar reducir el consumo del tabaco. Esta estrategia conllevaría una reducción del daño asociado al consumo de tabaco.

Además, en algunos ensayos clínicos se ha puesto de manifiesto que añadir tratamiento farmacológico para el control de la abstinencia en estos pacientes puede aumentar la tasa de intentos de abandono definitivo y de abstinencia, ya que el paciente mejora su autoeficacia.

La mayor parte de los ensayos de tratamiento farmacológico en pacientes que no quieren dejar de fumar se han realizado con TSN⁶, aunque también existen algunos ensayos con vareniclina⁷ que evidencian una tendencia, aunque no significativa, hacia el mayor éxito de abandono.

34

INTERVENCIÓN EN FUMADOR QUE QUIERE DEJAR DE FUMAR

A todos los fumadores que deseen hacer un intento serio de abandono de tabaco, se les debe ofrecer una intervención multicomponente con asesoramiento psicológico y tratamiento farmacológico, ya que la combinación de ambas estrategias incrementa significativamente la posibilidad de éxito del intento.

Asesoramiento psicológico

Las intervenciones psicológicas pueden tener distintos formatos en función de la disponibilidad de recursos y el nivel asistencial en el que nos encontremos, sin diferencias en la eficacia entre las terapias individuales y grupales. Además, se han demostrado eficaces intervenciones telefónicas y en internet^{8,9}.

La eficacia de estas estrategias es proporcional a la intensidad de las mismas, diferenciando básicamente terapias de baja intensidad (no más de 4 sesiones de menos de 10 minutos) y alta intensidad (al menos 4 sesiones de más de 10 minutos).

En primer lugar debemos analizar la conducta del fumador mediante su patrón de consumo y los factores personales, sociales y familiares que hacen que el la persona fume, así como los obstáculos que el paciente puede encontrar durante el proceso de abandono. En este sentido es útil que el fumador realice sus autoregistros de consumo.

La base de los tratamientos psicológicos son las técnicas de afrontamiento con terapias conductuales y cognitivo-conductuales.

Las terapias conductuales ayudan al fumador a reconocer y evitar temporalmente los estímulos externos asociados al consumo de tabaco, exponiéndose a los mismos de forma progresiva una vez superado el control del *craving*, y reforzando las conductas que ayudan a mantener la abstinencia.

Las terapias cognitivo-conductuales proporcionan al fumador herramientas para afrontar estímulos fisiológicos o cognitivos relacionados con las ganas de fumar. Algunos modelos de estas estrategias son: reestructuración cognitiva, detención del pensamiento, técnicas de distracción, entrenamiento en autocontrol, técnicas de imaginación, etc.

Otro aspecto fundamental dentro de las intervenciones psicológicas, es afrontar la prevención de las recaídas en los fumadores que han abandonado el consumo recientemente.

Tratamiento farmacológico

A todo fumador que desee hacer un intento de dejar de fumar se le debe ofrecer tratamiento farmacológico, salvo que exista contraindicación para el mismo³. Con ello se consiguen paliar los síntomas del síndrome de abstinencia, que es el principal motivo de recaída en los primeros meses tras abandonar el consumo de tabaco.

Actualmente, en nuestro país, disponemos de tres fármacos de primera línea aprobados para el tratamiento de la cesación tabáquica: terapia sustitutiva con nicotina (TSN), bupropión y vareniclina. Otros fármacos como amitriptilina y clonidina, si bien han demostrado eficacia frente a placebo, se consideran tratamientos de segunda línea por sus importantes efectos secundarios, que limitan su uso.

La forma más común de abandono del tabaco es el cese brusco del consumo a partir del denominado Día "D" elegido por el propio paciente. No obstante, como ya mencionamos en un apartado previo, no todos los pacientes desean o se sienten capaces de este abandono súbito. Por ello algunos algoritmos¹⁰ ya plantean que el paciente debe elegir entre realizar un cese brusco o un descenso gradual del consumo, en ambos casos con soporte farmacológico con cualquiera de los tratamientos disponibles.

Terapia sustitutiva con nicotina (TSN)

Primer tratamiento aprobado para la cesación tabáquica y con el que disponemos de mayor experiencia. 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. Es una terapia habitualmente bien tolerada y segura, que aumenta las tasas de abandono entre 1,5-3 veces respecto al placebo.

En nuestro país, disponemos de tratamiento de acción rápida con distintas dosis (chicles, comprimidos y spray bucal) o de acción sostenida (parches de 16 o 24 horas). La TSN puede utilizarse como forma única o de forma combinada, siendo las tasas de abstinencia mayores cuando se utiliza el tratamiento combinado con parches, que mantienen niveles de nicotina estables para el control de la abstinencia, más una forma de liberación rápida para el control del *craving* en momentos puntuales.

Para conseguir la máxima eficacia y evitar efectos secundarios en el tratamiento con TSN, es fundamental contemplar dos aspectos: explicar al fumador el uso correcto de las distintas formas de TSN y evitar la infradosificación, tanto por el

personal sanitario al calcular las dosis de sustitución de nicotina necesaria como en la autoadministración por parte del fumador.

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). (Tabla I).

Tabla I. Posología con TSN

Dependencia	Parches 24 horas	Parches 16 horas
< de 5 paq/año 1 ^{er} cig > 30 min < 15 ppm CO	21 mg/6 semanas	15 mg/6 semanas
	14 mg/2 semanas	10 mg/2 semanas
	7 mg/1 semana	5 mg/1 semana
> de 5 paq/año 1 ^{er} cig < 30 min > 15 ppm CO	21 mg/6-8 semanas	25 mg/6-8 semanas
	14 mg/2 semanas	10 mg/2 semanas
	7 mg/1 semana	5 mg/2 semanas

36

Dependencia	Chicles	Comprimidos	Spray bucal
< de 20 cig/año 1 ^{er} cig > 30 min	2 mg/1-2 horas 8-10 semanas	1 mg/1-2 horas 8-10 semanas	1-2 puff/cigarrillo semana 1-6
> de 20 cig/año 1 ^{er} cig < 30 min	4 mg/1-2 horas 12 semanas hasta 6-12 meses	2 mg/1-2 horas 12 semanas hasta 6-12 meses	reducir hasta 50% semana 7-9
			reducir hasta 4 puff semana 12

Aunque el inicio del tratamiento se realiza habitualmente en el momento del cese del consumo de tabaco, existe evidencia moderada de que la utilización de TSN precesación entre 1-4 semanas puede ser una herramienta útil y segura en pacientes con alta dependencia¹¹.

Otras indicaciones de TSN son la reducción del consumo sin intención de abandono del mismo y el control de la abstinencia en fumadores que, no queriendo dejar de fumar, se ven obligados al cese temporal del consumo por distintas circunstancias.

Bupropión

Primer fármaco no nicotínico aprobado para el abandono del tabaco. Inicialmente aprobado como psicofármaco, es un antidepresivo atípico que actúa como inhibidor de la recaptación de dopamina y noradrenalina, con un papel antagonista no competitivo del receptor de nicotina, mejorando los síntomas del síndrome de abstinencia.

Su presentación es en comprimidos de 150 mg de liberación prolongada, con una dosis de 300 mg al día salvo la primera semana de 150 mg/día. El tiempo recomendado de tratamiento es de 7-9 semanas, aunque son frecuentes pautas de 12 semanas en fumadores severos y el tratamiento puede prolongarse más tiempo en determinados casos. (Tabla II).

Aunque sigue considerándose un fármaco de primera línea para la deshabitación tabáquica, su uso se ha visto limitado por el riesgo de interacciones con múltiples fármacos por su metabolismo hepático a través del citocromo P450 y por el riesgo de efectos secundarios importantes en ciertos grupos de pacientes.

Duplica las tasas de abstinencia respecto a placebo, aunque su eficacia es menor que la de vareniclina y TSN combinada¹², pero puede mejorar en combinación con TSN.

Una posible ventaja de este tratamiento es la evidencia en algunos estudios de una menor ganancia de peso de forma mantenida frente a otros tratamientos¹³.

Vareniclina

Ha sido el primer fármaco diseñado específicamente para el tratamiento del tabaquismo. Es un agonista parcial de los receptores nicotínicos $\alpha 4\beta 2$. Por su acción agonista produce estimulación de los receptores, con lo que mejora el síndrome de abstinencia y el *craving*. Por otra parte, su papel antagonista produce un bloqueo del receptor, disminuyendo la recompensa asociada al consumo de nicotina.

Tiene un alto perfil de seguridad debido a la ausencia de metabolismo hepático y de efecto sobre las proteínas transportadoras renales, por lo que además no presenta interacciones con otros fármacos. Sólo precisa reducción de dosis en insuficiencia renal severa. Sus efectos secundarios en general son leves y van remitiendo con el tiempo, aunque en ocasiones puede ser preciso reducir la dosis.

En monoterapia es el tratamiento más eficaz para el abandono del tabaco. Prácticamente triplica la eficacia frente a placebo, siendo mayor que con bupropión y TSN en monoterapia, y similar a TSN combinada¹².

Su presentación es en comprimidos de 0,5 y 1 mg, con incremento progresivo de la dosis los primeros días para facilitar la tolerancia. La duración recomendada del tratamiento es de 12 semanas, aunque en fumadores severos puede ser necesario prolongar el tratamiento, existiendo evidencia de aumento de eficacia y seguridad en estudios a 6 y 12 meses^{14,15}. (Tabla II).

El cese del consumo de tabaco con vareniclina, según la pauta habitual, debe realizarse después de la primera semana de tratamiento. Sin embargo existe un estudio reciente que pone de manifiesto el aumento de la tasa de abstinencia utilizando una pauta de pretratamiento de 4 semanas antes del abandono¹⁶.

La dosis habitual es de 2 mg/día por ser la más eficaz según los primeros ensayos clínicos. No obstante, existe un trabajo en el que se evidencia el aumento de eficacia sin aumento de efectos secundarios, utilizando dosis de 3 mg/día en pacientes que no consiguieron el abandono con la dosis habitual sin tener efectos adversos con dicha dosis¹⁷.

Tabla II. Posología con bupropión y vareniclina

Fármaco	Semana previa día D		Día D hasta semana 12
Bupropión	1 comprimido 150 mg/día en ayunas		2 comprimidos 150 mg/día 8 horas entre tomas
Vareniclina	Días 1-3	Días 4-7	2 comprimidos 1 mg/día 8 horas entre tomas
	1 comprimido 0,5 mg/día por la mañana	2 comprimidos 0,5 mg/día 8 horas entre tomas	

ELECCION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

La elección del tratamiento debe realizarse de forma individualizada, teniendo en cuenta las características del fumador, contraindicaciones, interacciones y perfil de efectos adversos de los fármacos, experiencias previas y preferencias del fumador. (Tabla III).

MÉTODO RHD (REDUCCIÓN HASTA DEJARLO)

Esta estrategia puede utilizarse, tanto en pacientes que no quieren dejar de fumar pero están dispuestos a reducir el consumo, como en aquellos que no desean un cese brusco de consumo. Consiste en la reducción al menos de 50% de los cigarrillos consumidos, mantenida durante al menos 4 meses y validada mediante descenso del CO espirado, con el objetivo final del cese definitivo. (Algoritmo 1).

En esta estrategia se recomienda el uso de fármacos, que pueden ser cualquiera de los utilizados habitualmente en la cesación, aunque los estudios con bupropión no han demostrado mejorar las tasas de abandono respecto a placebo.

Existe evidencia del aumento de eficacia, tanto en la reducción como en el abandono definitivo del tabaco con TSN¹⁸. Puede utilizarse cualquier forma de TSN aunque las más recomendadas son las formas de liberación rápida (chicles, comprimidos o spray bucal). El programa con TSN consta de tres fases.

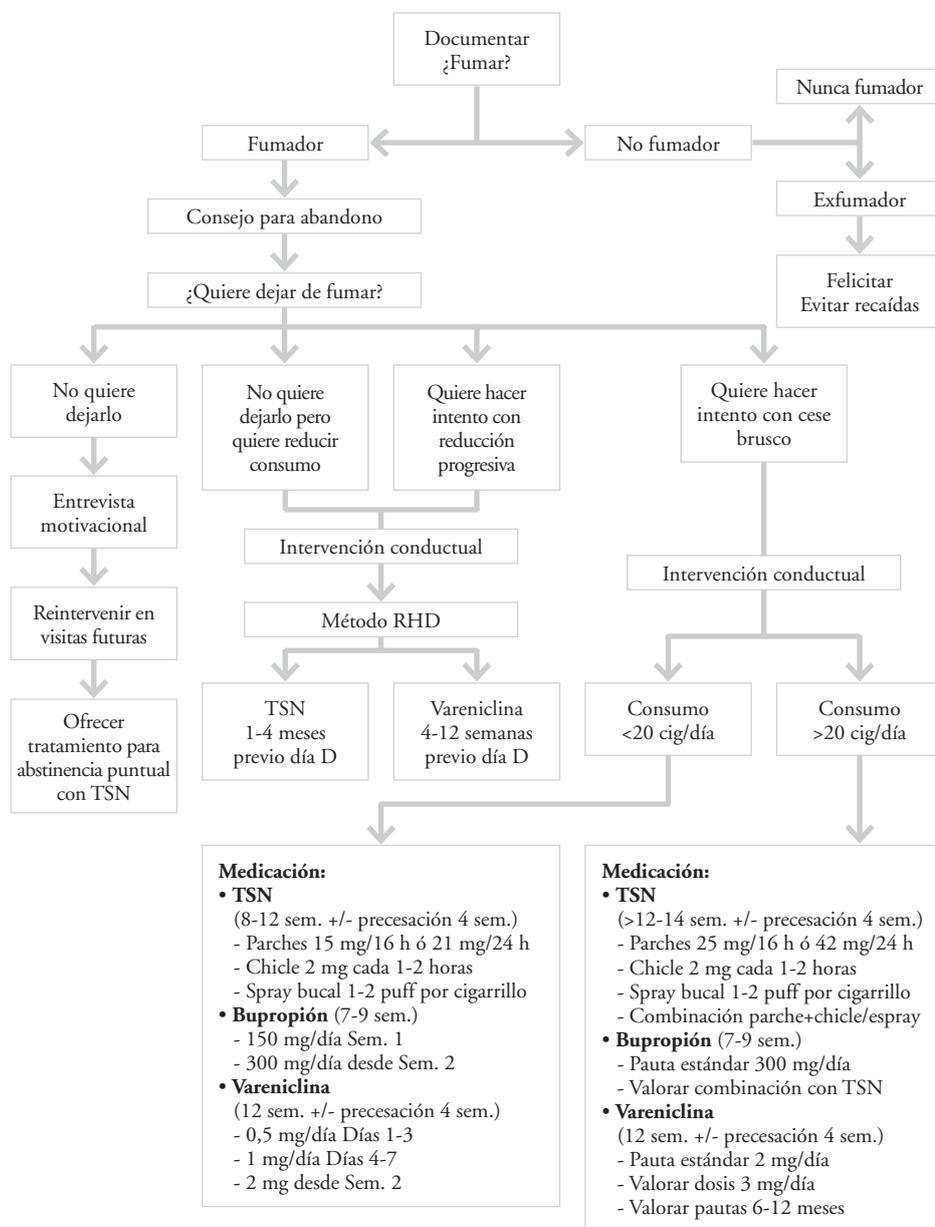
- Reducción progresiva hasta al menos el 50% del consumo inicial, sustituyendo los cigarrillos por TSN. Esta fase tiene una duración de entre 6-8 semanas.
- Mantenimiento de la reducción y planteamiento de abandono completo. Duración de 1-4 meses.
- Mantenimiento de la abstinencia y reducción progresiva de TSN.

Recientemente también se ha realizado un ensayo clínico con vareniclina frente a placebo que demuestra la eficacia y seguridad de este tratamiento dentro de la estrategia RHD¹⁹.

Tabla III. Contraindicaciones, efectos secundarios y precauciones

Fármaco	Contraindicaciones	Efectos secundarios	Precauciones
Vareniclina	Hipersensibilidad.	Nauseas, vómitos. Cefalea. Insomnio, sueños anormales. Estreñimiento, flatulencia.	No se recomienda en niños, embarazo y lactancia. En insuficiencia renal grave reducir a mitad de dosis. Uso con precaución en alteraciones psiquiátricas.
Bupropión	Hipersensibilidad. Trastornos convulsivo. Tumores SNC. Deshabitación brusca de alcohol o BZD. Anorexia nerviosa o bulimia. Cirrosis hepática grave. Trastorno bipolar. Uso de IMAO en los 14 días previos. Niños. Embarazo y lactancia.	Insomnio. Cefalea. Sequedad de boca. Alteración del gusto. Reacciones cutáneas. Raras: convulsiones, efectos cardiovasculares y reacciones cutáneas severas.	Reducir a mitad de dosis en insuficiencia hepática leve-moderada, insuficiencia renal y ancianos. No utilizar en pacientes con umbral convulsivo bajo. Interacciones con fármacos con metabolismo hepático.
TSN			
Generales	Hipersensibilidad. IAM reciente. Angina inestable. Arritmias graves. Niños. Embarazo. Lactancia.	Cefaleas. Insomnio, sueños anormales. Palpitaciones, mareos. Parestesias, mialgias. Mal sabor de boca.	Puede utilizarse en adolescentes 12-17 años bajo supervisión médica. En embarazadas con alta dependencia que no consiguen abandono sin tratamiento puede recomendarse bajo supervisión médica.
Chicles	Infección orofaríngea. Alteraciones de la dentición. Lesión articulación temporo-mandibular.	Dolor mandibular. Irritación y úlceras orofaríngeas. Náuseas, vómitos, pirosis. Hipo, flatulencia.	Utilizar con precaución en: - Hipertensión no controlada. - Feocromocitoma. - Úlcera péptica activa. - Hipertiroidismo. - Daño hepático o renal grave.
Comprimidos	Infección orofaríngea.	Irritación orofaríngea. Náuseas, pirosis. Hipo, tos.	
Spray Bucal	Infección orofaríngea.	Hipo. Irritación orofaríngea. Náuseas, pirosis, flatulencia. Sequedad de boca.	
Parches	Psoriasis grave.	Eritema. Exantema. Eczema. Prurito.	

Algoritmo 1. Algoritmo de tratamiento



SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ABANDONO

A todos los fumadores se les debe realizar un seguimiento durante el proceso de deshabituación tabáquica y posteriormente para la prevención de recaídas. El nivel asistencial en el que se realice este seguimiento, así como la intensidad del mismo, dependerá de las características del fumador.

La atención al fumador debe recaer en personal con formación para el abordaje del tabaquismo, bien sea en Atención Primaria, en la consulta general del neumólogo o en unidades especializadas, debiendo existir criterios consensuados para la derivación de unos niveles a otros.

CONCLUSIONES

El tabaquismo es uno de los principales problemas de salud pública y la intervención en tabaquismo es el patrón oro de las intervenciones preventivas por su alto coste/efectividad. Por ello, todos los profesionales sanitarios estamos obligados a realizar intervenciones en tabaquismo en los fumadores, tanto en los que desean abandonar el consumo para facilitar el proceso, como en los que no quieren dejar de fumar para motivarles a replantearse su conducta de fumador.

Un gran porcentaje de los fumadores desea dejar de fumar. Sin apoyo, las tasas de éxito son bajas. Existen tratamientos, tanto farmacológicos como terapias psicológicas, que aumentan significativamente las tasas de abandono, siendo las terapias combinadas las que han demostrado mayor eficacia.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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.
2. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*. 2004;99:29–38.
3. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. 2008.
4. Encuesta sobre conocimientos, actitudes, creencias y conductas en relación al consumo de tabaco. Madrid: Comité Nacional de Prevención del tabaquismo. 2008.
5. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing. Preparing people for change. *The Guilford Press*. 2002.
6. Moore D, Aveyard P, Connock M, Wang D, Fry-Smith A, Barton P. Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2009; 338:b1024.
7. Hughes JR, Rennard SI, Fingar JR, Talbot SK, Callas PW, Fagerstrom KO. Efficacy of varenicline to prompt quit attempts in smokers not currently trying to quit: a randomized placebo-controlled trial. *Nicotine Tob Res*. 2011; 13:955–64.
8. Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; 3:CD002850.

9. Myung SK, McDonnell DD, Kazinets G, Seo HG, Moskowitz JM. Effects of weband computer-based smoking cessation programs: Meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Intern Med*. 2009; 169:929–37.
10. Hughes J.R. An updated algorithm for choosing among smoking cessation treatments. *Journal of Substance Abuse Treatment* 45. 2013; 215–21.
11. Shiffman S, Ferguson SG. Nicotine patch therapy prior to quitting smoking: a meta-analysis. *Addiction*. 2008 Apr; 103(4):557–63.
12. 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.
13. Jays JT, Hurt RD, Rigotti NA, Niaura R, González D, Durcan MJ, et al. Sustained-released bupropion form pharmacologic relapse prevention after smoking cessation. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2001; 153:423–33.
14. Tonstad S, Tonnesen P, Hajek P, Williams K, Billing C, Reeves K, et al. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: A randomized controlled trial. *JAMA*. 2006; 296:64–71.
15. Reeves K, Watsky E, Williams K, et al. 2006. The safety of varenicline taken for 52 weeks for smoking cessation. Society for Research on Nicotine and Tobacco 12th Annual Conference Orlando, FL, USA.
16. Hajek P, McRobbie HJ, Myers KE, Stapleton J, Dhanji AR. Use of varenicline for 4 weeks before quitting smoking: Decrease in ad lib smoking and increase in smoking cessation rates. *Archives of Internal Medicine*. 2011; 171(8):770–7.
17. 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
18. Jiménez Ruiz CA, Fagerström KO. Un nuevo planteamiento del tratamiento del tabaquismo. *Prev Tab*. 2006; 8(1).
19. Ebbert JO, Hughes JR, West RJ, Rennard SI, Russ C, McRae TD, et al. Placebo-controlled randomized trial of varenicline for smoking cessation through reduction ('reduce-to-quit'). Society for Research on Nicotine and Tobacco Europe 15th Annual Conference, Galicia, Spain.

GUÍA DE BOLSILLO PARA EL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO (SEMFYC)



GUÍA DE BOLSILLO PARA EL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO (semFYC)

Autores

Francisco Camarelles Guillem. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo de Abordaje del Tabaquismo (GAT) de la semFYC. Grupo de educación sanitaria y promoción de la salud del PAPPs (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud).

Vidal Barchilón Cohen. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo de Abordaje del Tabaquismo (GAT) de la semFYC.

Lourdes Clemente Jiménez. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo de Abordaje del Tabaquismo (GAT) de la semFYC.

José Manuel Iglesias Sanmartín. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo de Abordaje del Tabaquismo (GAT) de la semFYC.

Carlos Martín Cantera. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo de Abordaje del Tabaquismo (GAT) de la semFYC.

César Minué Lorenzo. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo de Abordaje del Tabaquismo (GAT) de la semFYC.

Joan Antoni Ribera Osa. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo de Abordaje del Tabaquismo (GAT) de la semFYC.

Emilio Salguero Chávez. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo de Abordaje del Tabaquismo (GAT) de la semFYC.



Índice

	1. Introducción	3
	2. Intervención sobre el consumo de tabaco	3
44	2.1. El proceso de dejar de fumar	3
	2.2. Intervención en el fumador	4
	2.2.1. <i>Intervención en el fumador que no quiere dejar de fumar</i>	4
	2.2.2. <i>Intervención en el fumador que quiere dejar de fumar</i>	7
	3. Bibliografía	15

1. Introducción

El consumo de tabaco presenta una rara confluencia de circunstancias: es una significativa y alta amenaza para la salud, hay una escasa implicación entre el personal sanitario para intervenir consecuentemente y, sin embargo, disponemos de intervenciones efectivas. Realmente es difícil identificar otro condicionante de la salud que presente esta mezcla de letalidad, prevalencia y desatención. Por otra parte, la intervención en tabaco está considerada como el patrón oro de las intervenciones preventivas, muy por encima de otras medidas preventivas realizadas comúnmente¹.

El consumo de tabaco es la primera causa de enfermedad y muerte evitables en nuestro país, y el objetivo de esta guía es mostrar las intervenciones efectivas disponibles para ayudar a dejar de fumar a los pacientes fumadores que atendemos en las consultas².

2. Intervención sobre el consumo de tabaco

Para ayudar a dejar de fumar hay que tener en cuenta las siguientes consideraciones:

Fumar es: <ul style="list-style-type: none"> - Una adicción física y psicológica - Una conducta aprendida - Una dependencia social 	Dejar de fumar supone: <ul style="list-style-type: none"> - Superar la adicción ▶ intervención psicosocial y fármacos - Desaprender una conducta ▶ estrategias conductuales - Modificar la influencia del entorno
--	---

2.1. El proceso de dejar de fumar

Dejar de fumar supone un cambio de conducta que responde a un proceso en el que cada fumador pasa por varias fases a lo largo de un tiempo. Cada fumador se encuentra en una u otra fase en función del menor o mayor grado de motivación para dejar de fumar (figura 1)³. Estas fases son:

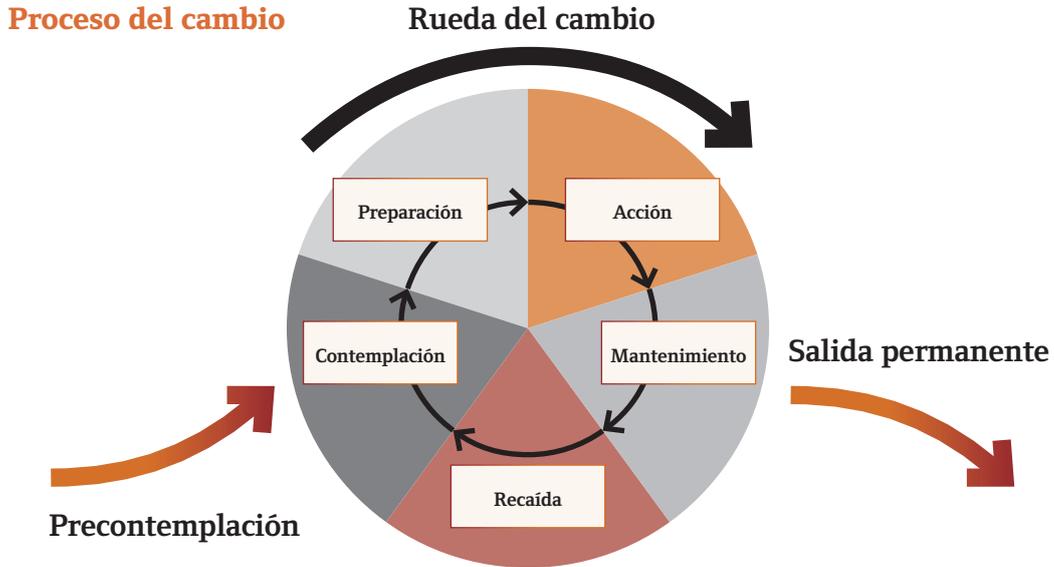
- **Precontemplación:** no se ha planteado seriamente la idea de dejar de fumar, no percibe como un problema su conducta de fumar. Supone el 25-30% de los fumadores.
- **Contemplación:** hay un planteamiento serio de cambio en los próximos 6 meses. En esta fase es característica la ambivalencia o sentimientos contrapuestos respecto al hecho de fumar. Supone el 50-60% de los fumadores.
- **Preparación:** el fumador es capaz de fijar una fecha y pensar un plan para dejar de fumar en el próximo mes. Supone el 10-15% de los fumadores.
- **Acción:** en esta fase se intenta dejar de fumar. No se fuma durante un tiempo menor de 6 meses.
- **Mantenimiento:** la persona se mantiene sin fumar durante más de 6 meses.
- **Exfumador:** persona que ha dejado de fumar hace más de 1 año.
- **Recaída:** es una fase más del proceso, y constituye un paso frecuente. En muchas ocasiones se necesitan tres o cuatro intentos antes de dejar de fumar definitivamente. Cuando aparece, hay que despenalizar la situación y que se vea como una fuente de aprendizaje para el intento definitivo, y revisar los posibles errores que se han cometido. Tras una recaída, hay que intentar generar un nuevo compromiso del paciente para volver a intentar dejar de fumar, habitualmente dejando pasar un tiempo. Es importante valorar los intentos previos de abandono para obtener información que pueda ser de ayuda para volver a preparar al paciente para un nuevo intento.

2.2. Intervención en el fumador

Se estima que un 70% de la población acude al menos una vez al año a su médico de familia, y que las personas que fuman lo hacen con una frecuencia mayor que las que no fuman. Este hecho ofrece una importante oportunidad para promover la intención de dejar de fumar y proporcionar ayuda eficaz a quienes han decidido intentarlo.

En nuestro país, la asistencia al tabaquismo está incluida en la cartera de servicios de Atención Primaria de Salud. El Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS) de la semFYC recomienda preguntar en cada visita por el consumo de tabaco a las personas mayores de 10 años y registrar el consumo en la historia clíni-

FIGURA 1. MODELO TRANSTEÓRICO DE LAS ETAPAS DE CAMBIO.



Fuente: Programa Atención Primaria Sin Humo.
Programas de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC).

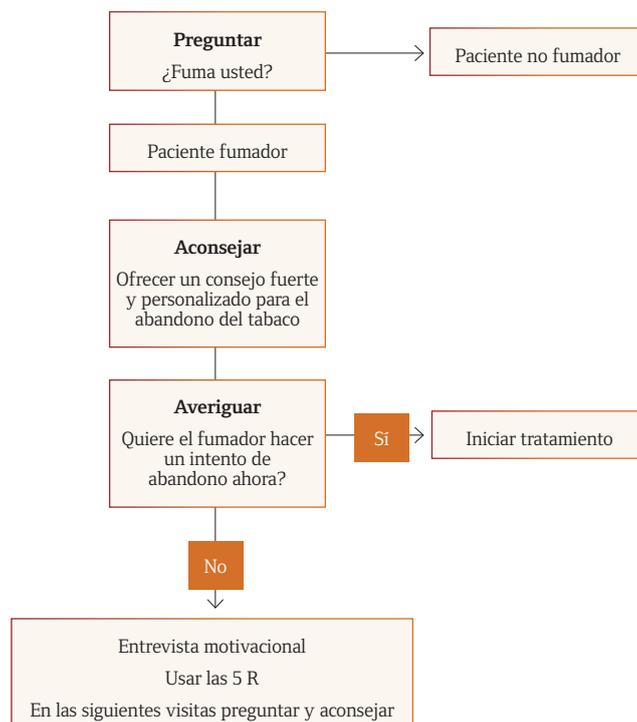
ca. La periodicidad mínima de esta detección debe ser de una vez cada 2 años. No es necesario volver a preguntar a las personas de las que consta en la historia que nunca han fumado y son mayores de 25 años⁴.

Se propone una intervención distinta según la disposición del fumador a dejar de fumar⁵. Esta intervención está basada en la estrategia de intervención de las 5 Aes (Averiguar, Aconsejar, Acordar, Ayudar y Asegurar) para la ejecución de intervenciones conductuales y de consejo sobre los principales factores de riesgo.

2.2.1. Intervención en el fumador que no quiere dejar de fumar

46 En la figura 2 se muestran las intervenciones que hay que realizar con el paciente fumador que no quiere dejar de fumar.

FIGURA 2. INTERVENCIONES EN EL PACIENTE FUMADOR QUE NO QUIERE HACER UN INTENTO DE ABANDONO EN EL MOMENTO DE LA VISITA.



Adaptada de: Fiore MC⁵.

Las claves para intervenir en el paciente fumador que no quiere dejar de fumar son dos:

1. Dar un consejo de salud para motivarle a dejar de fumar. Este consejo debe ser:
 - **Claro:** «Es importante que usted deje de fumar, y podemos ayudarle. En la actualidad disponemos de tratamientos efectivos».
 - **Directo:** «Como médico/enfermera, le aseguro que dejar de fumar es lo más importante que usted puede hacer por su salud actual y futura».
 - **Personalizado:** relacionar el consejo con los problemas de salud presentes, el coste que representa la compra de tabaco, la dependencia como «esclavitud» y el impacto en la salud de otras personas. Incidir en aquellos en los que el fumador muestre mayor interés.
2. Usar técnicas de entrevista motivacional, teniendo en cuenta sus principios⁶ (tabla 1). Podemos aportar información sobre el consumo de tabaco resaltando más los beneficios de dejar de fumar que los riesgos de fumar, y utilizando preguntas abiertas («¿Qué beneficios obtendría si dejase de fumar? ¿Cómo cree que el tabaco afecta su salud?»), destacando aquellos beneficios/riesgos más relevantes para el paciente (tabla 2). Acompañar la intervención de material de autoayuda (folletos informativos, páginas web), y ofrecer siempre nuestra disposición a ayudarle a dejar de fumar.

A la hora de intervenir en los fumadores que no quieren dejar de fumar, puede resultar útil tener en cuenta que la menor o mayor disposición o motivación para dejar de fumar depende de la **IMPORTANCIA** que tenga para la persona dejar de fumar en ese momento y de la **CONFIANZA** que tenga en poder conseguirlo. Para valorar y aumentar la importancia y la confianza, pueden ser útiles las siguientes estrategias:

- **Importancia:** «¿Qué importancia tiene para usted dejar de fumar en estos momentos?. En una escala de 0 a 10, donde 0 supone ninguna importancia y 10 la máxima importancia, ¿qué puntuación se daría?». «¿Por qué se ha puntuado con x y no con 1?», «¿Qué tendría que suceder para que pasara de x a 9?», «¿Cómo podría yo ayudarle a pasar de x a 9?».
- **Confianza:** «Si decidiera dejar de fumar en este momento, ¿qué confianza tendría en conseguirlo? En una escala de 0 a 10, donde 0 supone no tener ninguna confianza y 10 la máxima confianza, ¿qué puntuación se daría?», «¿Por qué se ha puntuado con x y no con 1?», «¿Qué tendría que suceder para que pasara de x a 9?», «¿Cómo podría yo ayudarle a pasar de x a 9?».

TABLA 1. PRINCIPIOS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

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

Fuente: Miller W⁶.

TABLA 2. MOTIVOS PARA DEJAR DE FUMAR. INTENTAR QUE EL FUMADOR ENCUENTRE SUS PROPIOS MOTIVOS

<p>Adolescentes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mal aliento - Manchas dentales - Ahorro de dinero - Falta de independencia (sentimiento de control por los cigarrillos) - Dolor de garganta - Tos - Fatiga, cansancio (puede afectar a la práctica del deporte) - Infecciones respiratorias frecuentes 	<p>Adultos asintomáticos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se dobla el riesgo de enfermedad del corazón - Aumenta 6 veces el riesgo de enfisema - Aumenta 10 veces el riesgo de cáncer de pulmón - Se pierden 5-8 años de vida - Ahorro de dinero - Coste del tiempo de enfermedad - Mal aliento - Escasa conveniencia y aceptabilidad social - Deterioro de la piel
<p>Embarazadas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mayor riesgo de aborto espontáneo y muerte fetal - Mayor riesgo de que el bebé nazca con poco peso 	<p>Adultos sintomáticos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infecciones de vías respiratorias altas - Tos - Dolor de garganta - Disnea - Úlceras - Angina - Claudicación - Osteoporosis - Esofagitis
<p>Padres</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tos e infecciones respiratorias en hijos de fumadores - Rol ejemplar 	
<p>Fumadores recientes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Más facilidad para dejarlo 	
<p>Todos los fumadores</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ahorro de dinero - Sentirse mejor - Mayor capacidad de ejercicio - Vida más larga para disfrutar de la jubilación, de los nietos, etc. 	

Adaptado de: Manley MW, Epps RP, Glynn TJ. The clinician's role in promoting smoking cessation among clinic patients. Med Clin North Am. 1992;76:477-94.

48

La guía americana de la US Public Health Services de 2008 recomienda los contenidos de las áreas que deberían ser abordadas en la entrevista motivacional en personas fumadoras, que pueden estar basados en las 5 R (Relevancia, Riesgos, Recompensas, Reconsiderar obstáculos y Repetición)⁷ (tabla 3).

TABLA 3. LAS 5 R PARA EL FUMADOR QUE NO DESEA DEJAR DE FUMAR

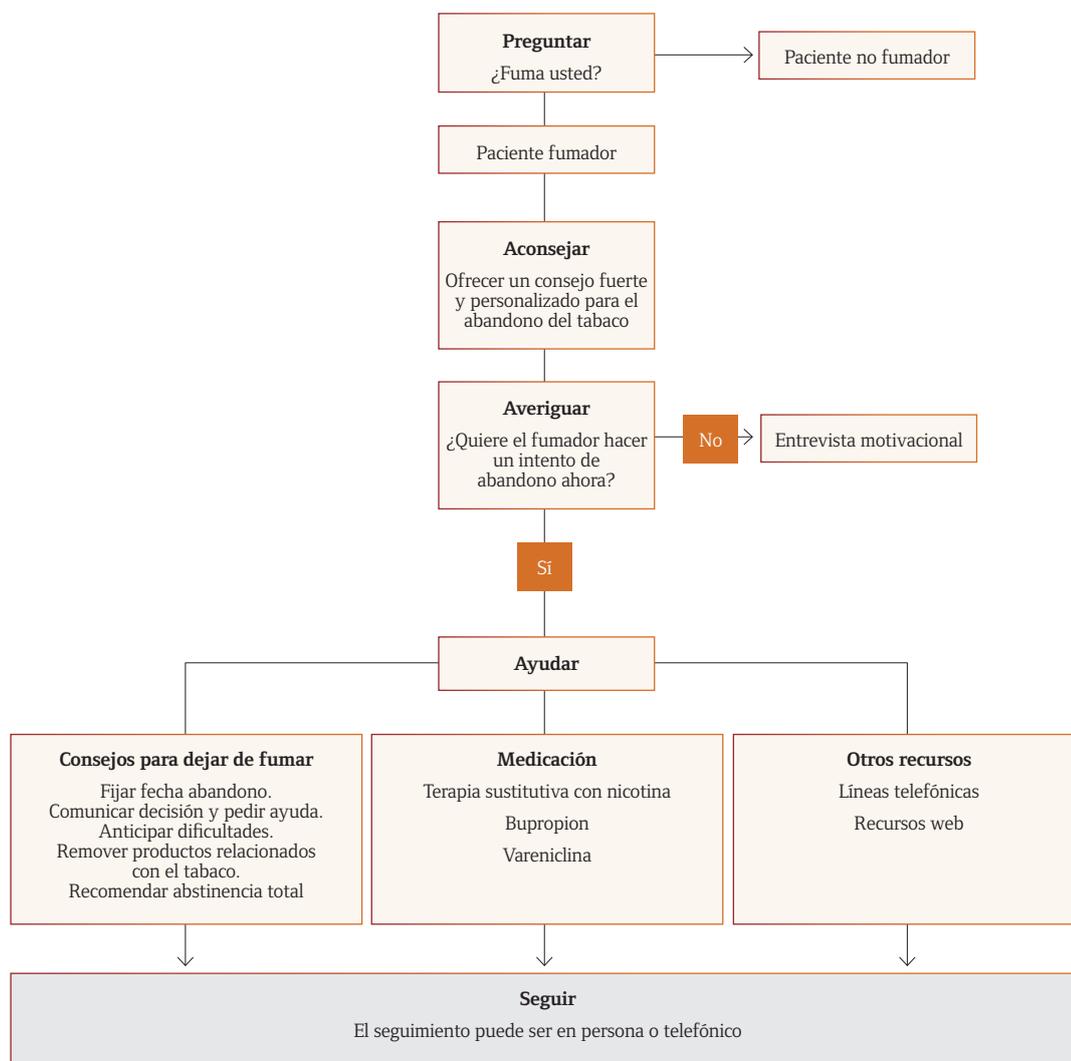
Relevancia	La intervención motivacional tiene un mayor impacto si es relevante para el estado de salud/enfermedad del fumador, de su familia o situación social (por ejemplo, si hay niños en casa), si el tabaco le produce problemas de salud en la actualidad, según la edad, el sexo y otras características del fumador
Riesgos	El clínico debe pedir al fumador que identifique posibles consecuencias negativas del fumar, sugiriendo y clarificando aquellos problemas más relevantes para él, enfatizando que fumar cigarrillos bajos en nicotina o usar el tabaco de otras formas (puros, fumar en pipa, mascar tabaco) no elimina los riesgos. Los riesgos pueden ser a corto plazo (por ejemplo, exacerbación del asma o más problemas respiratorios), a más largo plazo (trombosis, infartos, distintos tipos de cáncer, etc.) y riesgos para el entorno (repercusiones en los hijos)
Recompensas	El clínico debe pedir al fumador que identifique posibles beneficios de dejar de fumar, sugiriendo y enfatizando aquellos que son más relevantes para el fumador: mejora de la salud, ahorro de dinero, recuperación del gusto y del olfato, mejor forma física, más salud para los hijos y otras personas
Reconsiderar impedimentos y dificultades	El clínico debe pedir al fumador que identifique barreras, impedimentos y dificultades para dejar de fumar e intentar dar una solución apropiada. Las típicas barreras incluyen: síntomas del síndrome de abstinencia, miedo a fallar en el intento, ganancia de peso, falta de apoyo, depresión y gusto por fumar
Repetición	La intervención motivacional debe ser repetida cada vez que el fumador que no está motivado para dejar de fumar acuda a la consulta, siempre en un ambiente de empatía y de respeto hacia él. A los fumadores que han fallado en intentos previos de dejar de fumar se les debería informar de que muchos fumadores hacen varios intentos de abandono antes del éxito final

Fuente: Fiore MC⁷.

2.2.2. Intervención en el fumador que quiere dejar de fumar

En la figura 3 se muestran las intervenciones que hay que realizar con el paciente que quiere dejar de fumar.

FIGURA 3. INTERVENCIONES EN EL PACIENTE FUMADOR QUE QUIERE HACER UN INTENTO DE ABANDONO DEL TABACO EN EL MOMENTO DE LA VISITA.



Adaptada de: Fiore MC⁵.

Para ayudar a dejar de fumar a los pacientes dispuestos a hacer un intento serio de abandono, tenemos que elaborar un plan de tratamiento y seguimiento que incluya:

1. **Felicitar por la decisión** («Es la mejor decisión que puede tomar para su salud») y aclarar las expectativas que el paciente tiene respecto a la terapia para dejar de fumar, transmitir que nosotros le vamos a orientar, ayudar y apoyar, pero que es necesario su esfuerzo para conseguir el éxito.
2. **Elegir la fecha de abandono:** dentro del siguiente mes, elegir un momento adecuado (sin estrés, sin compromisos sociales, etc.). Notificarla a familiares, amigos y/o compañeros para aumentar el compromiso y buscar su apoyo y colaboración en todo el proceso.
3. **Hacer una intervención:** psicossocial (tabla 4) y ofrecer y explicar el tratamiento farmacológico a todos los fumadores, excepto si hay contraindicaciones o falta de evidencia clara de su eficacia. El tratamiento farmacológico duplica las posibilidades de dejar de fumar al cabo del año⁸ (tablas 5a, 5b y 5c). En la tabla 6 se especifican técnicas de tratamiento psicológico de gran utilidad para ayudar a dejar de fumar. Es conveniente darle al paciente recomendaciones para paliar el síndrome de abstinencia, que alcanza su máximo durante la primera semana, y luego va disminuyendo hasta desaparecer (tabla 7).

4. **Acordar un plan de seguimiento** en todos los pacientes que realicen un intento de abandono. Programar visitas de seguimiento en la consulta o telefónicamente. Al menos una visita a la semana y otra al mes tras dejar de fumar. En cada visita: felicitar por el éxito y reforzar ventajas (que las verbalice el paciente), abordar problemas residuales (síntomas de abstinencia, aumento de peso, depresión, etc.), valorar la adhesión y problemas con la farmacoterapia, confirmar el no consumo y recomendar la abstinencia total. El objetivo en esta fase es **prevenir la recaída**. Valorar si precisa un seguimiento más intensivo (tabla 8).

TABLA 4. INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL: SUS OBJETIVOS SON QUE EL FUMADOR CONOZCA SU ADICCIÓN, MODIFIQUE SU COMPORTAMIENTO FRENTE A ELLA Y DESARROLLE HABILIDADES PARA MANEJAR LA ABSTINENCIA

<ul style="list-style-type: none"> - Pensar en las dificultades para dejar de fumar, sobre todo las primeras semanas, incluyendo los síntomas de abstinencia - Pensar y escribir las razones para dejar de fumar y también las razones por las que se fuma - Desautomatizar la conducta de fumar: durante unos días registrar todos los cigarrillos que se fuman, las circunstancias en las 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 que apetezca 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 de nadie - Buscar apoyo para dejar de fumar en el entorno familiar, laboral y social - Enseñar técnicas de relajación sencillas y realizar algún ejercicio suave - Consejos para el día D: pensar solo en el día concreto («Hoy no va 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) - Dar un folleto-guía con estos y otros consejos prácticos. Podemos descargarlo de https://bit.ly/consejosparadejardefumar
--

50 TABLA 5 A. TRATAMIENTO CON FÁRMACOS. UTILIZAR, SALVO CONTRAINDICACIONES O EN POBLACIONES DETERMINADAS (EMBARAZADAS, FUMADORES LIGEROS, ADOLESCENTES) EN LAS QUE NO HAY UNA EVIDENCIA FIRME DE SU EFICACIA

Fármaco	Vareniclina ⁹
Presentaciones	- Comprimidos de 0,5 mg y 1 mg
Dosis/duración	- Del 1º al 3º día: 0,5 mg una vez al día - Del 4º al 7º día: 0,5 mg dos veces al día - Del 8º día al final de tratamiento: 1 mg dos veces al día - Duración del tratamiento: 12 semanas En caso de efectos secundarios, dosis de 1 mg/día en única dosis o repartido en dos dosis de 0,5 mg también aporta beneficios
Instrucciones	- Iniciar el tratamiento 1-2 semanas antes de dejar de fumar - Los comprimidos deben tomarse durante las comidas o al final de las mismas - Acompañar de apoyo psicológico y seguimiento
Efectos adversos	- Náuseas - Cefalea - Insomnio y sueños anormales - Estreñimiento y flatulencia - Vómitos - Los efectos adversos 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 1 mg/día (iniciar dosis con 0,5 mg 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 (realizar un seguimiento más frecuente), y en caso de que aparezca ideación o comportamiento suicida, debe suspenderse el tratamiento inmediatamente

TABLA 5B. TRATAMIENTO CON FÁRMACOS. UTILIZAR, SALVO CONTRAINDICACIONES O EN POBLACIONES DETERMINADAS (EMBARAZADAS, FUMADORES LIGEROS, ADOLESCENTES) EN LAS QUE NO HAY UNA EVIDENCIA FIRME DE SU EFICACIA

Fármacos	Parches de nicotina	Chicles de nicotina	Comprimidos para chupar de nicotina	Aerosol bucal de nicotina
Presentaciones	Parches de 24 y de 16 h	Chicles de 2 y 4 mg	Comprimidos de 1, 1,5, 2 y 4 mg	Cada aplicación es de 1 mg
Dosis/duración	<ul style="list-style-type: none"> Un parche al día. Si parches de 24 h: <ul style="list-style-type: none"> 4 semanas, 21 mg 2 semanas, 14 mg 2 semanas, 7 mg Si parches de 16 h: <ul style="list-style-type: none"> 4 semanas, 15 mg 2 semanas, 10 mg 2 semanas, 5 mg <p>Usar más de 8 semanas no aumenta la efectividad^a</p> <p>Los de 16 h producen menos insomnio</p> <p>Para fumadores que se levantan por la noche o tienen turnos cambiantes, mejor de 24 h</p>	<ul style="list-style-type: none"> Dar el de 2 mg inicialmente Dar el de 4 mg si: <ul style="list-style-type: none"> Alta dependencia (≥ 5 en test de Fagerström) Recada previa con el de 2 mg Probar pautas de dosificación fijas (1 chicle cada hora mientras se está despierto)^b. No pasar de 25 chicles/día de 2 mg, ni de 15 chicles/día de 4 mg Disminuir gradualmente después de 3 meses 	<ul style="list-style-type: none"> Probar pautas de dosificación fijas (1 comprimido cada 1-2 horas)^b Dosis habitual: 8-12 comprimidos/día. No pasar de 30 comprimidos/día Disminuir gradualmente después de 3 meses 	<p>*Fase I: 1-6 semanas (1-2 pulverizaciones/ganas de fumar un cigarrillo)</p> <p>*Fase II: 7-9 semanas (reducir el número de pulverizaciones hasta conseguir en la semana 9 el 50% de la fase I)</p> <p>*Fase III: 10-12 semanas (continuar reduciendo pulverizaciones hasta 4 al día en la semana 12 y dejarlo)</p>
Instrucciones	<ul style="list-style-type: none"> Utilizar sobre la 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 al levantarse el día de dejar de fumar y retirar: <ul style="list-style-type: none"> El de 24 h al día siguiente El de 16 h por la noche Cambiar de localización cada día y no repetir en 7 días 	<ul style="list-style-type: none"> Masticar el chicle hasta percibir un sabor «picante», colocarlo entre la encía y la pared bucal para permitir que la nicotina se absorba. Cuando disminuya el sabor, volver a masticar (ir cambiando el sitio de colocación del chicle) 	<ul style="list-style-type: none"> Chupar el comprimido lentamente hasta percibir 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 (ir cambiando el sitio de colocación del comprimido) 	<ol style="list-style-type: none"> Use su pulgar para deslizar hacia abajo el botón hasta que se pueda pulsar ligeramente hacia dentro. No apretar demasiado Apuntar con la boquilla hacia la boca abierta lo más cerca que sea posible 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 de la pulverización en la garganta. Para obtener mejores resultados, no debe tragar en los segundos posteriores a la pulverización
		<p>Utilizar cada chicle o comprimido durante 30 minutos</p> <p>Absorción limitada por la ingesta de café, bebidas ácidas o refrescos, por lo que deben evitarse durante los 15 minutos anteriores</p> <p>La nicotina se absorbe fundamentalmente por mucosa oral</p>		<p>Máximo: 2 pulverizaciones/aplicación</p> <p>Máximo: 4 pulverizaciones/h</p> <p>Máximo: 64 pulverizaciones/día</p> <p>No usar más de 6 meses</p>
Efectos adversos	<ul style="list-style-type: none"> Reacciones dermatológicas locales Insomnio y pesadillas Cefalea 	<ul style="list-style-type: none"> Dolor muscular en la mandíbula Gástricos: náuseas, vómitos, pirosis, hipo Cefalea Locales: hipersalivación, irritación y/o úlceras leves en la boca y/o garganta 		<ul style="list-style-type: none"> Hipo Efectos en el lugar de administración como hormigueo, sensación de quemazón, inflamación, dolor en la boca o en los labios y cambios en la percepción de los sabores Sequedad de boca o garganta o incremento de las cantidades de saliva Sensación de dispepsia (indigestión)

Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Dermatitis generalizada <p>Enfermedad cardiovascular aguda o inestable: infarto agudo de miocardio, angina de pecho inestable, arritmias cardíacas graves, ACV reciente</p>
Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> - En embarazo y lactancia: se debe recomendar siempre el abandono COMPLETO del tabaco sin terapia sustitutiva 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. Puede ser utilizado en adolescentes (de 12 a 17 años) bajo control médico - Utilizar con precaución en: hipertensión no controlada, úlcera péptica activa, feocromocitoma, hipertiroidismo, daño hepático o renal grave - Insuficiencia cardíaca avanzada.
	<ul style="list-style-type: none"> - Se deben combinar parches de nicotina con chicles o comprimidos o inhalador bucal en fumadores con alta dependencia a la nicotina o con antecedentes de síndrome de abstinencia importante

^a Y no existen pruebas de que el tratamiento de disminución progresivo sea mejor que el abandono de forma brusca.

^b Se pueden ofrecer pautas de dosificación a demanda (en estos casos, hay que advertir al paciente que no use una dosis insuficiente).

ACV: accidente cerebrovascular.

TABLA 5C. TRATAMIENTO CON FÁRMACOS. UTILIZAR, SALVO CONTRAINDICACIONES O POBLACIONES DETERMINADAS (EMBARAZADAS, FUMADORES LIGEROS, ADOLESCENTES) EN LAS QUE NO HAY UNA EVIDENCIA FIRME DE SU EFICACIA

Fármacos	Bupropión
Presentaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Comprimidos de 150 mg
Dosis/duración	<ul style="list-style-type: none"> - 150 mg cada mañana durante 6 días; después 150 mg/2 veces al día separadas al menos por un intervalo de 8 h - Empezar el tratamiento 1-2 semanas antes de dejar de fumar - Prolongar el tratamiento de 7 a 9 semanas desde el día que deja de fumar - Si se olvidan una dosis, no recuperarla; esperar a tomar la siguiente
Instrucciones	<ul style="list-style-type: none"> - Fijar el día D de dejar de fumar después de 1-2 semanas del inicio del tratamiento - Acompañar con apoyo/seguimiento
Efectos adversos	<ul style="list-style-type: none"> - Insomnio - Cefalea - Sequedad de boca y alteraciones sentido del gusto - Reacciones cutáneas/hipersensibilidad - Algunos efectos secundarios son dosis dependientes. Si aparecen con 150 mg dos veces al día, se puede mantener 150 mg una vez al día (existen estudios que lo avalan)
Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Hipersensibilidad al producto - Trastorno convulsivo actual o antecedentes - Tumor del sistema nervioso central - Cirrosis hepática grave - Deshabitación brusca de alcohol o benzodicepinas - Diagnóstico actual o previo de anorexia-bulimia - Uso de inhibidores de la monoamino oxidasa en los 14 días previos - Historia de trastorno bipolar - Embarazo y lactancia - Niños y adolescentes
Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> - En insuficiencia hepática leve-moderada o insuficiencia renal y ancianos, la dosis recomendada es de 150 mg/día - Si el umbral convulsivo está disminuido (tratamiento con medicación que baja el umbral de convulsiones^a, uso abusivo de alcohol, historia de traumatismo craneal, diabetes tratada con hipoglucemiantes o insulina, uso de estimulantes o productos anorexígenos), no debe usarse, salvo que exista una causa clínica justificada donde el beneficio de dejar de fumar supere el riesgo de convulsiones. En estos casos, la dosis será 150 mg/día - Interacciones con otros medicamentos

^a Antipsicóticos, antidepresivos, antimaláricos, tramadol, teofilina, esteroides sistémicos, quinolonas, antihistamínicos sedantes.

TABLA 6. TÉCNICAS DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO PARA LA ADICCIÓN A LA NICOTINA

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. Y 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. Elaborar conductas alternativas
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 física, 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
Estrategias de afrontamiento de situaciones de riesgo	Se basan en el entrenamiento en habilidades o capacidades para reconocer, afrontar y superar situaciones de riesgo y así aumentar la autoeficacia Técnicas de distracción, escape, habilidades sociales y asertivas y reestructuración cognitiva

Adaptada de: Becoña E¹⁰.

TABLA 7. RECOMENDACIONES PARA PALIAR EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA (ALCANZA SU MÁXIMO DURANTE LA PRIMERA SEMANA, Y LUEGO VA DISMINUYENDO HASTA DESAPARECER)

Síntomas	Recomendaciones
Deseo muy fuerte de fumar o <i>craving</i>	Saber que cede en pocos minutos y que con el tiempo será cada vez menos intenso y frecuente Pensar en otra cosa, recordar los motivos por los que se quiere dejar de fumar. Respirar profundamente tres veces seguidas o intentar otras técnicas de relajación. Si se puede, alejarse de la situación que está provocando la necesidad de fumar. 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 o baño templado Intentar técnicas de relajación básicas
Estreñimiento	Tomar una dieta rica en fibra, beber mucha agua
Dificultad de concentración	No exigir un alto rendimiento durante 1 o 2 semanas Evitar bebidas alcohólicas
Nerviosismo	Caminar, hacer más ejercicio, tomar un baño de agua templada, intentar técnicas de relajación Evitar el café y las bebidas con cafeína
Cansancio	Aumentar las horas de sueño y descanso
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

TABLA 8. AYUDA INTENSIVA. PROTOCOLO DE 6-7 VISITAS DE AYUDA

Visita, fase y calendario	Contenidos
ANTES DEL DÍA D 1 o 2 visitas	<p>Completar historia del consumo de tabaco (edad de inicio, número y tipo de cigarrillos consumidos, intentos previos, recaídas)</p> <p>Valorar los intentos previos/recaídas</p> <p>Explorar motivos y dependencia</p> <p>Reforzar la motivación</p> <p>Valorar y ofrecer fármacos</p> <p>Valorar el entorno familiar, social y laboral, y buscar apoyo</p> <p>Pesar</p> <p>Fijar día D</p> <p>Recomendaciones para disminuir el síndrome de abstinencia</p>
FASE DE EUFORIA 3-8 días después del día D	<p>Consejo sobre cómo afrontar situaciones difíciles</p> <p>Valorar síndrome de abstinencia</p> <p>Control de fármacos (cumplimiento/efectos adversos)</p> <p>Reforzar el apoyo del entorno familiar, social y laboral</p> <p>Facilitar la verbalización de los beneficios y las dificultades de dejar de fumar</p> <p>Si hay recaída, valorar las circunstancias</p> <p>Informar sobre la aparición de un «duelo»</p>
FASE DE DUELO 10-15 días después de dejarlo	<p>Valorar la presencia de: sensación de vacío, aumento de apetito y alteraciones del sueño</p> <p>Disminución del síndrome de abstinencia físico</p> <p>Facilitar la verbalización de los beneficios y reforzarlos</p> <p>Control de los fármacos (cumplimiento/efectos adversos)</p> <p>Reforzar el apoyo del entorno</p>
FASE DE NORMALIZACIÓN 15-30 días después de dejarlo	<p>Informar sobre la posible aparición de una sensación de falsa seguridad</p> <p>Facilitar la verbalización de los beneficios y reforzarlos</p> <p>Control de los fármacos (cumplimiento/efectos adversos; cambio de pauta)</p>
FASE DE CONSOLIDACIÓN 2-3 meses después de dejarlo	<p>Valorar: fantasías de control. Prevenir las recaídas de tipo social</p> <p>Pesar</p> <p>Facilitar la verbalización de los beneficios a largo plazo y reforzarlos</p> <p>Cambiar/suspender la pauta de fármacos</p> <p>Felicitar</p>
Seguimiento al año del exfumador	<p>Felicitar</p> <p>Facilitar la verbalización de los beneficios a largo plazo y reforzarlos</p> <p>Prevenir las recaídas de tipo social</p>

Adaptada de: Ballvé (2000) sobre una propuesta previa de Marín y González (1998).

Visitas	a los 15 días visita 1	a los 30 días visita 2
Preguntar por el consumo de tabaco. Felicitarse si no fuma, y si ha habido recaída, valorar las circunstancias Beneficios y dificultades de dejar de fumar		
Valorar el síndrome abstinencia		
Control de la medicación		
Recomendación de la abstinencia total		
¿Necesita un seguimiento más intensivo? ¿Problemas residuales?		

Propuesta de: Gascó P, Camarrelles F (2011) basada en la Guía Americana Fiore 2008. Disponible en: <http://goo.gl/lzJR1p>.

3. Bibliografía

1. Camarrelles Guillem F, Dalmau González-Gallarza R, Clemente Jiménez L, Díaz-Maroto Muñoz JL, Lozano Polo A, Pinet Ogué MC, 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. Disponible en: <http://goo.gl/vCgbBl>
2. Banegas JR, Díez Ganan L, González Enríquez J, Villar Álvarez F, Rodríguez-Artalejo F. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. *Med Clin (Barc)* 2005;124:769-71.
3. 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.
4. Córdoba R, Camarrelles F, Muñoz E, Gómez J, Díaz D, Ramírez JI, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. grupos de expertos del PAPPs. *Aten Primaria*. 2014;46(Supl 4):16-23.
5. Fiore MC, Baker TB. Clinical practice. Treating smokers in the health care setting. *N Engl J Med*. 2011;365:1222-31.
6. Miller W, Rollnick S. *Motivational Interviewing, Preparing People for Change*. 2a ed. Guilford Press; 2008
7. Fiore MC, et al. A Clinical Practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A US Public health Service Report *Am J Prev Med*. 2008;35(2). Disponible en: <http://goo.gl/xbI3Zr>
8. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Intervenciones farmacológicas para el abandono del hábito de fumar: resumen y metanálisis de redes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013 Issue 5. Art. No.: CD009329. DOI: 10.1002/14651858.CD009329. Disponible en: <http://goo.gl/UUZvFw>
9. Cahill K, Stead L, Lancaster T. Agonistas parciales de los receptores de nicotina para el abandono del hábito de fumar. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012 Issue 4. Art. No.: CD006103. DOI: 10.1002/14651858.CD006103. Disponible en: <http://goo.gl/U4ytXq>
10. Becoña E. El tratamiento psicológico de la adicción a la nicotina. *Papeles del Psicólogo*. 2003;85:48-69.
11. Gascó P, Camarrelles F. Abordaje del tabaquismo en tiempo real (metodología 1-15-30). *AMF*. 2011;7(7):402-10.

© 2015, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
Diputació, 320
08009 Barcelona
www.semfyc.es

Primera edición: abril 2008

Segunda edición: abril 2011

Tercera edición: abril 2015

Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del titular del *copyright*.

Coordinación y dirección editorial:

semfyc  ediciones

Carrer del Pi, 11, 2.^a planta, of. 13
08002 Barcelona
ediciones@semfyc.es

57

Diseño: Glòria Garcia

Printed in Spain

ESPECIFICACIONES DEL SERVICIO DE CESACIÓN TABÁQUICA (REVISTA SEFAC)



**FARMACÉUTICOS
COMUNITARIOS**
www.farmaceticoscomunitarios.org Revista trimestral Volumen 8 N° 1 | 2016

Especificaciones del servicio de cesación tabáquica

Elaborado por:

Ana Mendoza, Belén Cobián, Jesús Gómez, Miguel Cano, Vicente J. Baixauli (coordinador)

Comisión de Servicios Profesionales Farmacéuticos de SEFAC.

Revisado por:

Javier Plaza, Laura Gandía, Montse Moral, Xavier Boleda

Grupo de trabajo de Respiratorio de SEFAC.

RESUMEN

En abril de 2013, la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) presentó su propuesta sobre servicios profesionales farmacéuticos (SPF) cuyo fin es cubrir las necesidades relacionadas tanto con la atención de los pacientes que utilizan medicamentos, como con la salud pública. Esta propuesta ofrece un planteamiento sobre la implantación y desarrollo de los SPF con el objetivo de impulsar su prestación por las farmacias comunitarias en los próximos años. De acuerdo con dicha propuesta todos los SPF que constituyen el catálogo de servicios contarán con un documento de especificaciones.

58

El objeto de este documento de especificaciones, aprobado por la Junta Directiva de SEFAC el 20 de abril de 2014, es definir y caracterizar el servicio de cesación tabáquica con una doble finalidad:

- Ayudar al farmacéutico comunitario y a sus representantes en el ofrecimiento, prestación, difusión, financiación y concertación de este servicio.
- Servir de guía a los farmacéuticos comunitarios que desean implantar un servicio de cesación tabáquica en la farmacia o elaborar un procedimiento normalizado de trabajo para su realización.

Este documento se complementa con el programa *CESAR* de formación en cesación tabáquica, y el *Documento de intervención en Cesación tabáquica en farmacia comunitaria* elaborado y avalado por SEFAC y validado por SEFAC, la Sociedad Española de Neumología y Patología Torácica (SEPAR), la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET) y las sociedades médicas de atención primaria (semFYC, SEMG y SEMERGEN).

ABSTRACT

Specifications for the smoking cessation service

In April 2013, the Spanish Society of Family and Community Pharmacies (SEFAC) presented its proposal for pharmaceutical professional services (PPS) which aims to cover needs related to both care for patients using drugs, and public health. This proposal offers an approach for implementing and developing PPS in order to boost its provision by community pharmacies in the coming years. According to this proposal, all PPS comprising the service catalogue will have a specifications document.

The purpose of this specifications document, approved by the Board of SEFAC the April 20, 2014, is to define and provide specifics on the smoking cessation service, with a dual purpose:

- To help community pharmacists and their representatives in the offering, delivery, distribution, financing and coordination of this service.
- Serve as a guide to community pharmacists who wish to implement a smoking cessation service at the pharmacy or develop a standard working procedure for implementation of same.

This document is complemented by the *CESAR* training program on smoking cessation, and the *Document on intervention in Smoking Cessation in community pharmacies* prepared and endorsed by SEFAC and validated by SEFAC, the Spanish Society of Pneumology and Thoracic Pathology (SEPAR) the Spanish Society of Smoking Specialists (SEDET) and primary care medical associations (SemFYC, SEMG and SEMERGEN).

Introducción y justificación

La Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) en su propuesta sobre servicios profesionales farmacéuticos (SPF) (1) se compromete a impulsar la implantación y desarrollo de los SPF con el objetivo de facilitar su implantación por las farmacias comunitarias.

El tabaquismo es una enfermedad crónica, adictiva y recidivante reconocida como trastorno mental y del comportamiento por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2-4), siendo además la primera causa evitable de morbilidad y mortalidad en el mundo desarrollado (5,6). Frecuentemente el consumo de tabaco da lugar a una dependencia, comparable a la producida por opiáceos, alcohol o cocaína, pero existen intervenciones clínicas efectivas para contrarrestarla (6). Los profesionales sanitarios deben, en primer lugar, ayudar a sus pacientes a comprender el riesgo que supone el consumo de tabaco para su salud y facilitar que se planteen la necesidad de abandonarlo, pero además deben atender al fumador en el proceso de cesación y ayudarlo a superar las posibles recaídas (7).

Las farmacias comunitarias son uno de los marcos adecuados para prestar este servicio. El farmacéutico es el profesional sanitario más accesible y las farmacias españolas son visitadas diariamente por cientos de miles de personas. Son, por lo tanto, un punto importante tanto en campañas de educación sanitaria para la población general, como en servicios de cesación tabáquica para fumadores.

Pero además, se ha demostrado la eficacia de una intervención mínima (8) para concienciar al fumador de que no solo es importante, para su salud y la de los suyos dejar de fumar, sino que además, es posible. El equipo de profesionales con el que cuenta la farmacia tiene que estar preparado para proporcionarla.

Por otra parte, la atención individualizada al fumador decidido a dejar de fumar, generadora de un soporte emocional y farmacológico (en caso necesario), tiene que ser prestada por farmacéuticos capacitados para ello.

Definición y descripción breve

El servicio de cesación tabáquica es el servicio profesional, realizado en la farmacia comunitaria por un farmacéutico capacitado, encaminado a concienciar, apoyar y acompañar al fumador en el abandono del consumo de tabaco. Se actuará a dos niveles:

Concienciando sobre la importancia de abandonar el consumo de tabaco a aquellos fumadores que no contemplan abandonar la adicción, mediante una intervención mínima.

Ayudando a aquellos fumadores que intentan dejar el consumo, mediante la realización periódica de entrevistas clínicas entre el paciente y el farmacéutico, en las que éste obtiene información sobre las características del paciente en relación con su adicción y proporciona soporte farmacológico y/o consejos cognitivo-conductuales e informa, motiva, monitoriza, interviene y ayuda, según sus necesidades, con el fin de conseguir la cesación tabáquica.

Básicamente el servicio de cesación tabáquica se puede describir en tres procesos, uno general de información sobre el tabaquismo y la oferta del servicio y dos más,

individualizados dirigidos específicamente al paciente fumador, atendiendo a su disposición para dejar de fumar: la intervención mínima y/o la atención personalizada continuada.

Objetivos

1. Objetivos generales

- Eliminar el consumo de tabaco en la población que atiende la farmacia.
- Concienciar, apoyar y acompañar al fumador en el abandono del consumo de tabaco.

2. Objetivos específicos

- Proporcionar a la población información sobre los beneficios y la importancia de la cesación tabáquica, así como de los perjuicios para el fumador y los que están a su alrededor.
- Posicionar a la farmacia comunitaria como un espacio de salud donde reflexionar sobre el consumo de tabaco
- Lograr que los fumadores tengan una mayor motivación para dejar de fumar.
- Proveer herramientas eficaces para superar su adicción al tabaco a las personas que quieren dejarlo.
- Lograr el mayor número de intentos y mayores porcentajes de éxito en la cesación tabáquica.

Población. Pacientes diana

La población diana son los fumadores, ofreciéndoseles distintas intervenciones dependiendo de su disposición a dejar de fumar:

- Fumadores que no deseen dejar de fumar, se realiza una intervención mínima para concienciar y progresar hacia una etapa más avanzada en su decisión de dejar de fumar.
- Fumadores que deseen dejar de fumar, se les ofrece atención personalizada proporcionándoles las herramientas para aumentar la probabilidad de lograrlo.
- Fumadores en proceso de cesación, se les ofrece atención personalizada

Recursos necesarios

Recursos materiales

1. Información sobre el consumo de tabaco

La farmacia debe ser un espacio dedicado a reflexionar sobre el consumo de tabaco, por lo que debe difundir mensajes sobre el tabaquismo así como ofertar el servicio de cesación tabáquica.

2. Zona de Atención Personalizada (ZAP) y zona para terapia grupal.

Como en toda relación terapéutica, la confianza, la comunicación y la confidencialidad son pilares básicos, por lo que es imprescindible disponer de una zona diferenciada (ZAP) y separada físicamente de la zona de dispensación, que permita la atención al fumador y garantice su intimidad y la confidencialidad de la consulta, sea de forma presencial o a través de otras formas de comunicación (telefónica, correo-electrónico, etc.).

La ZAP será un espacio de comunicación entre el paciente y el farmacéutico, donde ya sea de forma presencial, telefónica o con otros dispositivos de comunicación, puedan hablar y/o sentarse juntos sin ser escuchados por cualquier otra persona, incluyendo el personal que trabaja en la farmacia.

Para evaluar la conformidad de la ZAP es recomendable seguir los criterios utilizados por Aguiló (9): visibilidad desde la zona de dispensación, accesibilidad, diferenciación del mostrador y otros elementos de la zona de dispensación, privacidad para la comunicación farmacéutico-paciente y un equipamiento mínimo, número de ZAP y zona de espera para los pacientes que deben ser atendidos.

La ZAP contará con el equipamiento necesario para la realización del servicio.

En el caso de realizar terapia grupal para cesación tabáquica también será necesario disponer de un espacio cerrado que permita reunir sentados a todos los pacientes que la requieran y en el que se mantenga la confidencialidad.

3. Sistema de registro de la documentación.

Es necesario disponer de un sistema de registro seguro de toda la información utilizada como son los registros, formularios e informes que se manejan en el servicio. Se recomienda disponer de ellos en formato digital para su mejor cumplimentación, archivo y recuperación. También puede ser preciso que el farmacéutico pueda acceder a la información clínica necesaria del paciente tanto a través de los sistemas de informatización sanitaria externos a la farmacia como a la información procedente del programa informático de gestión de la farmacia. De igual forma, puede ser necesario comunicarse con otros profesionales sanitarios e incluso con el paciente.

4. Fuentes de información sobre medicamentos y deshabituación tabáquica

Es conveniente disponer de acceso a fuentes de información sobre medicamentos y consulta básica como el BotPlus®, etc., así como de guías prácticas de deshabituación tabáquica, programa CESAR de formación en cesación tabáquica, consenso de derivación del fumador, etc.

5 Equipamiento

- Báscula.
- Tensiómetro con manguitos de diferentes tamaños.
- Cooxímetro y/o espirómetro (convenientes pero no imprescindibles).
- Cuestionarios específicos (Fagerström, Richmon, etc.).
- Material fungible.
- Cartelería, folletos, etc.
- Teléfono, fax y acceso a internet.

Recursos humanos

1. Organización

La implicación de todo el equipo de la farmacia en el servicio de cesación tabáquica es imprescindible. Hay que establecer claramente las responsabilidades de cada miembro del equipo. A este respecto consideraremos:

Responsable del servicio: Con el fin de organizar mejor este servicio es conveniente que exista un farmacéutico responsable del servicio (10). Cuando en la farmacia sólo ejerza un farmacéutico éste será el responsable del servicio, mientras que en las que trabajen más de uno, se

debería nombrar a un responsable del servicio. Su elección se debería realizar en función de sus habilidades de comunicación, su actitud frente al servicio y su experiencia asistencial. El responsable del servicio, junto con el farmacéutico titular, debería establecer los indicadores del servicio, en especial la satisfacción de los pacientes, con el fin de evaluarlos periódicamente.

Continuidad del servicio: Para garantizar la continuidad de este servicio en la farmacia a lo largo del tiempo, es aconsejable que exista más de un farmacéutico capacitado para poder prestarlo, así se evita su suspensión ante la ausencia del farmacéutico capacitado (periodos de vacaciones, bajas por enfermedad...).

2. Capacitación

Se trata de un servicio profesional donde la preparación los profesionales resulta imprescindible, por ello todos los farmacéuticos que presten este servicio deberán acreditar que poseen las competencias necesarias para su prestación, por ello deberán estar motivados y capacitados específicamente para prestar este servicio. También deben poseer su correspondiente seguro de responsabilidad civil.

De igual forma es necesario que el resto del personal de la farmacia esté cualificado para proporcionar la intervención mínima, la oferta del servicio y cuente con las instrucciones de derivación correspondientes.

3. Tiempo

Este servicio requiere el seguimiento del fumador desde que se inicia el servicio, por lo que es necesaria la concertación de citas periódicas en la farmacia en las que se entrevistan fumador y paciente y se analiza la evolución en la cesación tabáquica, todo ello supone un consumo de tiempo que tiene que proveerse.

Derivación

En el transcurso del servicio de deshabituación tabáquica, el farmacéutico puede detectar situaciones que excedan los objetivos de este servicio y precisen de una intervención de otro profesional. En estos casos, el farmacéutico indicará al paciente la conveniencia de derivarle a otro servicio, en el que se aborde la situación detectada.

La derivación quedará reflejada en el informe del servicio, así como en el procedimiento normalizado de trabajo (PNT) del servicio, donde se especificarán las situaciones y circunstancias que la determinen. La derivación puede ser de dos tipos: interna y externa.

Derivación interna

La situación detectada puede tratarse mediante otro servicio disponible en la misma farmacia comunitaria, sea por el mismo profesional u otro del establecimiento. Se registrará el problema, el servicio interno al que se deriva y la justificación de la misma.

Derivación externa

La situación detectada no puede tratarse en la propia farmacia, por no prestar dicho servicio, exceder las competencias del personal farmacéutico de dicha farmacia, o requerir de otro nivel asistencial, por lo que es preciso

derivar a otro profesional sanitario. Igualmente se realizará un parte de derivación, previo consentimiento del paciente, adjuntando toda la información necesaria para el otro profesional. El caso más habitual de derivación externa en este servicio es la derivación a:

- Médico de cabecera: es posible que sea necesaria la intervención del médico de cabecera si se considera la utilización de medicamentos sujetos a prescripción médica o si se ve afectado el tratamiento farmacológico del paciente.
- Unidad de tabaquismo: En determinados fumadores, de acuerdo con los criterios de derivación consensuados, puede ser necesario realizar su derivación a una unidad de atención especializada.

Protocolización

El servicio de cesación tabáquica deberá estar protocolizado y el procedimiento normalizado de trabajo (PNT) deberá ser seguido y conocido por todo el equipo de la farmacia.

El PNT es una herramienta para el profesional, por lo que debe adaptarse a la situación concreta y específica de los profesionales que ejercen en dicha farmacia. Por tanto, sería conveniente que los farmacéuticos de cada farmacia desarrollasen su propio PNT o bien lo adaptaran a su situación particular. En este sentido, SEFAC pondrá a disposición de todos aquellos farmacéuticos que lo soliciten, un PNT de este servicio y establecerá los elementos mínimos que debe reunir cualquier PNT utilizado para el servicio de cesación tabáquica.

Documentación y registros

La forma de manejar y registrar la información recogida y utilizada en este servicio debe permitir que ésta se introduzca de homogénea, se pueda guardar, consultar, imprimir, interrelacionar y permitir su trazabilidad en relación con los usuarios que acceden a ella.

Registros

El registro de los datos obtenidos durante el servicio evidencia su realización y permite demostrar el impacto de la actuación farmacéutica en el paciente y en general en la atención sanitaria prestada a la población. El registro podrá realizarse en soporte papel o preferiblemente en soporte informático y siempre cumpliendo la normativa en materia de protección de datos (11).

Los registros necesarios para el servicio de cesación tabáquica son los siguientes:

1. Registros tras la intervención mínima

Nº/código de la intervención, grado de motivación, receptividad a la intervención, tiempo que ha de transcurrir para volver a intentarlo.

2. Registros de atención continuada

- Entrevista inicial: Información personal del fumador, información sanitaria, valoración de la adicción y recursos personales para afrontarla, peso, presión arterial y coximetría y espirometría si procede.

- Valoración y plan de actuación: Resultado de la evaluación del caso y plan de actuación acordado
- Primera visita: Registro del día D, Estrategia de tratamiento pactada, Medios para afrontar el síndrome de abstinencia entregados
- Visitas de seguimiento: Registro de peso, presión arterial y coximetría y espirometría si procede; control de síndrome de abstinencia, cumplimiento del tratamiento, PRM y RNM detectados e intervención para resolverlos.
- Visita final: abandono o exfumador
Documentación del servicio:

1. Documentos de Información general

Folletos informativos sobre los beneficios de dejar de fumar. Estarán al alcance de todas las personas que entren en la farmacia o incluso de aquellas que pasen por delante de la misma.

2. Documentación para todo el personal de la farmacia en la intervención mínima

- Argumentario en la intervención mínima
- Creencias erróneas y barreras que plantean las personas fumadoras
- Diagrama de intervención en cesación tabáquica

3. Consentimiento informado

Para la prestación del servicio de cesación tabáquica es imprescindible el consentimiento del paciente. Este consentimiento incluye:

- El tratamiento de sus datos personales de acuerdo con la LOPD.
- El conocimiento sobre el objeto y las características del servicio.

61

Toda cesión de información sanitaria sobre el paciente a otros profesionales sanitarios requerirá el conocimiento y la autorización del paciente.

4. Información al fumador en atención personalizada continuada

- Recomendaciones para el síndrome de abstinencia, ganas de fumar, prevención de recaídas, consejos dietéticos y alimentarios, consejos sobre actividad física, etc.
- Lista de motivos para dejar de fumar.
- Autoregistro de consumo.

5. Documentación específica del servicio para los farmacéuticos

- Pruebas de valoración (Etapas del proceso de cambio según Prochaska-diclemente, Test de Fagerstrom, Richmond, Exploración de la importancia y la confianza, Grado de motivación...).
- Registros clínicos (de intervenciones mínimas, entrevista inicial, primera visita, sucesivas y final, etc.).
- Estrategias para resolución de problemas.
- Modelo de carta de derivación al médico.

Calidad, certificación y mejora continua

SEFAC participará en todas aquellas acciones e iniciativas que impulsen y aseguren sistemas de gestión y aseguramiento de la calidad de este servicio.

En este sentido, teniendo en cuenta que la certificación es la acción llevada a cabo por una entidad independiente de las partes interesadas mediante la que se manifiesta que una organización, producto, proceso o servicio, cumple los requisitos definidos en unas normas o especificaciones técnicas (12), SEFAC colaborará en la certificación del servicio en aquellas farmacias que lo demanden.

Hay que distinguir entre 3 tipos de certificaciones:

1. Certificación de profesionales

Los farmacéuticos comunitarios que presten el servicio de cesación tabáquica deberán acreditar que cuentan con las competencias necesarias para llevarlo a cabo mediante la certificación de la capacitación específica de este servicio.

2. Certificación de instalaciones y equipamiento

Las farmacias comunitarias que presten el servicio cesación tabáquica deberán acreditar que disponen de los recursos materiales necesarios para su prestación: utillaje, instalaciones y equipamiento.

3. Certificación y validación de Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNT)

Los PNT utilizados en la realización del servicio de cesación tabáquica deben haber sido validados para su utilización en la práctica clínica.

Por último, SEFAC ofrecerá a los farmacéuticos interesados participar en un programa de supervisión externa de la calidad con el fin de poder compararse con otras farmacias y poder mejorar este servicio.

- Las mujeres embarazadas que fuman corren un riesgo mayor de que sus bebés nazcan prematuramente o con peso anormalmente bajo.
- La mujer que fuma durante el embarazo o después de él aumenta el riesgo de que su bebé muera por síndrome de muerte infantil súbita (13,14).
- Los hombres que fuman tienen mayor riesgo de presentar disfunción eréctil (15).
- Los estudios revelan que los fumadores que dejan el tabaco alrededor de los 30 años de edad reducen su probabilidad de morir prematuramente por enfermedades relacionadas con fumar en más de 90% (16,17).
- Las personas que dejan de fumar alrededor de los 50 años de edad reducen su riesgo de muerte prematura en más de 50% (17).
- Aun las personas que dejan el tabaco alrededor de los 60 años de edad o más viven más tiempo que quienes siguen fumando (17).
- Inhalar humo de tabaco en el ambiente causa cáncer en personas que no fuman (13,15).

Los resultados obtenidos a través de este servicio tienen una triple dimensión:

1. Para el paciente

Supone dejar de fumar, y los beneficios asociados a dejar de fumar. Tanto para el fumador como para sus allegados estos beneficios son indiscutibles. Cuando un fumador realiza un intento de abandono del tabaco sin acompañarlo del tratamiento adecuado, las posibilidades de éxito se cifran entre un 5 a 8%. Sin embargo, este porcentaje se quintuplica cuando el intento se acompaña de un tratamiento adecuado y el apoyo de un profesional sanitario. Los estudios científicos nos informan que los índices de éxito, aun aplicando tratamientos adecuados, se sitúan entre un 15 y un 40%, lo que nos da una idea de la magnitud del problema. Sin embargo, actualmente no existen datos a nivel de Farmacia en España, si a nivel internacional. Los pocos resultados de los que se dispone de forma preliminar (a 6 meses) son los obtenidos a través de los registros del proyecto CESAR (2) promovido por SEFAC y que muestran un éxito del 71% (de 132 casos finalizados, 94 dejaron de fumar a los 6 meses, 24 abandonaron y 14 fracasaron pues volvieron a fumar antes de los 6 meses).

La eficacia de los diversos tipos de intervención que pueden realizarse en la farmacia comunitaria es muy variable, aunque no por ello deben dejar de intentarse. En general la eficacia de la cesación en función del tipo de intervención en la cesación tabáquica (18) se muestra en la **tabla 1**.

2. Para el farmacéutico

Supone una oportunidad de ampliar su rol sanitario e incrementa su satisfacción profesional le posibilita una oportunidad de mejora sus habilidades clínicas y de educación para la salud y facilita una mejor relación con otros profesionales sanitarios.

3. Para el Sistema Sanitario

Le aporta ahorro económico, al disminuir la morbi-mortalidad debida al tabaquismo y su coste.

Resultados obtenidos

Los resultados derivados del servicio de cesación tabáquica deben suponer una mejora tanto clínica como económica, que justifiquen su viabilidad.

Desde el punto de vista clínico, el perjuicio para la salud que causa el tabaco está perfectamente establecido. Desde el punto de vista económico, las consecuencias clínicas para la salud del paciente derivadas del tabaquismo en recursos sanitarios y sociales (hospitalizaciones, visitas al médico, pruebas analíticas, etc), son ampliamente conocidas. Estas consecuencias son:

- Causa principal de cáncer y de muerte por cáncer.
- Causa cáncer de pulmón, de esófago, laringe, boca, garganta, riñón, vejiga, páncreas, estómago y de cérvix, así como también leucemia mieloide aguda (13,14).
- Causa enfermedades del corazón, apoplejía, aneurisma de la aorta, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, fracturas de cadera y cataratas.
- Quienes fuman presentan un riesgo mayor de padecer neumonía y otras infecciones de las vías respiratorias (13,14).

Tabla 1 Eficacia de la cesación tabáquica en función del tipo de intervención

	Sin tratamiento	Consejo breve	Tratamiento conductual
Sin fármacos	5 %	10 %	15 %
Con fármacos	10 %	20 %	30 %

El importe total de los gastos atribuibles al tabaquismo en España para el año 2008 fue de 14.710 millones de euros y los ingresos por impuestos procedentes del tabaco ese mismo año alcanzaron 9.266 millones de euros, por lo que el tabaquismo costó a los españoles 5.444 millones de euros al año”, según la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) (19).

Un estudio de la Universidad de California en San Francisco calcula que entre 1989 y 2008 ha gastado 2.400 millones de dólares (unos 1.780 millones de euros). Pero el trabajo también ha calculado los ahorros en atención sanitaria, lo que representan 134.000 millones (casi 100.000 millones de euros). Es decir, por cada dólar o euro gastado se han ahorrado 55.

Retribución y en su caso financiación

La implantación, gestión y desarrollo de un servicio de cesación tabáquica requiere de una inversión económica para intentar lograr la consecución de su óptima puesta en marcha y correcto funcionamiento. Esta es la razón del porqué, para establecer la retribución de este servicio, se deben cubrir los costes que ocasionan su realización, y una vez determinados, añadir el beneficio que se pretende obtener.

Los distintos costes requeridos para su prestación son:

1. Costes fijos (no varían con el número de pacientes atendidos)

Incluyen los costes derivados de la amortización del aparataje requerido para la realización del servicio: báscula, cooxímetro, espirómetro y tensiómetro (con los tres diferentes manguitos disponibles, según perímetro del brazo del paciente) y en su respectiva proporción de: las inversiones realizadas para poder prestar este servicio (instalaciones, equipamiento y su mantenimiento), de los costes proporcionales de los gastos generales de la farmacia (luz, limpieza, acceso a internet, software, seguros, aplicación LOPD, etc.) y de la capacitación de cesación tabáquica del personal.

2. Costes variables o gastos de funcionamiento del servicio

Incluyen los costes del material fungible (papel, tinta,...), cartelería, folletos, hojas para registros, recambios de boquillas para el cooxímetro, o el espirómetro si se utilizan, archivo y la documentación necesaria.

3. Coste del profesional que el realiza el servicio y depende del tiempo empleado

Partiendo de la base de que este servicio siempre será prestado por un farmacéutico. La atención continuada de un paciente durante un año se ha cuantificado en 120 minutos, de los cuales la entrevista inicial supone alrededor de 40 minutos y el resto repartidas en visitas sucesivas de 5 minutos, (3 durante el primer mes, 2 durante los dos meses siguientes y una al mes hasta completar el año). A este tiempo invertido con el propio paciente, habrá que sumarle el que necesita el farmacéutico, sin la necesaria presencia del paciente, para la realización del volcado de datos, la elaboración de la fase de estudio de la información obtenida y las sucesivas propuestas de intervención tras cada entrevista necesaria. El precio final de este gasto

resultará de la relación entre el tiempo medio invertido y el coste económico por hora del farmacéutico calculado en base al convenio de referencia del farmacéutico en cada provincia.

El coste económico relacionado con el tiempo empleado por el farmacéutico, se ha calculado en base al coste por hora de un farmacéutico, que puede variar según los convenios actualmente vigentes a los que está sujeta la farmacia comunitaria, entre 16,97-22,52 euros/hora. De acuerdo con este coste y el tiempo invertido anualmente en el servicio se puede estimar un coste mínimo por farmacéutico de unos 50,91-67,56 euros anuales a lo que habría que añadir la amortización del material y el coste del material desechable.

4. El beneficio de la farmacia

La prestación de un servicio, aunque pueda ser obligatorio y éste sea básico, no quiere decir que sea gratuito. La prestación de los SPF implica que estos estén retribuidos y su retribución puede ser diferente en función de sus objetivos, procedimientos, recursos y resultados. Así pues, la financiación de un SPF podría darse por los pacientes/usuarios a los que se les presta, por los proveedores sanitarios (Administración, mutuas, etc.) o mediante sistemas mixtos a modo de copagos. En el caso de que el servicio sea ofrecido a los pacientes particulares y esté financiado o remunerado por ellos, el beneficio final dependerá de la demanda y de la política de precios pactada en función también de los costes o la inversión realizada por cada farmacia para su prestación.

Financiación

Este servicio no está actualmente financiado en España por el SNS u otras entidades aseguradoras sanitarias. Las intervenciones sanitarias para ayudar a dejar de fumar son coste-efectivas, si las comparamos con otras actividades preventivas (20,21). La cesación del hábito tabáquico en aquellos pacientes incluidos en el servicio, podría suponer un considerable ahorro en costes económicos tanto en recursos sanitarios como sociales (hospitalizaciones, visitas al médico, pruebas analíticas, etc.), ayudando a resolver un verdadero problema de salud pública. Esta relación coste-efectividad del servicio podría, justificar su posible financiación.

Referencias bibliográficas

1. Baixauli Fernández VJ, Satué de Velasco E, Gil García MI, Roig Sena JC, Villasuso Cores B, Sáenz de Buruaga Pérez de Atxa S. Propuesta de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC) sobre servicios profesionales farmacéuticos en farmacia comunitaria. *Farmacéuticos Comunitarios* 2013;5(3):119-126.
2. Programa CESAR [Internet]. Capacitación para implantar servicios de cesación tabáquica en la farmacia comunitaria. [Acceso 16/5/2015]. Disponible en <http://www.sefac.org/cesar/>
3. Documento de intervención en cesación tabáquica en la farmacia comunitaria. [Internet]. Elaborado y avalado por SEFAC y validado por SEPAR, SEMFYC, SEMERGEN, SEMG Y SEDET. [Acceso 16/5/2015]. Disponible en: <http://www.sefac.org>

4. Observatorio para la prevención del tabaquismo. Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. Madrid: Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT); 2008.
5. Van Schayck OC, Pinnock H, Ostrem A, Litt J, Tomlins R, Williams S, et al. IPCRG consensus statement: Tackling the smoking epidemic. Practical guidance for primary care. *Prim Care Resp J.* 2008; 17(3):185-93. doi:10.3132/pcrj.2008.00060
6. The 2008 PHS Guideline Update Panel. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline Executive Summary. *Respiratory Care.* 2008; 53(9):1217-22.
7. Sociedad Española de Farmacia Comunitaria [Internet]. Programa CESAR. Capacitación para implantar servicios de cesación tabáquica en la farmacia comunitaria. [Acceso 24/9/2015]. Disponible en: <http://www.abordajedeltabaquismo.com>
8. Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET) [Internet]. Intervención interdisciplinar en tabaquismo. Documento de consenso 2010. [Acceso 24/9/2015]. Disponible en: www.sedet.es/webcms/usuario/documentos/2010
9. Aguiló M. Estructura física de la farmacia. En: Faus MJ, Martínez F, editores. *Diploma de Atención Farmacéutica*. Valencia: General Asde; 1999. Pags. 71-85.
10. Gastelurrutia MA, Castrillon CC. Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico. Curso de implantación y gestión de servicios profesionales en farmacia comunitaria. Madrid: SEFAC; 2011.
11. Cortes Españolas. Ley 15/1999 de 13 de diciembre que regula la protección de datos de carácter personal. Y legislación que la desarrolla. *Boletín Oficial del Estado*, nº 298, (14-12-1999).
12. Asociación Española de Normalización [Internet]. Certificación. Definición. [Acceso 10-10-2015]. Disponible en: http://www.aenor.es/aenor/certificacion/procesos/proceso_certificacion_aenor.asp
13. US Department of Health and Human Services [Internet]. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease. A Report of the Surgeon General. 2010. [Acceso 24/9/2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53017/>
14. US Department of Health and Human Services [Internet]. The Health Consequences of Smoking. A Report of the Surgeon General. 2004. [Acceso 24/9/2015]. Disponible en: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/pdfs/whatit-meanstoyou.pdf
15. Austoni E, Mirone V, Parazzini F, Fasolo CB, Turchi P, Pescatori ES, et al. Smoking as a risk factor for erectile dysfunction: data from the Andrology Prevention Weeks 2001-2002. A study of the Italian Society of Andrology (SIA). *European Urology* 2005;48(5):810-18. doi:10.1016/j.eururo.2005.03.005
16. International Agency for Research on Cancer [Internet]. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Vol.83, 2004. [Acceso 26/10/2015] Disponible en: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/>
17. US Environmental Protection Agency. Respiratory Health Effects of Passive Smoking: lung cancer and other disorders. Washington DC: ORD-OHEA; 1992.
18. Hughes JR. New treatments for smoking cessation. *CA Cancer J Clin* 2000; 50(3):143-51. doi:10.3322/canjclin.50.3.143
19. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) [Internet]. El tabaquismo cuesta al Estado 5.000 millones al año 29/3/2010 [Acceso 30/10/2015]. Disponible en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2010/03/29/actualidad/1269813609_850215.html
20. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. "Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar". Madrid: AETS. Instituto de Salud Carlos III. Septiembre 2003.
21. Documento técnico de consenso sobre la Atención Sanitaria del tabaquismo en España. Observatorio para la prevención del tabaquismo. CNPT. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008.

GUÍA RÁPIDA PARA EL MANEJO CLÍNICO DEL FUMADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA (SEMERGEN CASTILLA LA-MANCHA)

Guía rápida para el **MANEJO CLÍNICO DEL FUMADOR** en Atención Primaria

El propósito de esta guía es facilitar una intervención rápida y eficaz sobre el tabaquismo en las consultas de Atención Primaria.

Consta de dos partes:

- Intervención diagnóstica
- Intervención terapéutica

AUTORES José-Luis Díaz-Maroto Muñoz
Carlos Jiménez Ruiz
Abel Cuéllar de León
Sonia Delgado Gallego
Roberto Ramírez Parenteau

INTERVENCIÓN DIAGNÓSTICA

Ante todo fumador que acuda a la consulta, seguiremos el siguiente protocolo diagnóstico:

Estudio grado de tabaquismo

- Preguntar: número de cigarrillos consumidos al día.
- Preguntar: años de fumador.
- Cuantificar el índice paquetes/año:
$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de cigarrillos /día} \times \text{N}^\circ \text{ años de fumador}}{20}$$

Estudio de fase de abandono



66

Estudio de grado de dependencia física por la nicotina

- ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su primer cigarrillo?
 - Hasta 5 minutos
 - De 6 a 30 minutos
 - De 31 a 60 minutos
 - Más de 60 minutos
- ¿Qué cigarrillo necesita más?
 - El primero de la mañana
 - Cualquier otro

Aquellos fumadores que consuman su primer cigarrillo en la primera media hora de después de levantarse y/o que consuman 20 ó más cigarrillos al día serán considerados como fumadores con alto grado de dependencia por la nicotina. En general, cuanto antes consuman el primer cigarrillo y más cigarrillos consuman, más alto será su grado de dependencia y al revés.

La realización de esta intervención diagnóstica permitirá encuadrar a cada fumador en una determinada fase de abandono. A continuación se expone el tipo de intervención terapéutica que será realizada en cada una de estas fases.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN LOS FUMADORES EN FASE DE PRECONTEMPLACIÓN

La intervención terapéutica en este grupo de pacientes, consta de dos actividades:

- Consejo sanitario de abandono de tabaco. El profesional sanitario alertará al paciente seriamente, de forma firme, durante no más de 3-4 minutos acerca de la necesidad de que abandone el consumo de tabaco. Se procurará personalizar la información.
- Entrega de folleto informativo. Se entrega un folleto que contenga información sobre el tabaquismo. Perjuicios del consumo y beneficios del abandono.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN LOS FUMADORES EN FASE DE CONTEMPLACIÓN

La intervención terapéutica en este grupo de pacientes, consta de tres actividades:

- Consejo sanitario de abandono de tabaco. El profesional sanitario alertará al paciente seriamente, de forma firme, durante no más de 3-4 minutos acerca de la necesidad de que abandone el consumo de tabaco. Se procurará personalizar la información. Se analizarán previos intentos y se identificarán dificultades. Se ofertará ayuda médica y farmacológica para afrontar un nuevo intento.
- Entrega de folleto informativo. Se entrega un folleto que contenga información sanitaria sobre el tabaquismo. Perjuicios del consumo y beneficios del abandono. Se puede entregar, también, una pequeña guía con consejos sobre cómo realizar un intento de abandono del consumo del tabaco.
- Seguimiento. Se intentará citar para una próxima ocasión, en la que hablar más sobre como dejar de fumar.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN FUMADORES EN FASE DE PREPARACIÓN

La intervención terapéutica en este grupo de pacientes, consta de cuatro actividades:

1. APOYO PSICOLÓGICO

Los pacientes elegirán un día para realizar un serio intento de abandono. (Día D.) Los profesionales sanitarios ofertarán consejos para prepararse para dejar de fumar y para mantenerse sin hacerlo.

2. ENTREGA DE FOLLETO INFORMATIVO Y DE UNA GUÍA PRÁCTICA PARA DEJAR DE FUMAR

3. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La utilización de tratamiento farmacológico para dejar de fumar es muy recomendable. Existen algunas pocas excepciones: jóvenes menores de 18 años de edad, fumadores de menos de 10 cigarrillos diarios y en los casos en los que existan contraindicaciones a la medicación propuesta. Existen varios tipos de tratamiento farmacológico. Su elección depende de las características del tabaquismo del paciente, del grado de dependencia física por la nicotina, de los antecedentes patológicos del paciente, de las características de los intentos previos, y de las preferencias del sujeto. A continuación exponemos los que están disponibles en España y aconsejamos cómo utilizarlos. (Véase tabla adjunta)

TIPO	EFICACIA	INDICACIONES	DOSIS Y PAUTA	CONTRAINDICACIONES	EFECTOS ADVERSOS
Chicle de Nicotina	1,66 (1,62-1,84)	<ul style="list-style-type: none"> Se pueden utilizar de forma pautada o puntual Deben ser correctamente utilizados 	<ul style="list-style-type: none"> Fumadores de 10-19 cig/día <ul style="list-style-type: none"> Chicle 2 mg 1 pieza/2 h durante 6-8 semanas Fumadores de 20 ó más cig/día <ul style="list-style-type: none"> Chicle 4 mg 1 pieza/2 h durante 12 semanas 	<ul style="list-style-type: none"> Problemas dentadura Trastorno articulación temporomandibular Inflamación faríngea IMI reciente (menos 8 semanas) 	<ul style="list-style-type: none"> Mal sabor de boca Hipo Ivericostismo Pirrosis
Comprimidos Nicotina	Similar al chicle	<ul style="list-style-type: none"> Se pueden utilizar de forma pautada o puntual en fumadores poco dependientes 	<ul style="list-style-type: none"> De 1 a 2 compr/hora durante 6-8 semanas 		
Parche de Nicotina	1,81 (1,62-2,02)	<ul style="list-style-type: none"> En fumadores con baja o moderada dependencia. Combinado con chicles en fumadores con alta dependencia 	<ul style="list-style-type: none"> Parches 16 horas <ul style="list-style-type: none"> 25 mg/día 4 semanas 15 mg/día 4 semanas 10 mg/día 2-4 semanas Parches 24 horas <ul style="list-style-type: none"> 21 mg/día 4 semanas 14 mg/día 4 semanas 7 mg/día 2-4 semanas 	<ul style="list-style-type: none"> Infarto de miocardio reciente (menos de 8 semanas de evolución) 	<p>Muy escasa frecuencia de aparición de efectos adversos</p> <ul style="list-style-type: none"> Plurito Exantema Eccema Mareo Cefalea
Bupropion	2,06 (1,77-2,4)	<ul style="list-style-type: none"> Fumadores con cualquier grado de dependencia Fumadores con antecedentes de depresión o alcoholismo 	<ul style="list-style-type: none"> 150 mg/día 7 días después dejar de fumar y continuar con 150 mg/cada 12 horas durante 8-11 semanas En fumadores con bajo peso o mayores de 65 años reducir la dosis a la mitad 	<ul style="list-style-type: none"> Epilepsia Trastornos convulsivos Bulimia/anorexia nerviosa Uso simultáneo de IMAO Trastorno bipolar Cirrosis hepática grave 	<ul style="list-style-type: none"> Insomnio Cefalea Sequedad de boca Mareo Convulsiones (0,1%)
Varenicline	3,22 (2,12-4,27)	<ul style="list-style-type: none"> Fumadores con cualquier grado de dependencia 	<ul style="list-style-type: none"> 0,5 mg/día 3 días y después 0,5 mg cada 12 horas 4 días y después dejar de fumar y continuar con 1 mg/12 horas durante 11 semanas 	<ul style="list-style-type: none"> Hipersensibilidad a sus componentes 	<ul style="list-style-type: none"> Náuseas Sueños vívidos Insomnio

Nota: La eficacia se expresa con OR con intervalo de confianza del 95%.

4. SEGUIMIENTO

El paciente deberá ser citado a lo largo de un periodo de 3 a 6 meses. Se recomienda la siguiente pauta de seguimiento: una semana, dos semanas, cuatro semanas, ocho semanas y doce semanas después del día D. Y después del sexto mes. En las visitas de seguimiento se controlaran los síntomas del síndrome de abstinencia, la ganancia de peso y la aparición de depresión o ánimo deprimido.

REDUCCIÓN EN EL NÚMERO DE CIGARRILLOS CONSUMIDOS AL DÍA, UTILIZANDO CHICLES DE NICOTINA, COMO PASO PREVIO AL ABANDONO COMPLETO DEL TABACO.

Concepto: Es la disminución del número de cigarrillos diarios en, al menos el 50%, y mantener esta reducción, al menos, durante cuatro meses. La reducción debe ser verificada por un descenso sostenido de los niveles de CO en el aire espirado.

70

Indicaciones:

1. Fumadores que no quieren dejar de fumar pero que se muestran proclives a reducir significativamente el número de cigarrillos consumidos al día.
2. Fumadores, que queriendo dejar de fumar, encuentran muchas dificultades en conseguirlo y se muestran frustrados ante la idea de abandonar de forma brusca el consumo de tabaco.
3. Fumadores, que queriendo dejar de fumar, no quieren hacerlo de forma brusca y prefieren realizar una reducción progresiva del número de cigarrillos que consumen diariamente.

Consideraciones clínicas:

1. El fumador iniciará tratamiento para reducir el número de cigarrillos que consume diariamente, pero, sabiendo, que el objetivo final será el abandono definitivo.

2. Se recomienda que el proceso se realice en tres fases.
 - Fase 1.** De 6 a 8 semanas de duración. El fumador debe alcanzar el 50% de reducción. Se recomienda que el fumador sustituya 2 cigarrillos por una pieza de chicle.
 - Fase 2.** De 6 a 8 semanas de duración. El fumador debe abandonar completamente el consumo de tabaco. Se recomienda que cada cigarrillo sea sustituido por una pieza de goma de mascar.
 - Fase 3.** En ella el sujeto ya no consume tabaco y va abandonando poco a poco los chicles de nicotina. Tiene una duración de 2 a 3 meses.
3. Los fumadores que consumen más de 20 cigarrillos diarios deben utilizar chicles de 4 mg. Aquellos que consumen 20 ó menos, chicles de 2 mg.
4. Validación de la reducción. La disminución en el número de cigarrillos consumidos diariamente se acompaña de reducciones en los niveles de CO en el aire espirado aunque estas reducciones son siempre menos intensas que las del número de cigarrillos.
5. Si pasados 3 meses de utilización concomitante de chicles de nicotina y cigarrillos, no se hubiera producido una reducción significativa y validada químicamente, de, al menos el 50% del consumo basal, está indicado dar por fracasado el intento y suspender el tratamiento.

Bibliografía

1. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonist for smoking cessation. Cochrane database of systematic reviews. 2007 Issue 1 Art No CD006103.
2. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice guideline. Rockville, MD:US Department of Health and Human Services. *Public Health Service*. June 2000.
3. Jiménez Ruiz CA, Fagerström KO. Reducción hasta dejarlo: árbol de decisión. *Prev Tab* 2006; 8(Supl 1):34-37.
4. Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Torrecilla García M, Domínguez Grandal F, Díaz-Maroto Muñoz JL et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. *Arch Bronconeumol*. 2003; 39:35-41.

Craving and nicotine withdrawal in a Spanish smoking cessation sample

Craving y abstinencia de la nicotina en fumadores españoles en un tratamiento para dejar de fumar

BÁRBARA PIÑEIRO*, ANA LÓPEZ-DURÁN*, ELENA FERNÁNDEZ DEL RÍO*, ÚRSULA MARTÍNEZ*, THOMAS H. BRANDON**, ELISARDO BECOÑA*

*Smoking Cessation Unit, University of Santiago de Compostela, Spain; **Tobacco Research & Intervention Program, Moffitt Cancer Center, Tampa, Florida, USA.

Resumen

El craving y el síndrome de abstinencia de la nicotina (SAN) forman parte del trastorno por consumo del tabaco en el DSM-5. Ambos aparecen tras dejar de fumar o tras una reducción brusca del consumo de tabaco, y están relacionados con los resultados de dejar de fumar a corto y largo plazo. El objetivo del presente estudio fue analizar la relación del craving y del síndrome de abstinencia con dejar de fumar al final del tratamiento y con la recaída a los 3 meses de seguimiento en una muestra de fumadores españoles. La muestra estaba formada por 342 fumadores (37,7% hombres; 62,3% mujeres) que recibieron tratamiento cognitivo-conductual para dejar de fumar. La evaluación del craving y del síndrome de abstinencia se realizó a través de la escala Minnesota Nicotine Withdrawal Scale. Los abstinentes al final del tratamiento, comparados con los no abstinentes, mostraron un síndrome de abstinencia y un craving significativamente menor al finalizar el tratamiento. Además, los abstinentes tenían puntuaciones menores en dependencia de la nicotina antes del tratamiento. Entre los abstinentes, el craving descendió significativamente desde los valores presentados antes de dejar de fumar, mientras que en los participantes que no dejaron de fumar los valores de craving permanecieron en los mismos niveles. La dependencia de la nicotina elevada fue el predictor de fumar al final del tratamiento, mientras que el síndrome de abstinencia de la nicotina elevado fue predictor de la recaída a los 3 meses. Los resultados apoyan el papel robusto del craving y del SAN en dejar de fumar y en la recaída, aunque difieren en sus patrones de cambio a lo largo del tiempo.

Palabras Clave: craving, abstinencia, recaída, España, dejar de fumar.

Abstract

Craving and nicotine withdrawal syndrome (NWS) are components of the tobacco use disorder in DSM-5. They both appear after smoking cessation or an abrupt reduction in tobacco use, and they are associated with both short and long-term smoking-cessation outcomes. The aim of the present study was to examine the association of craving and withdrawal with smoking cessation at the end of the treatment and relapse at 3 months follow-up in a Spanish sample of smokers. The sample comprised 342 smokers (37.7% men; 62.3% women) receiving a cognitive-behavioral treatment for smoking cessation. The assessments of craving and withdrawal were conducted using the Minnesota Nicotine Withdrawal Scale. Abstainers at the end of the treatment, compared to non abstainers, showed significantly lower post-treatment withdrawal, and post-treatment craving. Furthermore, they had lower scores in pre-treatment nicotine dependence. Among abstainers, craving decreased significantly from pre-cessation levels, while in those participants who did not quit smoking it remained on the same levels. High nicotine dependence was a predictor of smoking at the end of the treatment, whereas high nicotine withdrawal predicted relapse at 3 months. Findings support the robust role of craving and NWS in smoking cessation and relapse, although they differ in their specific patterns of change over time.

Key Words: craving, withdrawal, relapse, Spain, smoking cessation.

Recibido: Diciembre 2013; *Aceptado:* Enero 2014

Enviar correspondencia a:

Bárbara Piñeiro, Smoking Cessation Unit, Department of Clinical Psychology and Psychobiology, Faculty of Psychology, University of Santiago de Compostela, Santiago de Compostela 15782, Spain; E-mail: barbara.pineiro@usc.es

Nicotine withdrawal syndrome (NWS) is considered an important component of tobacco dependence (Baker, Piper, McCarthy, Majeskie, & Fiore, 2004; Hughes, Higgins, & Hatsukami, 1990). It includes subjective, cognitive, and physiological symptoms that appear when giving up smoking, which make it more difficult to maintain abstinence (Shiffman, West, & Gilbert, 2004) and it plays an important role in relapse (Piasecki, Jorenby, Smith, Fiore, & Baker, 2003b). In the recent published DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013), the signs or symptoms of NWS are irritability, frustration or anger, anxiety, difficulty concentrating, increased appetite, restlessness, depressed mood, and insomnia.

Craving is considered a criterion for the diagnostic of tobacco use disorder in DSM-5 (APA, 2013). However, previously, craving was not considered as a formal criterion of nicotine dependence or NWS in DSM-IV (APA, 1994), nevertheless it was included by different researchers in the scales that assess this syndrome (Etter & Hughes, 2006; West & Hajek, 2004). Craving was not included in the DSM-IV as a symptom of withdrawal because of its inconsistent association with tobacco abstinence (Hughes, Higgins, & Bickel, 1994). Compared to other withdrawal features, craving seems to have a distinctive time course (Gilbert et al., 1998; Hughes, 1992; Shiffman et al., 1997).

Accordingly, it has been considered craving as a subjective experience of a desire or intense need for substance use (APA, 2013), as an important symptom of tobacco dependence (Baker, Breslau, Covey, & Shiffman, 2012; Tiffany, Warthen, & Goedeker, 2009), and there is evidence that it plays a causal role in smoking relapse (Baker et al., 2004; Shiffman, Paty, Gnys, Kassel, & Hickcox, 1996).

The inability to cope with NWS and craving when quitting smoking appears to account for the failure of many cessation attempts (Ferguson, Shiffman, & Gwaltney, 2006). In addition, several studies indicate that the pattern, duration, and severity of NWS and craving experienced by smokers who are abstinent during the first day or the first weeks after quitting are significant predictors of relapse in smokers (Allen, Bade, Hatsukami, & Center, 2008; Hughes, 2007; Piasecki et al., 2003b; Shiffman et al., 1997). For example, Allen et al. (2008) found that higher levels of NWS and craving were associated with relapse. Piasecki et al. (2003b) reported that subjects who relapse reported more severe NWS during smoking abstinence than did non relapsers.

The purpose of the current study was to assess the generalizability of these constructs by analyzing the relationship of craving and NWS with smoking cessation at the end of the treatment, and with relapse at 3 months follow-up, in a sample of Spanish smokers who received a cognitive behavioral smoking cessation intervention. Compared to the United States, where much of the previous research occurred, Spain has a higher prevalence of smoking (24% vs

19%; CDC, 2012; Ministerio de Sanidad, 2013), and Spanish smokers, on average, are less nicotine-dependent (de Leon, Becoña, Gurpegui, Gonzalez-Pinto, & Diaz, 2002). Given these differences, along with more general cultural differences, confirmation of the role of nicotine dependence and NWS upon smoking cessation in this population would strengthen the construct validity of addiction models that emphasize these factors, including DSM-5.

Methods

Participants

The study sample consisted of male and female Spanish smokers ($N = 342$) who requested smoking cessation treatment at the Smoking Cessation Unit of the Faculty of Psychology at the University of Santiago de Compostela (Spain). Recruitment of the smokers was carried out by advertisements in the media (radio, press and local television), through other smokers who had previously sought treatment, or through referral from general practitioners. Selection of participants used the following inclusion criteria: at least 18 years of age; desire to participate in the treatment program; smoking ≥ 10 cigarettes per day; and having completed the questionnaires in the pretreatment assessment. Exclusion criteria were: a diagnosis of a severe mental illness (bipolar disorder and/or psychotic disorder); concurrent dependence on other substances (cocaine, cannabis, and/or heroin); having participated in the same or similar treatment over the previous year; having received another type of effective smoking cessation treatment (nicotine replacement therapy, bupropion, varenicline) in the past year; suffering from a severe physical pathology that would require immediate medical intervention (e.g., recent myocardial infarction, pneumothorax); smoking tobacco other than cigarettes (e.g., cigars); refusing to be video-recorded during the sessions; and failing to attend the first treatment session.

From an initial sample of 412 smokers, 70 were excluded based on exclusion criteria, with the final sample comprising 342 smokers (37.7% men and 62.3% women) with a mean age of 41.58 years ($SD = 10.87$).

Measures

All participants completed the Smoking Habit questionnaire (Becoña, 1994), which obtains information on sociodemographic variables (e.g., gender, age) and aspects related to smoking and smoking history (e.g., number of cigarettes smoked per day, number of years smoking).

For the assessment of nicotine dependence (ND) we used the *Fagerström Test for Nicotine Dependence* (FTND, Heather-ton, Kozlowski, Frecker, & Fagerstrom, 1991; Spanish version by Becoña & Vázquez, 1998).

To assess nicotine withdrawal, the Spanish version of the *Minnesota Nicotine Withdrawal Scale* (Hughes & Hatsukami, 1998) was used (see Table 1). This scale consists of eight

Table 1
Spanish version of the 'Minnesota Nicotine Withdrawal Scale'

Por favor, indique si en las últimas 24 horas, ha sentido usted alguno de estos síntomas

	Nada	Escaso	Leve	Moderado	Severo
	0	1	2	3	4
1. Enfado/Irritabilidad/Frustración					
2. Ansiedad/Nerviosismo					
3. Dificultad de concentración					
4. Impaciencia/Intranquilidad					
5. Incremento del apetito, hambre, ganancia de peso					
6. Insomnio, problemas con el sueño, despertar a media noche					
7. Ánimo deprimido, tristeza					
8. Deseo o necesidad de fumar					

74 items (irritability, angry or frustrated; anxiety or tension; difficulty concentrating; restlessness or impatience; increased appetite, hungry or weight gain; depressed mood or sad; insomnia, sleep problems or awakening at night; and, desire or craving to smoke) measured with a Likert scale ranging from 0 (no symptoms) to 4 (severe symptoms). The sum of the items, minus the craving score which is assessed separately, was used to assess overall NWS. This scale has been found to have fair to good internal consistency with alpha ranging from .80 to .83 (Toll, O'Malley, McKee, Salovey, & Krishnan-Sarin, 2007). Craving was assessed as a single item on the scale, due to evidence suggesting that craving patterns are distinct from other symptoms of withdrawal (Hughes & Hatsukami, 1998), and scores were analyzed separately.

We used the Micro⁺ Smokerlyzer[®] (Bedfont Scientific Ltd, Sittingbourne, UK) to measure carbon monoxide (CO) in expired air, to corroborate self-reported abstinence at the end of the treatment and at 3-month follow-up (cut-off point of < 10 ppm to be considered a non-smoker) (West, Hajek, Stead, & Stapleton, 2005).

Procedure

At the initial assessment, we administered the measurements described above. *Minnesota Nicotine Withdrawal Scale* was administered again for the assessment of craving and NWS at the end of the treatment and at 3 months follow-up. All smokers gave their informed consent to participate in the research, and the Bioethics Committee of the University of Santiago de Compostela authorized the study.

The psychological treatment administered was the *Smoking Cessation Program* by Becoña (2007), a manualized cognitive-behavioral treatment that comprises 6 group-format sessions over six weeks (one session per week). The treatment was administered by psychologists trained in its application.

We considered that a participant relapsed when he or she had been abstinent for at least 24 hours at the end of the treatment, but reported any smoking during the 7 days prior to the date of the 3-month follow-up (Velicer, Prochaska, Rossi, & Snow, 1992).

Data analysis

Analyses were conducted using SPSS 20. Descriptive statistics were used to describe demographic and smoking history characteristics of the participants. Comparisons of clinical characteristics pre- and post-treatment and at 3-months follow-up were conducted using t-test. The effect size (ES) of significant results is reported in the tables ($d = 0.20-0.49$ small ES, $d = 0.50-0.79$ medium ES, and $d = 0.80$ and above large ES, Cohen, 1988).

For testing the change in craving and NWS over the three times points (pre, post-treatment and 3 months follow-up), among abstainers and relapsers at 3 months follow-up, mixed factor analyses of variance (ANOVAs) were conducted, with time as the repeated factor and smoking status at 3 months follow-up (abstainer-relapser) as the between-subjects factor. We used Bonferroni's post-hoc tests for verifying the existence of significant differences in the pairwise comparison.

Additionally, the role of craving and NWS in predicting smoking at the end of the treatment and smoking relapse at 3 months follow-up was analyzed using stepwise logistic regression (forward conditional). According to this method, variables are selected in the order in which they maximize the statistically significant contribution to the model. The significance level for all analyses was set at 0.05.

Results

Sample characteristics

Participants in this study ($N = 342$) smoked a mean of 21.62 cigarettes per day ($SD = 8.16$, range: 10-40). FTND

mean as 5.28 ($SD = 2.12$), NWS mean was 7.18 ($SD = 6.21$), and craving mean was 2.92 ($SD = 1.02$).

Smoking status at the end of the treatment and its relationship with NWS and craving

We had data at the end of the treatment from 312 participants (91.23% of the initial sample). Of them, 201 (64.42%) were abstinent and 111 (35.58%) continued smoking. Among those who continued smoking a significant reduction in the number of cigarettes at the end of the treatment was produced ($M = 24.85$, $SD = 9.37$ pre-treatment, and $M = 7.93$, $SD = 6.74$, post-treatment; $t = 18.34$, $p < .001$).

Regarding variables assessed pre-treatment (ND, NWS and craving) significant differences were found at the end of the treatment for only ND; abstainers had lower ND than participants who continued smoking ($M = 4.84$, $SD = 2.09$ for abstainers, and $M = 5.88$, $SD = 1.97$, for smokers; $t = -4.30$, $p < .001$).

On NWS and craving post-treatment, significant differences were observed by final smoking status. Abstainers presented lower NWS ($M = 8.15$, $SD = 5.08$ for abstainers, and $M = 10.98$, $SD = 6.58$ for smokers; $t = -3.94$, $p < .001$), and lower craving ($M = 1.84$, $SD = 1.13$ for abstainers, and $M = 2.73$, $SD = 1.05$ for smokers; $t = -6.84$, $p < .001$), than smokers.

Smoking status at 3 months follow-up and its relationship with NWS and craving

Taking as a reference the number of participants who were abstinent at the end of the treatment ($n = 201$), we obtained complete data for 162 participants on NWS and craving pre-treatment, post-treatment and at 3 months follow-up. Of these 106 (65.43%) remained abstinent and 56 (34.57%) relapsed by 3 months follow-up.

At 3 months follow-up, we found significant differences on NWS and craving assessment between abstainers and relapsers. Those participants who relapsed at 3 months follow-up presented higher NWS ($M = 6.02$, $SD = 6.30$ for abstainers, and $M = 9.75$, $SD = 6.77$ for relapsers; $t = -3.46$, $p < .001$), and higher craving ($M = 0.81$, $SD = 1.05$ for abstainers, and $M = 2.66$, $SD = 1.08$ for relapsers; $t = -10.53$, $p < .001$), than participants who remained abstinent at 3 months follow-up.

Evolution of craving and NWS from the beginning to the end of treatment ($n = 312$)

Among end-of-treatment abstainers ($n = 201$), we observed that the pattern of change of craving was different than that of NWS. Craving in abstainers decreased until reaching values below pre-treatment levels (2.97 pre-treatment vs. 1.84 post-treatment; $t = -11.08$, $p < .001$). However, NWS increased (6.53 pre-treatment, vs. 8.15 post-treatment; $t = -3.64$; $p < .001$).

Among continuing smokers, craving remain stable (2.89 pre-treatment vs. 2.73 post-treatment; $t = 1.31$, n.s.), but NWS increased significantly (8.04 pre-treatment vs. 10.98 post-treatment; $t = -4.19$, $p < .001$).

Evolution of craving and NWS from treatment onset to the 3 months follow-up ($n = 201$)

As seen in Table 2 we found no differences between those who abstained versus relapsed at 3-months on either pre-treatment craving or NWS. At post-treatment, only NWS differed between the groups (7.34 for abstainers vs. 9.89 for relapsers). By 3 months follow-up, we observed significant differences between abstainers and relapsers on both variables. Those who relapsed had a higher craving and higher NWS than those who remained abstinent.

With respect to NWS, the ANOVA indicated a significant effect of the time factor (pre, post and 3 months) and of the group factor (abstainers and relapsers), and a significant time x group interaction. Thus, among relapsers ($n = 56$), after the application of post hoc Bonferroni correction (see Figure 1), we found significant differences between NWS pre and post ($p < .001$) and NWS pre and 3 months follow-up ($p < .05$), but no differences between NWS post and 3 months follow-up. In abstainers ($n = 106$), no significant differences were found on NWS across the different time points.

With respect to craving, we found a significant time effect, a significant group effect, and a significant time x group interaction. Among relapsers (see Figure 2), a signifi-

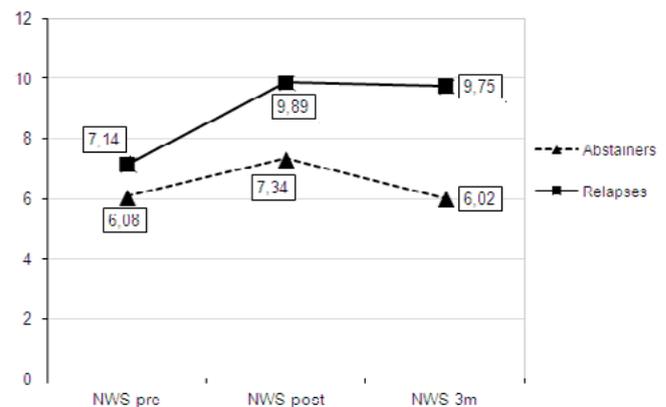


Figure 1. Nicotine withdrawal syndrome (NWS) over the three time points among relapsers and abstainers.

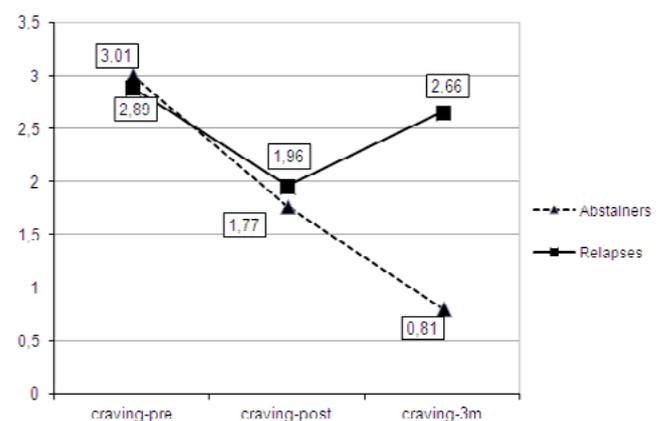


Figure 2. Craving over the three time points among relapsers and abstainers.

Craving and Nicotine Withdrawal in a Spanish Smoking Cessation Sample

Table 2
Differences in craving and nicotine withdrawal syndrome (NWS) at three time points (pre-treatment, post-treatment, and 3 months follow-up) among abstainers and relapsers

3 months follow-up (n = 162)						
	Abstainers (n = 106; 65.43%)	Relapsers (n = 56; 34.57%)	t	95% CI		d
				Lower	Upper	
Pre-treatment assessment						
NWS, Mean (SD)	6.08 (5.41)	7.14 (5.49)	-1.19	-2.84	0.70	
Craving, Mean (SD)	3.01 (0.82)	2.89 (0.99)	0.76	-0.19	0.42	
Post-treatment assessment						
NWS, Mean (SD)	7.34 (4.89)	9.89 (5.52)	-3.02**	-4.22	-0.88	0.23
Craving, Mean (SD)	1.77 (1.12)	1.96 (1.04)	-1.06	-0.55	0.17	
3 month follow-up assessment						
NWS, Mean (SD)	6.02 (6.30)	9.75 (6.77)	-3.49***	-5.84	-1.62	0.27
Craving, Mean (SD)	0.81 (1.05)	2.66 (1.08)	-10.53***	-2.20	-1.50	0.64
<hr/>						
NWS	Anova Time (pre, post, 3 months)	F (2,159) = 7.28***				
	Group (abstainer, relapses)	F (1,160) = 11.83***				
	Interaction (time x group)	F (2,159) = 3.14*				
Craving	Anova Time (pre, post, 3 months)	F (2,159) = 68.74***				
	Group (abstainer, relapses)	F (1,160) = 37.56***				
	Interaction (time x group)	F(2,159) = 43.27***				

Note. NWS = nicotine withdrawal syndrome.
* p < .05; ** p < .01; *** p < .001.

Table 3
Logistic regression analysis output as predictors of smoking status at the end of treatment (n = 312) and at 3 months follow-up (n = 162)

	B ^a	Wald	p value	OR	OR (95% CI)
End of the treatment					
ND, FTND (≥ 6) pre-treatment	0.828	11.772	.001	2.28	1.42-3.67
Constant	-0.986	33.289	.001	0.37	
<hr/>					
3 months of follow-up					
NWS-post	0.094	8.258	.004	1.09	1.03-1.02
Constant	-1.445	18.555	.001	0.23	

Note. CI = confidence interval; FTND = Fagerström Test for Nicotine Dependence; ND = nicotine dependence; OR = odds ratio.
^a The groups were coded into the model as Smokers = 1 and Abstainers = 0.

cant decrease was observed in craving from pre to post-treatment, followed by a significant increase by 3 month. However, pre-treatment and at 3 months craving did not differ. In contrast, among abstainers, we found progressive decline in craving between the 3 time points with all differences statistically significant at $p < .001$.

Predictors of smoking status at the end of the treatment and relapse at 3 months follow-up

For analysing predictors of smoking status at the end of the treatment, binary logistic regression was conducted using those 312 participants with end-of-treatment data, as the criterion variable smoking or abstinent and the predictor variables ND, NWS-pre, and craving-pre. We found that ND was significantly associated with smoking at the end of the treatment. Having high ND ($OR = 2.28$) was associated with a significantly increased likelihood of smoking at the end of the treatment (see Table 3).

We also examined predictors of relapse at 3 months follow-up, using a binary logistic regression analysis using the 162 participants with follow-up data out of the 201 who had reached abstinence at the end of the treatment. Adopting as the criterion variable smoking or abstinent, and as predictor variables ND, craving-pre, NWS-pre, craving-post, and NWS-post, we found that NWS post was associated with a higher risk of relapse. That is, higher NWS at the end of the treatment was associated with a significantly increased likelihood of smoking 3 months later ($OR = 1.09$; see Table 3).

Discussion

Role of NWS, craving, and ND on the treatment outcome

We found that those participants who did not quit smoking at the end of the treatment presented a higher post-treatment NWS and craving for cigarettes than those participants who achieved abstinence. This same result has been found in previous studies (e.g., Ferguson et al., 2006; Tiffany et al., 2009) in which high scores in NWS and craving were associated with failures when quitting smoking. We also observed that high pre-treatment ND predicted failure to quit smoking by the end of the treatment. These results are consistent with the robust role of ND in the maintenance of smoking behavior (Benowitz, 2010) and the predictive power of ND (Ferguson et al., 2003). These results support the statement that both NWS and craving, as well as nicotine dependence in general, are related to treatment outcome. Indeed, these results are consistent with previous studies that established craving and NWS as symptoms of dependence and predictors of smoking cessation success (Hughes et al., 1990; Tiffany et al., 2009), consistent with DSM-5 criteria. Moreover, these relationships between craving, ND, and smoking cessation outcomes are consistent with Robinson et al. (2011) who found that more dependent smokers also experienced

greater craving, and Baker et al. (2012), who considered craving as a NWS symptom and as the symptom most associated with tobacco dependence.

With respect to the concurrent relationship between craving and NWS with smoking at 3 months follow-up, those participants who had relapsed presented with significantly higher NWS and craving than those who remained abstinent. This is contrary to many smokers' expectations that craving and withdrawal symptoms will decrease if they return to smoking. However, these uncomfortable effects in fact appear more likely to decline if they remain abstinent.

With respect to predicting relapse among smoker who achieved end-of-treatment abstinence, we observed that high post-treatment NWS was associated with a greater risk of relapse at 3 months. Therefore, as Piasecki et al. (2003b) and Shiffman et al. (2004) had pointed out, the NWS that a smoker suffers when quitting appears to play an important role in the maintenance of abstinence versus relapse. This suggests that greater emphasis on controlling NWS, via pharmacotherapy, education, and coping skills training, may be advisable in general, and particularly for those smokers who present with high NWS during treatment.

Evolution of craving and NWS

We found different patterns of change in these two variables, among both abstainers and continuing smokers between pre- and post-treatment. Consistent with other studies, we found that among abstainers craving decreased whereas NWS increased (Etter, 2005; Gilber et al., 1998; Hughes, 1992; Shiffman et al., 1997) finding different patterns of change in craving and NWS among abstaining smokers. The increase in NWS is a normal fact giving that they have quit smoking and, although the treatment is based on a gradual cessation, any reduction in nicotine intake carries on the presence of NWS regardless of a higher or lower intensity. Thus, it is necessary to work during the treatment with the aim of decreasing NWS as far as possible to avoid relapse due to the discomfort generated by these symptoms. An important aspect that should be included in the treatment is craving decrease. One of the most frequent expectations among smokers is that if they give up smoking, craving or the desire for the consumption is going to be very intense.

Among continuing smokers, we also found an increase NWS, but no change in craving. The increase in NWS among continuing smokers may reflect the reduction in smoking (and, therefore, likely nicotine intake) that most of the smokers experienced during treatment.

With respect to the change in craving and NWS from the onset of the treatment until the 3 months follow-up, our results showed that craving decreased significantly among abstainers. On the other hand, in those who relapse, an increase in craving in the 3 months follow-up was found. A similar result was reported by Schlam, Piper, Cook, Fiore, and Baker (2012), in which craving continued

decreasing in the group of abstainers compared to those who continue smoking at one year follow-up. The finding of craving increases among relapsers is consistent with studies showing that relapses often occur in the presence of an intense craving (Shiffman et al., 1997). Regarding NWS, only abstainers showed a decline by 3 months. The continuing NWS among relapsers may reflect their continued attempts to control their smoking, rather than simply immediately resuming their pretreatment patterns of use. It would be very interesting to analyze in future studies if this result is due to the characteristics of this type of treatment for smoking cessation in which the smoker learns different strategies to control their smoking behavior or whether NWS remains high when relapsing regardless of the method used.

Limitations

The study has several limitations. First, we must take care with generalizing the results obtained from this treatment study, with specific inclusion and exclusion criteria, to the general population of smokers. Moreover, it would be interesting to analyze the evolution of craving and NWS in smokers who gave up smoking without attending a specific treatment and see if there are differences with those who used specific procedures. On the other hand, that this specific sample of Spanish smokers in treatment produced results consistent with previous research with very different samples supports the robustness and generalizability of the roles of craving and nicotine withdrawal. Second, the size of the sample of relapsers was modest, which may have limited our power to detect effects. Finally, our findings are based on retrospective, self-reports. However, we employed a widely-accepted and reliable instrument for the assessment of NWS (Shiffman et al., 2004).

Conclusions

In summary, evidence indicates that craving decreases as the time without smoking increases, but that relapse is associated with craving increase. In the case of NWS, a slight increase happens when giving up smoking and it decreases as length of abstinence increases, whereas it remains high among relapsers. Moreover, we found that at the end of the treatment, NWS is higher in persons who later relapse than among those who do not, although the levels of craving are similar between the groups.

In conclusion, our findings among a Spanish sample of smokers provide further support for the robust role of craving and NWS in smoking cessation and relapse.

Funding

This study was funded by the Spanish Ministry of Science and Innovation (*Ministerio de Ciencia e Innovación*), "National Program for Basic Research Projects" (PSI2008-02597/PSIC).

Conflict of interest

None declared.

References

- Allen, S. S., Bade, T., Hatsukami, D., & Center, B. (2008). Craving, withdrawal, and smoking urges on days immediately prior to smoking relapse. *Nicotine & Tobacco Research, 10*, 35-45. doi:10.1080/14622200701705076
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4th ed.). Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., revised text*. Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th Edition: DSM-5*. Washington D. C.: Author.
- Baker, T. B., Breslau, N., Covey, L., & Shiffman, S. (2012). DSM criteria for tobacco use disorder and tobacco withdrawal: A critique and proposed revisions for DSM-5. *Addiction, 107*, 263-275. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03657.x
- Baker, T. B., Piper, M. E., McCarthy, D. E., Majeskie, M. R., & Fiore, M. C. (2004). Addiction motivation reformulated: An affective processing model of negative reinforcement. *Psychological Review, 111*, 33-51. doi:10.1037/0033-295X.111.1.33
- Becoña, E. (1994). Evaluación de la conducta de fumar [Assessment of smoking behaviour]. In J. L. Graña (Ed.), *Conductas Adictivas: Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 403-454). Madrid: Debate.
- Becoña, E. (2007). *Programa para Dejar de Fumar* [Smoking Cessation Program]. Vigo, Spain: Nova Galicia Edicions.
- Becoña, E., & Vázquez, F. L. (1998). The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. *Psychological Reports, 83*, 1455-1458. doi:10.2466/pr0.1998.83.3f.1455
- Benowitz, N. L. (2010). Nicotine addiction. *The New England Journal of Medicine, 362*, 2295-2303. doi:10.1056/NEJMra0809890
- Centers for Disease Control and Prevention (2012). Current Cigarette Smoking Among Adults- United States, 2011. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 61*, 889-894.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- de Leon, J., Becoña, E., Gurpegui, M., Gonzalez-Pinto, A., & Diaz, F. J. (2002). The association between high nicotine dependence and severe mental illness may be consistent across countries. *Journal of Clinical Psychiatry, 63*, 812-816.
- Etter, J. F., & Hughes, J. R. (2006). A comparison of the psychometric properties of three cigarette withdrawal scales. *Addiction, 101*, 362-372. doi:10.1111/j.1360-0443.2005.01289.x

- Ferguson, J. A., Patten, C. A., Schroeder, D. R., Offord, K. P., Eberman, K. M., & Hurt, R. D. (2003). Predictors of 6-month tobacco abstinence among 1224 cigarette smokers treated for nicotine dependence. *Addictive Behaviors, 28*, 1203-1218. doi:10.1016/S0306-4603(02)00260-5
- Ferguson, S. G., Shiffman, S., & Gwaltney, C. J. (2006). Does reducing withdrawal severity mediate nicotine patch efficacy? A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 1153-1161. doi:10.1037/0022-006X.74.6.1153
- Gilbert, D. G., McClernon, F. J., Rabinovich, N. E., Plath, L. C., Jensen, R. A., & Melisk, C. J. (1998). Effects of smoking abstinence on mood and craving in men: Influences of negative-affect-related personality traits, habitual nicotine intake and repeated measurements. *Personality and Individual Differences, 25*, 399-423. doi:10.1016/S0191-8869(98)00003-8
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addictions, 86*, 1119-1127. doi:10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x
- Hughes, J. R. (1992). Tobacco withdrawal in self-quitters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 689-697. doi:10.1037/0022-006X.60.5.689
- Hughes, J. R. (2007). Effects of abstinence from tobacco: Valid symptoms and time course. *Nicotine & Tobacco Research, 9*, 315-327. doi:10.1080/14622200701188919
- Hughes, J. R., Baker, T., Breslau, N., Covey, L., & Shiffman, S. (2011). Applicability of DSM criteria to nicotine dependence. *Addiction, 106*, 894-895. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03281.x
- Hughes, J. R., & Hatsukami, D. (1998). Errors in using tobacco withdrawal scale. *Tobacco Control, 7*, 92-93. doi:10.1136/tc.7.1.92a
- Hughes, J. R., Higgins, S. T., & Bickel, W. K. (1994). Nicotine withdrawal versus other drug withdrawal syndromes: Similarities and dissimilarities. *Addiction, 89*, 1461-1470. doi:10.1111/j.1360-0443.1994.tb03744.x
- Hughes, J. R., Higgins, S. T., & Hatsukami, D. K. (1990). Effects of abstinence from tobacco: A critical review. In L. T. Kozlowski, H. Annis, H. D. Cappell, F. Glase, M. Goodstasdt, Y. Israel (Eds). *Research in advances in alcohol and drug problems* (Vol.10). New York: Plenum.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Encuesta Nacional de Salud: ENSE 2011-2012*. <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>
- Piasecki, T. M., Jorenby, D. E., Smith, S. S., Fiore, M. C., & Baker, T. B. (2003a). Smoking withdrawal dynamics: I. Abstinence distress in lapsers and abstainers. *Journal of Abnormal Psychology, 112*, 3-13. doi:10.1037/0021-843X.112.1.3
- Piasecki, T. M., Jorenby, D. E., Smith, S. S., Fiore, M. C., & Baker, T. B. (2003b). Smoking withdrawal dynamics: II. Improved tests of withdrawal-relapse relations. *Journal of Abnormal Psychology, 112*, 14-27. doi:10.1037/0021-843X.112.1.14
- Robinson, J. D., Lam, C. Y., Carter, B. L., Minnix, J. A., Cui, Y., Versace, F., ... Cinciripini, P. M. (2011). A multimodal approach to assessing the impact of nicotine dependence, nicotine abstinence, and craving on negative affect in smokers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 19*, 40-52. doi:10.1037/a0022114
- Schlam, T. R., Piper, M. E., Cook, J. W., Fiore, M. C., & Baker, T. B. (2012). Life 1 year after a quit attempt: Real-time reports of quitters and continuing smokers. *Annals of Behavioral Medicine, 44*, 309-319. doi:10.1007/s12160-012-9399-9
- Shiffman, S., Engberg, J. B., Paty, J. A., Perz, W. G., Gnys, M., Kassel, J. D., & Hickcox, M. (1997). A day at a time: Predicting smoking lapse from daily urge. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 104-116. doi:10.1037/0021-843X.106.1.104
- Shiffman, S., West, R. J., & Gilbert, D. G.; SRNT Work Group on the Assessment of Craving and Withdrawal in Clinical Trials (2004). Recommendation for the assessment of tobacco craving and withdrawal in smoking cessation trials. *Nicotine & Tobacco Research, 6*, 599-614. doi:10.1080/14622200410001734067
- Tiffany, S. T., Warthen, M. W., & Goedecker, K. C. (2009). The functional significance of craving in nicotine dependence. In R. A. Bevins, A. R. Caggiula (Eds.), *The motivational impact of nicotine and its role in tobacco use* (pp.171-197). Nebraska: Springer.
- Toll, B. A., O'Malley, S. S., McKee, S. A., Salovey, P., & Krishnan-Sarin, S. (2007). Confirmatory factor analysis of the Minnesota Nicotine Withdrawal Scale. *Psychology of Addictive Behaviors, 21*, 216-225.
- Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Rossi, J. S., & Snow, M. G. (1992). Assessing outcome in smoking cessation studies. *Psychological Bulletin, 111*, 23-41. doi:10.1037//0033-2909.111.1.23
- West, R., & Hajek, P. (2004). Evaluation of the Mood and Physical Symptoms Scale (MPSS) to assess cigarette withdrawal. *Psychopharmacology, 177*, 195-199. doi:10.1007/s00213-004-1923-6
- West, R., Hajek, P., Stead, L., & Stapleton, J. (2005). Outcome criteria in smoking cessation trials: Proposal for a common standard. *Addiction, 100*, 299-303. doi:10.1016/j.addbeh.2011.11.012.



Fundación
más
que
ideas

Juntos sumamos en salud

¿QUÉ ES MÁS QUE IDEAS?

La Fundación Privada MÁS QUE IDEAS es una organización independiente y sin ánimo de lucro que nace con un doble propósito. En primer lugar, promover, desarrollar y participar en iniciativas que mejoren la actuación individual y colectiva de los diferentes agentes sanitarios en beneficio de las personas que conviven o convivirán con una enfermedad. Y, en segundo lugar, ser generador de conocimiento y catalizador de ideas y acciones que promueva el debate, la reflexión y el progreso en el ámbito de la salud.

MÁS QUE IDEAS nace ante la necesidad de una actuación más coordinada, integral, innovadora y horizontal de las organizaciones y personas que actúan en el ámbito de la salud y, para ello, impulsamos proyectos para los diferentes agentes sociosanitarios, para los pacientes y sus familiares y para la sociedad en general.

Nuestra vocación es integrar perspectivas diferentes para enriquecer los resultados de proyectos que buscan el fin común de todas las organizaciones que participan en el sector sociosanitario: mejorar la calidad de vida de las personas que conviven con una enfermedad y su entorno, porque JUNTOS SUMAMOS EN SALUD.

81

 www.fundacionmasqueideas.org

 lasideasde@fundacionmasqueideas.org

 674 265 211



COLABORACIONES Y AVALES

Muchas gracias a las siguientes asociaciones de pacientes por apoyar la iniciativa “Dejar de fumar. Un reto de todos” y por el trabajo diario que realizan por las personas que conviven con una enfermedad.



AEACaP Asociación Española de Afectados de Cáncer de Pulmón

aeacap@afectadoscancerdepulmon.com
www.afectadoscancerdepulmon.com



Asociación Española Contra el Cáncer (aecc)

información@aecc.es
www.aecc.es



Asociación Alfa 1 de España, de Afectados por el Déficit de Alfa-1 Antitripsina

info@alfa1.org.es
www.alfa1.org.es



Pulmón Madrid TX, Asociación Madrileña de Trasplantados Pulmonares y Familiares

pulmonmadrid@gmail.com
www.pulmonmadridtx.wordpress.com



CardioAlianza

hola@cardioalianza.org
www.cardioalianza.org



Federación Nacional de Asociaciones de Pacientes Alérgicos y con Enfermedades Respiratorias (FENAER)

presidencia@fenaer.es
www.fenaer.es

Muchas gracias a las siguientes sociedades científicas por avalar y colaborar en el proyecto “Dejar de fumar. Un reto de todos” y por su esfuerzo en avanzar en el conocimiento y en la formación de los profesionales sociosanitarios.



Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria, SEFAC

sefac@sefac.org
www.sefac.org



Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria - SEMERGEN

secretaria@semergen.es
www.semergen.es



Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, semFYC

semfyc@semfyc.es
www.semfyc.es



Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)

secretaria@separ.es
www.separ.es

NOTAS



Fundación
más
que
ideas

Juntos sumamos en salud

www.fundacionmasqueideas.org

lasideasde@fundacionmasqueideas.org

674 265 211

