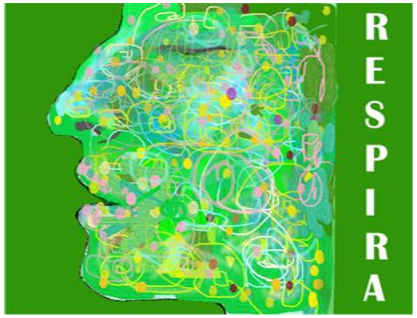
Castilla-La Mancha

sescam
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

VÍA CLÍNICA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN CASTILLA LA MANCHA

Fecha edición: ENERO 2020

Documento de apoyo dirigido a los profesionales sanitarios, para el abordaje de la deshabituación tabáquica en Castilla La-Mancha



GRUPO DE TRABAJO ASESOR –TÉCNICO EXPERTO

COORDINADORA

- **Julia María Ruiz Redondo.** Coordinadora de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha.

GRUPO ASESOR

- **Carlos Alonso Sanz.** Jefe de Servicio de Adicciones, Formación y Calidad de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha.
- **Carmen de Pedro Martín.** Jefa de Sección del Servicio de Adicciones, Formación y Calidad de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha.
- **César Fernández Buey.** Enfermero Asesor Técnico del SESCAM.
- **Susana Gómez Blanco.** Asesora médico dirección de hospitales de la Dirección General de Asistencia Sanitaria.
- **Pedro Luis López Galindo.** Asesor médico de procesos médico-quirúrgicos de la Dirección General de Asistencia Sanitaria.
- **Mónica Ferrit Martín.** Doctora en Farmacia y Especialista en Farmacia Hospitalaria. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

GRUPO TÉCNICO-EXPERTO EN EL ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN CASTILLA-LA MANCHA

- **Andrés Zamorano Tapia.** Médico especialista en medicina Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria de Toledo.
- **Encarna López Gabaldón.** Médica especialista Neumología. Gerencia de Atención Hospitalaria de Toledo.
- **Gloria Francisco Corral.** Médica especialista Neumología. Gerencia de Atención Integrada de Alcázar de San Juan.
- **Alberto Berrocoso Martínez.** Médico especialista en medicina Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria de Toledo.
- **Eva Sáez Torralba.** Diplomada Universitaria en Enfermería. Gerencia de Atención Primaria de Toledo.
- **Alicia Aguado Gómez.** Diplomada Universitaria en Enfermería. Gerencia de Atención Primaria de Toledo.
- **Ana Mª Manzaneque Agulo.** Diplomada Universitaria en Enfermería. Gerencia de atención Primaria de Toledo.

COLABORADORES

- **Juan Carlos Valenzuela Gámez.** Coordinador Regional del área de farmacia. Dirección General de Asistencia Sanitaria.
- **Laura Jiménez López.** Inspectora farmacéutica del área de farmacia. Dirección General de Asistencia Sanitaria.
- **Mª Victoria Madruga Sanz.** Técnico de implantación y soporte de Turriano.
- **Iván Navarro López.** Responsable de Turriano.
- **Jesús López Díaz.** Asesor médico. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

AGRADECIMIENTOS

- **Javier Lázaro Polo.** Médico especialista Neumología. Jefe de Servicio de Neumología del Hospital General Universitario de Ciudad Real
- **Patricia Mata Calderón.** Médica especialista Neumología. Hospital General Universitario de Ciudad Real

INDICE

1. INTRODUCCIÓN 8-10
2. JUSTIFICACIÓN 10-13
3. OBJETIVOS 13
4. ALCANCE 13-14
5. METODOLOGÍA 15-16
6. MODELO DE ETAPAS DEL CAMBIO 17-18
7. ESTRATÉGIA DE LAS 5 AES PARA INTERVENCIÓN DE ASESORAMIENTO 18-25
8. MEDICAMENTOS FINANCIADOS 26
9. CONDICIONES DE FINANCIACIÓN 27-28
10. APORTACIÓN DEL PACIENTE SEGÚN CÓDIGO DE APORTACIÓN TSI 29
11. GUÍA CLÍNICA DE REFERENCIA 30-33
12. VÍA CLÍNICA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN CASTILLA LA-MANCHA 34-66
13. INDICADORES DE PROCESO Y RESULTADO DE PROCESO 67-75
14. BIBLIOGRAFÍA 76-77

GLOSARIO DE TÉRMINOS[1]

- **Abandono del tabaco** proceso de detener el consumo de cualquier producto de tabaco, con o sin ayuda. (Directrices para la aplicación del artículo 14 del CMCT de la OMS)

- **Adicción al tabaco/dependencia del tabaco** conjunto de manifestaciones comportamentales, cognitivas y fisiológicas que se desarrollan tras un consumo repetido, y que suelen consistir en un intenso deseo de consumir tabaco, dificultad para controlar ese consumo, persistencia en éste pese a sus consecuencias graves, asignación de mayor prioridad al consumo de tabaco que a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia y, en ocasiones, un estado físico de abstinencia. (Directrices para la aplicación del artículo 14 del CMCT de la OMS

- **Apoyo comportamental** cualquier método de apoyo no farmacológico destinado a ayudar a las personas a dejar de consumir tabaco. Puede incluir todas las formas de asistencia para el abandono del tabaco por medio de las cuales se imparten conocimientos acerca del consumo y el abandono del tabaco, se presta apoyo y se enseñan técnicas y estrategias para modificar el propio comportamiento. (Directrices para la aplicación del artículo 14 del CMCT de la OMS)

[1] Glosario de términos utilizados en el convenio y sus instrumentos. Segunda versión- 2015. FCTC. Se puede consultar en: https://www.who.int/fctc/reporting/sp_glossary_2015_edition.pdf?ua=1. Fecha de consulta 27-01-2020

- **Capacidad o aptitudes individuales** proceso mediante el cual las personas fortalecen y mantienen sus capacidades para establecer y alcanzar sus propios objetivos de desarrollo a lo largo del tiempo. (Opciones y recomendaciones de política, artículos 17 y 18 del CMCT de la OMS)

- **Cigarrillo** se entiende un cilindro de tabaco picado para fumar, envuelto en papel destinado para ese fin. Se excluyen productos regionales concretos como bidis, ang hoon y otros similares que pueden envolverse en papel u hojas. A los efectos del artículo 8 [del Protocolo], la definición también comprende los cigarrillos hechos con picadura fina liados por el propio fumador.

- **Consejo breve** asesoramiento para dejar de consumir tabaco, que suele durar sólo unos minutos, impartido a todos los consumidores de tabaco, normalmente en el curso de una consulta o encuentro ordinarios. (Directrices para la aplicación del artículo 14 del CMCT de la OMS)

- **Consumidor de tabaco** persona que hace uso de cualquier producto de tabaco. (Directrices para la aplicación del artículo 14 del CMCT de la OMS)

- **Consumo** es la cantidad absoluta de productos de tabaco en conjunto. (Directrices para la aplicación del artículo 6 del CMCT de la OMS)

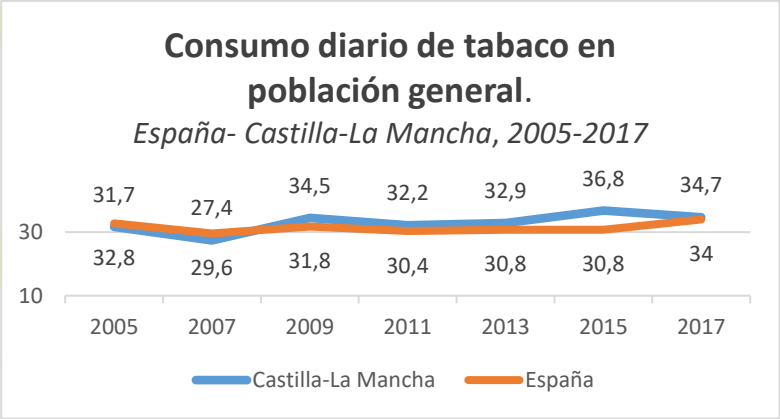
- **Fumar** este término debe definirse de manera que incluya el hecho de estar en posesión o control de un producto de tabaco encendido, independientemente de que el humo se esté inhalando o exhalando de forma activa. (Directrices para la aplicación del artículo 8 del CMCT de la OMS)

- **Promoción del abandono del tabaco** medidas y métodos que abarcan a toda la población y tienen por objeto contribuir a detener el consumo de tabaco; entre esos métodos figura el tratamiento de la dependencia de tabaco. (Directrices para la aplicación del artículo 14 del CMCT de la OMS)

- **Tratamiento de la dependencia del tabaco** provisión a los consumidores de tabaco de apoyo comportamental, de medicamentos o de ambos, para ayudarlos a que abandonen el consumo de tabaco. (Directrices para la aplicación del artículo 14 del CMCT de la OMS)

1.- INTRODUCCIÓN

El tabaco es, tras el alcohol, la droga más consumida en Castilla-La Mancha. El 68% de la población ha fumado tabaco alguna vez en la vida, un 40,6 % ha fumado en el último año, un 38,4% ha fumado en los últimos 30 días y a diario lo hacen el 34,7%. Se trata de porcentajes de consumo muy similares a los observados a nivel nacional. El número medio de cigarrillos fumados al día se sitúa en 12,7 muy semejante a la media nacional (12,5). (*Fuente: Observatorio de drogodependencias de Castilla-La Mancha, 2018*)



Fuente: Encuesta EDADES

El consumo de tabaco constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad evitable y prematura. El tabaquismo se asocia a más de una veintena de enfermedades entre las que destacan los tumores, incluido el cáncer de pulmón (del que se ha estimado que en un 91% de los casos en varones de 35 a 64 años es provocado por el tabaco), el cáncer de la cavidad oral y el cáncer de laringe, faringe y esófago, entre otros. También las enfermedades respiratorias, tales como EPOC y asma, son atribuibles al tabaquismo o se ven exacerbadas por él. Además, el consumo de tabaco es un importante factor de riego para desarrollar una enfermedad cardíaca isquémica o la aparición de otras enfermedades cardiovasculares.

El consumo de tabaco tiene una elevada tasa de letalidad (más del 50 % de las personas fumadoras de larga evolución morirá por una enfermedad causada por el tabaco). El objetivo debe ser cambiar los patrones clínicos, culturales y prácticos para asegurar que la totalidad de pacientes fumadores sea identificada, reciban consejo para el abandono del tabaco y se les ofrezca tratamientos de eficacia demostrada (SEPAR, 2010)

Dejar de fumar tiene ciertas dificultades porque es necesario promover un cambio de conducta en la persona fumadora. Por ello, la intervención en tabaquismo debe incluir las 5 aes: Averiguar (si el/la paciente fuma), Aconsejar (el abandono a quienes consumen tabaco), Apreciar (su motivación para abandonar el consumo), Ayudar (a dejar de fumar) y Arreglar (las visitas o contactos para el seguimiento).

Es requisito necesario asumir que los programas de control del tabaco no afectan a los hombres, las mujeres, los niños y las niñas de la misma manera. Las características de género desempeñan un papel significativo en el inicio del consumo de tabaco y el mantenimiento del hábito. La investigaciones efectuadas a lo largo de los últimos 20 años ha puesto de manifiesto las siguientes diferencias[2]:

[2] Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Séptima reunión. Delhi (india), 7-12 de noviembre de 2016. Punto 5.8: Consideraciones de los riesgos en función del género en el desarrollo de estrategias para el control del trabajo. FTC/COP/7/14

- El riesgo de contraer numerosas enfermedades es elevado tanto entre las mujeres como entre los hombres que fuman, pero, desde el punto de vista biológico, las mujeres se exponen a riesgos específicos o a un riesgo mayor que los hombres. Entre estos se incluye el cáncer cérvico-uterino, el cáncer de mama y una mayor incidencia de arteriopatía coronaria.
- El tabaquismo afecta a los patrones hormonales de las mujeres, a su fecundidad y al resultado del embarazo, y tienen un efecto de salud especialmente negativo en el desarrollo fetal
- La probabilidad de que las mujeres con trastornos de salud mental (como la depresión, ansiedad o esquizofrenia) sean fumadoras es considerablemente mayor que la de las que no los padecen.
- Las mujeres y los jóvenes adscriben al tabaco significados al género y la identidad como, entre otros, la creación y el mantenimiento de relaciones sociales, la imagen física, el control del peso, la mejora de la identidad y condición social, y la automedicación.
- Las mujeres pueden tener más dificultades que los hombres para abandonar el tabaco, y se requieren enfoques distintos para dejar de fumar y tratar la dependencia del tabaco, por ejemplo, la terapia de sustitución de la nicotina resulta menos eficaz en las mujeres que en los hombres
- Hay más mujeres que hombres que se exponen al humo ajeno y, en muchos hogares, las mujeres y los niños son los más vulnerables a este riesgo.
- Las medidas en materia de precios pueden tener un efecto mucho menor en los hombres que en las mujeres.
- El consumo de tabaco de las niñas está alcanzando, e incluso superando, la prevalencia del consumo entre los niños, especialmente en el uso de productos de tabaco que no son cigarrillos.
- En países con una prevalencia del tabaquismo elevada entre los hombres y cuando fumar se relacionada estrechamente con la masculinidad, los niños son especialmente vulnerables a la presión social y las estrategias promocionales.

2. JUSTIFICACIÓN

En el marco de la agenda 2030[3] para el desarrollo sostenible, en su objetivo 3: *" Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades"*, meta 3.5*: " Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol"*, meta 3.9 a *" Fortalecer la aplicación del convenio marco de la organización mundial de la salud para el control del tabaco en todos los país, según proceda".*

Por otro lado en base a los compromisos acordados internacionalmente en el contexto del **"Convenio Marco de Control de Tabaco"**[4] de la OMS y siguiendo las directrices de su estrategia MPOWER, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social propuso en la Comisión de Salud Pública, aprobada el 9 de mayo de 2019[5], una serie de acciones, entre las que se encontraba **el plan de atención sanitaria para la cesación con perspectiva de equidad,** el cual contempla:

- **Profundizar en el abordaje del tabaquismo desde el SNS**, favoreciendo la coordinación de las actuaciones desde las diferentes CCAA, para que el acceso a la ayuda para dejar de fumar y la financiación de las intervenciones clínicas y farmacológicas que han mostrado efectividad y seguridad, se ofrezca de forma sistemática y organizada desde el SNS, especialmente desde Atención Primaria.

[3] https://www.agenda2030.gob.es/
[4] https://www.who.int/fctc/text_download/es/
[5] https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Acuerdo_Lineas_actuacion_tabaquismo.pdf

- **Sensibilización y formación a profesionales sanitarios fundamentalmente de Atención Primaria** (medicina y enfermería familiar y comunitaria, a través del desarrollo de un curso de formación en tabaquismo.
- **Promover la financiación de tratamientos farmacológicos para la cesación en el ámbito del SNS**, con la revisión del expediente por parte de la DG de Cartera y Farmacia para su aprobación.

Con fecha de 30 de Septiembre de 2019, en la sesión 194 de la Comisión Interministerial de Precio de los Medicamentos (CIPM), se acordó[6]el precio y financiación, como nuevo medicamento Champix[7]. En la sesión 195 de la CIPM, del 30 de Octubre de 2019 se acordó[8] el precio y financiación, como nuevo medicamento Zyntabac.

El 23 Diciembre de 2019, en Madrid, se publicó el suplemento del Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS, donde se incluía la prestación farmacéutica del SNS con resolución de financiación para la Vareniclina y Bupropión**. Siendo condición necesaria que el paciente esté incluido en un programa de apoyo individual y/o grupal de deshabituación tabáquica implementado en la CCAA.**

[6] Estos acuerdos no son definitivos hasta que se emite la correspondiente Resolución definitiva por la DGCYF (Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia) y los cambios que generan estos acuerdos se incluyan en el Nomenclátor de facturación correspondiente.
[7] https://www.mscbs.gob.es/profesionales/farmacia/pdf/ACUERDOS_DE_LA_CIPM_1943_web.pdf
[8] https://www.mscbs.gob.es/profesionales/farmacia/pdf/ACUERDOS_DE_LA_CIPM_195_web.pdf

En el seno de este contexto nace la primera edición de la VÍA CLÍNICA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN CASTILLA LA MANCHA, fruto del trabajo en equipo de profesionales asesores y técnicos de las Direcciones Generales de Salud Pública, Atención Primaria, Atención Hospitalaria y Cuidados y Calidad de la Consejería de Sanidad de Castilla La-Mancha. Y que viene a sustituir el anterior protocolo de tabaquismo del aplicativo informático TURRIANO.

3. OBJETIVO

La presente vía clínica tiene como objetivo principal, **hacer operativo el plan de atención sanitaria al fumador en la Comunidad de Castilla La-Mancha**, con una perspectiva de equidad y género, incorporando la terapia farmacológica financiada a la terapia individual y/o grupal de deshabituación tabáquica.

4. ALCANCE

Será de aplicación en **todos los centros asistenciales de Castilla La-Mancha** que desarrollen programas individuales o colectivos de **deshabituación tabáquica**, por profesionales sanitarios, en base a dos criterios fundamentales:

- **Ámbito competencial definido por sus programas formativos**:
  - Médicos de Familia y Comunitaria[9]
  - Médicos de Neumología[10]
  - Profesionales de enfermería

[9] https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2005-7188
[10] https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2008-15036

- **Implementación de la presente vía clínica en su actividad laboral**
  - Atención Primaria
  - Unidades de tratamiento específico del tabaquismo en atención hospitalaria

Es de especial importancia, al objeto de una gestión eficaz y eficiente de los recursos, así como de accesibilidad y equidad para nuestro usuario, delimitar el perfil del paciente que se atenderá en los diferentes ámbitos asistenciales. Así pues:

- **Atención Primaria:**
  - Todo paciente fumador que desee expresamente dejar el hábito tabáquico, bien sea por demanda, derivación de otro profesional sanitario y/o por captación activa.
- **Atención Hospitalaria y/o Unidades de tratamiento especializado del tabaquismo (UTET)[11]:**
  - Fumadores que han realizado en el pasado serios intentos de abandono en el tabaco, que fueron correctamente tratados por un profesional sanitario del ámbito de atención primaria, dentro de un programa de deshabituación tabáquica y que, a pesar de ello, fracasaron
  - Patología psiquiátrica moderada o severa y /o fumadores con dos o más dependencias con y sin sustancias
  - Fumadores con enfermedades crónicas no controladas
  - Fumadores con un evento patológico agudo donde el tabaco es uno de los principales factores de riesgo[12]

[12] https://www.who.int/topics/risk_factors/es/

5. METODOLOGÍA

	2019			2020
	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO
ANÁLISIS DE SITUACIÓN: ATENCIÓN SANITARIA PARA LA CESACIÓN DEL HÁBITO TABÁQUICO CON PERSPECTIVA DE EQUIDAD EN EL SESCAM				
DEFINICIÓN DE LÍNEAS OPERATIVAS PARA LA ATENCIÓN SANITARIA				
CREACIÓN DEL GRUPO ASESOR-TÉCNICO DE LA CONSEJERÍA DE SALUD				
DEFINICIÓN DE OBJETIVOS OPERATIVOS DE LA ATENCIÓN SANITARIA PARA LA CESACIÓN DEL HÁBITO TABÁQUICO				
DEFINICIÓN DE LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR PARA LA ATENCIÓN SANITARIA EN LA CESACIÓN DEL HÁBITO TABÁQUICO EN EL SESCAM				
CREACIÓN DEL GRUPO ASESOR-TÉCNICO-ASISTENCIAL EXPERTO DEL SESCAM EN CESACIÓN DEL HÁBITO TABÁQUICO				

ELABORACIÓN DE VÍA CLÍNICA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN CASTILLA LA-MANCHA				
REVISIÓN Y APROBACIÓN DE LA VÍA CLÍNICA POR GRUPO ASESOR-TÉCNICO ASISTENCIAL EXPERTO EN BASE A LOS ACUERDOS DE LA COMISIÓN INTERMINISTERIAL DE PRECIOS DE LOS MEDICAMENTOS				
REVISISIÓN Y ADAPTACIÓN DEL APLICATIVO TURRIANO A LA VÍA CLÍNICA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN CLM				
REVISIÓN REGISTROS EN UNIDADES DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA				
UNIFICACIÓN DE REGISTROS EN UNIDADES DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA				
REVISIÓN VÍA CLÍNICA EN BASE AL SUPLEMENTO DEL NOMENCLÁTOR OFICIAL DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA DEL SNS				
ADAPTACIÓN DEL APLICATIVO INFORMÁTICO DE RECETA ELECTRÓNICA				
DISEÑO DEL CURSO BÁSICO: PRESENTACIÓN DE VÍA CLÍNICA Y ADAPTACIÓN INFORMÁTICAS DERIVADAS				

6. MODELO DE ETAPAS DEL CAMBIO

Se hace necesario comprender el modelo de "etapas del cambio", para permitir a los profesionales de la salud intervenir de la manera más apropiada. Dicho modelo fue descrito por primera vez por Prochaska y Diclemente en 1983, junto con posibles intervenciones para el progreso de las personas.

Etapa de Pre-Contemplación

En esta etapa el individuo no tiene intención de cambiar sus hábitos inmediatamente, **sino en un corto plazo de alrededor de seis meses**. Se encuentran en una actitud defensiva, evitando hablar o pensar sobre su problema.

En esta etapa las ventajas superan a las desventajas a la hora de fumar. Para poder progresar a la siguiente etapa, el individuo tiene que ser consciente de que sus actos son un problema y suponen un daño potencial para su salud y la de los demás.

Etapa de Contemplación

Es la etapa en la que **se plantea cambiar el comportamiento «de riesgo» dentro de los próximos 6 meses**. El individuo se va desilusionando con sus acciones y como estas van en detrimento de su salud. Es consciente de los riesgos, pero reacio a cambiar; sopesa los pros y los contras. Mientras intenta cambiar sus hábitos, a menudo permanece en una fase contemplativa crónica ya que la fuerza de la motivación no es suficiente para iniciar el cambio.

Etapa de Preparación

En esta etapa **se planea el cambio del hábito perjudicial en el plazo de un mes**. Suele tratarse de personas que han intentado dejarlo en los últimos 12 meses, pero han recaído y continúan con su adicción. **Es el momento de decidir qué estrategia seguir.**

Etapa de acción

En esta etapa, **se ha realizado el cambio en el comportamiento perjudicial dentro de los últimos 6 meses**, recibiendo las felicitaciones por sus esfuerzos, pero siendo asimismo la fase más difícil debido a los síntomas que produce la abstinencia.

Etapa de Mantenimiento

Se define que un individuo está en esta etapa si **no ha vuelto a su comportamiento perjudicial al menos en 6 meses**. El ser capaz de mantenerse en abstinencia redunda en la satisfacción de continuar abstinente. Sin embargo, si la tentación de fumar es demasiado grande o los pros superan a los contras, el individuo abandona la etapa de mantenimiento y recae, sucediendo esto en la mayor parte de los casos cuando existen otros fumadores en el entorno.

7. ESTRATÉGIA DE INTERVENCIÓN DE ASESORAMIENTO

La presente vía tiene su base en la estrategia para la intervención de asesoramiento conocido como el modelo de las **«5 Aes»** (en inglés):

Ask: Preguntar y registrar su estatus de fumador.

Advise: Aconseja sobre el beneficio de dejar de fumar de un modo personalizado y apropiado

Assess: Evalúa la motivación (utilizando el modelo de etapas de cambio)

Assist: Ayuda en el proceso

Arrange: Acuerda un seguimiento

Modelo de las 5 Aes para el tratamiento del tabaquismo[13]

Preguntar por el hábito tabáquico. **Averigüe**	Identificar y documentar el hábito tabáquico en todos los pacientes y en todas las visitas. (Estrategia A1)
Dar consejo para el abandono. **Asesore**	De una manera clara, contundente y personalizada, instar a todos los fumadores a que lo abandonen. (Estrategia A2)
Valorar la motivación para hacer un intento. **Aprecie**	¿Está el fumador motivado para hacer un intento de abandono en este momento? (Estrategia A3)
Ayudar en el intento de abandono. **Ayude**	A los pacientes motivados para hacer un intento se les debe ofrecer incluirlos en el programa de deshabituación tabáquica de CLM. (Estrategia A4).

[13] Guía de tratamiento del tabaquismo.US Public Health Service.Barcelona: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica; 2010.

Programar el seguimiento **Arregle**	En el caso de los pacientes motivados se deben programar contactos para el seguimiento, comenzando en la primera semana después del día del abandono (Estrategia A5) En los pacientes no preparados para hacer un intento de abandono en este momento, se debe abordar en la siguiente visita de seguimiento el consumo de tabaco y el deseo de abandonarlo.

A continuación de desarrolla cada estrategia en tipo de intervención, acción y actividades

Estrategia A1 Averiguar: Identificar sistemáticamente a todos los consumidores de tabaco

INTERVENCIÓN	ACCIÓN	ACTIVIDADES
INTERVENCIÓN BÁSICA	Despistaje del hábito tabáquico, anualmente, a toda persona > 14 años que acuda a consulta asistencial	• Consumo de tabaco: si/no • En caso afirmativo: nº cigarrillos/día • Edad de inicio en caso afirmativo

Estrategia A.2 *Asesorar*: Animar firmemente a todos los consumidores a que dejen el tabaco

INTERVENCIÓN	ACCIÓN	ACTIVIDADES
INTERVENCIÓN BÁSICA	Asesorar de manera clara, firme y personalizada, asociando el consumo de tabaco con los síntomas y problemas de salud actuales, y/o costes social y económico, y/o el efecto sobre la salud de los niños y de otros familiares	• Informar sobre los riesgos para la salud • Informar sobre las ventajas de NO fumar • Informar sobre la existencia del programa de deshabituación tabáquica: " Es importante que deje de fumar, y yo puedo ayudarle"

Estrategia A3 *Apreciar*: Determinar el grado de motivación para hacer un intento de abandono

INTERVENCIÓN	ACCIÓN	ACTIVIDADES
INTERVENCIÓN BÁSICA	Valorar en todas las personas fumadoras el grado de motivación para hacer un intento de abandono antes de 6 meses	• Determinar el grado de motivación de la persona fumadora para dejar de fumar • **Si está motivado** se le ha de felicitar por su decisión, explicándole brevemente en qué consiste el programa de apoyo individual para dejar de fumar con ayuda o no, farmacológica

		• Si no está motivado en dejar antes de 6 meses, se le entregará documentación informativa sobre el programa y se le invitará a que reflexione sobre su decisión en base al asesoramiento realizado. Dejando claro, que cuando se encuentre preparado y motivado para dejar de fumar, puede demandar ayuda a través de cita con el personal sanitario del centro de salud.

Estrategia A4. *Ayudar*. Ayudar al paciente a dejar el tabaco (apoyo motivacional con o sin medicación)

INTERVENCIÓN	ACCIÓN	ACTIVIDADES
INTERVENCIÓN AVANZADA	• Ayudar al paciente con un plan para dejar de fumar • Informar sobre las opciones terapéuticas.	• 1ª Consulta física: “Preparación al cese” • 1º Consulta telefónica: “El día del cese” • Preparación para el abandono • Acordar con el paciente la opción terapéutica. • Recordar y reforzar la decisión.

	• Dar consejos prácticos (empoderamiento del paciente en su proceso de deshabituación a través de la información y formación en habilidades) • Facilitar apoyo sanitaria en todo el proceso	• Recordar las ventajas y pautas básicas para controlar el síndrome de abstinencia • Identificar dificultades y estrategias de afrontamiento que el paciente está utilizando • Identificar cumplimiento de régimen farmacológico (en caso de utilizarse) y efectos adversos. • Control del síndrome de abstinencia • Entregar materiales de autoayuda • Facilite apoyo con frases: “ El equipo estamos dispuesto a ayudarle en cualquier momento, sólo tiene que demandar un consulta asistencial cuando lo crea necesario, independientemente de las programadas”

Estrategia A5 *Arreglar:* Organizar el contacto de seguimiento

INTERVENCIÓN	ACCIÓN	ACTIVIDADES
INTERVENCIÓN AVANZADA	Programar el contacto para el seguimiento, bien sea en consulta física o telefónica.	• 2ª Consulta física: "Ya no fumo" • 2ª Consulta telefónica: A las 6 semanas de iniciar el tratamiento individual de deshabituación tabáquica" • 3ª Consulta física: "Me mantengo sin fumar" • 3ª Consulta telefónica: A los 4 meses de iniciar el programa • 4ª Consulta telefónica: A los 6 meses de iniciar el programa • 5ª Consulta telefónica o presencial: A los 12 meses de iniciar el programa

Diagrama etapas de cambio-intervención-estrategia

8. MEDICAMENTOS FINANCIADOS[14] PARA LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

CN	NOMBRE	PRINCIPIO ACTIVO
656184	CHAMPIX 0,5 MG 56 COMPRIMIDOS REC PELICULA	VARENICLINA[15]
697866	CHAMPIX 1 MG 56 COMPRIMIDOS REC PELICULA	
697864	CHAMPIX 0,5 MG Y 1 MG COMPRIMIDOS REC PELICULA 11X0,5 MG + 14X1MG + 28X1MG	

CN	NOMBRE	PRINCIPIO ACTIVO
893875	ZYNTABAC 150 MG 30 COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA	BUPROPION[16]
893891	ZYNTABAC 150 MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA	

[14] **Fuente:** *Suplemento del Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. Subdirección General de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Madrid, 23 de diciembre de 2019*

[15] https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/06360001/FT_06360001.pdf

[16] https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/63265/FT_63265.html

9. CONDICIONES DE FINANCIACIÓN[17]

VARENICLINA
CONDICIONES INDISPENSABLES PARA LA FINANCIACIÓN
El paciente **DEBE** de estar **incluido en el programa de deshabituación tabáquica de CLM**.
El paciente TIENE **MOTIVACIÓN EXPRESA DE DEJAR DE FUMAR**, **que se pueda constatar con un intento de dejar de fumar en el último año.**
El paciente **FUMA ≥ 10 CIGARRILLOS DÍA**
El paciente HA DE TENER UNA **ALTO NIVEL DE DEPENDENCIA**. CALIFICADO POR EL **TEST DE FAGERSTROM ≥ 7**
OBSERVACIONES DE OBLIGADO CUMPLIMIENTO PARA LA RECETA ELECTRÓNICA
SÓLO se financiará **UN INTENTO ANUAL POR PACIENTE**
CADA receta electrónica se REALIZARÁ POR **UN ENVASE**. **DEBIENDOSE VALORAR LA EVOLUCIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO** dentro del programa de deshabituación tabáquica de CLM
El tratamiento será como **MÁXIMO HASTA LAS 12 SEMANAS**
La **dispensación** de este medicamento se realizará por el sistema de **RECETA ELECTRÓNICA** .

[17] **Fuente:** *Suplemento del Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. Subdirección General de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Madrid, 23 de diciembre de 2019*

BUPROPION
CONDICIONES INDISPENSABLES PARA LA FINANCIACIÓN
El paciente **DEBE** de estar **incluido en el programa de deshabituación tabáquica de CLM**.
El paciente **TIENE MOTIVACIÓN EXPRESA DE DEJAR DE FUMAR, que se pueda constatar con un intento de dejar de fumar en el último año**.
El paciente **FUMA ≥ 10 CIGARRILLOS DÍA**
El paciente HA DE TENER UNA **ALTO NIVEL DE DEPENDENCIA.CALIFICADO POR EL TEST DE FAGERSTROM ≥ 7**
OBSERVACIONES DE OBLIGADO CUMPLIMIENTO PARA LA RECETA ELECTRÓNICA
SÓLO se financiará **UN INTENTO ANUAL POR PACIENTE**
CADA receta electrónica se REALIZARÁ POR **UN ENVASE**. **DEBIENDOSE VALORAR LA EVOLUCIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO** dentro del programa de deshabituación tabáquica de CLM
Los pacientes **DEBERAN** ser tratados durante **7-9 semanas. EL TRATAMIENTO DEBERÁ SER INTERRUMPIDO SI NO SE OBSERVA EFECTO ALGUNO A LAS SIETE SEMANAS**
La **dispensación** de este medicamento se realizará por el sistema de **RECETA ELECTRÓNICA**

12. APORTACION DEL PACIENTE SEGÚN CÓDIGO TSI[18]

	BUPROPIÓN	VARENICLINA
Presentación (PVP financiado)	150 mg; 30 compr (16,25€) 150 mg; 60 compr (32,5€)	0,5 mg; 56 comp (104,62€) 0,5 mg; 11 compr/1mg; 42 compr (96,87€) 1 mg; 56 compr (100,75€)
Coste tratamiento/ paciente (PVP financiado)	65€	298,37€
Aportación paciente		
TSI 001--> 0%	0€	0€
TSI 002--> 10%	6,5€	29,837€
TSI 003--> 40%	26€	119,35€
TSI 004--> 50%	32,5€	149,19€
TSI 005--> 60%	39€	179,02€

[18] Fuente: Nomenclator Sescam a fecha de 28 Enero 2020

GUÍA CLÍNICA DE REFERENCIA

La presente vía clínica ha tomado como referencia la Guía NICE británica,actualizada en 2018[19].

Esta guía cubre las intervenciones y servicios para dejar de fumar que se brindan en la atención primaria y en entornos comunitarios para todas las personas mayores de 12 años (**para la vía clínica de deshabituación tabáquica de CLM será mayores de 14 años**). Su objetivo **es garantizar que todas las personas que fuman sean aconsejadas y alentadas a dejar de fumar y recibir el apoyo que necesitan**. Enfatiza la importancia de apuntar a grupos vulnerables que encuentran difícil dejar de fumar o que fuman mucho.

Esta guía incluye recomendaciones sobre:

- ✓ Asesorar y proporcionar intervenciones y servicios para dejar de fumar
- ✓ Monitorizar de servicios para dejar de fumar
- ✓ Intervenciones basadas en evidencia para dejar de fumar
- ✓ Interactuar con personas que fuman
- ✓ Personas que quieren dejar de fumar
- ✓ Personas que no están listas para dejar de fumar

[19] Disponible en https://www.nice.org.uk/guidance/ng92 .Acceso diciembre 2019. ISBN: 978-1-4731-2873-6

- ✓ Líneas telefónicas para dejar de fumar
- ✓ Educación y entrenamiento
- ✓ Campañas para promover el conocimiento de los servicios locales para dejar de fumar
- ✓ Instituciones cerradas
- ✓ Empleadores

11.1 INTERVENCIONES PARA AYUDAR A DEJAR DE FUMAR: APOYO CONDUCTUAL Y FARMACOTERAPIA[20] (*según las evidencias de la guía NICE*)

- **Apoyo conductual: individual o grupal**

Hay pruebas sólidas de 7 revisiones sistemáticas[21] para sugerir que el apoyo conductual (ya sea individual o grupal) **es efectivo para aumentar el abandono.** Las revisiones incluyeron diferentes tipos de intervención: diseño basado en etapas, asesoramiento conductual individual, entrevistas motivacionales y terapia de comportamiento grupal.

[20] https://www.nice.org.uk/guidance/ng92/evidence/b-interventions-to-aid-smoking-cessation-behavioural-support-and-pharmacotherapy-pdf-4788920847

[21](13 ensayos, RR de 1,24 [IC del 95%: 1,08 a 1,42]), (27 ensayos, RR 1,57 [IC del 95%: 1,40 a 1.77]), (28 ensayos, RR 1.26 [IC 95% 1.16 a 1.36]), (28 ensayos, RR 1.26, [IC 95% 1.17 a 1.36]), (12 ensayos, RR de 1.60 [IC 95% 1.28 a 2.01]), (13 ensayos, RR 1.88 [IC 95% 1.52 a 2.33]), (15 ensayos, RR 1.37, IC 95% 1.20 a 1.56]).

- **Tipo de soporte conductual**

Hay pruebas sólidas de que la efectividad puede variar según la persona que realiza la intervención.

En las revisiones centradas en el asesoramiento proporcionado por enfermeras (28 ensayos, RR 1.26, [IC 95% 1.17 a 1.36]) y médicos (15 ensayos, RR 1.37, [IC 95% 1.20 a 1.56]) **hubo fuerte evidencia de que las intervenciones fueron efectivas.**

- **Farmacoterapia con apoyo motivacional**

Hay 3 pruebas sólidas de 3 revisiones de que las intervenciones que combinan farmacoterapia y apoyo conductual[22] **son efectivos para dejar de fumar**.

11.2 CONCLUSIONES DEL COMITÉ EXPERTO EN BASE A LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

- La **tasa de abandono era el resultado más importante ya** que era un proxy confiable para todos los beneficios acumulados después de que un fumador deja de fumar. Esto incluye la reducción del riesgo de enfermedades relacionadas con el tabaco y la morbilidad y mortalidad asociado con estos. Para las personas con enfermedades relacionadas con el tabaco hay un aumento beneficio en términos de una mayor reducción del riesgo, disminución de los síntomas, menos hospitalización admisiones etc. Para las personas con otras afecciones médicas, dejar de fumar puede reducir el riesgo de las complicaciones asociadas con esas afecciones aumentando la efectividad de los tratamientos que están recibiendo (VIH), y reducir los retrasos en la recuperación después de la cirugía.

[22] (apoyo individual: 18 ensayos, RR 1,32 [IC del 95%: 1,18 a 1,49]; grupo de apoyo: 20 ensayos, RR 1.57 [IC 95% 1.40 a 1.76]), (40 ensayos, RR 1.82 [IC 95% 1.66 a 2.00])

- Desde el punto de vista de la **salud de la población**, el comité señaló que uno de los mayores factores de riesgos para comenzar a fumar es tener un padre que fuma, por lo que cualquier aumento de las tasas en una generación tendrán un beneficio directo en términos de reducir aún más la cantidad de personas que comienzan a fumar en la próxima generación.
- Hay un beneficio adicional sobre reducir la exposición al humo.
- La calidad de la **evidencia** revisada para las intervenciones para dejar de fumar como **moderado - alto**.
- En relación a los términos **beneficios y daños,** las revisiones de evidencia **mostraron un claro beneficio en términos de tasas de abandono crecientes, para cada una de las recomendaciones**
- El comité acordó que siempre debe alentarse dejar de fumar.
- El comité señaló que los prescriptores tienen el deber de proporcionar información sobre la farmacoterapia que están prescribiendo
- Las características de vareniclina y bupropión son específicas en cómo deberían ser utilizadas (1 a 2 semanas antes de la fecha de abandono acordada), monitorizando a través de un seguimiento en qué circunstancias deben repetirse las recetas.
- El comité subrayó la importancia de tener en cuenta las preferencias personales sobre los métodos a utilizar para dejar de fumar, así como de disponer de servicios de deshabituación tabáquica donde se combine apoyo conductual (individual o grupal) en combinación de farmacoterapia, pudiendo ser ésta la mejor opción antes de acordar el enfoque a seguir con el fumador.

12. VÍA CLÍNICA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN CASTILLA LA MANCHA

12.1 INTERVENCIÓN BÁSICA. DESPISTAJE TABACO

El personal sanitario (medicina y enfermería) debe preguntar si consume tabaco a la totalidad de pacientes que tengan más de 14 años de edad y a lo largo de toda la vida, anualmente.

En esta intervención básica se debe registrar en Turriano / Mambrino XXI la información correspondiente (*Ver Anexo 16. Turriano. Ítems de registro de intervención en tabaquismo. Anexo 17. Mambrino XXI. Ítems de registro de intervención en tabaquismo.*)

- En caso de que no fume, refuerce su conducta y señale la importancia de mantener ese comportamiento. Después debe preguntarle si ha fumado alguna vez y ha abandonado el consumo. Si ha sido este el caso, debe:
  - Reforzarle, subrayando la importancia que tiene mantenerse abstinente
  - Peguntarle por las dificultades a que se enfrenta para mantener la abstinencia. Entre ellas son comunes:
    - Presencia de personas fumadoras en su entorno inmediato
    - Ganancia de peso. En este caso, puede entregarle copia del documento “Recomendaciones dietéticas” incluido como Anexo 9 (De Higes y Perera, 2015).
- En caso de que fume, se registrará la duración e intensidad del consumo
  - A qué edad empezó a fumar
  - Cuánto fuma actualmente (cigarrillos/día). Indicar si es:

    Esporádicamente (menos de 1 cigarrillo/ día)

Diariamente. Indique cuántos cigarrillos/día _____

(En caso de que fume pipas, puros u otras labores de tabaco, indique una equivalencia aproximada en cigarrillos)

A continuación, se recomienda asesorar a la persona que fuma acerca de:

- Riesgos que asume en función de su consumo de tabaco.
- Beneficios que obtendría si dejase de fumar (Puede entregar copia del Anexo 12 “Beneficios de dejar de fumar”)

Pregúntele si estaría dispuesto a dejar de fumar. Posibles respuestas:

a) Sí, me gustaría dejarlo en el próximo mes o cuanto antes.
b) Sí, pero no me veo capaz de hacerlo ahora. Pregunte ¿En los próximos 6 meses?
c) No, no creo que sea capaz de hacerlo.

En caso de que responda b (No ahora, quizá en los próximos 6 meses) o c (No ahora):

- Reitere los riesgos para su salud que asume y entregue un ejemplar del folleto “¿No quiere dejar de fumar?” (Anexo 1)

En caso de que responda a (En el próximo mes o cuanto antes)

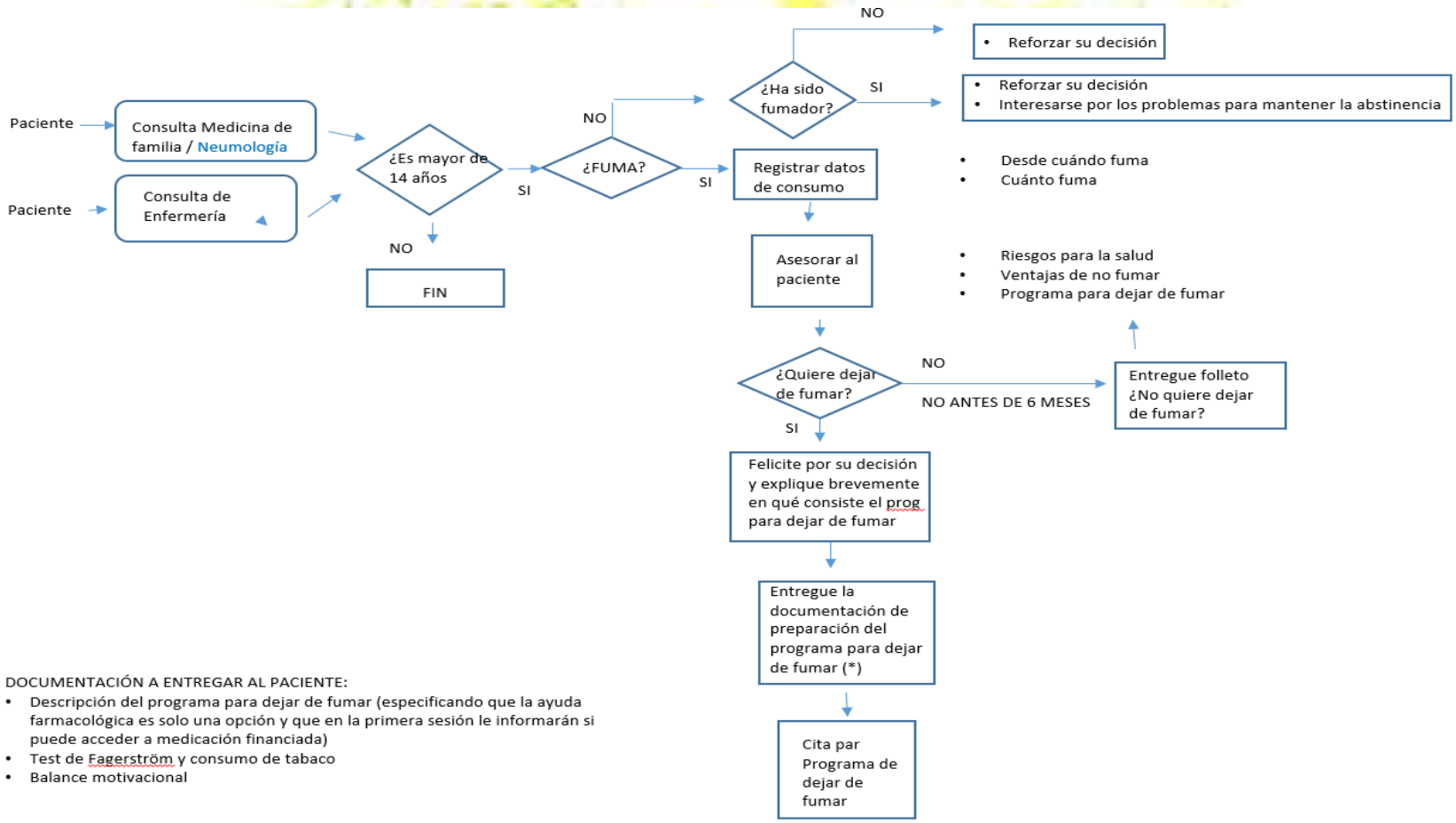
- Felicítele por su decisión y explíquele brevemente el programa para dejar fumar y anímele a implicarse en él. Indíquele:
  - Que dejar de fumar requiere esfuerzo, pero que puede conseguirlo.
  - Que el personal sanitario le apoyará y facilitará en lo posible.
  - Que hay herramientas y fármacos que pueden facilitar su objetivo. Cuando empiece el programa se determinará si es conveniente la ayuda farmacológica y si puede acceder a la medicación financiada.
  - Que requiere compromiso por su parte para seguir el programa, pero que la mejora de su salud hace que el esfuerzo merezca la pena.

- Entregue a su paciente los siguientes documentos para que los lea detenidamente y cumplimente aquellos que lo requieren (deberá aportarlos en la primera sesión del programa para dejar de fumar):
  - Descripción del programa para dejar de fumar (Anexo 2).
  - Test de Fagerström y consumo de tabaco (Anexo 3)
  - Balance motivacional (Anexo 4).

- Pídale que lea la documentación, que conteste a las preguntas incluidas en los documentos entregados y que lleve los documentos cumplimentados a la primera sesión para dejar de fumar.

- Pregúntele la fecha aproximada en que dejaría de fumar (día D), indicando que no es definitiva y que más adelante podrá concretar esta fecha en la consulta del programa para dejar de fumar.

Gestione una cita con la persona encargada del Programa para dejar de fumar (intervención avanzada) al menos dos semanas antes del “día D”.



DOCUMENTACIÓN A ENTREGAR AL PACIENTE:

- Descripción del programa para dejar de fumar (especificando que la ayuda farmacológica es solo una opción y que en la primera sesión le informarán si puede acceder a medicación financiada)
- Test de Fagerström y consumo de tabaco
- Balance motivacional

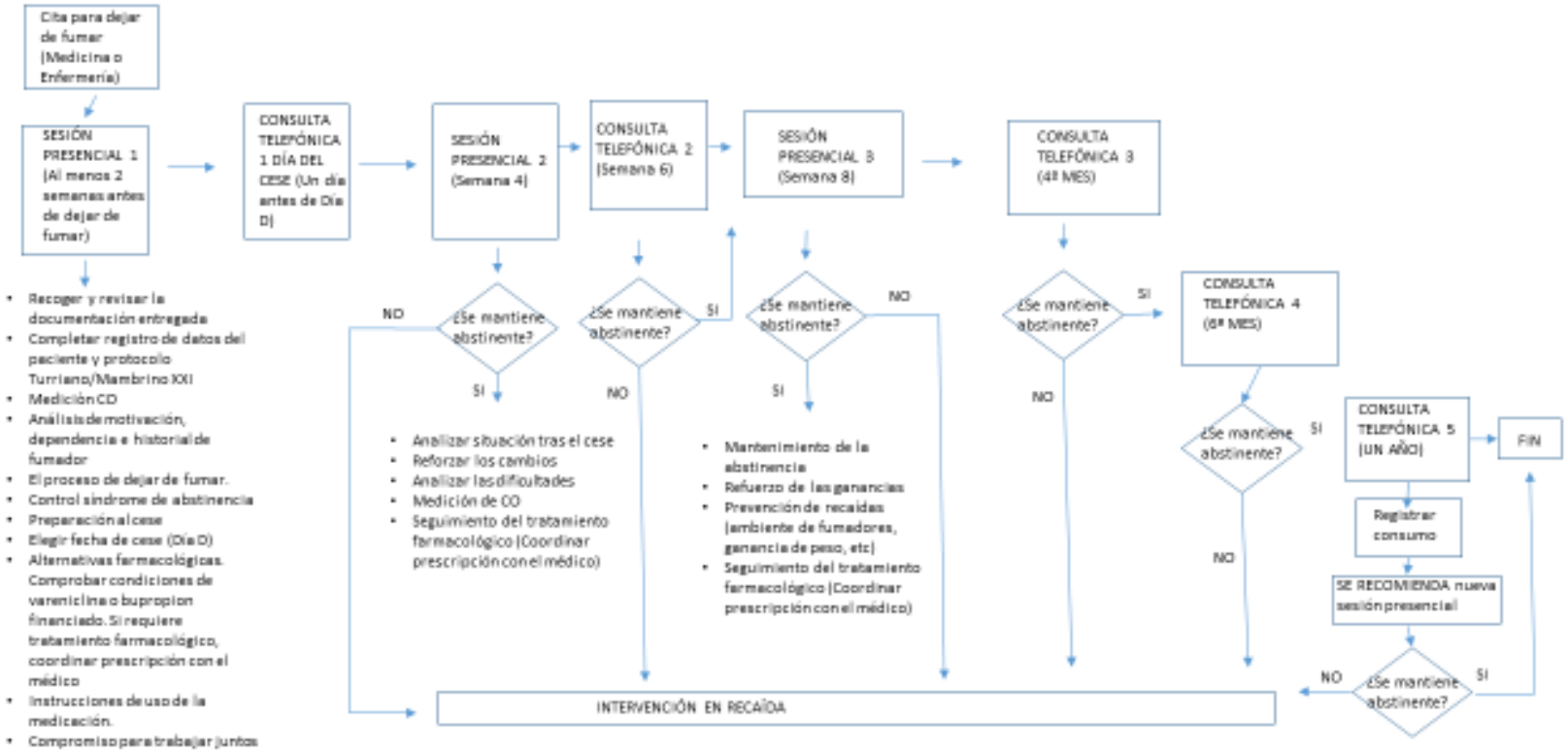
12.2 INTERVENCIÓN AVANZADA.PROGRAMA PARA DEJAR DE FUMAR (Apoyo psicosocial)

El programa para dejar de fumar tiene por objeto ofrecer a pacientes apoyo psicosocial, que puede acompañarse o no de apoyo farmacológico, para ayudarles a abandonar el consumo de tabaco.

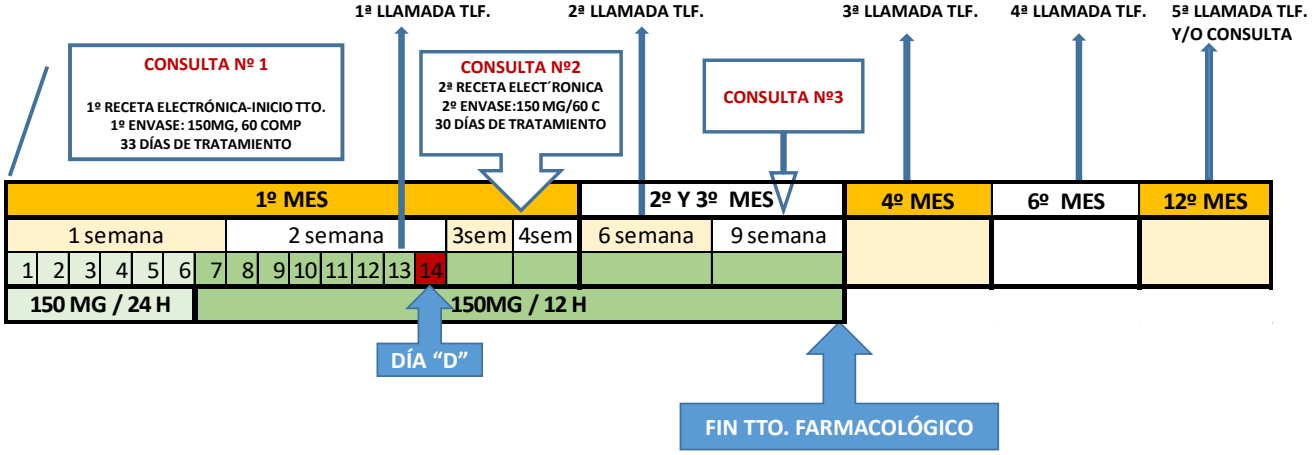
Se propone un diseño orientativo de consultas basado en el documento “Ayuda a dejar de fumar. Propuesta de intervención educativa individual” desarrollado por la Comunidad Foral Navarra (Sección de Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, 2018), cuyo programa ha sido evaluado con resultados muy positivos. Concretamente, un 35 % de las personas participantes en el programa refirieron haber dejado y haberse mantenido sin fumar al año de abandono. Además, la tasa de abandono al año fue ocho puntos porcentuales superior en las personas que declararon recibir apoyo educativo (40,3 %) frente a quienes no lo recibieron (32,4 %) (Egüés, Delfrade, Domínguez et al., 2019)

La intervención está constituida por tres sesiones presenciales (preparación al cese, cese y mantenimiento del cese), de unos 20-30 minutos de duración cada una, y varios contactos telefónicos. Puede ser necesario incluir alguna propuesta de actividad complementaria (cursos de relajación, yoga, paseos, gimnasia…). Algunas personas necesitan un apoyo educativo más largo.

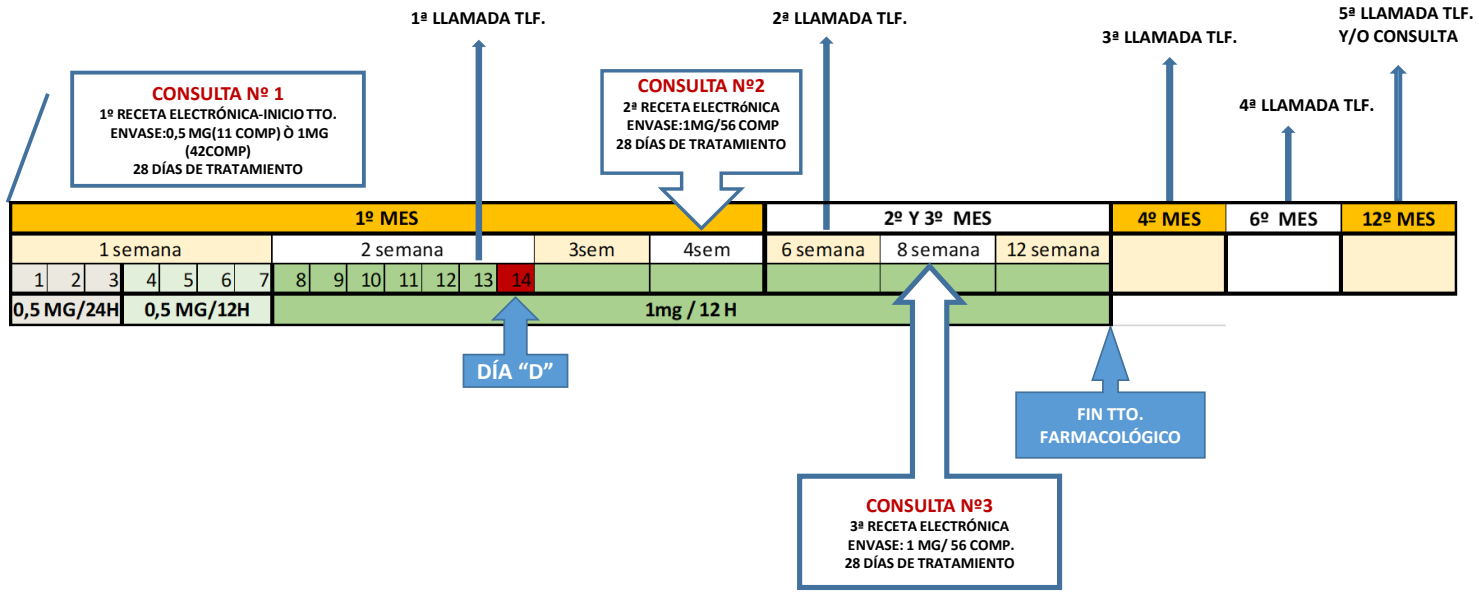
PROGRAMA PARA DEJAR DE FUMAR vs 4



VÍA CLÍNICA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA CON APOYO FARMACOLÓGICO: BUPROPION



VÍA CLÍNICA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA CON APOYO FARMACOLÓGICO: VARENICLINA



INTERVENCIÓN AVANAZADA ESTRUCTURA BÁSICA	
1ª CONSULTA PRESENCIAL. Preparación al cese (Antes de dejar de fumar)	• Registro de los datos del paciente (protocolo de Turriano / Mambrino XXI) • Motivación para dejar de fumar • Mi situación respecto al tabaco • Consumo de tabaco • El proceso de dejar de fumar. El síndrome de abstinencia y su control • Alternativas para dejarlo • Test de dependencia a la nicotina de Fagerström • Escala de motivación • Plan de abandono. Elección de la fecha. • Medición de CO • Valoración de la conveniencia del tratamiento farmacológico:

	- En caso de que sea vareniclina o bupropión, verificar que el cumplimiento de las condiciones para la financiación. - En caso de que no se cumplan las condiciones o de que se aconseje otro fármaco, explicar los costes del tratamiento y que será pagado íntegramente por el/la paciente. • Si está de acuerdo en las condiciones del tratamiento, fijar fecha para el abandono del tabaco. • Fijar la fecha para el inicio de la medicación, en caso de que ésta se utilice - Vereniclina o bupropión: Dos semanas antes del día D • Compromiso para trabajar juntos
1ª CONSULTA TELEFÓNICA (el día del cese)	• Recordar y reforzar decisión. • Recordar las ventajas y pautas básicas para controlar el síndrome de abstinencia • Identificar dificultades y estrategias de afrontamiento que la persona está utilizando • Cumplimiento de la medicación y efectos adversos.

2ª CONSULTA PRESENCIAL **Ya no fumo** (4ª semana)	• Análisis de la situación tras el abandono. • El organismo sin tabaco. • Control del síndrome de abstinencia • Medición de CO • Control de la medicación, si tiene apoyo farmacológico (prescripción de nuevos envases). Cumplimiento de la medicación y efectos adversos. • Identificar dificultades y estrategias de afrontamiento que la persona está utilizando
2ª CONSULTA TELEFÓNICA (6ª semana)	• Averiguar si mantiene la abstinencia (y registrarlo) • Apoyar y reforzar la decisión. • Recordar las ventajas y pautas básicas para controlar el síndrome de abstinencia • Identificar dificultades y estrategias de afrontamiento que la persona está utilizando • Cumplimiento de la medicación y efectos adversos.

3ª CONSULTA PRESENCIAL Me mantengo sin fumar (8ª semana)	• Análisis de la situación actual. • Reforzar las ganancias y compensar las pérdidas. • Recursos y habilidades para mantenerse sin fumar. • Prevención de recaídas • Control de la medicación, si tiene apoyo farmacológico (prescripción de nuevos envases si es necesario). Cumplimiento de la medicación y efectos adversos. • Identificar dificultades y estrategias de afrontamiento que la persona está utilizando
3ª CONSULTA TELEFÓNICA (a los 4 meses de iniciar el programa)	• Averiguar si mantiene la abstinencia (y registrarlo) • Recordar y reforzar decisión. • Recordar las ventajas y pautas básicas para mantener la abstinencia • Identificar dificultades y estrategias de afrontamiento que la persona está utilizando • Cumplimiento de la medicación y efectos adversos.

4ª CONSULTA TELEFÓNICA A los seis meses de iniciar el programa	• Averiguar si mantiene la abstinencia (y registrarlo) • Recordar y reforzar decisión. • Recordar las ventajas y pautas básicas para mantener la abstinencia • Identificar dificultades y estrategias de afrontamiento que la persona está utilizando
5ª CONSULTA TELEFÓNICA O 4ª CONSULTA FÍSICA (según acuerdo entre profesional y paciente) Al año de iniciar el programa	• Averiguar si mantiene la abstinencia (y registrarlo) • Recordar y reforzar decisión. • Recordar las ventajas y pautas básicas para mantener la abstinencia • Identificar dificultades y estrategias de afrontamiento que la persona está utilizando

12.3 DESARROLLO DE LAS SESIONES. INTERVENCION AVANZADA

❖ SESIÓN 1. "HE DECIDIDO DEJAR DE FUMAR"

Fecha: Antes de dejar de fumar

A lo largo del desarrollo de esta sesión, debe registrarse la información correspondiente en Turriano / Mambrino XXI (ver Anexos 16-17)

Esta sesión tiene por objeto clarificar y reforzar la motivación del paciente para dejar de fumar (analizar motivos para fumar y para dejar de fumar, la información de que dispone respeto al tabaco y sus efectos, los beneficios de dejar de fumar, el síndrome de abstinencia y la búsqueda de sus propias alternativas para hacerlo). Termina con la elaboración de un plan, la elección de la fecha para dejar de fumar (día D) y la medición de coximetría**. La medición del anhídrido carbónico en aire exhalado desciende al dejar de fumar y medirlo antes y después del cese tiene un efecto reforzador.**

En base a la valoración del paciente realizada durante esta sesión y de acuerdo con el profesional sanitario, se establecerá la necesidad de utilizar apoyo farmacológico. Tratamientos farmacológicos: Posología, duración y prescripción. En el momento actual, sólo es posible recetar vía electrónica, vareniclina o bupropión. En caso de que se proponga terapia sustitutiva con nicotina deberá advertirse al paciente de su coste y de su no financiación.

Además, debe tenerse en cuenta que sólo es posible prescribir un tratamiento financiado (vereniclina o bupropion) si se dan seis condiciones:

1) Que el paciente tenga motivación expresa para dejar de fumar que se pueda constatar con un intento de dejar de fumar en el último año.
2) Que conste que han transcurrido más de 12 meses desde la última prescripción de vareniclina o bupropion financiado.

3) Que fume 10 cigarrillos diarios o más.
4) Que haya obtenido una puntuación igual o mayor a 7 en el Test de Fagerström.
5) Que respeten las contraindicaciones y precauciones establecidas para el tratamiento con vareniclina o bupropion.
6) Que la persona esté dispuesta a seguir el programa para dejar de fumar.

En caso de que no se cumpla alguna de las condiciones anteriores, y puesto que la persona fumadora ha mostrado ya su disposición para dejar de fumar, infórmele de:

- La conveniencia de seguir adelante con el Programa para dejar de fumar, reforzando su decisión.
- Del coste de las alternativas farmacológicas y de que tendrá que asumir la totalidad del coste.

Debe tenerse muy en cuenta que, si se utiliza vareniclina o bupropión, la recomendación es iniciar el tratamiento mientras se fuma y fijar una fecha de cese en la segunda semana. En este caso debe darle instrucciones precisas.

Es conveniente que todas las sesiones presenciales (y los contactos telefónicos si el paciente lo plantea) se trate la posibilidad de un aumento de peso asociado a la cesación del consumo de tabaco, especialmente si muestra su preocupación al respecto. Puede entregar una copia del documento “Recomendaciones dietéticas” (Anexo 9)

Al respecto, Tonstad (2009) presenta los resultados de dos ensayos clínicos diseñados de forma idéntica, en los cuales el aumento de peso entre participantes que completaron el periodo de tratamiento y no fumaron entre las semanas 9 y 12 fue de 2 a 3 kg en participantes tratados con vareniclina, de aproximadamente 2 kg en participantes tratados con bupropión y de aproximadamente 3 kg en los tratados con placebo. Ninguno de los dos estudios incluía entre sus recomendaciones un cambio de dieta o un aumento de la actividad física para evitar el pequeño aumento de peso, aspectos que se deben tener en cuenta en la clínica habitual y que deben formar parte del tratamiento multicomponente. En la práctica clínica habitual, estas recomendaciones pueden hacerse de acuerdo con la experiencia y el criterio del personal sanitario.

Desarrollo de la sesión

La persona ha decidido dejar de fumar y poner los medios para ello pero el grado de consolidación de esta decisión puede ser variable. Esta primera sesión pretende facilitar que la persona incremente sus motivaciones, consolide su decisión de dejar de fumar, se prepare y ponga una fecha próxima para el cese (se suele plantear entre la primera y segunda consulta).

Debe tenerse en cuenta que, en caso de que se utilice apoyo farmacológico, la programación de las consultas debe adecuarse a la duración de los envases.

Recepción.

Es importante:

- Recibir a la persona, presentándose si no se conocen *"Hola, pasa, pasa. Tú eres Pablo ¿verdad?" "Soy Carmen, tu enfermera, trabajo con Ana, tu médica, que ya me ha comentado que ibas a venir porque quieres prepararte para dejar de fumar, ¿sí?".*
- Utilice expresiones verbales y no verbales de acogida: *"Bienvenido", " Buenos días,¿ cómo estás?", "Me alegro de que haya venido"*

- Propuesta de trabajo. *"Aunque iremos viendo, yo te propongo hacer tres consultas presenciales y 5 telefónicas a lo largo de 12 meses, todas ellas coincidentes con momentos clave. La primera la haremos hoy y la segunda podemos fijarla dentro de 4 semanas, según el plan de trabajo que fijemos hoy.*

  Hoy nos centraremos en analizar cómo estás y en prepararte para dejarlo. Las próximas consultas las dedicaremos a ver cómo estás después de dejarlo y a consolidar el cese. ¿Te parece? ¿Lo hacemos así?" "Yo me comprometo a ayudarte y tú a intentar dejar de fumar firmemente ¿estás de acuerdo?" "Si no puedes venir a la consulta te ruego que avises, y analizamos posibles soluciones que interfieran lo menos posible en tu proceso de cese de hábito tabáquico".
- Recoger la documentación que se entregó al paciente en la intervención básica y que debe aportar en esta consulta debidamente completada:
  - Test de Fagerström y consumo de tabaco (Anexo 3)
  - Balance motivacional (Anexo 4)

  En caso de que no aporte alguno de estos instrumentos, se cumplimentarán en esta sesión.

<u>Análisis de "Mi situación respecto al tabaco"</u>

- Se trata fundamentalmente de que la persona exprese y sea más consciente de su situación respecto del tabaco, para que pueda abordarla mejor. Se le propone hablar primero de sus vivencias y experiencias positivas y negativas respecto al fumar y pasar luego al dejar de fumar.

  Algunos ejemplos de preguntas abiertas: *"¿Qué opinas sobre el hábito de fumar?, ¿qué te aporta fumar?, ¿qué problemas te crea?"* y cerradas *"¿Cuántos cigarrillos fumas?"*

Se le escucha y se le devuelve lo que se ha entendido, tanto lo que dice como los sentimientos que le acompañan. *"De lo que dices, entiendo que estás decidido a dejar de fumar y que tienes numerosas razones para ello, aunque te da un poco de miedo el proceso ¿es así?"*

- Recoja información sobre intentos previos de dejar de fumar (número de intentos, motivos de recaída, cuánto tiempo estuvo sin fumar, si utilizó terapia farmacológica, si hubo efectos adversos, etc.)

- También se recomienda la aplicación del Test de Glover-Nilsson (Versión de 11 ítems) que se incluye como Anexo 7

  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).
  (*Ver Rábade et al, 2015*)

- Aplique la escala de motivación para dejar de fumar (Anexo 5)

- Complete los datos que no hayan sido ya recogidos (incluidos los relativos al consumo de tabaco) y complete el protocolo establecido en Turriano / Mambrino XXI.

El proceso de dejar de fumar. El síndrome de abstinencia y su control.

Se aporta información sobre los efectos y riesgos del fumar y los beneficios del dejar de fumar y el proceso de abandono.

Alternativas para dejarlo.

Se trata de que quien vaya a dejar de fumar desarrolle una actitud activa, identifique situaciones difíciles y posibles problemas con los que se puede encontrar y genere alternativas y busque soluciones que puedan serles útiles.

Puede utilizar para ello el documento que se incluye como Anexo 6.

Se le pregunta: "¿Qué dificultades piensas que puedes tener para dejar de fumar?" Se le resume y devuelve ordenado lo que dice: "De lo que dices entiendo que fundamentalmente te planteas dificultades por una parte relacionadas con tu vida laboral: planteas que el tabaco te calma las tensiones relacionadas con el trabajo y, por otra, con el ocio, asocias fumar a salir con tu gente ¿es así?"

Se focaliza en cada una de estas dificultades. "Si te parece hablemos un poco más del fumar asociado a tu vida laboral". "Te propongo que nos metamos ahora con el fumar y salir con tu gente"

Se le propone que vaya diciendo todo lo que se le ocurra para intentar vencer estas dificultades y se le devuelve un resumen de lo que dice. Después se le plantea que, de todo lo comentado, elija para cada situación una alternativa para poner en marcha, la que le parezca que le va mejor y tenga realmente probabilidades de ponerla en marcha.

Se le pide también que se plantee cómo controlar el síndrome de abstinencia. Puede entregar copia del Anexo 8.

Valoración de la indicación de apoyo farmacológico

Los medicamentos indicados para dejar de fumar son:

- Terapia sustitutiva con nicotina (TSN)
- Bupropion
- Vareniclina.

De ellos, solo la vareniclina y el bupropión están financiados (siempre que se cumplan las condiciones para ello citadas anteriormente). En caso de que se recete vareniclina o bupropión pero no se cumplan las condiciones para la financiación, o de que se elija TSN, deberá advertirse del coste aproximado y de que tendrá que hacer frente al mismo en su totalidad.
En caso de recetar bupropóon o vareniclina, debe tenerse en cuenta que el uso de estos medicamentos debe empezar una o dos semanas antes del día fijado para dejar de fumar.

Elección del día D

Se le plantea que elija qué día va a dejar de fumar, teniendo en cuenta sus circunstancias personales, familiares, laborales, etc. Aunque ya eligió un día aproximado durante la intervención básica, puede modificarse.

Para reforzar su decisión, aconséjele que envíe una comunicación a amistades y familiares haciéndoles partícipes de su decisión de dejar de fumar y pidiéndoles que le apoyen en este proceso. Puede entregarle copia del Anexo 10 en el que encontrará un ejemplo de comunicación por WhatsApp a amistades y familiares.

Medición de CO y otras pruebas

Realizar la medición de CO en aire espirado y explicar el resultado.

GRADO DE TABAQUISMO:
(*Rábade, Lama y Dablanca, 2015*)

	PAQUETES AÑO	CO (ppm)	Cotinina (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

Se recomienda también la realización de espirometría, puede ser un buen momento para hacer un despistaje de enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Compromiso para trabajar juntos

Para afianzar su compromiso y la adherencia al tratamiento, puede utilizarse un "Compromiso para trabajar juntos" (ver anexo 11)

Explíquele que se trata solo de poner por escrito su voluntad de acudir a las consultas y de hacer todo lo posible para seguir las indicaciones recibidas. Por su parte, quien le atiende a nivel profesional expresa también su compromiso de ayudarle.

Despedida

Para despedirle es conveniente que le dé una serie de consejos que le serán útiles para enfrentarse a la tarea que tiene por delante. Para ello puede darle una copia del documento que se incluye como Anexo 8 y que incluye:

- Consejos para preparar el día D
- Consejos generales y consejos para controlar el síndrome de abstinencia (Perera, Peiró y Vaquero, 2015, pág 49-50)

❖ SESIÓN 2. "YA NO FUMO"

Fecha: 4 semanas después de comenzar el programa .

La segunda sesión presencial tiene por objeto reforzar su motivación y darle pautas para mantener la abstinencia, analizando cómo se siente y los síntomas experimentados en el organismo una vez eliminado el tabaco.

Puede sentir una cierta euforia por haberlo dejado, hay quien no ha podido dejarlo del todo, a otras personas les desmotivan las pérdidas o las dificultades… Tras recoger y devolver los cambios y síntomas experimentados, es importante reforzar las mejoras que va comentando, asociar los síntomas que plantea con el síndrome de abstinencia y las dificultades planteadas en la consulta anterior, analizar las alternativas que ha puesto en marcha y evaluar con él o ella si necesita añadir o cambiar algo.

La medición de CO puede servir de refuerzo. Si está tomando medicación para deshabituación, se hace el seguimiento del fármaco. En caso de desliz o recaída, ver el apartado “Intervención en recaídas”.

Desarrollo de la sesión

Tras el abandono puede existir una cierta “euforia” y el discurso de la persona puede encontrarse saturado de ejemplos acerca de las mejoras físicas que se producen. Estas cumplen una función de “refuerzo de la voluntad” para mantenerse sin fumar. Pueden aparecer también sentimientos de pérdida.

Recepción y propuesta/Acuerdo de trabajo.

Se saluda “Hola, ¿qué tal estas? Me alegro de verte” Se le recuerda la consulta anterior y se acuerda el trabajo para esta.

La nueva situación.

Se le propone comentar cómo le ha ido su experiencia de dejar de fumar. Se utilizan preguntas *"¿Cómo te ha ido?, ¿has logrado dejar de fumar?" "¿Cómo te has sentido?" "¿Qué tal lo has llevado?" "¿Mejoras, ganancias…?" "¿Síntomas negativos, pérdidas...?"* Se le escucha y devuelve lo que se le ha entendido, incluidos los sentimientos que le acompañan: *"Si te entiendo bien dices que te ha costado pero que lo has conseguido y estás muy contenta. Enhorabuena", "Dices que te sientes mejor y estás alegre por haberlo conseguido y a la vez triste por no poder fumar ¿Es así?"*

El organismo sin tabaco.

Se recuerdan los beneficios del cese a corto y largo plazo. *"Efectivamente, como comentas, dejar de fumar da satisfacción y además si te parece, recordamos que tiene beneficios para tu salud ¿Recuerdas alguno de los que comentamos en la consulta anterior?" "Si te parece, te añado yo algunos…"* Se le puede proponer leer el documento incluido como Anexo 12 ("Beneficios de dejar de fumar").

Control del síndrome de abstinencia y del fármaco para dejar de fumar, si lo hubiera.

Se le pregunta qué síntomas ha notado al dejar la nicotina o se retoman los síntomas asociados al síndrome de abstinencia si es que ha comentado alguno al hablar de la nueva situación: *"¿Has notado algún síntoma al dejar la nicotina?" "Has comentado que te has sentido más irritable ¿verdad? No sé si te acuerdas que eso es debido al síndrome de abstinencia a la nicotina. Hablamos de que la nicotina crea adicción, que es una droga y que al dejarla el cuerpo reacciona así ¿te acuerdas? Si te parece te comento y repasamos los síntomas del síndrome de abstinencia:*

** Ansia de tabaco, ganas de fumar*

** Irritabilidad*

** Ansiedad*

** Intranquilidad*

** Dolor de cabeza*

** Dificultad de concentración*

** Alteraciones del sueño*

** Alteraciones gastrointestinales*

"¿Qué has hecho o qué podrías hacer para controlar estos síntomas" "¿Hay alguna cosa más que podrías hacer?". Se le ayuda a pensar en esas alternativas (se puede completar lo que haya dicho aportando más información sobre las medidas paliativas y la medicación) y se le ayuda a pensar en las alternativas: *"De todo lo comentado ¿Qué alternativas podrían resultarte más fáciles y cuales más difíciles?"* o proponerle focalizar en alternativas para una situación que le esté resultando especialmente difícil *¿Ya hablamos de las alternativas para abordar la dificultad de no fumar después de comer, quieres cambiar a añadir algo a lo que ya te habías propuesto? ¿Qué más podrías hacer para cuidarte y mantenerte sin fumar al salir del trabajo? ¿Qué personas podrían prestarte ayuda en estas situaciones? ¿Tendrías dificultades para conseguir la ayuda?*

Si no lo hizo en la sesión 1, puede entregarle una copia del documento incluido como Anexo 8 "Consejos para controlar el síndrome de abstinencia"

Se incide en que es importante que sea él/ella quien decida las alternativas para las situaciones difíciles, sabe qué es lo que mejor le puede servir. Se le plantea que en las dos primeras semanas después de dejar de fumar ocurren la mayoría de las recaídas y que es importante que mantenga la guardia.

Si está utilizando algún fármaco, se le pregunta cómo va con el fármaco que toma para dejar de fumar (si no ha comentado ya algo sobre él) y se le recuerda dosis. Si es necesario, se prescribe el siguiente envase del fármaco utilizado.

Según el tiempo disponible y si se ve que puede resultar útil, puede trabajarse la respiración y la relajación (Ver Anexo 13) y/u otras técnicas de control de estrés.

Medición de CO y otras pruebas.

Se puede realizar la medición de CO y reforzar los beneficios del cese al comprobar la disminución del nivel de CO.

- **SESIÓN 3. "ME MANTENGO SIN FUMAR"**

La tercera consulta presencial ("Me mantengo sin fumar") se centra en la consolidación del cese a corto plazo y en la prevención y control de las situaciones difíciles y las recaídas.
Se parte del repaso de cómo le ha ido desde la anterior consulta y conectando con lo que dice hacer un resumen de ganancias y pérdidas y profundizar un poco más sobre ellas y desarrollando alguna habilidad si se ve que puede ser útil: respiración, relajación, decir que no a acudir a una cena, dejar el café unos días.

Como en la sesión anterior, la medición de CO puede servir de refuerzo. Si está tomando medicación para deshabituación, se hace el seguimiento del fármaco. En caso de desliz o recaída, ver el apartado "Intervención en recaídas".

Desarrollo de la sesión

Se camina en un proceso de normalización "Ya no fumo" al que le suele seguir otro en el que se puede sentir más la pérdida, empezar a bajar la guardia, pueden aparecer "fantasías de control". Esta sesión se centra en el control de las situaciones más difíciles, la prevención de recaídas y las propias recaídas, si las hubiera. Es posible mantenerse sin fumar.

Recepción y propuesta/acuerdo de trabajo.

Se saluda y se presenta la propuesta de esta última consulta.

Situación actual.

Se le plantea comentar su situación sin tabaco.

Se utilizan preguntas y escucha activa. *¿Cómo te ha ido esta otra semana? ¿Te has mantenido?* Se le devuelve lo que le hemos entendido de cómo está, reforzando su esfuerzo y sus logros. *"Felicidades. Te entiendo que sigues sin fumar y estás firme ¿es así? Lo que estás consiguiendo es muy importante para tu salud"*. Si ha ocurrido alguna recaída, intentar que plantee qué ha aprendido de ella, ayudarle a controlar los sentimientos de fracaso, clarificar su posición respecto al cese y si se mantiene firme en su decisión de dejar, proponerle que modifique su plan de abandono de acuerdo a lo aprendido y que continúe con el proceso.

Reforzar las ganancias y compensar las pérdidas.

Se conecta con los logros que ha planteado o se le propone que recuerde y comente sus razones para dejarlo y se le devuelve lo que dice y que puede mantenerse sin fumar. Se le vuelve a informar de los beneficios para la salud. Después, si han aparecido sentimientos de pérdida se le propone hablar más de ellos y de cómo compensarlos.

Recursos y habilidades para mantenerse sin fumar. Prevención de recaídas.

En general se trata de desarrollar recursos y habilidades para mantenerse sin fumar y evitar recaídas. Si se ha detectado algún bloque concreto de necesidades puede centrarse en él. Partir siempre de los propios recursos, reforzarlos. Se puede trabajar sus recursos (sentimientos, valores, aficiones, personas…), las técnicas de control de estrés (la respiración y relajación…).

Como ya hemos comentado la mayoría de las recaídas ocurren en las dos primeras semanas después de dejar de fumar aunque todo el primer año es un periodo de recaídas. Se puede plantear la serie de señales de alerta que comúnmente le preceden y si se dan en su caso trabajarlas (se puede utilizar el material incluido como Anexo 14)

Control de medicación. Se le pregunta cómo va con la medicación y se le recuerda la pauta indicada.

Si es necesario, se prescribe el siguiente envase del fármaco utilizado.

Medición de CO y otras pruebas.

Se puede realizar la medición de CO y reforzar los beneficios del cese al comprobar la disminución del nivel de CO.

Evaluación y despedida.

Se le propone evaluar las consultas rellenando el Cuestionario que aparece como Anexo 15.

"Antes de despedirnos te propongo que comentemos un poco qué te han parecido estas consultas y si te han servido. Quizá esto ya no pueda ser muy útil para ti pero si para otras persona con las que lo trabaje. No te preocupe ser sincero/a"

"¿Te ha parecido apropiado los temas que hemos trabajo?" "¿Qué es lo que más te ha gustado?" "¿Algo a mejorar o cambiar?" Se le devuelve después algo de la propia evaluación *"Quiero que sepas que he estado muy a gusto trabajando contigo este tema. Pienso que te has esforzado y has trabajado y te encuentro preparado/a para mantenerte sin fumar. Te animo a que lo hagas"*

- **SEGUIMIENTO.**

El seguimiento de pacientes una vez terminadas las sesiones presenciales del programa para dejar de fumar, se realizará a través de llamadas telefónicas.

Se realizarán tres llamadas telefónicas:

- A los 4 meses de iniciar el programa
- A los 6 meses de iniciar el programa
- Al año de iniciar el programa

Durante estos contactos telefónicos:

- Se valorará su evolución en relación al consumo de tabaco.
- Se le preguntará por las dificultades que ha tenido y se valorarán posibles soluciones
- En caso de desliz importante o recaída, se valorará la posibilidad de concertar una nueva sesión presencial para reconducir el proceso (Ver intervención en recaídas)

❖ INTERVENCIÓN EN RECAÍDAS

La recaída es un evento frecuente en el proceso de dejar de fumar. La mayoría de las recaídas se producen en los tres primeros meses posteriores al abandono y muchos fumadores van a requerir varios intentos antes de alcanzar la abstinencia consolidada (*Quesada, Carreras y Sánchez, 2002*). Para trabajar la prevención de recaídas puede analizar con el/la paciente (y entregarle copia) el documento incluido como Anexo 14.

Según Hernández et al. (2009), muchas de las personas fumadoras que intentan dejar el tabaco no lo logran en su primer intento, ya que los porcentajes de éxito de la mayoría de los programas de cesación tabáquica oscilan entre un 15 y un 45%, según el método utilizado y el nivel de dependencia. La persona fumadora siempre está inmersa en un proceso que pasa por etapas o periodos. Las recaídas no son un fracaso, son parte del proceso. Durante el proceso de abandono del tabaco, la recaída es la norma más que la excepción. Un elevado porcentaje de personas fumadoras requieren de varios intentos serios para conseguir dejar el tabaco, pero se sabe que en los sucesivos intentos de abandono las probabilidades de éxito son cada vez mayores, siempre que éstos se realicen con la seriedad necesaria. Por tanto, un fracaso no debe jamás desmoralizar al terapeuta ni significar la renuncia a nuevos intentos.

Es preciso diferenciar el concepto de «recaída» del de «desliz». Mientras que en un desliz no abandona la fase de acción y puede presentar abstinencia puntual al final de un periodo de seguimiento, en la recaída el fumador abandona la fase de acción y, por tanto, el intento actual de dejar de fumar, regresando a cualquiera de las fases previas (precontemplación, contemplación o preparación). En el caso de la recaída, es necesario replantear el tratamiento y evaluar las causas que la han motivado. Sin embargo, puede suceder que el nivel de consumo tras la recaída sea inferior al nivel previo o que ponga de manifiesto alguna circunstancia no detectada con anterioridad. En estos casos, a pesar del fracaso, el intento no habrá sido inútil y facilitará el que en un nuevo intento tenga más probabilidades de lograr la abstinencia tabáquica.

ACTITUD ANTE EL FRACASO TERAPÉUTICO
• Felicitar a la persona fumadora por el esfuerzo realizado • No culpabilizarle por su fracaso • Hacerle ver que en un nuevo intento le será más fácil dejarlo • Analizar las posibles causas del fracaso – Valorar sus circunstancias personales y de su entorno: • Elevado nivel de estrés • Poco apoyo de su entorno – Reevaluar el nivel de dependencia – Reevaluar el nivel de motivación

– Valorar los posibles fallos de cumplimentación del tratamiento previo:
  - Por la mala cumplimentación por su parte
  - Por el mal uso de los dispositivos empleados

– Valorar los efectos adversos del tratamiento previo

– Replantearnos el tratamiento previo

– Proponerle, si lo desea, un nuevo plan de tratamiento y seguimiento

- Si aún no desea intentarlo de nuevo, ofrecerle nuestra colaboración para cuando se sienta preparado/a

(*Fuente: Hernández et al, 2009, pág 284*)

En caso de desliz, puede trabajarse con el/la paciente, analizando las causas y estableciendo pautas para evitarlo en el futuro. Si la recaída se comunica una vez terminado el programa para dejar de fumar (durante las llamadas de seguimiento), conviene valorar la conveniencia de establecer una nueva sesión presencial. Para ello se valorará la importancia del desliz o recaída y su actitud para seguir con el proceso de abandono del tabaco.

También puede valorarse la utilización de TSN combinada con el medicamento que se esté utilizando. En este caso, se le advertirá que deberá asumir el coste completo de TSN.

13. INDICADORES DE PROCESO Y RESULTADO DE PROCESO

INDICADOR	DIMENSIÓN	FINALIDAD	FORMULA	CRITERIO	FUENTE	PERIODICIDAD
Tasa de tentativas de dejar de fumar durante los últimos 12 meses	Indicador de proceso	Determinar si los fumadores actuales han tratado de dejar de fumar en los últimos 12 meses	[(Nº de fumadores actuales -diferenciado por edad y sexo- de tabaco que trataron de abandonar el tabaco durante los últimos 12 meses) / (Fumadores actuales de tabaco)] x 100		TURRIANO Y MABRINO	ANUAL

Incidencia de uso de la intervención básica	Indicador de proceso	Conocer el grado de cumplimiento por los profesionales sanitarias en relación con la intervención básica	[Nº de personas fumadoras a las que se le realiza intervención básica (diferenciado por edad y sexo)x100] / nº personas que afirman ser fumadores		TURRIANO Y MABRINO	ANUAL

Incidencia de uso de la intervención avanzada SIN APOYO FARMACOLÓGICO	Indicador de proceso	Conocer el número de personas fumadoras motivadas para dejar de fumar con intervención avanzada sin apoyo farmacológico	[Nº de personas fumadoras a las que se le realiza intervención avanzada **sin apoyo farmacológico** (diferenciado por edad y sexo)x100] / nº personas que afirman ser fumadores	La intervención avanzada se considera valida sólo si se dan cumplidas todas las citas físicas y telefónicas de la vía clínica de deshabituación tabáquica de CLM	TURRIANO Y MABRINO	ANUAL
Incidencia de uso de la intervención avanzada CON APOYO FARMACOLÓGICO	Indicador de proceso	Conocer el número de personas fumadoras motivas para dejar de fumar con intervención avanzada con apoyo farmacológico	[Nº de personas fumadoras a las que se le realiza intervención avanzada **con apoyo farmacológico** (diferenciado por edad y sexo)x100 /nº personas que afirman ser fumadores	La intervención avanzada se considera valida sólo si se dan cumplidas todas las citas físicas y telefónicas de la	TURRIANO Y MABRINO	ANUAL

				vía clínica de deshabituación tabáquica de CLM		
Incidencia de recaída en intervención básica	Indicador de resultado de proceso	Conocer el número de personas que sufren recaída a los 6 y/o 12 meses tras intervención básica	[Nº de personas fumadoras que presentan recaída a los 6 y/o 12 meses del día "D" (diferenciado por edad y sexo)x 100] / nº de personas fumadoras sobre las que se ha realizado una intervención básica]		TURRIANO Y MABRINO	ANUAL
Incidencia de recaída en intervención	Indicador de resultado de proceso	Conocer el número de personas que sufren recaída a los 6 y/o 12	[Nº de personas fumadoras que presentan recaída a los 6 y/o 12 meses del día "D"	La intervención avanzada se considera valida	TURRIANO Y MABRINO	ANUAL

avanzada SIN APOYO FARMACOLÓGICO		meses tras intervención avanzada sin apoyo farmacológico	(diferenciado por edad y sexo) x 100] / nº de personas fumadoras sobre las que se ha realizado una intervención avanzada sin apoyo farmacológico]	sólo si se dan cumplidas todas las citas físicas y telefónicas de la vía clínica de deshabituación tabáquica de CLM		
Incidencia de recaída en intervención avanzada CON APOYO FARMACOLÓGICO	Indicador de resultado de proceso	Conocer el número de personas que sufren recaída a los 6 y/o 12 meses tras intervención avanzada con apoyo farmacológico	[Nº de personas fumadoras que presentan recaída a los 6 y/o 12 meses del día "D" (diferenciado por edad y sexo) x 100]/ nº de personas fumadoras sobre las que se ha realizado una intervención avanzada con apoyo farmacológico]	La intervención avanzada se considera valida sólo si se dan cumplidas todas las citas físicas y telefónicas de la vía clínica de deshabituación	TURRIANO Y MABRINO	ANUAL

				tabáquica de CLM		
Incidencia de abandono en intervención básica	Indicador de resultado de proceso	Conocer el número de personas fumadoras que se mantienen sin fumar 12 meses tras intervención básica	[Nº de personas fumadoras a las se le realiza sólo intervención básica y se mantienen sin fumar a los 12 meses de haberlo registrado en la H.C (diferenciado por edad y sexo) x100]/ nº de personas fumadoras sobre las que se hace sólo intervención básica		TURRIANO Y MABRINO	ANUAL
Incidencia de abandono en intervención	Indicador de resultado de proceso	Conocer el número de personas fumadoras que se mantienen sin	[Nº de personas a las que se le ha realizado intervención avanzada sin apoyo	La intervención avanzada se considera valida	TURRIANO Y MABRINO	ANUAL

avanzada SIN APOYO FARMACOLÓGICO		fumar 12 meses tras intervención avanzada sin apoyo farmacológico	farmacológico y se mantienen sin fumar a los 12 meses desde el día "D" (diferenciado por edad y sexo) x 100]/ nº de personas sobre las que se hace intervención avanzada en el periodo	sólo si se dan cumplidas todas las citas físicas y telefónicas de la vía clínica de deshabituación tabáquica de CLM		
Incidencia de abandono en intervención avanzada CON APOYO FARMACOLÓGICO	Indicador de resultado de proceso	Conocer el número de personas fumadoras que se mantienen sin fumar 12 meses tras intervención avanzada con apoyo farmacológico	[Nº de personas a las que se le ha realizado intervención avanzada con apoyo farmacológico y se mantienen sin fumar a los 12 meses desde el día "D" (diferenciado por edad y sexo) x 100]/ nº de personas sobre las que se hace intervención avanzada en el periodo	La intervención avanzada se considera valida sólo si se dan cumplidas todas las citas físicas y telefónicas de la vía clínica de deshabituación	TURRIANO Y MABRINO	ANUAL

				tabáquica de CLM		
Tasa de prescripción farmacológica según recomendaciones del Ministerio	Indicador de proceso de prescripción	Conocer el tasa de cumplimiento de la prescripción según las indicaciones del ministerio	[Nº de personas a las que se la ha realizado intervención avanzada con apoyo farmacológico (diferenciado por edad y sexo) / nº de personas a las que se le ha prescrito tratamiento farmacológico (diferenciando entre Bupropion y vareniclina)]x100	La intervención avanzada se considera valida sólo si se dan cumplidas todas las citas físicas y telefónicas de la vía clínica de deshabituación tabáquica de CLM y fuman 10 o más cigarrillo día y tienen un test de	TURRIANO Y TURRIANO/FIERABRAS	ANUAL

				Fagerstrom igual a 7 o superior		

BIBLIOGRAFÍA.

Canadian Agency for Drugs and Thechnologies in Health, 2016. Nicotine replacement therapy, bupropion and varenicline for tobacco cessation: A review of clinical effectiveness. Otawa: Canadian Agency for Drugs and Thechnologies in Health.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK355602/

De Higes, E.B. y Perera, L. (Coord). Manejo diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en la práctica clínica diaria. Manual SEPAR de procedimiento. SEPAR y Editorial Respira. Barcelona: 2015.
https://www.sogapar.info/wp-content/uploads/2016/12/12-Diagnostico-y-tratamiento-tabaquismo-SEPAR.pdf

Egüés Olazabal N, Delfrade Osinaga I, Sonia Dominguez Pascual S, Pérez Jarauta MJ, Nuin Villanueva M, López Andrés A, Indu- rain Orduna S, Echauri Ozcoidi M, Agudo Pascual C, Cambra Contín K. Programa de ayuda a dejar de fumar en Navarra. 25 años de andadura. Rev Esp Salud Pública.2019;93: 15 de julio e201907039.
https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL93/C_ESPECIALES/RS93C_201907039.pdf

Fiore, M.C y Theobald, W.E. (2009). Tratamiento farmacológico: eficacia y seguridad del bupropion. En: Barrueco, M., Hernández, M.A. y Torrecilla, M. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Badalona: Ediciones Médicas, S.L. Pag. 243-265
http://www.namfyc.es/cursos/tabaco/Manual_Tabaquismo_Pfizer_09.pdf

Hernández, M.A., Márquez, F.L., Hidalgo, V., Lainez, M.T. y Fernández, G. (2009). Estrategias para la prevención de recaídas. Actitud ante el fracaso terapéutico. En: Barrueco, M., Hernández, M.A. y Torrecilla, M. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Badalona: Ediciones Médicas, S.L. Pag. 267-286 http://www.namfyc.es/cursos/tabaco/Manual_Tabaquismo_Pfizer_09.pdf

Nerin, I., Crucelaegui, A., Novella, P., Beamonte, A., Sobradiel, N., Bernal, V. y Gargallo, P. (2005). Evaluación de la dependencia psicológica mediante el test de Glover-Nilsson en el tratamiento del tabaquismo. Archivos de Broconeumología, 41 (9), 493-498. https://www.archbronconeumol.org/es-evaluacion-dependencia-psicologica-mediante-el-articulo-13078651

Observatorio de drogodependencias de Castilla-La Mancha, 2018. EDADES 2017-2018. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) Castilla-La Mancha. Toledo: Consejería de Sanidad. https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20190204/principales_resultados_de_la_encuesta_domiciliaria_sobre_consumo_de_drogas_2017-2018.pdf

Perera, L., Peiró, M. y Vaquero, P. Intervención de enfermería en el paciente fumador. En De Higes, E.B. y Perera, L. (Coord). Manejo diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en la práctica clínica diaria. Manual SEPAR de procedimiento. SEPAR y Editorial Respira. Barcelona: 2015, pp 44-55. https://www.sogapar.info/wp-content/uploads/2016/12/12-Diagnostico-y-tratamiento-tabaquismo-SEPAR.pdf

Quesada, M., Carreras, J.M. y Sánchez, L (2002). Recaída en el abandono del consumo de tabaco: una revisión. Adicciones, 14 (1), 65-78.

http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/514/509

Rábade, C., Lama, A. y Dablanca, M. Aproximación diagnóstica al fumador. En De Higes, E.B. y Perera, L. (Coord). Manejo diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en la práctica clínica diaria. Manual SEPAR de procedimiento. SEPAR y Editorial Respira. Barcelona: 2015, pp. 9-29
https://www.sogapar.info/wp-content/uploads/2016/12/12-Diagnostico-y-tratamiento-tabaquismo-SEPAR.pdf

Sección de Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, 2018. Ayuda a dejar de fumar. Propuesta de intervención educativa individual. Pamplona: Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra.
https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/739B6C29-A767-45BD-A86F-BFC9324AD919/324951/AyudaeducativaindividualaDejardeFumarConmaterial.pdf

Sociedad Española de Neumología y Cirugía Toracica, SEPAR (2010). Guía de tratamiento del tabaquismo. Editorial Respira.
https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/clinicians/update/treating_tobacco_use08_sp.pdf

Tonstad, S. (2009). Tratamiento farmacológico : eficacia y seguridad de la vareniclina. En:Barrueco, M., Hernández, M.A. y Torrecilla, M. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Badalona: Ediciones Médicas, S.L. Pag. 243-265
http://www.namfyc.es/cursos/tabaco/Manual_Tabaquismo_Pfizer_09.pdf

15. ANEXOS

ANEXO 1. ¿NO QUIERE DEJAR DE FUMAR? 80-82
ANEXO 2. PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA PARA DEJAR DE FUMAR 83-84
ANEXO 3. TEST DE FARGERSTROM 85-87
ANEXO 4. BALANCE MOTIVACIONAL 88
ANEXO 5. ANÁLISIS DE MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR 89
ANEXO 6. HOY DEJO DE FUMAR 90-92
ANEXO 7. TEST GLOVER-NILSSON 93-95
ANEXO 8. CONSEJOS ÚTILES 96-100
ANEXO 9. RECOMENDACIONES DIETÉTICAS 101-102
ANEXO 10. COMUNICACIÓN A AMIGOS Y FAMILIARES 103
ANEXO 11. COMPROMISO PARA TRABAJAR JUNTOS 104-105
ANEXO 12. BENEFICIOS DE DEJAR DE FUMAR 106-108
ANEXO 13. EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN Y RELAJACIÓN 109-111
ANEXO 14. RECAIDAS 112-113
ANEXO 15. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA PARA DEJAR DE FUMAR 114-116
ANEXO 16. TURRIANO. ITEMS DE REGISTRO DE INTERVENCIÓN EN TABAQUISMO 117
ANEXO 17. MAMBRINO XXI. ITEMS DE REGISTRO DE INTERVENCIÓN EN TABAQUISMO 118-133

ANEXO 1

"¿No quiere dejar de fumar?"

De momento, no quiere dejar de fumar. O sí quiere, pero no se siente capaz de hacerlo. Es lógico, porque no es fácil dejar de fumar. El tabaco produce una intensa adicción que se ve reforzada por factores sociales (personas que fuman en su entorno, publicidad del tabaco, etc). También parece que el tabaco le ayuda a superar momentos difíciles o el estrés en el trabajo, resulta placentero, le ayuda en las relaciones sociales, etc. O simplemente por automatismo, porque tiene costumbre de hacerlo.

Sin embargo, el tabaco tiene graves consecuencias negativas sobre la salud. Aunque no las perciba de manera inmediata y tenga la falsa impresión de que no se producen, seguir fumando es muy perjudicial para su salud ya que produce:

- Enfermedades cardiovasculares, que son la primera causa de muerte en España y el tabaco se considera responsable del 30 % de las cardiopatías coronarias (angina de pecho e infarto del corazón).
- Enfermedades respiratorias que destruyen lentamente los pulmones (bronquitis crónica, EPOC, enfisema pulmonar)
- Cáncer. El tabaco es un factor causal en el cáncer de pulmón, laringe, cavidad bucal, cáncer de vejiga urinaria. También está relacionado con otros cánceres como el de riñón, páncreas y uterino.
- Úlcera gástrica o duodenal
- Alteraciones en las encías, gingivitis y atrofia gingival.

- Disminución de las defensas del organismo, siendo más propenso a las infecciones.
- En el caso de las mujeres, afecta a patologías específicas como el cáncer de cuello uterino y a su función reproductora, aumentando la infertilidad, adelanto de la menopausia y osteoporosis. En hombres, disfunción eréctil.
- Sequedad en la piel, arrugas prematuras, coloración amarillenta en dientes, manos y uñas. Mal aliento. Debilidad y caída del cabello.

Por ello, quizá debería reflexionar sobre el tema y valorar la posibilidad de dejar el tabaco. Tenga en cuenta que el daño causado por el tabaco es acumulativo, de modo que, cuanto antes lo deje, mejor. Los beneficios que obtendrá merecen la pena:

- 20 minutos después del último cigarrillo, la presión arterial y el ritmo cardíaco empiezan a normalizarse.
- A las 8 horas, el oxígeno en sangre se aproxima al nivel normal. Los niveles de nicotina y de monóxido de carbono se reducen a la mitad. La mucosidad de los pulmones empieza a removerse
- A las 24 horas, disminuye el riesgo de infarto de miocardio.
- A los 2 días, se recupera la capacidad de oler y saborear.
- A los 3 días, se reduce la tos, se respira con más facilidad y aumenta la capacidad pulmonar.
- A los 15 días mejora la circulación sanguínea.
- A los 2 meses la presión arterial recupera sus valores normales.
- Además, si deja de fumar tendrá será más atractivo: tendrá una piel más brillante, dientes y aliento más limpios, menor olor en su ropa, etc. Sus amistades le admirarán por ello.

- Tendrá menos resfriados.
- Podrá hacer ejercicio con menos esfuerzo y disfrutar de ello.
- También ahorrará dinero.

Aunque le parezca difícil, usted puede hacerlo. Basta con que tome la decisión de abandonar el consumo de tabaco. El personal sanitario de su centro de salud puede ayudarle a ello. Hable con su médico/a o enfermero/a y le explicarán cómo logarlo.

Si quiere intentarlo sin ayuda, una guía puede facilitarle lograr su objetivo
http://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/guiaTabaco.pdf

ANEXO 2

PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA PARA DEJAR DE FUMAR

¡Enhorabuena! Has decidido dejar de fumar o estás considerando seriamente dejarlo. Muy bien. Ese es el primer paso para logarlo.

Ya sabes que dejar de fumar tiene ciertas dificultades. Seguramente el tabaco ha formado parte de tu vida durante muchos años y prescindir de él requiere un esfuerzo por tu parte. En primer lugar, el profesional sanitario hará una evaluación del tipo de persona fumadora que eres (grado de tabaquismo, motivación para dejar de fumar, estado de salud, etc) y, de acuerdo contigo, diseñaréis un plan para dejar de fumar.

Este plan individualizado puede implicar el uso de fármacos para dejar de fumar. Actualmente disponemos de medicamentos que pueden ayudarte a superar el síndrome de abstinencia. Sin embargo, en algunos casos estos medicamentos pueden estar contraindicados o hay que utilizarlos con especial precaución, por lo que su uso debe consultarse siempre con un/a profesional sanitario/a.

Dejar de fumar es la mejor inversión en salud que puedes hacer. Para ello, hay que tomar una decisión importante: qué día dejarás de fumar. Este día, que llamaremos día D, nos servirá como referencia para programar la primera consulta y para organizar el conjunto del tratamiento de apoyo.

Si después de elegir un día D crees que debes cambiarlo por motivos personales, laborales, no hay problema. Cuando acudas a la primera consulta podrás valorar todas las circunstancias y acordar un plan para dejar el tabaco.

Para ayudarte en este proceso, hemos previsto un programa de tres consultas. Somos conscientes de que tienes poco tiempo y que ello supone una molestia, pero es necesario. Se calcula que solo el 5 % de las personas fumadoras consiguen dejar de fumar sin ayuda profesional, pero tus posibilidades de éxito

aumentarán considerablemente si recibes consejo y ayuda de profesionales de la salud. Esto te ayudará a vencer los obstáculos que vayan apareciendo durante el proceso de abandono. Cuanto más estrecho sea el seguimiento de la persona fumadora, más posibilidades de éxito tendrá.

En estas consultas, el/la profesional sanitario/a te ayudará a valorar cómo va tu proceso de abandono del tabaco, qué dificultades estás encontrando, cómo puedes resolverlas. Te dará el apoyo que necesitas y, si estás utilizando medicación para dejar de fumar, hará el seguimiento de la misma y la prescripción de los envases necesarios.

No te preocupes. Estaremos contigo a lo largo del todo el proceso. Te llamaremos varias veces por teléfono, para apoyarte, para resolver dudas o dificultades y para saber si te mantienes sin fumar.

A lo largo de este proceso, muchas personas fumadoras tienen deslices (pequeños consumos, como una calada o un cigarrillo aislado) o incluso recaídas. Ello puede producirte una intensa frustración o culpabilidad, y la sensación de que no eres capaz de conseguirlo. No debes desanimarte. El personal sanitario está a tu lado en este proceso para ayudarte a superarlo.

La última consulta la tendremos un año después de dejar de fumar. Si has conseguido llegar hasta ahí sin fumar, lo habrás conseguido. Ya serás una persona exfumadora. Aunque no debes confiarte, porque la recaída puede llegar en cualquier momento, ya habrás hecho lo más difícil. Verás que, a partir de ahí, las cosas son más fáciles.

Tú tienes claro que quieres dejar de fumar y el personal sanitario sabe cómo ayudarte. Juntos lo conseguiremos.

ANEXO 3

TEST DE FARGERSTRÖM

CUESTIONES	RESPUESTA	PUNTOS
1. Cuánto tiempo tardas en fumar desde que te despiertas hasta el primer cigarrillo.	Menos de 5 minutos De 6 a 30 minutos De 31 a 60 minutos Más de 60 minutos	3 2 1 0
2. ¿Encuentras difícil no fumar en los espacios donde está prohibido?	Sí No	1 0
3. ¿Qué cigarrillo te costaría más dejar?	El primero de la mañana Cualquier otro	1 0
4. ¿Cuántos cigarrillos fumas al día?	Más de 30 De 21 a 30	3 2

	De 11 a 20 10 o menos	1 0
5. ¿Fumas con más frecuencia durante las primeras horas después de despertar que en el resto del día?	Sí No	1 0
6. ¿Fumas aun estando con alguna enfermedad en cama la mayor parte del día?	Sí No	1 0

De 0 a 3 puntos: dependencia baja

De 4 a 6 puntos: dependencia moderada

De 7 a 10 puntos: dependencia alta

CONSUMO DIARIO DE TABACO:

Cuantos cigarrillos consume diariamente en la actualidad: _____

CONSUMO ACUMULADO:

Paquetes-año= $\frac{\text{Nº de cigarrillos/día}}{20}$ x Años de fumador/a

ANEXO 4

BALANCE MOTIVACIONAL.

MOTIVOS POR LOS QUE QUIERO DEJAR DE FUMAR	MOTIVOS POR LOS QUE ME MANTENGO EN EL HÁBITO DE FUMAR

ANEXO 5

ANÁLISIS DE MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR

(*De Higes y Perera (2015), pág 13*)

Podremos realizar una aproximación del grado de motivación a través de la 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, quien señalará con su dedo el punto de la escala que define su grado de motivación.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA DE LA MOTIVACIÓN

Ausencia total de motivación — Máxima motivación

0…1…2…3…4…5…6…7…8…9…10

ANEXO 6

HOY DEJO DE FUMAR.

He decidido dejar de fumar. Es difícil, pero puedo hacerlo. Dedicaré a este esfuerzo lo mejor de mí y, si es necesario, pediré ayuda para lograrlo.

Tengo pensado qué voy a hacer para resolver los cigarrillos y las situaciones más difíciles.

Cigarrillos y situaciones más difíciles	Forma de abordarlas

Los primeros días sin fumar se produce lo que se llama el síndrome de abstinencia, al no recibir el organismo la nicotina, que es la sustancia adictiva que contiene el tabaco. Es muy importante mantener la atención en no fumar y ver cómo vamos a controlar los síntomas que produce este síndrome de abstinencia

Síntomas	Forma de afrontarlo
• Ansia de tabaco, ganas de fumar • Irritabilidad • Ansiedad • Intranquilidad • Dolor de cabeza • Dificultad de concentración. • Alteraciones del sueño. • Alteraciones gastrointestinales • Aumento del apetito.	

¿Qué otras cosas podríamos hacer para llevar mejor estos días? (Reorganizar un poco la vida social, consumir más frutas y verduras, beber abundantes líquidos, reducir el consumo de café, controlar el alcohol, pasear, leer, realizar ejercicios de respiración o de relajación, aumentar las actividades que me gustan…)

APOYOS CON LOS QUE CUENTO:

SI QUIERO, ME DOY UN PREMIO:

ANEXO 7

TEST DE GLOVER-NILSSON (Versión de 11 ítems)

¿Cuánto valora lo siguiente? (Preguntas 1 a 2)

Por favor, seleccione la respuesta haciendo
un círculo en el lugar indicado
0 = nada en absoluto; 1 = algo; 2 = moderadamente; 3 = mucho; 4 = muchísimo

1. Mi hábito de fumar es muy importante para mí
0 1 2 3 4

2. Juego y manipulo el cigarrillo como parte del ritual del hábito de fumar
0 1 2 3 4

¿Cuánto valora lo siguiente? (Preguntas 3 a 11)

Por favor, seleccione la respuesta haciendo un círculo en el lugar indicado

0 = nunca; 1 = raramente; 2 = a veces; 3 = a menudo; 4 = siempre

3. ¿Suele ponerse algo en la boca para evitar fumar?

0 1 2 3 4

4. ¿Se recompensa a sí mismo/a con un cigarrillo tras cumplir una tarea?

0 1 2 3 4

5. Cuando no tiene tabaco, ¿le resulta difícil concentrarse y realizar cualquier tarea?

0 1 2 3 4

6. Cuando se halla en un lugar en el que está prohibido fumar, ¿juega con su cigarrillo o paquete de tabaco?

0 1 2 3 4

7. ¿Algunos lugares o circunstancias le incitan a fumar: su sillón favorito, el sofá, la habitación, el coche o la bebida (alcohol, café, etc.)?

0 1 2 3 4

8. ¿Se encuentra a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina, sin desearlo realmente?

0 1 2 3 4

9. ¿A menudo se coloca cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca (bolígrafos, palillos, chicles, etc.)
y los chupa para relajarse del estrés, la tensión, la frustración, etc.?

0 1 2 3 4

10. ¿Parte de su placer de fumar procede del ritual que supone encender un cigarrillo?

0 1 2 3 4

11. Cuando está solo en un restaurante, parada de autobús, fiesta, etc., ¿se siente más seguro/a, a salvo o más confiado/a con un cigarrillo en las manos?

0 1 2 3 4

ANEXO 8

CONSEJOS UTILES

CONSEJOS PARA PREPARAR EL DÍA D

El día D es el día que has elegido para dejar de fumar. Es importante que, unos días antes del Día D (una semana como mínimo) siga los siguientes consejos y/ o ejercicios. Ello le permitirá prepararse para dejar el tabaco y aumentará sus posibilidades de éxito.

Cuanto mejor cumpla estos consejos durante los días previos a dejar de fumar, más fácil le resultará. Los síntomas de abstinencia serán menores y habrá menos posibilidades de recaídas. Así, casi sin darse cuenta, reducirá el número de cigarrillos/día.

- Envíe WhatsApp a amigos y familiares más cercanos avisándoles de que en breve va a dejar de fumar
- Retire de su vista todo lo relacionado con el tabaco (guarde su paquete, cenicero, mechero en sitios distintos a los habituales), de tal forma que cuando fume le sea “algo más complicado“.
- Retrase todos los cigarrillos que pueda (cuando sienta ganas de fumar, espere 5-10 minutos)
- Rompa asociaciones que tenga: cigarro/ café; cigarro/alcohol, cigarro/sillón, cigarro/coche.... Puede fumar pero no a la vez, primero una cosa y luego otra
- Cambie el lugar donde fuma habitualmente

- Cambie de marca de tabaco continuamente. Compre los paquetes de uno en uno.
- Salga a la calle sin mechero y si necesita fumar pida fuego.
- Ponga frases motivadoras en zonas q vea a menudo (ordenador, nevera, mesa de trabajo...) como “tú puedes, lo vas a conseguir “
- Comience a caminar una hora diaria, beber abundantes zumos naturales y a cuidar su dieta desde la preparación.

CONSEJOS GENERALES:

• Piensa en dejar de fumar solo por el día presente.

• Dejar de fumar es difícil pero no imposible, merece la pena que dedicarle el tiempo y esfuerzo adicional.

• Procura comer muchas veces y poco cada vez. Evita el consumo de bebidas alcohólicas y excitantes. Los zumos naturales, las verduras, las frutas y el pan integral serán tus mejores alimentos durante este período.

• Durante los primeros días sentirás un deseo intermitente y muy fuerte de fumar. Pero poniendo en práctica técnicas de relajación y respiración, así como actividades que te distraigan, se superan.

• A medida que pasa el tiempo disminuyen los riesgos atribuibles al tabaco, como cáncer de pulmón o infarto de miocardio.

• Mejora el olfato, el gusto y el estado de la piel.

• Las situaciones de tensión o de estrés se pueden superar sin un cigarrillo.

• Date un premio con el dinero que ahorras cada día (el dinero que derrochabas antes en tabaco).

• Vigilando un poco la dieta y haciendo ejercicio el peso se puede mantener.

• Felicítate cada día por el logro que estás consiguiendo.

• No cedas nunca, ni siquiera por un cigarrillo. Ya que cuando se fuma algún cigarro se recae.

CONSEJOS PARA CONTROLAR EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA

SÍNTOMA	CONSEJOS PARA CONTROLARLO
DESEO INTENSO DE FUMAR	Espere. Las ganas de fumar duran un par de minutos y cada vez serán menos frecuentes e intensas. Cambie de lugar o situación. Beba agua o zumo. Mastique chicle sin azúcar. Permanezca ocupado/a: aficiones, deportes…
IRRITABILIDAD	Pasee. Dúchese o tome un baño. Beba infusiones relajantes. Haga técnicas de relajación y respiración. No consuma café o bebidas excitantes.

DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN	No se exija un alto rendimiento durante un par de semanas. Duerma más. Evite bebidas alcohólicas. Haga deporte.
AUMENTO DEL APETITO	Beba mucha agua y líquidos. Evite grasas y dulces. Aumente las verduras y las frutas en la dieta. Coma con más frecuencia y menor cantidad.
INSOMNIO	Evite café, té y colas por las tardes. Aumente el ejercicio físico por la tarde. Al acostarse tómese un vaso de leche caliente, tila o valeriana. Evite las siestas. Sea muy regular con los horarios de sueño. Cene ligero y dos horas antes de acostarse.

CANSANCIO, DESÁNIMO	CANSANCIO, DESÁNIMO Mantenga su actividad. Haga lo que más le guste. Prémiese. Evite la soledad. Busque la compañía de sus amistades. Aumente las horas de sueño.
ESTREÑIMIENTO	ESTREÑIMIENTO Camine. Haga ejercicio. Dieta rica en fibra. Beba muchos líquidos, sobre todo agua. Sea regular en sus hábitos.

ANEXO 9

RECOMENDACIONES DIETÉTICAS

Recomendaciones dietéticas para pacientes

• Beber como mínimo dos litros de agua al día.

• Realizar cinco comidas al día poco copiosas.

• Comer despacio.

• Cocinar con menos grasa (no fritos o rebozados) y elegir alimentos poco grasos o calóricos.

• Utilizar aceite de oliva como grasa alimenticia sin exceder de dos a tres cucharadas al día.

• Sustituir el azúcar por sacarina.

• Consumir más pescado (sobre todo pescado blanco y mariscos) que carne, la cual debe ser magra, siendo más recomendable consumir carne de ave.

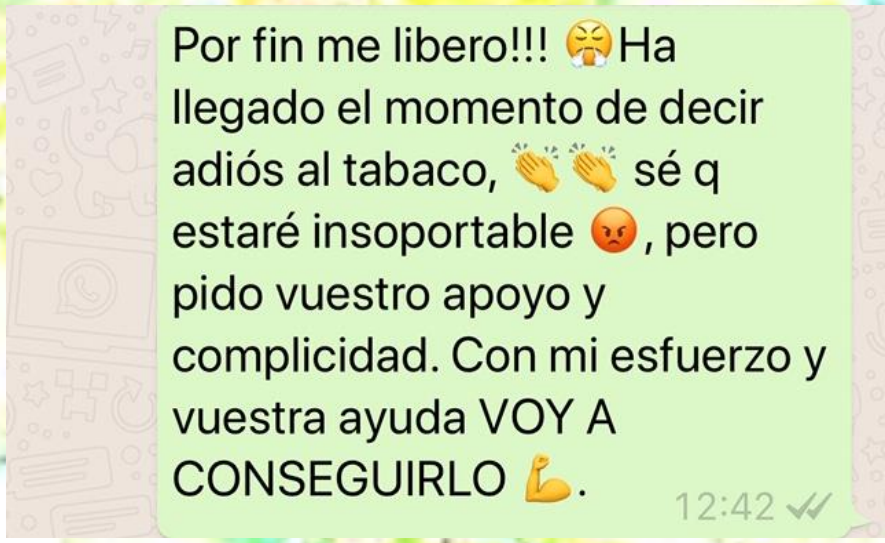
• Procurar no consumir alcohol ni bebidas gaseosas, ya que aportan calorías y no nutrientes.

• Consumir dulces, helados, nata, salsas, quesos grasos o curados, embutidos y platos precocinados pocas veces al mes.

- Utilizar la sal con moderación.
- Sustituir los lácteos enteros por desnatados.
- Aumentar el consumo de verduras, frutas y hortalizas.
- Hacer ejercicio físico a diario, mínimo una hora.
- Si entre horas se tiene hambre consumir fruta, yogures desnatados e infusiones.
- Hacer una dieta variada

ANEXO 10

COMUNICACIÓN A AMIGOS Y FAMILIARES.



ANEXO 11

COMPROMISO PARA TRABAJAR JUNTOS.

D/Dª_____ expresa su voluntad de dejar de fumar, por lo que ha sido incluido/a en el programa de deshabituación tabáquica y manifiesta su compromiso de:

- Acudir a las consultas acordadas. Si no pudiera hacerlo por alguna causa, avisará oportunamente.
- Cesar el consumo de tabaco el día _____
- Seguir las indicaciones del personal sanitario.

D/Dª _____ profesional de la salud, adquiere el compromiso de:

- Proporcionar ayuda para el abandono del tabaco

Ambas partes acuerdan el siguiente calendario para las sesiones presenciales correspondientes al Programa para Dejar de Fumar.

SESIÓN 2: ____ de _____ de ____ a las ____ horas

SESIÓN 3: ____ de _____ de ____ a las ____ horas

Igualmente, para ayudarle en su proceso de dejar de fumar, se le realizarán llamadas telefónicas en los días aproximados que se indican.

LLAMADA 1: ____ de _____ de ____
LLAMADA 2: ____ de _____ de ____
LLAMADA 3: ____ de _____ de ____
LLAMADA 4: ____ de _____ de ____
LLAMADA 5: ____ de _____ de ____

En _____, a ___ de _____ de _____

Firmado:

La persona que quiere dejar de fumar El/la profesional que le ofrece ayuda

ANEXO 12

BENEFICIOS DE DEJAR DE FUMAR

Dejar de fumar cuesta esfuerzo y requiere una decisión y un compromiso firmes. Voy a dejarlo. Lo dejamos porque queremos dejarlo, tenemos motivos y razones suficientes. Tiene muchos beneficios para la salud. Al dejar de fumar el cuerpo empieza a reparar los daños ocasionados por el tabaco. Quien deja de fumar:

- Gozará de mejor salud.
- Mejorará su respiración.
- Si existía tos matutina, irá desapareciendo poco a poco.
- Puede sentirse más ágil y con menos cansancio.
- Mejorará la circulación sanguínea.
- Si estaba disminuido, puede mejorar el sentido del gusto y el olfato.
- A veces la piel recupera el equilibrio que le corresponde a la edad. Mejora estéticamente.

También se consiguen otras ganancias en la relación con otras personas, con la no contribución a los beneficios de las multinacionales tabaqueras, etc.

En los primeros 20 minutos después de fumar nuestro último cigarrillo, el organismo comienza una serie de cambios beneficiosos que continúan durante años:

20 minutos:

- La presión sanguínea y el pulso vuelven a niveles normales.

8 horas:

- El nivel de monóxido de carbono y el de oxígeno en la sangre se normalizan.

24 horas:

- Disminuye el riesgo de ataque al corazón.

48 horas:

- Mejora el olfato y el gusto.

2 semanas a 3 meses:

- La circulación mejora, las funciones del pulmón se incrementan un 30 %

Entre 1 y 9 meses:

- La tos, congestiones, fatiga y dificultades respiratorias desaparecen.
- La energía general del organismo aumenta.

1 año:

- El riesgo de ataque cardíaco se reduce a la mitad.

5 años:

- El riesgo de cáncer de pulmón, de laringe y de esófago baja a la mitad.
- El riesgo de ataque cardíaco es similar al de una persona que nunca ha fumado.

10 años:

- El riesgo de cáncer de pulmón, boca, páncreas y esófago es similar al de quienes no fuman.
- Las células precancerosas son reemplazadas.

15 años:

- El riesgo de un ataque al corazón es el de una persona que no fuma.

ANEXO 13

EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN Y RELAJACIÓN.

Una forma fácil y efectiva para controlar la ansiedad es hacer ejercicios de respiración. Son sencillos y no requieren herramientas especiales. Para ello:

- Siéntese o túmbese mirando hacia arriba, en una posición cómoda.
- Coloque una mano en el pecho y la otra en el abdomen, justo por debajo de las costillas.
- Inspire despacio y hondo por la nariz, notando cómo se eleva la mano que tiene en el abdomen, mientras que la mano del pecho no debería moverse.
- Continúe inspirando un poco más, sintiendo cómo se llena la parte alta del pecho y las clavículas se expanden.
- Mantenga el aire unos segundos.
- Suelte el aire despacio por la boca, con los labios ligeramente fruncidos (como si estuviera siseando). Note cómo sus clavículas se acercan, su pecho se deshincha y desciende la mano que tiene en el abdomen.
- Repita el ejercicio las veces que necesite

Una vez realizado este ejercicio, espere a que su respiración se normalice. Después puede hacer un sencillo ejercicio de relajación (Relajación progresiva de Jacobson).

Este ejercicio se basa en contraer y después relajar los distintos músculos, de manera que se pueda percibir la diferencia entre la sensación de tensión y la de relajación. Para ello:

- Túmbese en un lugar cómodo y tranquilo. Si ello no es posible, puede hacerlo sentado en una silla, con el cuerpo inclinado hacia delante, la cabeza apoyada en el pecho y los brazos relajados sobre las piernas.
- Cada zona debe tensarse durante unos segundos. Note la tensión. Después relaje la zona, soltando la tensión y prestando atención a la sensación agradable que resulta.
- Cuando tense una zona determinada, debe mantener el resto del cuerpo relajado
- Relajación de la cara, el cuello y los hombros:
    - Frente, párpados y ojos: arrugue la frente, cerrando fuertemente los ojos. Mantenga unos segundos la tensión. Después deje que se relaje lentamente.
    - Nariz y mejillas: arrugue la nariz y mantenga unos segundos la tensión. Después deje que se relaje.
    - Boca: sonría lo más ampliamente posible. Después relaje lentamente.
    - Mandíbula: Apriete los dientes y note la tensión en la cara. Relaje.
    - Labios: arrugue fuertemente los labios. Mantenga y después relaje.
    - Cuello: Si está sentado, flexionar hacia delante, a tocar el pecho con la barbilla. Relajar. Si está tumbado, presione la cabeza hacia atrás. Relajar.
    - Hombros: Levante los hombros presionándolos contra el cuello. Relaje

- Brazos y manos:
    - Sin mover el brazo, contráigalo con el puño apretado. Perciba la tensión en todo el brazo. Después de unos segundos, relaje lentamente. Abra el punto y deje descansar el brazo sobre la pierna.
    - Repita con el otro brazo

- Piernas:
  - Tense la pierna. Si está sentado, como si apretara el pie contra el suelo. Si está tumbado, estire la pierna. Después relaje.
  - Repita con la otra pierna.
- Tórax, abdomen y espalda
  - Tense la espalda, lleve los codos hacia atrás, intentando que los omóplatos se toquen. Relaje
  - Llene de aire los pulmones y reténgalo unos segundos, hasta notar la tensión en el pecho. Relaje lentamente.
  - Tense los abdominales. Relaje
  - Tense las nalgas. Relaje.
- Cuando haya terminado, mantenga la posición relajada y repase mentalmente las distintas zonas que ha trabajado, para comprobar que siguen relajadas.

Tenga en cuenta que esta técnica puede no estar indicada para todas las personas. Si padece algún problema físico (contracturas musculares, lesiones, heridas, operación reciente, etc) o psicológico que pueda contraindicarlo, consulte al personal médico o de enfermería.

ANEXO 14

RECAÍDAS.

Después de dejar de fumar no situamos en la fase de mantenimiento.

En esta etapa es importante mantener la atención en no fumar, sobre todo en las situaciones difíciles. No bajar la guardia. Debido a la naturaleza adictiva de la nicotina, pueden surgir dudas sobre si merece la pena dejar el tabaco, aparecer una sensación desconcierto, etc.

La recaída es algo que puede prevenirse si se presta atención a una serie de señales de alerta que comúnmente la preceden:

1. Elaboración de excusas para justificar no cumplir compromisos del plan de abandono.
2. Ideas depresivas y comportamientos compulsivos como el comer en exceso.
3. Dejación de responsabilidades.
4. Incumplimiento de las normas establecidas.
5. Mayor espaciamiento entre sesiones sin motivo justificado.
6. Pensamientos recurrentes sobre situaciones de riesgo que se presentan como "inocentes experimentos científicos".
7. Sensación expresada de no progresar en el tratamiento.
8. Cambios de sustancias de consumo.
9. Dejadez y abandono de sí mismo o de sí misma.

10. Negación del posible riesgo que encierra la propia conducta y de otros elementos de la realidad.

El mayor número de recaídas suele darse durante el primer mes, siendo los 14 primeros días el periodo de mayor riesgo. Es muy útil prestar atención a determinadas situaciones en las que suelen producirse más:

SITUACIONES DE RIESGO

Situaciones asociadas al fumar (después de comer, con el consumo de alcohol, café,...)

Situaciones de estrés emocional o laboral, disgustos, malhumor

Convivencia con pareja, familia, amistades o compañeros/as que fuman.

Cuando se gana peso.

ANEXO 15

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA PARA DEJAR DE FUMAR

Indique cómo ha sido la atención que ha recibido en el programa para dejar de fumar. Puntúe de 0 (muy mala) a 10 (muy buena)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Le han sido útiles las consultas realizadas? Puntúe de 0 (nada útiles) a 10 (muy útiles)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Valore cada una de las consultas a las que ha acudido

		Muy bien	Bien	Regular	Mal
1ª consulta	He decidido dejar de fumar				
2ª consulta	Ya no fumo				
3ª consulta	Me mantengo sin fumar				

Indique en qué grado el programa para dejar de fumar ha cumplido sus expectativas. Puntúe de 0 (no las ha cumplido en absoluto) a 10 (las ha cumplido totalmente)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Ha conseguido dejar de fumar?

- ☐ Sí
- ☐ No, pero he reducido mucho mi consumo de tabaco.
- ☐ No lo he conseguido.

En caso de que haya dejado de fumar, indique la probabilidad de que se mantenga sin fumar al menos un año. Puntúe de 0 (nada probable) a 10 (muy probable)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Recomendaría a sus amistades o familiares que sigan este programa para dejar de fumar? Puntúe de 0 (no lo recomendaría en absoluto) a 10 (lo recomendaría mucho)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

MUCHAS GRACIAS. A lo largo de los próximos meses nos pondremos en contacto telefónico con usted para ayudarle en el proceso de dejar de fumar.

ANEXO 16

TURRIANO. ÍTEMS DE REGISTRO DE INTERVENCIÓN EN TABAQUISMO

Ver manual de Turriano editado 27/01/2020

ANEXO 17

MAMBRINO XXI. ÍTEMS DE REGISTRO DE INTERVENCIÓN EN TABAQUISMO

Éste formulario[23] será común para todos los Mambrinos XXI de CLM, consta de dos registros:

- Historia tabáquica
- Plantilla informe 1ª consulta
- Plantilla informe revisión consulta de deshabituación tabáquica

HISTORIA TABÁQUICA

-Edad inicio: años

-Años fumando: años

-Nº cigarrillos/día: cigarrillo/día

[23] Documento de referencia de la Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real. UTET Hospital General Universitario de Ciudad Real. Aprobado por la comisión de Historia Clínica del SESCAM (Enero 2020). Elaborado por Lázaro Polo, Javier y Mata Calderón, Patrícia

-Historia acumulada:

-Intentos previos de abandono:

a) NO
b) SI

-Nº de intentos:

-Fecha aproximada del último intento:

-Duración del último intento:

-Método usado:

a) Sin ayuda
b) TSN
c) Bupropión
d) Vareniclina

-Motivo de la recaída:

-Motivos para dejar de fumar:

ANTECEDENTES PERSONALES

Alergias Medicamentosas conocidas:

Otras alergias:

HTA:

a) NO
b) SI

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA:

a) NO
b) SI

DM:

a) NO
b) SI

DL:

a) NO
b) SI

ACVA

a) NO
b) SI

EPOC:

a) NO
b) SI

ASMA:

a) NO
b) SI

TCE:

a) NO
b) SI

Convulsiones:

a) NO
b) SI

Depresión:

a) NO
b) SI

Bulimia, anorexia:

a) NO
b) SI

Otros consumos:

a) NO
b) SI

Otros antecedentes de interés:

TRATAMIENTO HABITUAL:

***EXPLORACIÓN FISICA*:**

Peso: -- kg

Talla: -- cm

TA: -- mmHg

CO: -- ppm

Fargerström:

1. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma el primer cigarrillo?
    1. Hasta 5mint: (3 ptos.)
    2. De 6 a 30min: (2 ptos)
    3. De 31 a 60: (1 ptos)
    4. Más de 60: (0 ptos)
2. ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido?
    1. Sí: (1 pto)
    2. No: (0 pto)
3. ¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?

   1. El primero de la mañana: (1 pto)
   2. Cualquier otro: (0 pto)
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
   1. Menos de 10: (0 ptos)
   2. Entre 11 y 20: (1 pto)
   3. Entre 21 y 30: (2 ptos)
   4. 31 o más: (3 ptos)
5. ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?
   1. Sí: (1 pto)
   2. No: (0 ptos)
6. ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?
   1. Sí: (1 pto)
   2. No: (0 ptos)

Total: (Suma ptos)

NOTA:

Muy baja: 0-2

Baja: 3-4

Moderada: 5

Alta: 6-7

Muy alta 8-10

JUICIO CLINICO:

-ACTIVO

a) Leve
b) Moderado
c) Severo

-FASE

a) Precontemplación
b) Contemplación
c) Preparación
d) Acción
e) Recaída

***INTERVENCION*:**

-DÍA D (Primer día sin fumar):

-Tratamiento farmacológico:

a) SIN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
b) TSN PARCHES
c) TSN COMPRIMIDOS/CHICLES/SPRAY
d) BUPROPION 150 MG/24 H
e) BUPROPION 300 MG/24 H
f) VARENICLINA
g) OTROS

-Inicio del tratamiento:

-Revisión: (FECHA)

PLANTILLA INFORME 1ª CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA:

Paciente de ____ años.

-Antecedentes personales: (Poner todos los que pongan SI)

-Fumador de ___ cig/día. Historia acumulada: ___ paq/año.

-Test de Fagerstrom: ____ ptos.

-Juicio clínico:

-Intervención:

Día D: (Fecha).

Tratamiento farmacológico:

Inicio del tratamiento (Fecha):

-Revisión: (Fecha):

-FECHA REVISION:

-FECHA DIA D:

-HISTORIA PERSONAL DE TABACO:

1. ¿Ha dejado de fumar?

a) NO

b) SI

2. ¿Ha respetado el día D?

a) NO

b) SI

3. ¿Toma la medicación prescrita?

a) NO

b) SI

4. Efectos adversos:

a) NO

b) SI ¿CUÁL/ES?:

5. ¿Ha fumado algún cigarrillo desde el díaD?

a) NO

b) SI

-EXPLORACIÓN:

1. Peso: Kg

2. CO: ppm

3. TA: mmHg

4. Sd abstinencia:

1. Deseo incontenible de fumar: --- ptos.

2. Ansiedad: --- ptos

3. Dificultad de concentración: --- ptos

4. Impaciencia: --- ptos

5. Nerviosismo: --- ptos

6. Cansancio: --- ptos

7. Trastornos del sueño: --- ptos

8. Estreñimiento: --- ptos

9. Apetito: --- ptos

Total: (Suma ptos)

-JUICIO CLINICO:

A) ACTIVO

1. Leve
2. Moderado
3. Severo

B) NO ACTIVO

-FASE

a) Precontemplación
b) Contemplación
c) Preparación
d) Acción

e) Recaída

-INTERVENCION:

-Tratamiento farmacológico:

a)SIN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

b)TSN PARCHES

c)TSN COMPRIMIDOS/CHICLES/SPRAY

d)BUPROPION 150 MG/24 H

e)BUPROPION 300 MG/24 H

f)VARENICLINA

g)OTROS

-Inicio del tratamiento (Fecha):

-Revisión: (FECHA):

PLANTILLA INFORME REVISIÓN CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA:

-Juicio clínico:

-Intervención:

Día D: (Fecha).

Tratamiento farmacológico:

Inicio del tratamiento (Fecha):

-Revisión: (Fecha):