



UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

TRABAJO FIN DE GRADO

Título
Programa de deshabituación tabáquica para profesionales sanitarios
Autor/es
Naira Arizmendi Ucín
Director/es
Rafael Velasco García
Facultad
Escuela Universitaria de Enfermería
Titulación
Grado en Enfermería
Departamento
Curso Académico
2015-2016



Programa de deshabituación tabáquica para profesionales sanitarios, trabajo
fin de grado
de Naira Arizmendi Ucín, dirigido por Rafael Velasco García (publicado por la Universidad
de La Rioja), se difunde bajo una Licencia
Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported.
Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los
titulares del copyright.

© El autor
© Universidad de La Rioja, Servicio de Publicaciones, 2016
publicaciones.unirioja.es
E-mail: publicaciones@unirioja.es

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA DE LOGROÑO

UNIVERSIDAD DE LA RIOJA



PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA PARA PROFESIONALES SANITARIOS

NAIRA ARIZMENDI UCIN

TRABAJO FIN DE GRADO

Tutor: RAFAEL VELASCO GARCÍA

17/06/2016

Curso: 2015-16

Convocatoria: Junio del 2016

ÍNDICE

1. Resumen y palabras clave	3
2. Introducción	5
2.1. Prevalencia	5
2.2. El tabaco: origen e historia.....	6
2.3. Componentes del tabaco	6
2.4. Consecuencias	9
2.5. Humo de tabaco ambiental	10
2.6. Legislación.....	11
2.7. Deshabituación tabáquica	12
2.8. Estado de la cuestión.....	15
3. Justificación	19
4. Hipótesis	21
5. Objetivos	21
6. Metodología	23
7.1. Tipo de estudio	23
7.2. Ámbito del estudio	23
7.3. Criterios de inclusión y exclusión	24
7.4. Variables.....	25
7.5. Plan y recogida de datos.....	27
7.6. Análisis estadístico	29
7.7. Aspectos éticos.....	29
7.8. Limitaciones.....	30
8. Programa de deshabituación tabáquica	31
9. Cronograma y plan de trabajo	59
10. Recursos humanos, materiales y presupuesto	61
11. Referencias bibliográficas	63

12. Anexo 1	67
13. Anexo 2	68
14. Anexo 3	73
15. Anexo 4	75

1. RESUMEN

Vistas las consecuencias que tiene el consumo diario u ocasional del tabaco y su gran prevalencia entre los profesionales sanitarios, este proyecto pretende elaborar un programa de deshabituación tabáquica acorde a las necesidades de los mismos. Dicho programa tiene como objetivo conocer la adicción, así como reducir la prevalencia de tabaquismo entre los profesionales que se dedican a curar y prevenir enfermedades de los ciudadanos del área de salud de la comarca guipuzcoana Goierri-Alto Urola.

Para ello, se realizará un estudio epidemiológico en el que un enfermero de trabajo dirigirá un programa de deshabituación que constará de siete visitas individuales y un seguimiento telefónico.

Al final del estudio se valorará si los participantes han dejado de fumar y en caso contrario si han disminuido la cantidad de cigarrillos fumados al día. Estos resultados serán analizados detenidamente, sobre todo en los casos en los que el programa no haya sido eficaz con el fin de intentar buscar motivos por los cuales el participante no ha sido capaz de dejar el hábito tabáquico.

Palabras clave: Tabaquismo. Deshabituación tabáquica. Profesionales sanitarios. Programa de salud. Salud Laboral.

ABSTRACT

At the sight of the consequences of daily or occasional consumption of tobacco and the high prevalence it has over health professionals, this project is aimed at devising a program for tobacco quitting according to their needs. The goal of such program is to know the addiction and reduce the smoking prevalence among professionals devoted to treating and preventing diseases for citizens of the Goierri-Alto Urola health area of the county of Guipúzcoa.

To this end, an epidemiological survey shall be carried out by an occupational nurse who shall conduct a quitting program consisting of seven individual visits and a telephone follow-up.

Upon completion of the survey, an assessment shall be made to know whether participants have quit smoking and if not, whether they have reduced the number of cigarettes smoked daily. The results shall be thoroughly analyzed, above all, those cases on which the program has proved to be ineffective, in order to attempt to find the reasons for which participants have not been able to give up smoking.

Keywords: Tobacco. Smoking. Smoking cessation. Health professionals, Health program. Occupational Health Unit.

2. INTRODUCCIÓN

Todavía hoy en día, el consumo de tabaco y la exposición pasiva a su humo son la principal causa de enfermedades y muertes prematuras evitables. Así mismo, la dependencia al tabaco está reconocida como trastorno mental y del comportamiento en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS y en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría (1). Además, el tabaquismo se considera como el principal problema de Salud Pública en la mayor parte de los países desarrollados, y de no haber un cambio de tendencias, lo será también en países en vías de desarrollo (2).

El tabaco, aparte de ser un problema de salud, también ocasiona un gasto económico importante tanto para el individuo como para el sistema sanitario. Hoy en día un paquete de tabaco en España cuesta alrededor de 5 euros, eso quiere decir que las personas que fuman 10 o 20 cigarrillos al día, tienen un gasto de 771 euros y 1542 euros al año respectivamente. En parte, por esta misma razón, así como por la influencia de las leyes, en los últimos años, ha habido una caída notable de las ventas del tabaco a nivel mundial (3). Aunque a pesar de ello el tabaco sigue siendo un gran problema sanitario.

2.1. Prevalencia

En Europa, según la Comisión Europea, el tabaco mata al año a 700.000 personas con un coste sanitario de 25.000 millones de euros. Del mismo modo, en España, sigue siendo la primera causa de enfermedad y muerte evitable. Es más, según los médicos, causa 55.000 fallecimientos al año, con unos costes sanitarios muy elevados (8.000 millones de euros al año) (4).

A pesar de la mencionada caída, España sigue fumando muchísimo y el tabaco sigue siendo la droga más asequible para cualquier ciudadano (5). Diariamente fuman el 23% de los adultos españoles (el 27,9% de los hombres y 20,2% de las mujeres) y un 2,3% más (3,5% hombres y 2,6% mujeres) de forma ocasional (Encuesta de Salud del INE 2014). Somos el noveno país de Europa con más número de fumadores según el

Eurobarómetro de 2014, con un 29% fumadores de media. Además, el 26,8% de los hombres y el 12,7% de las mujeres son exfumadores. Es decir, solamente un 41,9% de los hombres y 64,5% de las mujeres nunca han fumado (6).

Aun así, lo peor es que España es el país europeo donde los jóvenes empiezan antes a consumir tabaco. Según el Eurobarómetro del 2014 a los 16,7 años de media, casi un año antes que en el conjunto de Europa (17,6 años) (6). Además, después del alcohol, el tabaco es la segunda droga más consumida por los adolescentes. Estos datos son realmente alarmantes teniendo en cuenta que la venta de tabaco está totalmente prohibida a menores de 18 años (5).

2.2. El tabaco: origen e historia

El tabaco proviene de una planta que pertenece al género *Nicotiana*, originaria de América, y en sus hojas se conserva el potente alcaloide llamado nicotina. Durante años, las hojas de esta planta se consumían en polvo inhalado o se mascaban, aunque la forma más común de consumirla siempre ha sido en forma de cigarrillo o puro (dependiendo la concentración de tabaco que contenga) (7). Antiguamente, su consumo era habitual en algunas tribus indígenas, se le atribuían propiedades medicinales y lo empleaban en ceremonias. En pequeñas dosis lo usaban como estimulante, supresor del hambre y la sed y como analgésico. Aproximadamente en el año 1510 la semilla de esta planta llegó a España y poco a poco se fue introduciendo a Europa. Al principio lo consumía la población de clase baja, pero paso a paso fue convirtiéndose en una costumbre de la alta sociedad y tras varios años de evolución en la época de la Segunda Guerra Mundial el consumo de cigarrillos supuso un gran aumento en su demanda (5).

2.3. Componentes del tabaco

Según la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), los componentes del humo formado tras la combustión de tabaco son alrededor de 4.000, todas ellas negativas (excepto el vapor de agua) y unas 70 son altamente tóxicas y cancerígenas. Aun así, el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT) dice que nadie, excepto las propias empresas tabaqueras, sabe realmente cual es la verdadera composición de un cigarrillo (4).



Figura 1: Algunos de los componentes nocivos presentes en los cigarrillos (Fuente: internet; <http://cardioacademic.org.mx/index.php/component/k2/item/7-fumador-pasivo>).

2.3.1. Nicotina:

Esta es la sustancia responsable de la adicción, es el principal alcaloide del tabaco. Por esa adicción, el tabaco provoca una dependencia (sobre todo psicológica) en el fumador.

Cuando inhalamos el humo del tabaco, la nicotina se absorbe muy rápidamente tanto en la mucosa oral como en los alveolos pulmonares y pasa al aparato circulatorio, es decir, a la sangre distribuyéndose por todo el organismo. Tras este proceso, en 7 segundos la nicotina llega al cerebro y se une a los receptores nicotínicos produciendo un efecto placentero para el fumador. Por ello, cuando el fumador deja de consumir el tabaco, aparece el síndrome de abstinencia. Esta sustancia farmacológicamente se clasifica entre los estimulantes menores del SNC y tiene un efecto bifásico, dependiendo de la frecuencia y profundidad de las aspiraciones puede ser estimulante o relajante. La nicotina tiene una vida media de dos horas, por lo que a partir de ese tiempo su concentración en la sangre va disminuyendo y aparece el deseo de fumar.

Pero el viaje de la nicotina por el torrente sanguíneo no acaba en el cerebro, se metaboliza en el hígado transformándose en diferentes metabolitos, como por ejemplo la cotinina. Esta sustancia tras 20 segundos desde la inhalación llega hasta las extremidades inferiores, provocando problemas de circulación.

Además de estos problemas de circulación, hace perder el apetito, altera el ritmo cardiaco, provoca fatiga tras un esfuerzo mínimo, incrementa el riesgo de anginas, los dientes y las uñas se vuelven amarillentas y aparece el mal aliento.

Finalmente, su eliminación se produce a través de la orina provocando así su acidificación.

2.3.2. Monóxido de carbono:

El monóxido de carbono (CO) es un gas incoloro, muy tóxico que se desprende en la combustión del tabaco así como del papel que envuelve el cigarrillo. El CO se absorbe en los pulmones y pasa rápidamente al aparato circulatorio. Una vez en la sangre, se une a la hemoglobina y sustituye el oxígeno provocando a los fumadores una hipoxemia (déficit de oxígeno) y consecuencia de ello, una hipoxia (órganos y tejidos del cuerpo menos oxigenados). Al favorecer la formación de placas de ateroma, la hipoxia es un importante factor de riesgo en la aparición de angina de pecho (dolor opresivo en el pecho por una disminución en la irrigación del músculo cardíaco) e infarto de miocardio (muerte de las células del músculo cardíaco).

2.3.3. Irritantes:

Las sustancias irritantes son las que provocan a los fumadores tos, incremento de la mucosidad y lagrimeo, siendo así las responsables de las patologías respiratorias relacionadas con el consumo de tabaco: bronquitis crónica y enfisema pulmonar. Estas sustancias, al contactar directamente con las células del árbol respiratorio, provocan una producción excesiva de moco difícil de expulsar, por lo que los fumadores necesitan fuertes golpes de tos para eliminarlo. Poco a poco se va dificultando la respiración y va apareciendo la tos crónica, expectoración, disminución de la capacidad pulmonar, infecciones respiratorias e insuficiencia respiratoria irreversible.

2.3.4. Agentes cancerígenos:

En los componentes del tabaco se han encontrado alrededor de 70 componentes cancerígenos divididos en diferentes grupos: policarburos aromáticos, compuestos heterocíclicos, nitrosaminas, aminas, aldehídos, alquitranes...

Estos componentes actúan en diferentes fases de la carcinogénesis (proceso de transformación de las células normales en cancerosas) y son los responsables de los procesos cancerígenos en distintas localizaciones del organismo, entre otras, pulmones, cavidad oral, esófago, vejiga, riñón, etc. (8).

2.4. **Consecuencias del tabaco**

El consumo inhalado regular y continuado del tabaco da lugar a enfermedades con altas tasas de morbilidad prematuras. Hasta el momento no se ha descubierto si determinadas personas son más o menos susceptibles a desarrollar enfermedades que otras, pero sí está demostrado que el tabaco es más perjudicial en aquellas personas que padecen ciertas enfermedades como pueden ser el asma o la diabetes (2). Por otro lado, el riesgo de padecer dichas enfermedades puede depender de diferentes factores: consumo diario de cigarrillos (cuanto mayor sea la dosis mayor será el riesgo), duración del consumo (cuanto mayor sea el periodo de vida consumiendo tabaco, mayor riesgo de enfermar), patrón del fumador (la inhalación profunda y repetida aumenta el riesgo) y tipo de cigarrillos (cuanta más nicotina y alquitrán más riesgo).

Al fumar, existe una exposición constante de las **vías respiratorias** a los componentes tóxicos del humo ya citados. Por un lado, se incrementa la producción de mucosidad y por otro, la acción limpiadora de las células se ve perjudicada, reduciendo la eficacia del sistema inmunitario. Tras este proceso aparecen los primeros síntomas de alerta (tos y expectoración) que nos indican que ya existe una disfunción en el aparato respiratorio. A medida que aumenta la gravedad, aparecen las enfermedades respiratorias: bronquitis crónica, enfisema pulmonar y cáncer de pulmón. Y del mismo modo, estas afecciones nos llevan a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). El tabaco es la principal causa de EPOC, alrededor del 90% de los casos son debidos al consumo de éste. Se calcula que el 15 o 20% de los fumadores podrán desarrollar dicha enfermedad crónica a lo largo de su vida (9).

Otro de los sistemas que se ve afectado por el tabaquismo es el **circulatorio**. La nicotina aumenta la presión arterial y la frecuencia cardiaca además de alterar la coagulabilidad de la sangre. Todo ello puede provocar la formación de trombos y aumenta considerablemente el riesgo de aparición de placas de lípidos. Esto último, afecta a las arterias y puede dar lugar a enfermedades coronarias (cardiopatía isquémica, angina de pecho o infarto agudo de miocardio), accidentes cerebrovasculares (hemorragias, trombosis o embolias cerebrales) y enfermedades vasculares periféricas.

Además del cáncer de riñón ya mencionado, el tabaco puede tener otras consecuencias dentro del **sistema urinario y reproductivo**. Por ejemplo, puede afectar a la fertilidad de los hombres ya que los componentes tóxicos que se desprenden del cigarrillo, pueden atravesar la barrera testicular e inducir en la calidad de los espermatozoides. Además, el tabaco, al considerarse un factor de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo II, produce alteración de la microvasculatura de los cuerpos cavernosos del pene, pudiendo provocar disfunción eréctil e impotencia sexual. En el caso de las mujeres, los tóxicos se absorben y originan alteraciones intrafoliculares pudiendo disminuir del mismo modo la fertilidad (10)

En lo que se refiere al **aparato digestivo**, el tabaquismo puede provocar la aparición de enfermedades como la gastritis crónica, la esofagitis por reflujo o la aparición de una úlcera gastroduodenal (7).

Dadas estas circunstancias, las **embarazadas** fumadoras deben tener especial cuidado ya que el humo que ellas inhalan también lo llega a recibir el feto. Como consecuencia, es posible que éste sufra bajo peso en el nacimiento, problemas de desarrollo y crecimiento y aumenta también la posibilidad de sufrir abortos espontáneos, nacimientos prematuros y otras complicaciones durante el embarazo (2).

2.5. Humo de tabaco ambiental (HTA)

El humo no solo afecta al fumador. Según estudios nacionales e internacionales sobre los efectos del humo de tabaco ambiental (HTA) en la salud de los no fumadores, este

humo contiene más de 4.000 sustancias químicas y es responsable de muchas de las enfermedades cardiovasculares, respiratorias, reproductivas y, sobre todo, de tumores en los fumadores pasivos. Por esta razón, tras realizar muchísimas investigaciones al respecto, las autoridades decidieron establecer políticas públicas para proteger la salud de la población expuesta al HTA (11).

2.6. Legislación

En nuestro país desde 1988, cuando se implantó la primera norma antitabaco, el gobierno ha trabajado para disminuir el número de fumadores y poder hacer frente a este problema de Salud Pública. Actualmente, en España hay dos leyes en vigor. La **Ley 28/2005** sobre las medidas sanitarias frente al tabaquismo, fue aprobada el 26 de diciembre y entró en vigor el 1 de enero del 2006, esta ley establece limitaciones a la venta y suministro de los productos derivados del tabaco, a su consumo y la publicidad, promoción y patrocinio. Tras cuatro años sin producirse ningún avance legislativo en materia de tabaquismo, en el año 2010, el Gobierno Español promovió una modificación en la Ley 28/2005. Esta mejora legislativa se refleja en la **Ley 42/2010**, de 30 de diciembre. Entre otras cosas, con esta ley se prohíbe fumar en bares y restaurantes, en parques infantiles, establecimientos sanitarios, estaciones de autobuses y ferroviarias, aeropuertos, salas de teatro, cines, así como en todos los locales cerrados de uso público o colectivo (12)(13).

Viendo los resultados ofrecidos por la ENSE 2011 y en comparación con la Encuesta Europea de Salud de España (EESE 2009), se puede decir que gracias a esta segunda ley antitabaco la prevalencia de fumadores ha disminuido en más de 2 puntos porcentuales. Las leyes ha conseguido que 1,2 millones de españoles dejen de fumar y desde el año 2005 se ha reducido en un 11% el número de infartos y en un 10% los casos de asma infantil (14).

Como novedad, el pasado 7 de abril del 2016 el Parlamento Vasco aprobó la nueva **Ley de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias** en el que se especifica lo siguiente: “Se prohíbe fumar en todos los espacios cerrados y semicerrados de uso público, lugares accesibles al público en general o lugares de uso colectivo, con independencia de su titularidad pública o privada.” La legislación

vasca hasta ahora permitía fumar en establecimientos deportivos como frontones y campos de fútbol, pero a partir de dicho día se sancionará a todo el que no cumpla con la normativa con multas de 600 euros hasta los 600.000, incluso puede suponer el cierre temporal, total o parcial de la actividad del establecimiento. La normativa también regula los dispositivos susceptibles de liberación de nicotina (productos que pueden utilizarse para el consumo de vapor que contiene nicotina), comúnmente conocidos como los cigarrillos electrónicos. La ley considera que deben ser atendidos del mismo modo que el tabaco convencional, aplicando las mismas restricciones (15)

Aun así, todavía queda mucho camino que recorrer y por eso, en breves, entrará en vigor la nueva Directiva Europea contra el tabaco, aprobada en 2014 que obliga a vender unas nuevas cajetillas, con más espacio para fotos y advertencias de lo perjudicial que es el tabaco (4). Pero los médicos y el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT) piden que el Gobierno vaya más allá en la guerra contra el tabaquismo y obliguen a las tabaqueras a implantar el “empaquetado genérico”, una nueva cajetilla neutra, sin logotipos, con el mismo color tamaño y forma y con más espacios para advertencias. Aun así, la Organización Mundial de la Salud (OMS) cree que esto no será suficiente, porque el tabaco todavía provoca la muerte de 1 persona cada 6 segundos, 6 millones al año. La OMS cree que la única medida efectiva es subir el precio, por lo que pide a todos los países que suban los impuestos. Subir un 5% la cajetilla en España evitará 3.000 muertes en los próximos 20 años (CNPT).

2.7. Deshabituación tabáquica

La mayoría de los fumadores refieren querer dejar de fumar y haberlo intentado en alguna que otra ocasión. Los efectos del abandono del consumo de tabaco han sido establecidos en los estudios de cohortes que se han realizado en grandes poblaciones de EEUU, Canadá, Europa y Japón (16). Estos efectos tan beneficiosos para la salud empiezan a aparecer justo en el momento que se deja de fumar, es decir, al cabo de 20 minutos la presión de la sangre y el pulso vuelven a su nivel normal. En las primeras 24 horas de abstinencia disminuye el riesgo de infarto y al cabo de 48 horas mejora notablemente tanto el gusto como el olfato. Pero esto no queda ahí, después de 3 semanas la circulación del organismo mejora y tras 1 año el riesgo de infarto de miocardio se reduce a la mitad. A los 5 años se reduce en un 50% el riesgo de padecer cáncer de pulmón, laringe y esófago y el riesgo de infarto es igual al de uno

que no ha fumado nunca. Después de la década, el riesgo de aparición de un cáncer de boca, pulmón, páncreas y esófago es similar al de un no fumador porque las células cancerosas ya han conseguido ser reemplazadas (5).

El 70% de los fumadores dice que desearía abandonarlo y casi dos tercios de los fumadores que recaen quieren intentar nuevamente el abandono en los 30 días siguientes (17). Dejar de fumar no es fácil, la dependencia que provoca el tabaco es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos. Por esa razón, muy pocos consumidores consiguen abandonarlo en el primer intento (OMS, 2015). Asimismo, la encuesta realizada por el CNPT en el 2008 revela que un 27,5% de los fumadores declara haber intentado dejar de fumar en el último año frente al 72,5% que no lo ha hecho. De entre los que han intentado, el 45,5% no ha logrado estar sin fumar más de una semana, el 26,3% ha logrado aguantar entre 1 y 3 meses y el 24% restante ha conseguido mantenerse durante más de 3 meses. Los motivos que tienen más peso en esta recaída según la citada encuesta del CNPT son: el exceso de estrés, la influencia del entorno, la falta de motivación real y el desánimo. En cambio, el miedo a engordar y el no haber utilizado medicamentos parece que no afecta tanto a los encuestados (18). Esta baja tasa de éxito puede ser explicada por el hecho de que la mayoría de los intentos se realizan sin ayuda, como un ejercicio espontáneo de la “fuerza de voluntad” (1).

El abandono es un proceso que sigue diversas etapas de evolución a nivel cognitivo, que tiene que empezar por un cambio de actitud para llegar a conseguirlo. Existen diferentes modelos que explican esta evolución, entre otros está el **Modelo Espiral de las Etapas de Cambio** de Prochaska y DiClemente del año 1984. Este modelo incluye las siguientes cinco etapas:

1. Precontemplación: Es la etapa en la que los fumadores se resisten a reconocer el problema y no tiene intención de dejar de fumar en los próximos 6 meses.
2. Contemplación: En esta etapa existe conciencia del problema e intención de resolverlo. Los fumadores piensan dejar de fumar en los próximos 6 meses.
3. Preparación: Aparecen los cambios de comportamiento e intentará dejarlo en el próximo mes.

4. Acción: Una vez que se ha iniciado el dejar de fumar y se alarga hasta 6 meses. Es la etapa donde hay más riesgo de recaídas.
5. Mantenimiento: Las personas se esfuerzan para prevenir la recaída y consolidar el resultado tras estar 6 meses sin fumar. Hasta que consigan mantener un año de abstinencia no se consideran exfumadores (16).

En respuesta a la dificultad para dejar de fumar, en los últimos años se han descrito diferentes terapias para la deshabituación:

Manuales de autoayuda	Intervención mínima	Intervención psicológica intensiva	Intervención farmacológica
No personalizados	Consejo médico	Terapia individual	Chicles de nicotina
Personalizados	Consejo de enfermería	Terapia grupal	Parches de nicotina
	Consejo telefónico por una persona entrenada	Terapia aversiva	Spray nasal de nicotina
			Inhalador de nicotina*
			Tabletas sublinguales
			Bupropión
			Nortriptilina
			Clonidina
			Vareniclina

*No está comercializado en España

Tabla 1: Esquema de diferentes tipos de tratamientos para dejar de fumar (Fuente: elaboración propia).

Las terapias de autoayuda promueven el abandono con tasas superiores a las obtenidas sin ningún tipo de intervención, pero su efecto es bastante escaso. Luego, tenemos la intervención mínima, que consiste en una breve intervención oportunista dirigida a pacientes fumadores y su objetivo principal es asegurar que toda persona que fuma sea identificada cuando acuda a la consulta y se le ofrezca tratamiento. Del

mismo modo, pretende que logre avances en el proceso de dejar de fumar y haga intentos para conseguirlo. Para ello se le pregunta al usuario si fuma, se le aconseja el abandono, se valora la posibilidad de hacer un intento de abandono del tabaco y se fijan visitas de seguimiento. A diferencia de las intervenciones mínimas, las intensivas incluyen estrategias conductuales y cognitivas (desarrollo de habilidades y estrategias de afrontamiento, técnicas de resolución de problemas, etc.) y necesitan asegurar un apoyo social adecuado tanto dentro como fuera de las sesiones terapéuticas. Estas intervenciones serán cualitativa y cuantitativamente más complejas que las mínimas. Por último, en las intervenciones farmacológicas se aplica un tratamiento mediante medicamentos clínicamente adecuados, específicos, seguros y eficaces para tratar la dependencia al tabaco. Entre ellos se encuentran la terapia sustitutiva con nicotina (chicles, parches, spray, inhalador, etc.), el bupropión, la vareniclina, la clonidina y la nortriptilina (1).

2.8. Estado de la cuestión. Profesionales de la salud y tabaquismo

En este escenario los profesionales de la salud pueden intervenir desde dentro, influir en la percepción y actitudes de los individuos frente a esta adicción. Hoy en día se les ha asignado un papel muy importante, sobre todo en la prevención pero también en el tratamiento, pudiendo educar en el momento de la asistencia sanitaria, ejercer de ejemplo a seguir y sensibilizar sobre los problemas de salud que son consecuencia del tabaquismo.

Sin embargo, según la bibliografía, en España existe una elevada prevalencia en el hábito del tabaquismo no sólo en la población general, sino también entre los profesionales de la salud. Aunque no tengamos datos epidemiológicos estatales muy recientes sobre el consumo de tabaco entre profesionales sanitarios, al remontarnos al año 1998, vemos que por aquel entonces la prevalencia de fumadores sanitarios era del 38,9%, sin diferencias en comparación con la población general (19). En las últimas décadas, diferentes artículos han confirmado que la proporción de fumadores entre los sanitarios sigue siendo prácticamente equiparable a la proporción en los no sanitarios.

En el año 2004 se realizó un estudio en el Principado de Asturias para conocer la prevalencia de tabaquismo entre los profesionales de la salud, así como la predisposición de esta población para la colaboración en estrategias orientadas a la reducción del uso de tabaco. Para ello 582 participantes rellenaron una encuesta y según los resultados obtenidos el 31,8% se declara fumador y de éstos el 78% fuman diariamente. Además, el 31,3% de los fumadores tiene bastante interés en dejar de fumar y el 19,5% muestra mucho interés. Teniendo en cuenta estas cifras, en el estudio se les preguntó si participarían en un programa para dejar de fumar en el caso de que se ofertase dicho programa en su centro de trabajo, y las respuestas fueron las siguientes: el 22,4% mucho interés, el 31,8% bastante interés, el 33,9% poco interés y el 11,8% ningún interés (20).

Otro estudio sobre el tabaquismo entre profesionales sanitarios realizado en España, estudia la prevalencia de los sanitarios de La Palma. Este estudio analiza 625 encuestas a trabajadores de un hospital y entre éstos 208 declaran ser fumadores activos, lo que significa una prevalencia del 33%. Llama la atención de los investigadores que uno de cada 3 trabajadores del hospital de La Palma sea fumador habitual, siendo la cifra incluso más alta que la de la población general nacional y local. Los autores finalizan diciendo que “mientras no se revierta esta paradoja, cualquier estrategia de prevención estará abocada al fracaso” (21).

El último estudio acerca del tabaco entre los profesionales sanitarios, ha sido realizado en la Red Catalana de Hospitales sin Humo. En este estudio se analiza el consumo de tabaco entre los empleados de los 45 hospitales que conforman dicha red, así después de entrevistar a 7.723 empleados de los diferentes colectivos, los resultados muestran que el 28% son fumadores. Además, el estudio detecta diferencias significativas entre los diferentes colectivos. Los médicos son los profesionales que menos fuman (16,4%), después esta el colectivo de enfermería (25,4%), seguido por personal administrativo (29,2%) y otros profesionales (31,7%). Finalmente, los que más fuman en esta Red Catalana de Hospitales sin Humo son los auxiliares de enfermería con un 36,6%, porcentaje incluso más alto que el de la población general (34,5%) (19).

Aparte de estas investigaciones también podemos encontrar en la bibliografía otros estudios relacionados; un estudio sobre la actitud de los profesionales de Atención Primaria frente al tabaco (22), otro sobre la prevalencia de tabaquismo entre médicas y enfermeras en la Comunidad de Madrid (23) o la evolución histórica del consumo de tabaco entre neumólogos y cardiólogos (24).

3. JUSTIFICACIÓN

En España el tabaquismo constituye un problema prioritario de Salud Pública por diferentes razones, entre ellas: las graves alteraciones de la calidad de vida, la cantidad de individuos a los que afecta el problema, el aumento de la demanda de cuidados y el gran coste que supone, tanto sanitario como social.

Aunque en los últimos años la población española fumadora esté disminuyendo, todavía queda mucho por hacer y la prevalencia de fumadores es una de las más elevadas de Europa. La OMS destaca en sus conclusiones del Convenio Marco para el Control del Tabaco, que la reducción en el consumo de tabaco es la medida más importante de Salud Pública que pueden adoptar los países en beneficio de su salud y economía. La evidencia sobre la eficacia de las intervenciones clínicas y de algunos tratamientos farmacológicos para el tratamiento de la adicción al tabaco es muy sólida, y como consecuencia, la OMS reitera que programas de deshabituación tabáquica sean considerados una prioridad sanitaria.

Tras la aceptación de las diferentes leyes que pretenden combatir el consumo de tabaco, un tercio de las personas fumadoras han intentado dejarlo. Según la encuesta del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) el 62% de los fumadores intentarían dejarlo si su médico se lo pidiese. Estos datos hacen evidente que son muchas las personas que quieren realmente abandonar su adicción, por eso se ve que es necesario dotar a los profesionales sanitarios de los recursos adecuados para poder ofrecer esta ayuda. Pero en España tenemos un problema, y es que el porcentaje de fumadores entre los profesionales sanitarios es prácticamente igual que la población general y como consecuencia los programas de abandono del tabaco no cobran la importancia debida.

Los sanitarios, por el mero hecho de ser profesionales de la Salud Pública y encargados de difundir estilos de vida saludables, debemos propiciar un entorno que defienda la salud de la población, proteja a los menores de la presión de consumir tabaco y donde “no fumar” sea la norma de comportamiento socialmente aceptada y el

estilo de vida predominante. Por todo esto debemos servir como ejemplo y ser congruentes. No podemos decir a un paciente que debe dejar de fumar y al mismo tiempo tener una cajetilla en el bolsillo de la bata o salir a fumar a la puerta del centro en cuanto tengamos un minuto.

Un fumador es un problema para cualquier sistema sanitario pero un sanitario fumador, como ya se ha dicho, es una incongruencia. Al ser sanitarios se tiene una responsabilidad extra y una situación privilegiada para ser modelos sociales de Salud Pública y promotores de hábitos saludables. El mensaje que desprende un médico, enfermero, técnico, auxiliar o cualquier profesional sanitario que sea fumador no es otro que “yo, que entiendo sobre el tema, no me creo que el tabaco mate”, consiguiendo así hacer una campaña a favor del hábito tabáquico. Por otro lado, según *Preventive Medicine* está demostrado que los sanitarios fumadores son menos efectivos en cuanto a que consigan que sus pacientes abandonen el tabaco y del mismo modo, están menos capacitados para desarrollar programas de deshabituación tabáquica. De este modo, es esencial que la incidencia de fumadores en el ámbito sanitario sea mínima.

Por todo ello, la Comisión Europea ha ido implantando planes de prevención del consumo de tabaco desde los servicios de Salud Laboral. Pero esto en España no ha tenido la debida repercusión, en todo el país son escasos los centros que han apoyado la iniciativa y cuentan con planes de prevención de riesgos que tengan incluido en sus servicios un programa de deshabituación tabáquica para los trabajadores.

Dadas estas circunstancias de escasez de medios y servicios para la deshabituación, no podemos exigir a los profesionales que dejen el hábito tabáquico si no tienen la ayuda suficiente para hacerlo. Por este interés social, se ha creado este programa de deshabituación tabáquica.

4. HIPÓTESIS

Este programa de deshabituación tabáquica elaborado por un equipo multidisciplinar y llevado a cabo por una enfermera especializada en Salud Laboral, es eficaz para reducir la prevalencia de fumadores sanitarios.

5. OBJETIVOS

El objetivo principal de este trabajo es reducir la prevalencia del tabaquismo, así como su morbimortalidad entre los profesionales sanitarios, mediante la creación de un programa integral y adecuado de deshabituación tabáquica.

Entre los objetivos específicos destacamos:

- Cuantificar la disminución en el número de cigarrillos fumados.
- Disminuir la probabilidad de recaída.
- Identificar los factores favorecedores del tabaquismo en profesionales de la salud.
- Dar información sobre diferentes tratamientos para el tabaquismo.

6. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

Para la elaboración del estudio ha sido necesario realizar una búsqueda bibliográfica mediante una revisión bibliográfica en distintas bases de datos y páginas web oficiales. Así se ha obtenido información acerca del tabaquismo y se han identificado otros programas de deshabituación tabáquica, que luego se han adecuados a las necesidades de la población a la que va dirigida esta investigación.

Concretamente las bases de datos utilizadas han sido “Pubmed”, “Biblioteca Cochrane Plus”, “SciELO”, “Google Académico”, “Dialnet”, “Cuiden” y “Science Direct” y por otra parte las páginas web utilizadas han sido las de las consejerías de salud de diferentes comunidades autónomas así como del Ministerio de Salud y de diferentes asociaciones. Para la búsqueda avanzada en las bases de datos se han utilizado términos como: “tabaquismo”, “tabaco”, “deshabituación”, “personal sanitario”, “tobacco”, “smoking”, “smoking cessation” y “health professionals”.

6.1. Tipo de estudio

Este es un estudio epidemiológico cuantitativo. Estos estudios, se dividen en experimentales y no experimentales dependiendo de la manipulación a la que someten al grupo de individuos a estudiar. En este caso, es un estudio experimental, o dicho de otra forma no observacional, porque el investigador es el que decide y manipula las condiciones de la investigación con la exposición de los participantes al mismo. De este modo, al investigador, como consecuencia del gran control que tiene sobre el diseño, se le hace más fácil la interpretación de las asociaciones como causales.

Más concretamente, esta es una investigación cuasiexperimental en la que existe una exposición, una respuesta y una hipótesis para contrastar pero no hay aleatorización de los sujetos, es más no existe un grupo control propiamente dicho.

6.2. Ámbito del estudio

El ámbito del estudio se refiere a la población en la cual se va a llevar a cabo la investigación. En este caso, el estudio en cuestión se llevará a cabo en la Comunidad

Autónoma del País Vasco, concretamente en una Zona de Salud de Guipúzcoa. Esta zona de salud es la Organización Sanitaria Integrada (OSI) Goierri-Alto Urola y consta de un hospital comarcal (Hospital de Zumarraga) y sus respectivos 7 centros de salud y 13 consultorios.

Por lo cual, participarán todos aquellos profesionales de la salud que trabajen en dicha zona, que cumplan con los criterios de inclusión y que deseen participar en el estudio.

Todo el proceso del estudio se llevará a cabo en una consulta llamada "Consulta de Control del Tabaquismo" situada dentro del departamento de Salud Laboral en el Hospital de Zumarraga. El equipo que elaborará y aceptará el programa estará formado por un médico de trabajo, un/a enfermero/a de trabajo, un/a psicólogo/a y un/a nutricionista. Una vez desarrollado el plan de trabajo, un/a enfermero/a especializado/a en Salud Laboral se hará cargo de llevarlo a cabo.

6.3. Criterios de inclusión y exclusión

La captación de los profesionales sanitarios que quieran participar en el programa se dividirá en tres puntos. La parte más importante la llevarán a cabo el equipo de Salud Laboral, que se encargará de derivar a todos los fumadores a nuestra consulta. Esto no será tan difícil ya que en las revisiones médicas bianuales por norma general se pregunta por el hábito tabáquico. Pero como no todos los trabajadores acuden a estas revisiones médicas, también se harán posters y folletos informativos para ponerlos en todas las áreas de descanso de los trabajadores. Del mismo modo, se le enviará a todo el personal sanitario esa información adjunta en un correo electrónico (ANEXO 1).

Aun así, los participantes deben cumplir con unos criterios para poder participar en el programa:

Criterios de inclusión:

- Ser un profesional sanitario (médico, enfermera, auxiliar de enfermería, técnico sanitario, odontólogo, podólogo, farmacéutico, nutricionista)
- Ser fumador ocasional o habitual

- Pertenecer a la OSI Goierri-Alto Urola
- Aceptar y mostrar compromiso con el programa

Criterios de exclusion:

- Padecer alguna enfermedad mental
- No querer participar

6.4. Variables

En todos los estudios se manejan unas características concretas de las que se desea observar su posible variación a lo largo de un periodo de tiempo determinado. Estas características deben de tener dos cualidades imprescindibles, por un lado deben ser observables y por otro, medibles. Con lo cual, una variable se puede definir como una característica o particularidad que observamos y medimos en un estudio.

Existen diferentes tipos de variables, entre otras están las variables dependientes e independientes y las variables intervinientes. Estas tres serán las que en el estudio se tendrán en cuenta. Las variables independientes o causa son las que el investigador mide, manipula o selecciona para determinar su relación con el fenómeno observado y puede tener su origen en el sujeto o en el entorno del mismo. Dicho de otra manera, es la variable que el investigador manipula para ver el efecto que produce en otra variable, la variable efecto o dependiente. De este modo, esta variable dependiente o efecto es el factor que el investigador observa o mide para determinar el efecto de la variable independiente o causa. Es el factor que aparece, desaparece, varía, etc. como consecuencia de la manipulación y representa el efecto de los cambios en el sujeto bajo estudio. Por ultimo, la variable interviniente es aquella que puede ser controlada y que puede alterar los resultados esperados.

- Variable independiente: Programa de deshabituación tabáquica para los profesionales sanitarios de la OSI Goierri-Alto Urola.
- Variable dependiente: Abstinencia si/no
- Variable interviniente: Tratamiento farmacológico para la deshabituación tabáquica.

Otras variables que se tendrán en cuenta a la hora de analizar los resultados serán las siguientes:

- Sexo:
 - Masculino
 - Femenino
- Edad:
 - <18 años
 - 18-30 años
 - 30-50 años
 - >50 años
- Profesión:
 - Médicos
 - Enfermeras
 - Auxiliares de enfermería
 - Técnicos sanitarios
 - Odontólogos
 - Podólogos
 - Farmacéuticos
 - Nutricionistas
- Tratamiento farmacológico:
 - Si
 - No

TIPO VARIABLE	CLASIFICACIÓN	RESULTADO
Sexo	Cualitativa dicotómica	Masculino
		Femenino
Profesión	Cualitativa politómica	Médico
		Enfermera
		Auxiliar de enfermería
		Técnico sanitario
		Odontólogo
		Podólogo
		Farmacéutico
		Nutricionista
Tratamiento farmacológico para la deshabituación tabáquica	Cualitativa dicotómica	Si
		No
Programa de deshabituación tabáquica	Cualitativa dicotómica	Si
		No
Abstinencia	Cualitativa dicotómica	Si
		No

Tabla 10: Clasificación según tipos de variables (Fuente: elaboración propia)

6.5. Plan o recogida de datos

La información que se analizará en el estudio ha de ser recogida con herramientas adecuadas y adaptadas a cada tipo de estudio. En esta investigación la información se recoge mediante la observación y medición directa (tensión arterial, peso, edad pulmonar, etc.) y mediante la realización de diferentes test. Pero todo ello debe estar acompañado de una entrevista en profundidad, que pretende recoger la visión subjetiva y personal del entrevistado con relación a una experiencia personal. Por eso se realizarán varias entrevistas en el transcurso de la investigación que serán denominadas como consultas o visitas.

Estas entrevistas estarán semi-estructuradas, el entrevistador contará con un guión para poder recordar los temas que son necesarios de conocer para cumplir los objetivos de la investigación. Además es importante la preparación previa a la

entrevista, analizando cada caso y los problemas que han podido surgir durante cualquier etapa del estudio.

Dadas las características de la población a la que va dirigido el programa, se van a emplear diferentes medios pero todos ellos serán realizados de manera individualizada. Además, todos los datos que obtengamos se van a recoger en un formulario (ANEXO 2), en cada consulta se tendrán que rellenar diferentes campos de dicho formulario. En un principio este formulario se rellenará en papel pero en un futuro habrá posibilidad de informatizarlo, así se podrán volcar todos los datos obtenidos a su historia clínica.

Al finalizar el programa se recogerán los siguientes resultados para valorar la eficacia del programa implantado, es decir, para valorar si se han cumplido los objetivos.

- Abstinencia si/no
- Reducción del número de cigarrillos (en el caso de que no se haya conseguido la abstinencia total)

De modo esquematizado, el proceso de atención será el siguiente:



Figura 4: Diagrama del procedimiento (Fuente: elaboración propia)

6.6. Análisis estadístico

Tras la recogida de datos, analizaremos los mismos mediante la estadística descriptiva, la cual consiste en organizar y describir los datos a modo resumen. Para ello, nos ayudaremos de una aplicación informática llamada *Statistical Package for the Social sciences (SPSS)*. Las variables cualitativas se describirán mediante frecuencias y porcentajes.

En lo que refiere al análisis bivalente, tanto la variable dependiente como la independiente son cualitativas dicotómicas, por esa razón utilizaremos la prueba paramétrica chi cuadrado. En este caso, dado que el resto de las asociaciones también son variables cualitativas, utilizaremos la misma prueba paramétrica, la chi cuadrado.

6.7. Aspectos éticos

Para poder llevar a cabo cualquier investigación han de tenerse en cuenta diversos aspectos éticos y legales, más aún si los objetos a estudiar son individuos. De este modo, siguiendo la Ley 2/2004, de 25 de febrero, de Ficheros de Datos de Carácter Personal de Titularidad Pública y de Creación de la Agencia Vasca de Protección de Datos y la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, todas las partes implicadas en el estudio tendrán, en el tratamiento de los datos, una garantía de estricta confidencialidad, de forma que no se viole la intimidad personal, ni familiar de los sujetos que participan en el estudio.

Por otro lado, es necesario afirmar que todas las actividades desarrolladas en esta investigación han sido fieles al Código Deontológico de la Enfermería Española aprobado y publicado en el año 1989 por el Consejo General de Enfermería.

Esta investigación además cumple y respeta los tres principios básicos de la ética recogidos en el Informe de Belmont (1978), que son: beneficencia, respeto a la dignidad humana y justicia.

En todas las instituciones hospitalarias y extrahospitalarias los comités de investigación tienen como objetivo normar y vigilar que todas las investigaciones experimentales en humanos se realicen con sentido técnico, ético y legal. Teniendo en

cuenta esta necesidad de control por parte de las instituciones, será necesaria la autorización de los siguientes:

1. Dirección de Enfermería
2. Dirección médica
3. Gerente de la Organización Sanitaria Integrada
4. Comité de Ética de la institución
5. Participantes del estudio. Para ello, elaboraremos un consentimiento informado que se les facilitará en la primera visita a todos aquellos que quieran participar. En este documento se expondrán los objetivos del estudio, sus beneficios, la metodología empleada y tipo de intervención a la que serán sometidos, incomodidades y molestias que pueda tener el estudio y por último, la voluntariedad de la participación con carácter revocable. En todo momento se dejará claro que la información obtenida estará respaldada por la ley de protección de datos. (ANEXO 3)

6.8. Limitaciones

La meta de toda investigación debe ser cumplir con sus objetivos, por eso, todo aquello que ponga en peligro esa medición de objetivos deberá ser identificado y si es posible corregido. En este caso, las limitaciones del estudio serán las siguientes:

- No querer participar en el estudio
- No acudir a alguna visita
- Una vez empezado, abandonar el programa
- No cumplir con todas las tareas
- Cambios del puesto de trabajo con traslado a otra Organización Sanitaria

7. PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA PARA PROFESIONALES SANITARIOS

Viendo la amplia oferta de terapias e intervenciones que existen hoy en día, a continuación se va a presentar un programa de deshabituación tabáquica expresamente dirigido a los profesionales sanitarios, tanto médicos como enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos sanitarios, odontólogos, podólogos, etc. Dadas las características de la población a la que va dirigido dicho programa, se van a emplear diferentes medios pero todos ellos serán llevados a cabo de manera individualizada.

El programa constará de 7 visitas individuales y un seguimiento telefónico en un plazo de 16 meses aproximadamente. Cuando acudan a la primera visita todavía no serán conscientes en qué consiste esta consulta de “control del tabaquismo”, y por eso esta primera será más que nada informativa. De ese modo, después de la primera intervención, pasará una semana en la que los usuarios reflexionen y decidan si quieren continuar o no.

PRIMERA VISITA:

Como se ha dicho anteriormente, la primera visita más que una consulta será una charla informativa en la que los objetivos principales serán conocer la adicción y convencer al paciente para que deje de fumar.

a) Acogida

Antes de que nadie se sienta violento, nos presentamos y explicamos el porqué de esta cita, es decir, quién soy y qué es lo que voy a hacer. Explicamos que es una charla informativa sobre el tabaquismo dirigida a todos los profesionales sanitarios fumadores y que no existe ningún tipo de compromiso para la continuación dentro del programa.

Preguntaremos por:

- Nombre y apellidos
- Edad
- Ocupación profesional y lugar de trabajo
- Situación familiar.
- Antecedentes patológicos de interés relacionados o no con el tabaquismo (HTA, DM, hipercolesterolemia, etc.).

Cada vez que tengamos datos sobre el paciente los registraremos en un formulario ya mencionado para que el profesional que lleve a cabo el programa sepa en todo momento cual era la situación antes de empezar con el programa y como se van consiguiendo los objetivos.

b) Antecedentes y situación personal en relación con el tabaco:

Preguntaremos por:

- Cantidad de cigarrillos fumados al día
- Edad de inicio.
- Variación en el consumo desde su inicio.
- Patrón de consumo (como fuma, cuanto humo inhala).
- Hábito de tabaquismo en el domicilio por él/ella u otros familiares.
- Historia familiar de tabaquismo
- Intentos previos de abandono. Si los hubiera:

¿Cuántos?

Tiempo de abstinencia en cada uno de ellos

Causas de la recaída

Si ha utilizado algún tratamiento o ayuda de algún profesional

Es importante hacer incapié en antecedentes de enfermedades que puedan estar relacionadas con el tabaco.

c) Valorar el conocimiento acerca del tabaquismo:

Aunque nos dirijamos a profesionales de la salud, debemos asegurarnos de que el paciente tenga los conocimientos necesarios acerca de los efectos que está provocando cada calada a su organismo. Por eso, además de explicarle brevemente los efectos de la nicotina sobre nuestro cuerpo, le entregaremos una hoja informativa en la que se explica claramente lo que todos los fumadores deben de saber acerca del tabaco (ANEXO 3).

d) Razones por las que dejar de fumar:

10 RAZONES PARA DEJAR DE FUMAR
Sentirse mejor con uno mismo.
Mayor Capacidad para hacer ejercicio.
Ahorro económico.
Mayor riesgo de enfermar.
Falta de independencia (por la adicción).
Dolor de garganta, tos e infecciones respiratorias.
Papel de modelo para hijos/sobrinos/nietos/amigos.
Se pueden ganar hasta 10 años de vida.
Evitar el envejecimiento precoz.
Poca aceptabilidad social.

Tabla 2: 10 razones para dejar de fumar (modificada) (Fuente: Guía para profesionales. Intervención en Tabaquismo desde Atención Primaria de Salud. Riojasalud 2008.)

Además le explicaremos que dejar de fumar es muy duro pero que él/ella ha hecho cosas mucho más difíciles a lo largo de su vida. Le mostraremos confianza, “seguro que lo conseguirás”, “valerá la pena esforzarse” porque éstas pueden ser algunas de las mejoras que pueden notar con el abandono del hábito tabáquico:

- Respirará mejor.
- Disminuirá o desaparecerá la tos.
- Recuperará el sentido del gusto y disfrutará más de las comidas.
- Desaparecerá el color amarillento de sus manos y uñas.

- Se cansará mucho menos haciendo ejercicio.
- Con el tiempo tendrá un sentimiento de liberación
- Mejorará su aspecto físico en general.

Destacaremos que para que el riesgo de contraer alguna enfermedad o cualquier otra afección relacionada con el tabaquismo sea 0, el consumo de éste tiene que ser también nulo.

Y para terminar con este punto, animaremos a los que ya hayan tenido intentos previos de abandono diciéndoles que la recaída es parte de este proceso y que deben tomarlo como aprendizaje para intentos posteriores. Es más, el abandono definitivo normalmente se consigue tras varios intentos fallidos, y por esa razón nunca deben dejar que el tabaco les gane la batalla.

e) Mitos vs realidades:

Todos los fumadores tienen miedo a dejarlo y por eso se deben afrontar todos estos temores desde el principio, para no dejar que las falsas creencias estimulen un rechazo a la hora de tomar la decisión de dejarlo. Por eso leeremos y/o entregaremos un listado de las falsas creencias que tiene la población en general acerca del tabaquismo:

- **Fumar no es un vicio, no les falta fuerza de voluntad a los que no lo consiguen dejarlo.**

El tabaco engancha porque contiene nicotina, una droga adictiva. Además, el cigarrillo nos lleva a una conducta de fumar repetitivamente por su poder adictivo y facilidad para la repetición de ese acto continuamente. De ese modo, se convierte en un acto automático y se relaciona a muchas actividades de la rutina. Esto nos lleva a pensar que es imposible vivir sin fumar, y sentimos una sensación de pérdida o vacío cada vez que intentamos dejarlo (adicción psicológica).

- **Existen pocas cosas tan placenteras como el tabaco... si lo dejo, disfrutaré menos de la vida.**

Los primeros días después del abandono, aparece esa sensación de vacío pero a medida que pasan los días desaparecerá y se volverá a disfrutar de las cosas y actividades de la misma intensidad o incluso mayor.

- **Es peor el remedio que la enfermedad.**

Los síntomas de la abstinencia que sufren los fumadores no son de la misma intensidad en todos los casos y además pueden ser controlables.

- **Cuando estoy nervioso/a lo único que me ayuda es fumar.**

En realidad el tabaco tiene sustancias estimulantes pero es posible que en un primer momento el fumador note alivio y relajación. Esto ocurre como consecuencia de la reducción de abstinencia.

- **Ya es tarde para dejarlo.**

Nunca es tarde, siempre experimentará cambios positivos tanto físicos como psicológicos y económicos.

- **Conozco a personas muy mayores que fuman mucho y están muy bien de salud.**

No nos podemos olvidar de todos los que se han quedado por el camino a causa del tabaco.

- **Puedo dejarlo cuando quiera.**

Todos los fumadores son dependientes físicos y psicológicos a la nicotina, aunque se fume poco.

f) Exploración física y medición mediante aparatos:

Primero de todo, tomaremos las **medidas antropométricas** (peso, talla e IMC) para tener una referencia de cómo estaba cada paciente antes de comenzar con el programa. Sabemos que al dejar de fumar, debido al síndrome de abstinencia, aumenta la ansiedad y esto puede influir directamente en el hábito alimenticio.

Después, tomaremos las **constantes vitales** (tensión arterial, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno y frecuencia respiratoria) y registraremos todo en el formulario de cada usuario.

Aparte de esto, echaremos un vistazo a la última **analítica** realizada, fijándonos especialmente en el colesterol. Con estos valores podremos calcular el **riesgo cardiovascular** de cada fumador.

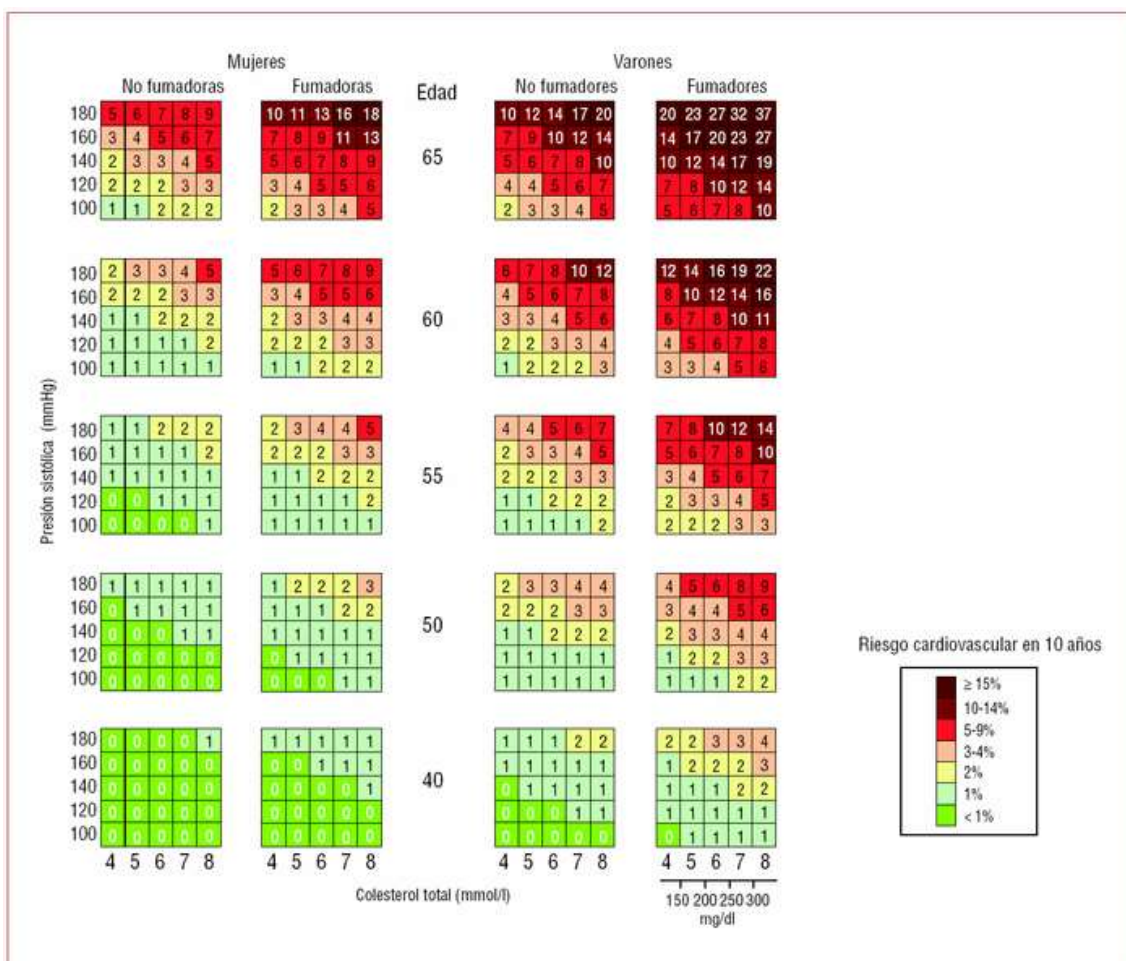


Figura 2: Calibración de la table SCORE de riesgo cardiovascular para España (Fuente: Revista Española de Cardiología Vol 60. Núm 5. 2007. Internet; <http://www.revspcardiol.org/es/calibracion-tabla-score-riesgo-cardiovascular/articulo/13106180/>)

Además, utilizaremos un aparato llamado **cooxímetro**, que sirve para medir la concentración de CO (monóxido de carbono) en partes por millón (ppm) en el aire espirado, ayudándonos a conocer el grado de intoxicación. Sus niveles dependen del patrón de consumo, es decir, número de cigarrillos, tipo de calada, así como tiempo transcurrido desde el último cigarrillo (pues la vida media del CO en el aire es corta, inferior a 5 horas). El fumador deberá realizar una inspiración profunda, mantendrá una apnea durante varios segundos y seguidamente procederá a la espiración lenta, prolongada y completa. El indicador del cooxímetro indicará un número de ppm de CO y se determinará el diagnóstico:

- 0-5 ppm: Ausencia de intoxicación
- 6-10 ppm: Ligera intoxicación
- 11-30 ppm: Modera intoxicación
- >30 ppm: Severa intoxicación

La **espirometría** que realizaremos tiene como objetivo medir la edad pulmonar del usuario y compararlo con su edad cronológica. En un espirómetro portátil, meteremos los datos (edad, talla y sexo) e inmediatamente después colocaremos la boquilla para la realización de la prueba. Haremos una espirometría forzada que consistirá en coger aire y sostenerlo un par de segundos, después deberá soltarlo fuértemente, brúscamente. Repetiremos esta prueba 3 veces y el espirómetro calculará la edad pulmonar.

g) Realización de diferentes test:

El uso de los test está muy extendido en los planes de deshabituación existentes, ya que nos ofrecen información exacta sobre el paciente. Existen muchos diferentes y cada uno está dirigido a evaluar diferentes aspectos del fumador (dependencia física, dependencia conductual, nivel de motivación y tipo de fumador, entre otros). En este programa vamos a utilizar los siguientes:

- **Test de Fagerström:**

Este cuestionario nos sirve para evaluar el grado de dependencia física a la nicotina. Está formado por 6 ítems y la puntuación oscila entre 0 y 10. El test puede utilizarse también en su modo más resumido, respondiendo sólo a los ítems 1 y 4.

PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTOS
¿Cuánto tiempo pasa entre que te levantas y te fumas tu primer cigarrillo?	Hasta 5 minutos	3
	De 6 a 30 minutos	2
	De 31 a 60 minutos	1
	Más de 60 minutos	0
¿Encuentras difícil no fumar en lugares donde está prohibido?	Si	1
	No	0
¿Qué cigarrillo te costaría más dejar de fumar?	El primero de la mañana	1
	Cualquier otro	0
¿Cuántos cigarrillos fumas al día?	Más de 30	3

	Entre 21 y 30	2
	Entre 11 y 20	1
	Menos de 10	0
¿Fumas más durante las primeras horas después de levantarte?	Si	1
	No	0
¿Fumas aunque estés tan enfermo que tengas que estar en la cama?	Si	1
	No	0
TOTAL		

Tabla 3: *Test de Fagerström* (Fuente: internet; <http://drojnet2.eu/inf-drogas/tabaco?start=6>)

Una vez completado el cuestionario se sumarán todos los puntos obtenidos e interpretaremos los resultados.

PUNTUACIÓN	GRADO DE DEPENDENCIA
0 a 2	Ninguna dependencia
3 a 4	Dependencia débil
5	Dependencia media
6 a 7	Dependencia fuerte
8 a 10	Dependencia muy fuerte

Tabla 4: *Valoración del Test de Fagerström* (Fuente: internet; <http://salud.ccm.net/faq/2720-dependencia-al-tabaco-test-de-fagerstrom>)

- **Test de motivación:**

Existen diferentes cuestionarios para interpretar la motivación de los fumadores, pero en este caso utilizaremos uno más sencillo y lo relacionaremos con la etapa de cambio por la que atraviesa cada fumador.

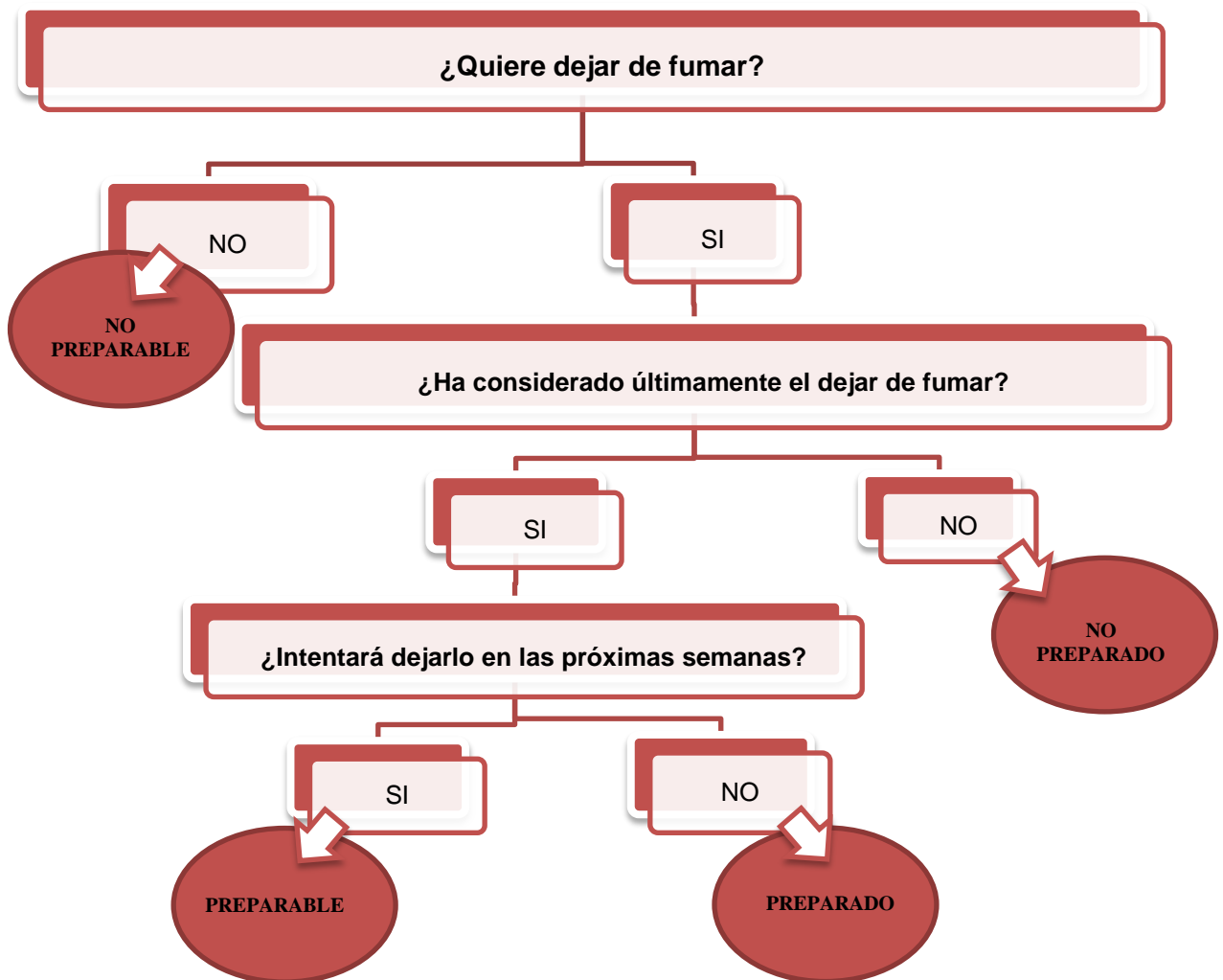


Figura 3: Grado de motivación para dejar de fumar (Fuente: elaboración propia)

GRADO DE MOTIVACIÓN	ETAPA DE CAMBIO*
No preparado	Precontemplación
Preparable	Contemplación
Preparado	Preparación
	Acción

*La etapa de cambio hace referencia al modelo de Prochaska y Di Clemente que describe el proceso de cambio de conducta.

Tabla 5: Relación entre el grado de motivación y la etapa de cambio (Fuente: internet; <http://www.who.int/fctc/reporting/Annexsixurue.pdf>)

- **Test de Glover-Nilsson:**

Su objetivo es valorar el comportamiento de los fumadores, es decir, su dependencia conductual. Para ello, se observarán diferentes aspectos de la conducta del fumador, analizando en profundidad el grado de su dependencia psicológica, social y gestual.

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
3	Juego y manipulo el paquete de tabaco como parte del ritual del hábito de fumar				0	1	2	3	4
0.- Nunca		1.- Raramente	2.- A veces	3.- A menudo	4.- Siempre				
4	¿Ocupa manos y dedos para evitar el tabaco?				0	1	2	3	4
5	¿Suele ponerse algo en la boca para evitar fumar?				0	1	2	3	4
6	¿Se recompensa a sí mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea?				0	1	2	3	4
7	¿Se angustia cuando se queda sin cigarrillos o no consigue encontrar el paquete de tabaco?				0	1	2	3	4
8	¿Cuándo no tiene tabaco, le resulta difícil concentrarse o realizar cualquier tarea?				0	1	2	3	4
9	¿Cuándo se haya en un lugar en el que está prohibido fumar, juega con su cigarrillo o paquete de tabaco?				0	1	2	3	4
10	¿Algunos lugares o circunstancias le incitan a fumar: su sillón favorito, sofá, habitación, coche o la bebida (alcohol, café, etc.)?				0	1	2	3	4
11	¿Se encuentra a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina, sin desearlo realmente?				0	1	2	3	4
12	¿Le ayuda a reducir el estrés el tener un cigarrillo en las manos aunque sea sin encenderlo?				0	1	2	3	4
13	¿A menudo se coloca cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca (bolígrafos, palillos, chicles, etc.) y los chupa para relajarse del estrés, tensión, frustración, etc.?				0	1	2	3	4
14	¿Parte del placer de fumar procede del ritual de encender el cigarrillo?				0	1	2	3	4
15	¿Parte del placer del tabaco consiste en mirar el humo cuando lo inhala?				0	1	2	3	4
16	¿Enciende alguna vez un cigarrillo sin darse cuenta de que ya tiene uno encendido en el cenicero?				0	1	2	3	4
17	¿Cuándo está solo en un restaurante, parada de autobús, fiesta, etc. se siente más seguro, a salvo o más confiado con un cigarrillo en las manos?				0	1	2	3	4
18	¿Suele encender un cigarrillo si sus amigos lo hacen?				0	1	2	3	4
TOTAL									

Tabla 6: Test de Glover-Nilsson (Fuente: internet; prevencio.uib.cat/digitalAssets/206/206277_test-de-glover-nilsson.doc)

Valoraremos el test realizado diferenciando los tres aspectos de la siguiente manera:

DEPENDENCIA PSICOLÓGICA	
Mediante las preguntas 1, 6, 7 y 8 se determina el grado de dependencia en función de la puntuación obtenida.	
<u>Puntuación</u>	<u>Dependencia</u>
0-5	Leve
6-10	Moderada
11-16	Alta
DEPENDENCIA SOCIAL	
Las preguntas 17 y 18 son determinantes de este tipo de dependencia.	
<u>Puntuación</u>	<u>Dependencia</u>
0-2	Leve
3-5	Moderada
6-8	Alta
DEPENDENCIA GESTUAL	
Es evaluado por los ítems 2, 3, 4, 5 y los comprendidos del 9 al 16, ambos incluidos.	
<u>Puntuación</u>	<u>Dependencia</u>
0-15	Leve
16-31	Moderada
32 o más	Alta

Tabla 7: Valoración del test Glover-Nilsson (Fuente: internet; prevencio.uib.cat/digitalAssets/206/206277_test-de-glover-nilsson.doc)

A partir de este momento, el fumador tendrá una semana para reflexionar y decidir si quieren participar en el programa. Le entregaremos los papeles informativos así como el consentimiento informado, y sin presionarlo, se le volverá a comentar brevemente el cronograma. Le diremos que su salud y la de los que le rodean necesitan que abandone el tabaco.

Durante esta semana en cualquier momento podrán comunicarle al responsable del programa su deseo de comenzar con la deshabituación tanto por correo electrónico como por teléfono.

Cuando se pongan en contacto con el responsable....

- Se les dará cita para la siguiente intervención
- **Tareas** a realizar antes de la siguiente sesión.
 - o Escribir en un papel los motivos por los que quiere dejar de fumar.
 - o Anotar el número de cigarrillos fumados en los cuatro días antes de la segunda cita, anotando a su vez la hora en la que se enciende cada cigarrillo.

SEGUNDA VISITA: (Una semana más tarde)

Lo primero que haremos es **felicitar** al fumador por tomar la decisión de dejar el tabaquismo, esto favorece mucho a la motivación y ayudará a que se sienta seguro de la decisión que ha tomado. Una vez felicitado, repasaremos las tareas que ha realizado en casa: leeremos los motivos por los cuales ha tomado la decisión y procederemos a la organización del proceso de reducción de la cantidad de cigarrillos.

Los motivos para la deshabituación serán esenciales en todo el proceso y se deben de tener muy presentes para recordarlos cada vez que decaiga el ánimo.

Reducción de la cantidad de cigarrillos fumados:

Analizando detenidamente el hábito de fumar que ha tenido en los últimos cuatro días, haremos la suma de los cigarrillos fumados cada día. La reducción de nicotina y otras sustancias adictivas que contiene el tabaco, debe ser gradual para poder disminuir el riesgo de un síndrome de abstinencia severo. Para ello, seguiremos los siguientes pasos:

Si los últimos días ha fumado una media de:

50 cigarrillos/día

40 cig/día

35 cig/día

30 cig/día

25 cig/día

20 cig/día

15 cig/día

Entre 6 y 12 cig/día

5 o menos cig/día

A partir de ahora no debera fumar más de:

20 cig/día

16 cig/día

14 cig/día

12 cig/día

10 cig/día

8 cig/día

6 cig/día

4 cig/día

No reducir

Con esta reducción el paciente ya empezará a experimentar sensaciones de ansiedad, ganas incontrolables de fumar en todo momento, irritabilidad, sentimientos de enfado y frustración, etc. Todo ello es consecuencia de la disminución de los niveles de nicotina en la sangre.

Eliminación de los cigarrillos más importantes para el fumador:

Además de esta reducción, se deben de seguir unas reglas para renunciar a aquellos cigarrillos que más difíciles son de eliminar, para que así, el día que se empiece con la eliminación total los efectos sean más llevaderos. Algunas de estas reglas son:

- No fumar hasta una hora después de levantarse.
- No fumar hasta 30 minutos después de comer o cenar.
- No fumar viendo la televisión.
- No fumar conduciendo.
- No fumar en la cama.
- No fumar mientras se toma café, una cerveza o una copa.

En estos momentos es muy interesante llevar a cabo otras **actividades alternativas** que ocupen ese vacío. Por ejemplo: mascar chicle, beber zumos o agua, hacer ejercicios respiratorios, dormir, ducharse o darse un baño, hacer trabajos manuales o cualquier tipo de crucigramas, cocinar, limpiar la casa, etc.

Control del síndrome de abstinencia: (entregaremos en papel para lectura detenida en casa)

Aunque aparezcan síntomas con la reducción, el síndrome de abstinencia verdaderamente se da cuando la abstinencia es total, aun así es interesante que sepa con antelación qué hacer en ese momento.

- **Deseo incontrolable de fumar:**

- Esperar, las ganas de fumar solo duran 2 o 3 minutos, y con el tiempo son menos intensas y frecuentes.
- Cambiar de lugar o situación.
- Respirar profundamente e intentar hacer técnicas de relajación.
- Beber agua y zumos.
- Mascar chicle sin azúcar.

- **Irritabilidad:**

- Pasear.
- Evitar café y otras bebidas excitantes.
- Hacer una pausa, reflexionar.

- **Aumento de apetito:**

- Aumentar la ingesta de frutas y verduras.
- Beber mucho líquido.
- Hacer ejercicio.
- Vigilar la ingesta de calorías.

- **Insomnio:**
 - Evitar el café, té y otras bebidas con estimulantes.
 - Al acostarse tomar un vaso de leche caliente o tila.
 - Hacer ejercicio físico por la tarde.

- **Dificultad de concentración:**
 - No exigirse un alto rendimiento durante este tiempo de adaptación.
 - Dormir más.
 - Evitar bebidas alcohólicas.

- **Cefalea:**
 - Tomarse una ducha caliente.
 - Llevar a cabo técnicas de relajación.
 - Analgésicos

- **Cansancio, desánimo:**
 - Mantener su actividad de trabajo, aficiones, deporte...
 - Evitar la soledad
 - Premiarse por los avances realizados.

Técnicas de relajación: (entregaremos en papel para lectura detenida en casa)

Del mismo modo, es importante aprender unas pautas básicas de relajación y respiración para poder afrontar esta situación, tanto al principio como durante todo el transcurso de la deshabitación.

Las respiraciones deben ser profundas, de modo que aumente la capacidad pulmonar y mejore la ventilación y oxigenación proporcionando una sensación de calma y relajación. Para ello, la posición es muy importante:

- *Tumbado:* Rodillas dobladas y manos en el abdomen.

- *Sentado*: La región lumbar debe estar apoyada en el respaldo del asiento, la espalda vertical y las piernas relajadas con el talón en línea con la rodilla.
- *De pié o incluso caminando* con los brazos y el cuello relajados.

Los dos ejercicios, eficaces y fáciles de llevar a cabo, que recomendamos son:

1. Inspiración mediante el método 1-1-2

Consiste en inspirar, mantener el aire y luego expulsarlo controlando el tiempo de cada fase según la relación 1-1-2, es decir, mantener el aire al mismo tiempo que duró la inspiración y expulsarlo en el doble de tiempo. Al principio puede que cueste un poco pero enseguida se aprende y da resultados.

2. Respiración diafragmática

Colocar la mano sobre el vientre, tomar aire lentamente por la nariz intentando llevarlo a la base de los pulmones. Notaremos que el músculo del diafragma desciende y empuja el vientre hacia fuera elevando la mano. Expulsar el aire soplando suavemente por la boca, el vientre irá descendiendo.

Buscar confidentes:

Consiste en informar la decisión tomada a la familia, amigos u otras personas cercanas, como por ejemplo compañeros de trabajo. De esta forma se les puede pedir ayuda en cualquier momento y podrá ser más fácil el proceso de deshabituación.

Tareas para realizar en casa:

- Seguir controlando el consumo todos los días (cantidad de cigarrillos y horarios).
- Cumplir las reglas establecidas.
- Hablar con la familia y amigos, contarles el propósito.

TERCERA VISITA: (Una semana más tarde)

Esta tercera visita será a la semana siguiente y como **objetivo** principal tiene establecer el día de abandono.

Antes de nada le preguntaremos que tal ha ido la semana y si ha conseguido reducir su consumo, miraremos el registro que ha hecho. Si ha ido todo bien, le felicitaremos para reforzar la motivación. Por lo contrario, le animaremos a que siga esforzándose y repetiremos lo hablado en anteriores sesiones por si algo no quedó claro.

En este punto es importante transmitir seguridad al fumador pues es posible que tenga dudas sobre si podrá dejarlo o no. Decir también, que dejar de fumar le resultará más fácil de lo que piensa, su grado de dependencia ha disminuido considerablemente en la última semana como consecuencia de la disminución del consumo de cigarrillos.

Preparar el gran día

El día de abandono debe ser un pacto entre terapeuta-usuario y es aconsejable que coincida con algún día de especial significado para el fumador, pero sin alargarlo mucho. Le recomendaremos que no pase de las dos siguientes semanas.

Después de determinar el día más importante del proceso, daremos un par de **pautas** sobre qué se puede hacer para que el proceso de deshabituación no sea tan difícil:

1. *Eliminar todas las cosas que provocan el deseo de fumar.* Tirar todos los cigarrillos y cerillas, esconder o tirar todos los ceniceros y mecheros. Regalar o tirar los paquetes de tabaco que tenga en casa y crear un ambiente limpio y fresco alrededor.
2. *Organizar todas las actividades* que se realizarán durante todo el día para procurar estar lo más ocupados posible. Prever y evitar las situaciones que producen deseo de fumar. Y si se da el caso, poner en práctica las estrategias de relajación y control de la situación que anteriormente fueron expuestas.

Los días previos al día elegido para la total abstinencia, el fumador seguirá con la reducción de la cantidad de cigarrillos. Y cuando llegue ese gran día no debe pensar que a partir de ese momento nunca más volverá a fumar porque el cambio

permanente y para toda la vida genera muchísima tensión y ansiedad. Por esta razón, cada mañana debemos pensar que: ¡hoy no voy a fumar!

Es importante anticiparnos a las percepciones y los sentimientos del fumador en todo el proceso. Aunque cada persona es un mundo, la desintoxicación a la nicotina sigue un curso similar en todos los casos y con la anticipación conseguimos que el fumador sepa lo que le viene y controle más fácilmente su conducta.

Tras el último cigarrillo...

- A los 20 minutos se normalizará la temperatura de las extremidades, que es más baja por la disminución del riego, y la tensión arterial y la frecuencia cardíaca volverán a su estado normal.
- A las 8 horas la concentración de oxígeno y monóxido de carbono en sangre se normalizará.
- A las 24 horas disminuirá el riesgo de sufrir un infarto de miocardio en los adultos.
- A las 48 horas mejorará el gusto y olfato.
- A las 72 horas se producirá una relajación en el árbol respiratorio y aumentará la capacidad pulmonar.
- A las 2-3 semanas mejorará la circulación y se normalizará en un 30% su función pulmonar.
- Entre el 1º y 3º mes aumentará aún más la capacidad respiratoria y física.
- A los 3 años el riesgo de enfermedad cardíaca y circulatoria disminuirá a niveles similares a las personas que nunca han fumado.
- A los 5 años se reducirá a la mitad el riesgo de padecer cáncer de pulmón, laringe y esófago.
- A los 10 años la mortalidad de una persona exfumadora se igualará a la de una que nunca ha fumado.

Cigarrillos electrónicos:*

**Información que se facilitará solamente a aquellos que pregunten por los cigarrillos electrónicos.*

Los cigarrillos electrónicos son aparatos que funcionan con baterías produciendo vapor de nicotina parecido al humo de tabaco, vienen en diferentes sabores. Estos aparatos desprenden nicotina sin quemar tabaco y por esa razón muchos piensan que es una forma más segura de fumar. Sin embargo, no solo contienen nicotina, sino que además tienen otras sustancias tóxicas y nocivas para la salud (25).

Los estudios no demuestran que este producto sea útil para dejar de fumar, es más, dicen que puede interferir en el proceso de deshabituación provocando nuevamente la adicción a la nicotina. En cuanto a la cantidad de nicotina que es inhalada en cada inhalación, va determinada por la carga de los cartuchos que se utilicen o la concentración del líquido con la que sean recargados (por lo general entre 0 y 36mcg por calada de 100ml de vapor). Por eso, si las cantidades de nicotina son demasiado bajas no ayudarán a dejar de fumar y si son demasiado altas serán tóxicas.

El tema en cuestión todavía se encuentra en fase de investigación y los productos siguen sin estar regulados por la FDA (U.S. Food and Drug Administration) dada la falta de información sobre los efectos que pueden producir estos aparatos a largo plazo. Además, el último informe de la OMS de julio de 2013 recuerda que no existe evidencia científica consistente para apoyar el uso terapéutico de los cigarrillos electrónicos (26).

Tareas para realizar en casa:

- Dejar de fumar el día establecido.
- Practicar técnicas de relajación y alternativas al tabaco
- Seguir las recomendaciones en relación al síndrome abstinencia.

CUARTA VISITA: (Una semana tras el cese)

Hasta el momento hemos preparado al paciente para el cese y hemos hablado de suposiciones y posibles problemas que podría experimentar en esta última semana (la primera tras la completa abstinencia). A partir de este momento hablaremos de hechos y situaciones reales a los que se enfrentan en el día a día.

Empezaremos la cita **felicitando** en el caso de que hayan conseguido aguantar una semana sin fumar. Le preguntaremos como se ha visto en esta nueva situación y valoraremos los síntomas de abstinencia que ha sufrido, así como el modo de afrontación. En este momento es importante que hable y exprese sus sentimientos, tanto alegrías como frustraciones, para luego saber cómo afrontarlos. Las preguntas que podemos formular son:

- ¿Cómo te sientes? (cosas positivas y negativas)
- ¿Cómo fue el primer día?
- ¿Qué síntomas has tenido?
- ¿Has utilizado algún método para superar las debilidades?
- ¿Ha sido tan difícil como te lo imaginabas?

Un factor que influye mucho en la motivación es la **cooximetría**, porque gracias a esta medición los ya no fumadores puede ver un resultado tras el gran esfuerzo realizado al dejar de fumar. Al igual que en la primera visita, mediremos la concentración de monóxido de carbono y el grado de intoxicación actual mediante una espiración lenta, prolongada y completa.

También le tomaremos la **tensión arterial** porque seguramente habrá disminuído con respecto al principio del proceso y ésto también servirá de motivación.

En caso de recaída:

Lo primero y lo más importante es reconocer que ha sido un error y que no significa que todo el esfuerzo realizado no sirva de nada.

- ¿Cuándo ocurrió?
- ¿Por qué crees que recurriste al cigarrillo en ese momento?

Inmediatamente después ¿cómo te sentiste?

¿Intentaste evadir esas ganas de fumar con alguna estrategia?

Se volverá a repetir que ha sido un error, no se debe sentir culpable y martirizarse porque esta situación tiene remedio. Repetiremos lo dicho en la primera visita, muy pocos logran dejar de fumar en el primer intento, cuantos más intentos se hagan más posibilidades existen para abandonar el tabaco definitivamente.

Tratamiento farmacológico:

El tratamiento farmacológico no llega a ser necesario en todos los casos, por eso lo utilizaremos, siempre con prescripción médica, en pacientes muy dependientes a la nicotina y en pacientes que hayan tenido alguna recaída. Estos fármacos aumentan la posibilidad de éxito de la abstinencia pero siguen siendo medicinas, por ello, si podemos conseguir la abstinencia mediante otros métodos, mejor.

Existen diferentes tipos de tratamientos farmacológicos y cada uno tiene unas características diferentes. En este caso los fármacos de primera elección son el tratamiento sustitutivo con nicotina (TSN), el bupropion y la vareniclina.

- *Tratamiento sustitutivo con nicotina (TSN)*: Consiste en la administración controlada de nicotina reduciendo sustancialmente la mayoría de los síntomas de abstinencia. Puede administrarse por vía transdérmica (parches), oral (chicles y comprimidos), nasal (spray nasal) o inhalada.
- *Bupropion (Zyntabac®)*: Es un medicamento que reduce las ganas de fumar y los síntomas asociados a la dependencia de la nicotina que aparecen al dejar de fumar. El bupropion actúa sobre las neuronas cerebrales equilibrando los efectos de la falta de dicha sustancia adictiva. Por lo tanto, es importante saber que no es nicotina sino un fármaco y se debe administrar según una pauta estricta.
- *Vareniclina (Champix®)*: Al igual que el anterior, es un medicamento que ayuda a dejar de fumar, reduciendo las ganas de fumar y los síntomas asociados a la dependencia de la nicotina que se producen al dejar de fumar. Pero el mecanismo de acción y su posología son diferentes.

	Parches de nicotina	Chicles de nicotina	Comprimidos para chupar de nicotina
Presentaciones	<ul style="list-style-type: none"> Disponibles de 16 y 24 horas de duración (ambos con igual efectividad): - 16 horas: Nicoretm® 5, 10 y 15 (5 mg, 10 mg y 15 mg de nicotina). - 24 horas: Nicotinel® 7, 14 y 21 (7 mg, 14 mg y 21 mg de nicotina). 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibles de 2 y 4 mg nicotina/u. (sabores nicotina, menta y frutas). 	<ul style="list-style-type: none"> Comprimidos de 1 mg (equivalente a un chicle de 2 mg) y 2 mg.
Dosis/duración	<ul style="list-style-type: none"> Un parche al día. - PNT 16 h: 4 semanas parche de 16 2 semanas parche de 10 2 semanas parche de 5 - PNT 24 h: 4 semanas parche de 21 2 semanas parche de 14 2 semanas parche de 7 	<ul style="list-style-type: none"> Dar el de 2 mg inicialmente. Si alta dependencia o recaída previa con el de 2 mg, dar el de 4 mg. Dosificación: <ul style="list-style-type: none"> - fija: 1 chicle cada hora mientras se está despierto. - a demanda. No más de 25 chicles/día de 2 mg ni de 15 chicles/día de 4 mg - Disminuir gradualmente después de 3 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> Dosificación: <ul style="list-style-type: none"> - fija: 1 comprimido cada 1-2 horas mientras esté despierto. - a demanda. Dosis habitual: 8-12 al día. No pasar de 25 comprimidos/día. - Disminuir gradualmente después de 3 meses.
Instrucciones	Durante su uso NO SE DEBE FUMAR y son un complemento a la intervención psicossocial		
	<ul style="list-style-type: none"> Utilizar sobre piel sana y sin vello a nivel del tronco, parte superior del brazo o cadera. En mujeres no aplicar sobre el pecho. Se empieza a usar al levantarse el día elegido para dejar de fumar y se retira: <ul style="list-style-type: none"> - el de 16 h. por la noche. - el de 24 h. al día siguiente. Cambiar zona de localización cada día y no repetir en 7 días. 	<ul style="list-style-type: none"> Masticar el chicle de 5 a 10 veces hasta percibir un sabor "picante"; colocarlo entonces entre la encía y la cara interna de la mejilla para permitir que la nicotina se absorba y esperar a que disminuya el sabor picante; luego volver a masticar (ir cambiando el sitio de colocación del chicle). Utilizar cada chicle o comprimido durante 30 minutos. Absorción limitada por la ingesta de bebidas ácidas (café, zumos o refrescos). Evitar comer y beber minutos antes y durante su uso. 	<ul style="list-style-type: none"> Chupar el comprimido lentamente hasta percibir un sabor "picante"; colocar el comprimido entre la encía y la cara interna de la mejilla para permitir que la nicotina se absorba y esperar a que disminuya el sabor picante; luego volver a chupar (ir cambiando el sitio de colocación del comprimido).
Efectos adversos	<ul style="list-style-type: none"> Reacciones dermatológicas locales. Insomnio y pesadillas. Cefalea. 	<ul style="list-style-type: none"> Dolor muscular en la mandíbula. Gástricos: pirosis, náuseas, vómitos, hipo. Cefalea. Locales: hipersalivación, irritación y/o úlceras leves en la boca y/o garganta. 	
Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> Dermatitis generalizada. Enfermedad cardiovascular aguda o inestable: infarto agudo de miocardio, angina de pecho inestable, arritmias cardíacas graves, ACV reciente, insuficiencia cardíaca avanzada. 		
Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> En embarazo y lactancia: se debe recomendar siempre el abandono COMPLETO del tabaco sin terapia sustitutiva con nicotina (TSN), no obstante, en caso de no conseguirse, en mujeres embarazadas fumadoras muy dependientes puede recomendarse la TSN bajo supervisión médica valorando siempre la relación riesgo-beneficio. No recomendado su uso en niños; puede ser utilizado en adolescentes (de 12 a 17 años) bajo control médico. Utilizar con precaución en: hipertensión no controlada, úlcera péptica activa, feocromocitoma, hipertiroidismo, daño hepático o renal grave. 		

Tabla 8: Tratamiento farmacológico parte I, tratamiento sustitutivo con nicotina (Fuente: MA Gallardo Doménech, I Grasa Lambea, D Beni Ruiz, A Esteban Herrera. *Intervención en Tabaquismo desde Atención Primaria de Salud*. Riojasalud 2º edición 2008)

Bupropion	Vareniclina
<ul style="list-style-type: none"> • Comprimidos de 150 mg. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimidos de 0,5 mg. y 1 mg.
<ul style="list-style-type: none"> • Empezar el tratamiento 1-2 semanas antes de dejar de fumar. • 150 mg cada mañana durante 6 días; después 150 mg/ 2 veces al día separadas al menos por un intervalo de 8 horas. • Prolongar el tratamiento de 7 a 9 semanas desde el día que deja de fumar. • Si se olvida una dosis no recuperarla; esperar a tomar la siguiente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Del 1º al 3º día: 0,5 mg una vez al día. • Del 4º al 7º día: 0,5 mg dos veces al día. • Del 8º día al final de tratamiento: 1mg dos veces al día. • Duración del tratamiento: 12 semanas.
<ul style="list-style-type: none"> • Fijar el día D después de 1-2 semanas del inicio del tratamiento. • Acompañar de apoyo/seguimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar el tratamiento 1-2 semanas antes de dejar de fumar. • Los comprimidos deben tragarse enteros con agua y tomarlos durante o después de las comidas. • Acompañar de apoyo psicosocial y seguimiento.
<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio. • Cefalea. • Sequedad de boca y alteraciones sentido del gusto. • Reacciones cutáneas/hipersensibilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nauseas. • Cefalea. • Insomnio y sueños anormales. • Estreñimiento y flatulencia. • Vómitos.
<ul style="list-style-type: none"> • Hipersensibilidad al producto. • Trastorno convulsivo actual o antecedente de convulsiones. • Tumor del SNC. • Cirrosis hepática grave. • Deshabitación alcohólica o retirada brusca de benzodicepinas. • Diagnóstico actual o previo de anorexia-bulimia. • Tratamiento con IMAOs en los 14 días previos. • Historia de trastorno bipolar. • Embarazo y lactancia. • Niños y adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipersensibilidad al producto.
<ul style="list-style-type: none"> • En insuficiencia hepática leve-moderada, insuficiencia renal y ancianos la dosis recomendada es de 150 mg/día. • Si umbral convulsivo disminuido (tratamiento con medicación que baja el umbral de convulsiones**, uso abusivo de alcohol, historia de traumatismo craneal, diabetes tratada con hipoglucemiantes o insulina, uso de estimulantes o productos anorexígenos) NO DEBE USARSE SALVO que exista una causa clínica justificada donde el beneficio de dejar de fumar supere el riesgo de convulsiones. En estos casos la dosis será 150 mg/día. • Interacciones con otros medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se recomienda su uso en menores de 18 años. • No usar en embarazo y lactancia. • No existen interacciones clínicamente significativas. • En Insuficiencia renal grave, disminuir la dosis a 1mg/día (iniciar con 0,5mg una vez al día durante los tres primeros días y evitar durante este tiempo el uso de cimetidina) • No existe experiencia clínica en pacientes con epilepsia. • Poca experiencia de uso; hacer uso no indiscriminado.

Tabla 9: Tratamiento farmacológico parte II, bupropion y vareniclina (Fuente: MA Gallardo Doménech, I Grasa Lambea, D Beni Ruiz, A Esteban Herrera. *Intervención en Tabaquismo desde Atención Primaria de Salud*. Riojasalud 2º edición 2008)

Tareas para realizar en casa:

- Mantener la abstinencia
- Practicar técnicas de relajación y alternativas al tabaco
- Evitar las situaciones de riesgo.

QUINTA VISITA: (Dos semanas tras el cese)

Lo primero, siempre debe confirmarse la abstinencia y si el paciente se ha mantenido en la postura adecuada, lo **felicitemos**. Como es de costumbre, preguntaremos cómo se ha sentido durante la semana, si ha tenido algún problema y si tiene alguna duda sobre lo hablado en la anterior sesión.

Usuarios con tratamiento farmacológico para el tabaquismo:

Siempre que el paciente esté tomando fármacos o sustitutivos a la nicotina debemos llevar un control más estricto de: eficacia y efectividad, efectos adversos, posología adecuada, interacciones con otros fármacos, etc.

Prevención de recaídas:

1. Distinción caída/recaída:

- Caída: Es un deslíz. Consumir puntualmente.
- Recaída: Además de consumir, volver al estilo de vida anterior.

2. Situaciones que nos pueden llevar a la recaída:

- Conflictos personales: crisis, fallecimientos, separaciones.
- Estados emocionales negativos: ansiedad, depresión, frustración.
- Estados físicos negativos: enfermedad, dolor.
- Presión social: bodas, fiestas.

3. Estrategias de prevención:

- Evitar situaciones de riesgo (sobre todo los primeros días), escaparse de ellas.
- Distracción
- Recordar los motivos del abandono y todos los beneficios obtenidos hasta el momento.
- Realizar ejercicio físico y relajación.
- Buscar apoyo en familiares y amigos

4. Afrontamiento psicológico:

- Nunca olvidarse de que el tabaco es adictivo y que el primer cigarrillo te lleva a los siguientes sin darte cuenta.
- Valorar el esfuerzo y premiarse por los objetivos cumplidos.
- No dudar en pedir ayuda ante situaciones de riesgo.
- El tabaco nunca solucionará ningún problema.
- Cambiar de costumbres

Tareas para realizar en casa:

A partir de ahora la única tarea será mantenerse firme en la decisión de deshacerse del tabaco. Ya está conseguido, ahora, no dejar que nada ni nadie destruya todo el esfuerzo realizado.

SEXTA VISITA: (Un mes tras el cese)

Ya ha pasado un mes desde el día y todavía sigue sin fumar ¡**Enhorabuena!** Lo peor ya ha pasado aunque todavía puede haber momentos de debilidad en los que se debe poner en práctica todo lo aprendido.

Cooximetría:

Realizaremos la medición de niveles de monóxido de carbono en el aire espirado para comparar con resultados anteriores y ver la mejoría tras el abandono del tabaco.

Control de tensión arterial y peso:

Probablemente la tensión arterial habrá disminuido, pero en cambio el peso no.

Hasta el momento no se ha dado mucha información sobre el peso y la nutrición porque lo verdaderamente importante era dejar de fumar. Además, los profesionales sanitarios tienen conocimientos ya adquiridos sobre este tema y esto hace que por norma general sean más responsables.

La nicotina presente en el tabaco aumenta el ritmo metabólico (gasta con más rapidez las calorías ingeridas) y al dejar de fumar, el ritmo se normaliza y aparece dicho aumento de peso. Esta subida puede verse acentuada además si se utiliza la comida como sustitutivo al tabaco en situaciones de ansiedad y también porque al recuperar el gusto y el olfato, aumenta el apetito.

Control del peso:

- Realizar ejercicio físico de forma regular y constante.
- Realizar una dieta variada y saludable.
- Reducir las grasas, sobre todo las grasas saturadas.
- Beber mucho líquido (agua y zumos naturales)
- Aumentar la ingesta de fibra (cereales, fruta y verdura)
- No comprar alimentos calóricos, si no se compra no se come.
- Hacer cinco comidas diarias con pequeñas cantidades en cada una.
- Masticar bien.

Tareas para realizar en casa:

A partir de este mes poco a poco empezaremos a llevar una vida normal, sin evitar esas situaciones de riesgo que hasta ahora no se recomendaban (salir con amigos fumadores, cenar o comer fuera de casa, etc.).

SEPTIMA VISITA: (3 meses tras el cese)

Esta será la última sesión presencial del programa y consistirá en hacer un repaso de cómo se ha visto en cada situación y además, se destacarán los métodos que más han ayudado para completar el proceso de deshabituación. Preguntaremos también si ha vuelto a su rutina de antes de dejar el tabaco, si se ha enfrentado a las situaciones de riesgo que hablábamos en la cita anterior.

Control del peso:

Pesaremos al usuario para ver la evolución y hacer una comparación con respecto a las anteriores citas. Dependiendo si ha ganado más peso o no sabremos si ha tenido en cuenta los consejos nutricionales que se ofrecieron en la pasada visita.

Le aconsejaremos que siga en la línea adecuada y que procure no ganar más peso.

Cooximetría:

Realizaremos la última cooximetría para demostrarle que en tres meses de abstinencia los niveles disminuyen considerablemente. En este momento del proceso estos niveles deberán estar entre 0 y 5 ppm, lo que significa que hay una ausencia de intoxicación.

Espirometría:

Volveremos a repetir la espirometría tal y como se realizó en la primera visita. Veremos si la edad pulmonar ha variado algo ya que los últimos estudios revelan que la edad pulmonar disminuye a los 6-12 meses tras es abandono, por eso comunicaremos al usuario que la prueba no es muy relevante.

Despedida:

Después de 7 visitas nos despedimos, motivando al usuario para que siga en esta dirección. Le damos la enhorabuena a todo aquel que ha conseguido despegarse del tabaco y animamos a seguir intentándolo a aquel que no lo ha conseguido, porque si sigue acudiendo a las consultas quiere decir que verdaderamente tienen interés en dejarlo.

Por último, le informaremos que aunque acaben las visitas a la consulta, en un año le llamaremos para saber como va el proceso. Mientras tanto será bien recibido siempre que tenga cualquier inquietud, problema o duda, y si lo prefiere le recordaremos el número de teléfono de contacto.

SEGUIMIENTO TELEFÓNICO (1 año tras el cese)

1. Nos presentamos.
2. Preguntamos que tal le va y si ha tenido algún problema.
3. Si el paciente **sigue sin fumar**:
 - Felicitar.
 - ¿Qué tal te sientes? ¿Has ido notando los beneficios del abandono?
 - Prevenir recaídas.
 - Motivar: su capacidad respiratoria es mucho más elevada, su circulación también ha mejorado y el riesgo de padecer un infarto de miocardio ha reducido a la mitad.
4. Si el paciente **fuma**:
 - Normalizar y evitar el sentimiento de culpa.
 - Intentar que la recaída no influya en los intentos próximos de dejar de fumar.
 - Animar a que lo vuelva a intentar pero sin presionarlo.
 - Ofrecer de nuevo ayuda y disposición.

8. CRONOGRAMA Y PLAN DE TRABAJO

ETAPA DEL ESTUDIO		MESES																			
		Sept	Oct	Nov	Dic	En	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ag	Sept	Oct	Dic	En	Feb	Mar	Abr	May
Búsqueda bibliográfica y elaboración del programa		■	■																		
Implantación		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Recogida de datos		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	Captación de participantes			■																	
	Primera visita				■																
	Segunda visita				■																
	Tercera visita				■																
	Cuarta visita					■															
	Quinta visita					■															
	Sexta visita											■									
	Séptima visita												■								

	Seguimiento telefónico																				
Análisis de datos																					
Divulgación																					

Tabla 11: Cronograma del programa de deshabitación tabáquica para profesionales sanitarios (Fuente: elaboración propia)

NOTA: Este cronograma puede que no concuerde con la realidad en todos los casos, es decir, los participantes que tengan alguna recaída o que tengan que cambiar la cita por causas externas al programa, se retrasarán días o puede que alguna que otra semana. Además el día de abandono del tabaco lo especifican los mismos participantes por lo que puede que haya diferencias de tiempos de un caso a otro.

9. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y PRESUPUESTO

Los recursos humanos necesarios en el programa de deshabituación tabáquica se dividen en dos partes. La primera será la elaboración del plan, que durará aproximadamente un mes y medio) y para ello serán necesarios un médico del trabajo, un enfermero del trabajo, un psicólogo y un nutricionista (los dos últimos no trabajarán a tiempo completo). Una vez que se haya desarrollado el plan un/a enfermero/a se hará cargo de llevarlo a cabo. En el caso de que haya mucha demanda, se contratará a otro/a enfermero/a.

Las visitas individuales se realizarán en la consulta de Control de Tabaquismo que se encuentra en el área de Salud Laboral del hospital correspondiente. Esta consulta deberá de disponer de un ordenador y una impresora, además de materiales de oficina (calendario, folios, bolígrafos y subrayadores). A parte de esto, necesitaremos un aparato de coximetría y un espirómetro portátil, cada aparato con sus boquillas correspondientes, tensiómetro, pulsioxímetro y una báscula.

Presupuesto:

- Para la elaboración del plan:

Médico de trabajo:	3.600,00 €
Enfermera/o de trabajo:	2.700,00 €
Psicólogo:	1.000,00 €
Nutricionista:	900,00 €

- Desarrollo del programa:

Enfermera/o de trabajo:	32.400,00 €
Ordenador completo con impresora:	500,00 €
Material de oficina (calendario, folios, bolígrafos, subrayadores...):	20,00 €
Aparato de coximetría:	370,00 €
Espirómetro portátil:	130,00 €
Boquillas correspondientes para cada aparato:	20,00 €
Tensiómetro:	75,90 €
Pulsioxímetro:	39,00 €
Báscula:	196,00 €

TOTAL: 41.950,90 €

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- (1) Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT), Ministerio de Sanidad y Consumo. *Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España*. 2008.
- (2) Hervia Fernández JR, Rubio Fernández MD. *Programa de prevención y control del tabaquismo 2009-2012*. Conserjería de Salud y Servicios Sanitarios (Principado de Asturias).
- (3) Organización Mundial de la Salud. *Cuando suben los precios del tabaco, disminuye el consumo*. Disponible en:
http://www.who.int/tobacco/mpower/publications/sp_tfi_mpower_r.pdf
- (4) Gilsanz J. *Adiós al tabaco*. [monografía en internet] Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Febrero de 2016. Disponible en:
http://www.cnpt.es/detalle-noticia.asp?id_noticia=374
- (5) Asociación Facua. *Alcohol y Tabaco*. 2007 pág. 38-44
- (6) Secretaría General de Sanidad y Consumo, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. *Informe a las Cortes Generales de evaluación del impacto sobre la Salud Pública de la Ley 42/2010*.
- (7) Infodrogas. *Tabaco*. Riojasalud. Disponible en:
<http://www.infodrogas.org/drogas/tabaco?showall=1>
- (8) Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). *Tabaco, componente*. 5/08/2015. Disponible en:
<https://www.aecc.es/sobreelcancer/prevencion/tabaco/paginas/componentes.aspx>
- (9) Jiménez-Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Altet Gómez N, Lorza Blasco JJ, Signes-Costa Miñana J, Solano Reina S, Granda Orive JI., Ramos Pinedo A, Martínez Muñiz MA, Barrueco Ferrero M. *Tratamiento del tabaquismo en fumadores con enfermedad pulmonar obstructiva crónica*. Arch Bronconeumol 2013; Vol 49: 354-63.
- (10) Riesco Miranda JA. *Efectos “ no respiratorios” del tabaco*. Arch Bronconeumol. 2007; 43 (9): 477-8

- (11) Cello S, Michalland S, Soto M, Contreras C, Salinas J. *Efectos de la exposición al humo de tabaco ambiental en no fumadores*. Rev. Chil. Enf. Respir. 2005; Vol 21: 179-192.
- (12) Cuesta Arzamendi JL, Muñagorri Lagua I, Arana Berastegui X, Germán Mancebo I. *Políticas y programas de Reducción de Riesgos y Daños en el fenómeno social de las drogas. Hacia una regulación necesaria: Políticas y Legislación en materia de Tabaco*. Instituto de Criminología. Donostia-San Sebastian (2009)
- (13) Orden Ministerial de 31 de diciembre de 2010. BOE nº 318 Sec. 1 Pág. 109188-94
- (14) Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo. *Las leyes han conseguido que 1,2 millones de españoles dejen de fumar*. (2016). Disponible en: http://www.sedet.es/webcms/index.php?menu=noticias&submenu=ver_noticia&id_noticia=14395
- (15) Orden Ministerial de 13 de abril de 2016. Boletín Oficial del País Vasco nº 69
- (16) Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS), Instituto Carlos III- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar*. Madrid: AETS-Instituto de Salud Carlos III, Septiembre de 2003.
- (17) Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008. Traducción al español: *Guía de tratamiento del tabaquismo*. Jiménez Ruiz CA, Jaén CR (Coordinadores de la traducción). Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. SEPAR. Mayo 2010.
- (18) Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). *Encuesta sobre conocimientos, actitudes, creencias y conductas en relación al consumo de tabaco. Informe de resultados*. Encuesta de Tabaquismo. (2008)
- (19) Martínez C, Martínez-Sánchez JM, Antón L, Riccobene A, Fu A, Quirós N, Saltó E, Fernández E, Grupo de coordinadores de los Hospitales de la Red. *Prevalencia de consumo de tabaco en trabajadores hospitalarios: metaanálisis en 45 hospitales catalanes*. Gac. Sanit. 2016; 30(1): 55-58
- (20) Rodríguez García E, Valderrey Barbero J, Secades Villa R, Vallejo Seco G, Fernández Hermida JR, Jiménez García JM, Díaz González T, García Rodríguez o.

Consumo y actitudes sobre el tabaco entre el personal sanitario del Principado de Asturias (España). Trastornos Adictivos 2004; 6 (4): 234-39

- (21) Hernández Pérez JM, Jadraque Jiménez P, Sánchez Castro AL, Gómez Aragón FJ. *Prevalencia de consumo de tabaco entre los trabajadores del Área de Salud de la Isla de La Palma.* Med. Gen. y Fam. 2015; 4 (3): 63-67.
- (22) Tenas López MJ, Ballesteros Pérez AM, Barceló Barceló I, Bueno Ortiz JM, García Galvis J, Guillén Pérez M, Morales López R, Sánchez J, Tomás E, Velasco Soria A. *Actitud de los profesionales de Atención Primaria frente al tabaco.* SEMERGEN. 2008; 34 (3): 113-8.
- (23) Fernández Ruiz ML, Sánchez Bayle M. *Evolución de la prevalencia de tabaquismo entre médicas y enfermeras de la Comunidad de Madrid.* Gac. Sanit. 2003; 17 (1): 5-10.
- (24) Escudero Bueno C. *Evolución histórica del consumo de tabaco en España: personal sanitario, neumólogos y cardiólogos.* Prev. Tab. 2005 (7): 60-62
- (25) National Institute on Drug Abuse. *Los cigarrillos y otros productos que contienen tabaco.* Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/los-cigarrillos-y-otros-productos-que-contienen-tabaco>
- (26) Ribera Osca JA, Córdoba García R, Gascó García P. *El cigarrillo electrónico: la utopía del cigarrillo seguro.* Aten Primari 2014; 46(2): 53-54

ANEXO 1: Folleto informativo del programa para captación de participantes



Figura 5: Folleto/cartel informativo sobre el programa de deshabituación tabáquica en cuestión (Fuente: elaboración propia)

ANEXO 2: Formulario para registro individual de todos los datos que vamos obteniendo

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____

Ocupación profesional: _____ Lugar de trabajo: _____

Situación familiar: _____

Antecedentes patológicos relacionados o no con el tabaco: _____

PRIMERA VISITA

Antecedentes y situación personal relacionados con el TABACO:

Cantidad de cigarrillos: _____ cigarrillos/día

Edad de inicio: _____

Variación en el consumo desde su inicio: _____

Patrón de consumo: _____

Hábito en el domicilio: _____

Historia familiar: _____

Intentos previos:

No

Si

Cantidad: _____

Tiempo de abstinencia: _____

Causas de la recaída: _____

Uso de algún tratamiento o ayuda profesional: _____

Medidas antropométricas:

Peso:_____ Talla:_____ IMC:_____

Constantes vitales:

TA:_____ FC:_____ SatO2:_____ FR:_____

Última analítica: Colesterol total:_____

RCV:_____

Cooximetría:_____ Diagnóstico:_____

Edad pulmonar:_____

Tests:

- Fargeström:_____ Grado de dependencia física:_____

- Test de motivación:

o Grado de motivación:_____

o Etapa de cambio:_____

- Test de Glover-Nilsson:

o Dependencia psicológica:

Puntuación:_____ Dependencia:_____

o Dependencia social:

Puntuación:_____ Dependencia:_____

o Dependencia gestual:

Puntuación:_____ Dependencia:_____

SEGUNDA VISITA

Motivos por los que dejar de fumar:_____

Media de cigarrillos fumados en los últimos cuatro días: _____ cigarrillos/día

Reducir a: _____ cigarrillos/día

Confidente(s): _____

TERCERA VISITA

Día del abandono: _____

Información acerca de los cigarrillos electrónicos:

Si

No

CUARTA VISITA

¿Fuma? Si No

¿Como se siente? _____

¿Cómo fue el primer día? _____

Síntomas que ha tenido: _____

Métodos de evasión: _____

Cooximetría: _____ Diagnóstico: _____

Tensión arterial: _____

RECAÍDA:

No

Si ¿Cuándo? _____

Causas: _____

¿Cómo se sintió?: _____

Estrategias de afrontación:

No

Si ¿Cuáles? _____

Información sobre tratamiento farmacológico:

- Si
- No

Observaciones: _____

QUINTA VISITA

Tratamiento farmacológico:

- No
 - Si ¿Cuál? _____
- Incidencias: _____

RECAÍDA

- No
- Si ¿Cuándo? _____

Causas: _____

¿Cómo se sintió?: _____

Estrategias de afrontación:

- No
- Si ¿Cuáles? _____

Observaciones: _____

SEXTA VISITA

Cooximetría: _____ Diagnóstico: _____

Tensión arterial: _____

Peso: _____

IMC: _____

Observaciones: _____

SEPTIMA VISITA

Vuelta a la rutina:

Si

No ¿Por qué? _____

Peso: _____

IMC: _____

Cooximetría: _____

Diagnóstico: _____

Edad pulmonar: _____

SEGUIMIENTO TELEFÓNICO

Sigue sin fumar:

Si

No Planes para el futuro: _____

Observaciones: _____

ANEXO 3: Consentimiento informado

Programa de salud: Programa de deshabituación tabáquica para profesionales sanitarios

Profesional responsable:.....

Yo.....con
DNI..... declaro bajo mi responsabilidad que he recibido toda la información sobre el estudio y acepto participar en el programa de deshabituación tabáquica.

He sido informado de forma clara, precisa y suficiente de los siguientes puntos que afectan a mis datos personales:

1. Toda la información será tratada y custodiada con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos.
2. Sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable que figura este documento.
3. Estos datos no podrán ser cedidos sin mi consentimiento expreso.

Doy mi consentimiento sólo para la extracción de información necesaria en la investigación de la que se me ha informado, exclusivamente en ella, sin posibilidad de compartir o ceder dicha información a ningún otro investigador, grupo o centro, ni tampoco para cualquier otro fin. Comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y acepto expresamente. Por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para **manifestar mi deseo de participar en el programa de deshabituación tabáquica**. Al firmar este documento no renuncio a ninguno de mis derechos.

Fecha: En.....a.....de.....de.....

Firma del responsable del estudio:

Firma del participante:

Revocación del consentimiento:

Yo.....con
DNI..... REVOCO el consentimiento anteriormente dado para la
realización de este procedimiento por voluntad propia, y asumo las
consecuencias derivadas de ello en la evolución de la adicción que sufro.

Fecha: En.....a.....de.....de.....

Firma del paciente:

ANEXO 3: Información básica y necesaria sobre el tabaco

El tabaquismo es una **enfermedad adictiva y crónica** considerada como una epidemia moderna. Además es la **primera causa evitable de mortalidad** en los países desarrollados. En España causa más de **50.000 muertes** al año y un coste económico de unos 8.000 millones de euros.

El humo del tabaco contiene más **de 4.000 sustancias tóxicas** para la salud, entre ellas:

- Alquitranes: Causantes de diferentes tipos de cánceres.
- Nicotina: Droga responsable de la adicción.
- Monóxido de carbono: Gas que se desprende en la combustión del tabaco, afecta principalmente al aparato circulatorio.
- Irritantes: Afectan principalmente al aparato respiratorio.

VENTAJAS DE DEJAR DE FUMAR

- Dejará de estar sometido a una **adicción**.
- Sus **constantes vitales** se normalizarán en poco tiempo.
- Sufrirá menos **catarros e infecciones respiratorias**.
- Su probabilidad de padecer **cáncer** disminuirá considerablemente.
- Disminuirá el riesgo de **trombosis o embolias cerebrales**, así como **infartos de miocardio**.
- Se normalizarán su **gusto y olfato**.
- Mejorará su aspecto **físico y estético**.
- Mejorará su **economía**.

**¡DEJAR DE FUMAR MERECE LA PENA, TU SALUD Y LA DE LOS QUE
TE RODEAN TE LO AGRADECERÁN!**