



**Servicio Navarro de Salud**  
Osasunbidea

---

**PROTOCOLO PARA LA INDICACIÓN, USO Y  
AUTORIZACIÓN DE DISPENSACIÓN DE  
MEDICAMENTOS SUJETOS A PRESCRIPCIÓN  
MÉDICA POR PARTE DE LAS/LOS  
ENFERMERAS/OS:**

**DESHABITUACIÓN TABÁQUICA**

Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

## Autores del documento

### COORDACIÓN

Aranzazu Elizondo Sotro. Enfermera Jefa de Sección de Calidad Asistencial y Seguridad Clínica, Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial. Servicios Centrales. Pamplona

### AUTORES:

Ana Ariztegui Echenique	Enfermera Atención Primaria (C.S Elizondo). Representante MSCBS.
M <sup>a</sup> Angeles Artázcoz Artázcoz	Enfermera; Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial, Servicios Centrales Pamplona
María Carmen Bermejo Navas	Médico, Facultativo Especialista de Área; Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Navarra Pamplona
Vanesa Boneta Bonaut	Enfermera Salud Mental Hospital de Día de Drogodependencias. Hospital Psicogeriátrico Pamplona
Concepción Caspe Adrián	Enfermera; Servicio de Neumología Hospital Universitario de Navarra Pamplona
Eva Castillo Santesteban	Enfermera Salud Mental: Hospital de Día de Drogodependencias. Hospital Psicogeriátrico Pamplona
Aranzazu Elizondo Sotro	Enfermera Jefa de Sección de Calidad Asistencial y Seguridad Clínica, Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial; Servicios Centrales. Pamplona
Isabel Ezpeleta Iturralde	Medico AP Jefatura de sección, Sección de formación e investigación AP.
Juan José Faro Bueno	Enfermero; AP (C.S. Huarte)
Carmen Gorricho Medrano	Enfermera; AP (C.S. de San Adrian)
Elena Pascual Roquet-Jalmar	Medicina AP Facultativo Especialista de Área Servicio Normal de Urgencias (C.S: de San Adrián)
Andrea Rodríguez Esquiroz	Farmacéutica; Facultativo Especialista de Área Servicio de Asesoría e Información del Medicamento

*Autoría por orden alfabético*

Elaborado	Revisado y Aprobado
Grupo de trabajo multidisciplinar de deshabituación tabáquica del SNS-O	
Fecha realización	Fecha nueva revisión
2025	2030

CLÁUSULA DE GÉNERO: En aquellos casos en los que se utilice el género gramatical masculino o femenino para referirse a colectivos mixtos, debe entenderse que se emplean para designar de forma genérica a individuos de ambos sexos, sin que comporte intención discriminatoria alguna. El único objetivo es facilitar la lectura del documento.

*Editado última vez por:*

*Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial el 06 de febrero de 2025*

## Índice

Autores del documento .....	2
Índice .....	4
I. Introducción .....	5
II. Definición deshabituación tabáquica .....	6
III. Población diana .....	7
IV. Listado de fármacos .....	7
V. Tipo de intervención de enfermería.....	8
5.1 Iniciar la intervención.....	8
5.2 Prórroga del tratamiento .....	8
5.3 Modificar la pauta o la dosis del tratamiento.....	9
5.4 Interrupción o finalización del tratamiento.....	9
VI. Valoración del paciente .....	10
6.1 Valoración clínica del paciente .....	10
6.2 Criterios de valoración de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos.....	10
VII. Criterios de derivación a otros profesionales o servicios sanitarios.....	20
7.1 Criterios generales.....	20
7.2 Criterios específicos.....	20
VIII. Abordaje terapéutico .....	20
8.1 Intervención en el fumador que quiere dejar de fumar.....	20
8.2 Terapia farmacológica.....	22
8.3 Seguimiento del proceso de abandono .....	32
IX. Bibliografía.....	33

---

## I. Introducción

---

Este protocolo se enmarca dentro del marco de desarrollo establecido en el Real Decreto (RD) 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de las/los enfermeras/os, así como las modificaciones realizadas por el RD 1302/2018 de 22 de octubre<sup>1,2</sup>.

La “guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeras/os de: deshabituación tabáquica”, está validada a nivel nacional por la Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud del Ministerio de Sanidad en su resolución de 22 de marzo de 2024<sup>3</sup>.

En estas guías se establecen los puntos esenciales comunes de aplicación y uso a tener en cuenta en el desarrollo de contenidos de los protocolos y/o guías de práctica clínica asistencial específicas, por parte de las Comunidades Autónomas, las cuales deben definir los criterios de aplicación concretos adaptados a sus contextos.

Este “protocolo para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeras/os: deshabituación tabáquica”, se crea desde el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O) en cumplimiento de dicho mandato, y es el resultado de un trabajo colaborativo multidisciplinar de profesionales de enfermería, medicina y farmacia expertos en el tema, de diferentes ámbitos de actuación, y siguiendo las directrices establecidas en la Guía de referencia y que se desarrollan en este protocolo.

Los contenidos descritos en esta guía pretenden ser una ayuda a los/las profesionales para mejorar los resultados en salud de las personas que atienden, a través de una atención sanitaria integral, segura, colaborativa, de calidad, basada en la evidencia y centrada en la persona.

La aplicación de esta guía en la práctica asistencial ha de suponer, además, la optimización de las competencias profesionales de las/los enfermeros/os y el desarrollo de actuaciones de valor consistentes en:

- Educar a la persona y/o al cuidador/a en el manejo del tratamiento farmacológico y de los cuidados asociados.
- Establecer estrategias para mejorar la adherencia terapéutica a la medicación a través del seguimiento y control del tratamiento y monitorización de los resultados en salud.
- Detectar e informar de efectos adversos relacionados con el tratamiento farmacológico.
- Realizar un seguimiento con el objetivo de prevenir la aparición de complicaciones asociadas al tratamiento y a la propia patología.
- Facilitar la accesibilidad para las actuaciones relacionadas con la medicación evitando o reduciendo citas innecesarias o demoras para el inicio, prórroga, modificación o interrupción de tratamientos.

- Reducir la variabilidad en la práctica clínica, adecuando y actualizando esta guía y los protocolos que se deriven de la misma en base a las últimas evidencias disponibles.
- Maximizar la eficiencia y efectividad de la atención sanitaria y los tratamientos que se derivan de la misma

---

## II. Definición deshabituación tabáquica

---

La OMS considera el consumo de tabaco un trastorno que incluye: un consumo perjudicial que causa problemas físicos o psicológicos, síndrome de dependencia y síndrome de abstinencia y también informa que cualquier cantidad consumida de tabaco puede tener efectos secundarios peligrosos<sup>4,5</sup>. Partiendo de esta definición se considera que cualquier persona que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno, es un paciente con adicción/dependencia al tabaco. Es una enfermedad crónica, adictiva y recidivante.

Aparte del tabaco, hay otros nuevos productos relacionados con él, como los cigarrillos electrónicos, con y sin nicotina, los productos a base de hierbas para fumar/shisha, las bolsitas de nicotina o “nicotine pouches” y cualquier otro producto con contenido en nicotina, ya sea natural o sintética, que los tenemos que tener en cuenta<sup>6</sup>. Aunque esta guía se limita al consumo de tabaco.

La deshabituación tabáquica es una terapia de ayuda para dejar de fumar. Según la actitud del individuo se establecen diferentes tratamientos basados en una terapia de abandono del tabaco que pueden incluir la prescripción de fármacos para dejar de fumar.

El tabaquismo es la primera causa de muerte evitable en España<sup>4</sup> y uno de los principales problemas de salud pública y la intervención en tabaquismo es el patrón oro de las intervenciones preventivas por su alto coste/efectividad. Por ello, todos los profesionales sanitarios estamos obligados a realizar intervenciones en tabaquismo en los fumadores, tanto en los que desean abandonar el consumo para facilitar el proceso, como en los que no quieren dejar de fumar para motivarles a replantearse su conducta de fumador.

Un gran porcentaje de los fumadores desea dejar de fumar. Sin apoyo, las tasas de éxito son bajas. Existen tratamientos, tanto farmacológicos como terapias psicológicas, que aumentan significativamente las tasas de abandono, siendo las terapias combinadas las que han demostrado mayor eficacia. Aunque los fumadores deseen dejar de fumar, muchas veces no toman inmediatamente la decisión de hacerlo.

Un objetivo primordial de enfermería es implementar el consejo antitabaco en la práctica clínica diaria. Hay evidencia de que el consejo que los enfermeros/as brindan a los pacientes para dejar de fumar puede aumentar hasta en un 50% las probabilidades de éxito en el abandono del tabaco<sup>5</sup>. Si,

además, a dicho consejo, se añade un seguimiento a ese paciente, el efecto de esta intervención será más eficaz<sup>7</sup>.

---

### III. Población diana

---

Personas adultas fumadoras que deciden iniciar un proceso de deshabituación tabáquica.

#### Población excluida

- Menores de edad
- Pacientes no motivados para dejar de fumar
- Patología psiquiátrica grave, aunque se encuentren estables
- Patología psiquiátrica inestable
- Otras adicciones (opiáceos, alcohol, otros...) no controladas
- Pacientes en fase de precontemplación o contemplación
- Rechazo de intento
- Rechazo de seguimiento
- Patología médica inestable (cardiovascular, respiratoria, oncológica, renal, hepática...)
- Embarazo, lactancia
- Alergia o intolerancia a los fármacos incluidos en esta guía

---

### IV. Listado de fármacos

---

Relación de fármacos o grupo de fármacos incluidos en esta guía por clasificación ATC<sup>8,21</sup>

N07BA03	VARENICLINA.
N07BA04	CITISINICLINA

Fecha de revisión: octubre de 2023.

Se puede consultar el estado y las condiciones de financiación en BIFIMED<sup>9</sup>

La prescripción de los productos sanitarios y los medicamentos no sujetos a prescripción médica están ya regulados en el Real Decreto 954/2015 y sus modificaciones del Real Decreto 1302/2018 por lo que no se incluyen en esta guía<sup>2</sup>.

---

## V. Tipo de intervención de enfermería

---

El tipo de intervenciones que realizará la/el enfermera/o en el tratamiento farmacológico de personas en proceso de deshabituación tabáquica consistirá en el inicio, modificación de pauta, interrupción y/o finalización-suspensión del tratamiento, en relación al medicamento concreto definido en esta guía.

- Todas las intervenciones se realizarán en base a la guía asistencial consensuada para el fármaco correspondiente, en el marco del seguimiento colaborativo por los profesionales de referencia del paciente.
- Toda intervención realizada será registrada en la historia clínica del paciente con la identificación de la enfermera/o que realiza las diferentes actuaciones en base a sus competencias y de acuerdo a la guía.
- La indicación enfermera en cuanto a inicio, modificación de dosis, pauta, o interrupción del tratamiento se realizará a través de receta electrónica, en el episodio que tenga abierto el paciente para el proceso sobre el que se está interviniendo.
- Establecer estrategias para mejorar la adherencia terapéutica a la medicación a través del seguimiento y control del tratamiento y monitorización de los resultados en salud.
- Realizar un seguimiento con el objetivo de prevenir la aparición de complicaciones asociadas al tratamiento y a la propia patología.
- Facilitar la accesibilidad para las actuaciones relacionadas con la medicación evitando o reduciendo citas innecesarias o demoras para el inicio, prórroga, modificación o interrupción de tratamientos

---

### 5.1 Iniciar la intervención

---

Los/las enfermeros/as puede iniciar el tratamiento

- Ajustándose a los criterios de aplicación específicos establecidos en este protocolo.
- Según criterios de valoración del paciente (ver apartado VI de esta guía).
- Valorando la existencia de alergias conocidas al medicamento u otras contraindicaciones.

---

### 5.2 Prórroga del tratamiento

---

No se admite prórroga en la duración de tratamiento más allá de lo incluido en BIFIMED (1 envase para citisiniclina y 12 semanas de tratamiento para vareniclina).

---

### 5.3 Modificar la pauta o la dosis del tratamiento

---

En aquellos pacientes que no toleren las reacciones adversas de vareniclina, se debe reducir la dosis de forma temporal o permanente a 0,5mg dos veces al día.

---

### 5.4 Interrupción o finalización del tratamiento

---

- Aparición de efectos adversos no deseables o no tolerables.
- Rechazo del paciente a la aplicación de las pautas indicadas en el protocolo y/o guía asistencial.
- Se establecerá una comunicación con el profesional de medicina responsable para derivar al paciente y valorar la alternativa terapéutica si fuera preciso, antes de la finalización del tratamiento.

---

## VI. Valoración del paciente

---

---

### 6.1 Valoración clínica del paciente

---

El punto de partida para planificar la atención al paciente en el que se plantea la deshabitación tabáquica ha de ser la valoración integral del paciente prestando especial atención a factores de riesgo y a las causas que influyen. Se hará una valoración que incluya, en todos los casos<sup>10</sup>:

- Antecedentes de interés: revisar la estabilidad de sus patologías (cardiovascular, digestiva, renal, hepática, oncológica, respiratoria...).
- Revisar ingresos hospitalarios el último año por patologías que contraindiquen el tratamiento.
- Revisar los cambios recientes en los tratamientos farmacológicos para identificar situaciones no estables.
- Valorar: Género, clase social, ubicación geográfica, edad, ocupación
- Valoración de la situación psicosocial
- Valorar potenciales contraindicaciones y alergias.

---

### 6.2 Criterios de valoración de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos

---

En todos los casos valorar:

#### Diagnóstico de tipo de fumador según la fase de abandono

Los profesionales de enfermería, pueden identificar los problemas relacionados con el hábito tabáquico, y tratarlos usando las diferentes fases del modelo propuesto por Prochazka y DiClemente. Este modelo consta de cinco fases que identifica el tipo de fumador según la fase de abandono en el que está y ayuda a mejorar nuestra intervención en el proceso de deshabitación tabáquica. Dependiendo de la fase en la que se encuentre el fumador se llevarán a cabo distintos enfoques terapéuticos<sup>11</sup>

1. Identificar fase de abandono en la que se encuentra:
  - a. **Precontemplación o contemplación** mediante la pregunta **¿Intentará dejar de fumar en los próximos 6 meses?**

Aquellos pacientes que no están dispuestos a realizar un intento de abandono son fumadores en fase de precontemplación. Si se encuentra en esta fase el objetivo será que el fumador tome conciencia de su problema. Debe recibir información y consejo sanitario. El consejo sanitario es el instrumento de intervención más sencillo y económico, consigue cambiar la conducta y debe de ser claro, firme y personalizado. No son los pacientes objeto de esta guía.

Aquellos pacientes que están dispuestos a dejar de fumar en los próximos meses, pero prefieren retrasar la decisión son fumadores en fase de contemplación. En esta fase el enfoque estará dirigido a ofrecer apoyo y confianza ya que muchos de ellos ya han experimentado fracasos anteriores. Se realizará una entrevista motivacional que se trata de una herramienta que promueve el cambio en las conductas adictivas. Adquiere especial interés en pacientes reacios o ambivalentes ante el intento. Se basa en tres pilares de actuación:

- Colaboración con el paciente en lugar de confrontación: se debe apoyar evitando excesos en la argumentación o actitudes demasiado persuasivas.
- Búsqueda de motivos propios para el cambio (evocación) en lugar de adoctrinamiento.
- Prevalencia de la autonomía sobre el autoritarismo.

Se les dará pautas para que retrasen el consumo del primer cigarrillo del día, así como decidir y preparar el proceso de deshabituación.

**b. En caso afirmativo averiguar si está en fase preparación mediante la pregunta ¿Intentará dejar de fumar el próximo mes?**

- Aquellos que están dispuestos a realizar un intento serio de abandono en el momento actual son fumadores en **fase de preparación** y son los que vamos a referirnos.
- Aquellos que están sin fumar durante un período de tiempo menor a 6 meses son fumadores en **fase de acción**.
- Aquellos que se mantienen abstinentes durante un período de tiempo mayor a 6 meses, pero menor a 1 año será un fumador en **fase de mantenimiento**.

**2. Fase de preparación**

Para continuar con el proceso diagnóstico:

- a. Preguntar el **número de cigarrillos que consume al día** y desde cuándo está fumando esa cantidad. Con estos datos se calculará: número/paquetes año (se multiplica el número de cigarrillos consumidos al día por el número de años que lleva consumiendo tabaco y su resultado se divide entre 20).

La cuantificación del índice de paquetes año y el nivel de CO en aire espirado obtendremos el grado de tabaquismo<sup>11</sup>:

Paquetes-año = Nº cigarrillos/día / 20 x Años de fumador

**Tabla 1-Grado de Tabaquismo**

	Paquetes/año	CO aire espirado
LEVE	<5	<15
MODERADO	5-15	15-20
GRAVE	16-25	21-30
MUY GRAVE	>25	>30

Fuente: Guía SEPAR nº 13, pág. 23

En los centros que se disponga de cooxímetro se recomienda realizar cooximetría

**COOXIMETRÍA:** Es la determinación del monóxido de carbono (CO) en aire espirado que se realiza con un cooxímetro. El CO es uno de los productos que se liberan de la combustión del tabaco. Se combina con la hemoglobina (Hb) formando la carboxihemoglobina (HbCO). La consecuencia del aumento de la HbCO es la hipoxia tisular.

**Técnica:** el sujeto debe realizar una inspiración profunda y mantener una apnea de 15 segundos. Después debe proceder a una espiración lenta, prolongada y completa. Hay que esperar unos segundos hasta que el indicador del cooxímetro se estabilice y marque el número exacto de ppm de CO que el sujeto tiene en el aire que espira. La vida media del CO está entre 2 y 5 horas. Los niveles de CO en aire espirado suelen normalizarse a las 24-48 horas del último cigarrillo.

Además, sirve para validar la afirmación verbal de abstinencia, identificar la exposición al tabaco o a otras fuentes de CO, mayor riesgo de desarrollar patologías asociadas con el tabaco a mayor concentración de CO.

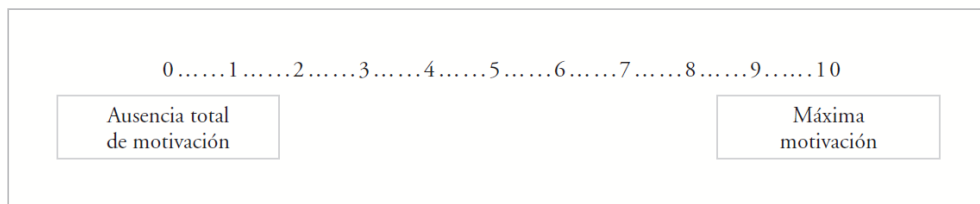
Sirve también como factor motivador o de refuerzo positivo: el fumador que observa un descenso rápido de los niveles de CO en la primera visita lo motiva para mantener abstinencia.

**Tabla 2: Interpretación de Cooximetría**

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

- b. Grado de motivación: Cuantificar la motivación para realizar un intento de dejar de fumar mediante una escala analógica visual o mediante el test de Richmond o ambos.
- i. **Escala Analógica:** se mostrará al paciente la figura y se le explicará que se trata de una escala en la que 0 se corresponde con la ausencia total de motivación para dejar de fumar y 10 con el grado máximo de motivación para hacerlo. El paciente señalará con su dedo el punto de la escala que define su grado de motivación.

Tabla 3: Escala visual analógica de motivación



- ii. **Test de Richmond:** Se trata de un test de 4 ítems o valoraciones, en los que la población diana de aplicación está constituida por la población general fumadora

Tabla 4: Test de motivación para dejar de fumar - RICHMOND

RODEE CON UN CIRCULO LA RESPUESTA MÁS CORRECTA	
1º ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente	
Si	1 punto
No	0 puntos
2º ¿Cuánto interés tiene en dejarlo?	
Mucho	3 puntos
Bastante	2 puntos
Algo	1 puntos
Nada	0 puntos
3º ¿Intentará dejar de fumar en las próximas dos semanas?	
Si	3 puntos
Probable	2 puntos
Dudoso	1 puntos
No	0 puntos
4º ¿Cree que dentro de 6 meses no fumará?	
Si	3 puntos
Probable	2 puntos
Dudoso	1 puntos
No	0 puntos
TOTAL (SUMA):	PUNTOS

PUNTUACIÓN DE TEST RICHMOND El rango de puntuación oscila entre 0 y 10 puntos, puntuando el primer ítem de 0 a 1 y el resto de 0 a 3<sup>12,13</sup>.

Puntuación	Interpretación
<3	Motivación nula o baja
4-5	Motivación dudosa
6-7	Motivación moderada
8-10	Motivación alta

- c. Grado dependencia física a la nicotina cuantificado mediante el test de Fagerström<sup>14</sup>: Es un test breve y sencillo que consta de 6 preguntas. La puntuación oscila de 0 - 10, de tal manera que a mayor puntuación mayor dependencia. No sólo este test mide la dependencia física, sino que también tiene un valor terapéutico (a mayor puntuación del paciente más intensivo es el tratamiento) y un valor pronóstico: (más riesgo tiene el fumador de desarrollar EPOC y cáncer de pulmón). Es el test recomendado en Consultas de Atención Especializada (tanto Consulta de Tabaquismo en Atención Especializada como en Unidad Especializada de Tabaquismo).

**Tabla 5 Test de Fagerström**

RODEE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA MÁS CORRECTA
<p>1.- ¿Cuánto tiempo pasa desde que se levanta hasta que fuma el primer cigarrillo?</p> <p>Menos de 5 minutos.....3 puntos</p> <p>De 6 a 30 minutos.....2 puntos</p> <p>De 31 a 60 minutos.....1 punto</p> <p>61 o más minutos.....0 puntos</p>
<p>2.- ¿Encuentra difícil fumar en los lugares donde está prohibido?</p> <p>Si.....1 punto</p> <p>No.....0 puntos</p>
<p>3.- ¿Qué cigarrillo le costaría más dejar de fumar?</p> <p>El primero de la mañana..... 1 punto</p> <p>Otros.....0 puntos</p>
<p>4.- ¿Cuantos cigarrillos fuma al día?</p> <p>Menos de 10 cigarrillos.....0 puntos</p> <p>De 11 a 20 .....1 punto</p> <p>De 21 a 30 .....2 puntos</p> <p>31 ó más cigarrillos.....3 puntos</p>
<p>5.- ¿Fuma más en las primeras horas después de levantarse?</p> <p>Si.....1 punto</p> <p>No.....0 puntos</p>
<p>6.- ¿Fuma, aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama?</p> <p>Si.....1 punto</p>

No.....0 puntos	
TOTAL (SUMA):	PUNTOS

**Fuente:** Guía SEPAR nº 13, pág. 19

**PUNTUACIÓN DE TEST FAGERSTRÖM:** 0-3 Dependencia física baja. 4-6 Dependencia física moderada.  $\geq 7$  Dependencia física alta

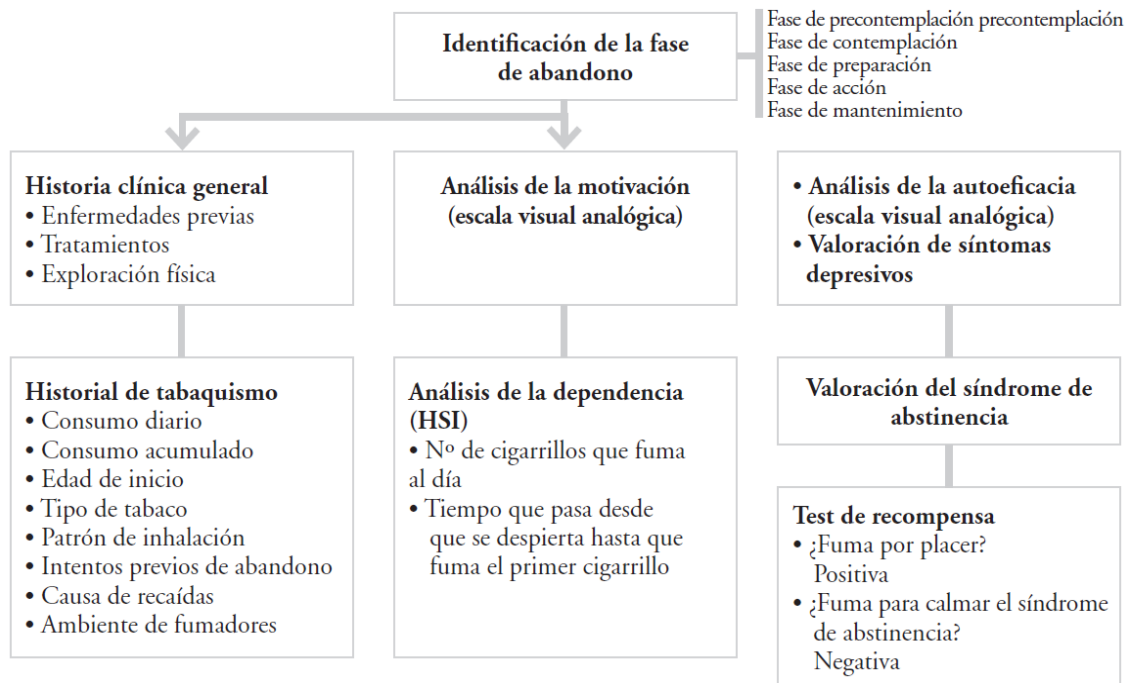
Existe una versión reducida del test de Fagerström que es el Heavy smoking index (HSI) que consta de 2 preguntas: número de cigarrillos al día y tiempo transcurrido hasta el consumo del primer cigarrillo.

La puntuación oscila entre 0-6, de tal forma que aquellos fumadores que tengan una puntuación de 5 y 6 tendrán una dependencia alta. Tiene una buena correlación con el test de Fagerström. Es el test recomendable en consultas de Atención Primaria.

- d. Importante valorar del **estado de ánimo** para identificar pacientes con mayores posibilidades de sufrir depresión y que puedan precisar antidepresivos. Podremos realizar dos preguntas: durante el último mes
  - i. 1) ¿ha tenido algún sentimiento de tristeza, desánimo o se ha sentido deprimido?
  - ii. 2) ¿no ha tenido ganas de hacer cosas que antes le producían satisfacción y bienestar? Si las respuestas a estas preguntas son afirmativas las posibilidades de que el fumador padezca depresión son elevadas.
- e. **Análisis de los intentos previos:** Conviene recordar y valorar conjuntamente con el paciente las circunstancias que rodearon aquellos intentos de cese previos en los que se consiguió un mínimo de 24 horas de abstinencia completa. Se recomienda el registro del número de intentos con tiempo de abstinencia conseguido, síntomas de abstinencia, tratamientos recibidos y causas de las recaídas.
- f. Revisar los antecedentes médicos y tratamientos del paciente y realizar una exploración básica: medir sus constantes (tensión arterial, frecuencia cardíaca y SpO<sub>2</sub>), peso e índice de masa corporal.

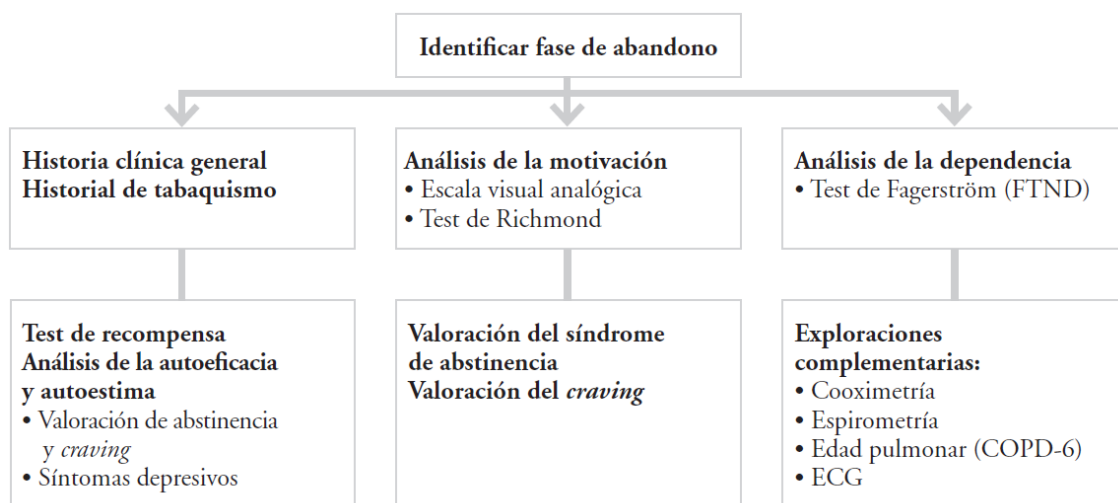
### Algoritmo de diagnóstico

Algoritmo 1. Diagnóstico del fumador en Atención Primaria



Fuente: Guía SEPAR nº 32, pág. 26

Algoritmo 2. Diagnóstico del tabaquismo en Consulta de Tabaquismo en Atención Especializada



Fuente: Guía SEPAR nº 32, pág. 26

Tabla 6: Plan de cuidados de enfermería

<i>Diagnósticos de Enfermería (NANDA)</i>	<i>Resultados (NOC)</i>	<i>Intervenciones (NIC)</i>	<i>Actividades de Enfermería</i>
(0188) Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud	(1805) Conocimiento: Conductas sanitarias (1908) Detección del riesgo, conducta de búsqueda de salud (1812) Conocimiento: control del consumo de sustancias	(4490) Ayuda para dejar de fumar (4360) Modificación de conducta	Registrar el estado actual y los antecedentes del tabaquismo. Aconsejar al fumador de forma clara y constante que deje de fumar. Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del E.V. de los individuos. Determinar la motivación para un cambio de conducta. Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por otros deseables. Animar al paciente a que examine su propia conducta.
(00083) Conflicto de decisiones	(0906) Toma de decisiones (1823) Conocimiento: fomento de la salud (1209) Motivación	(4490) Ayuda para dejar de fumar (5250) Apoyo en toma de decisión (4420) Acuerdo con el paciente	Registrar el estado actual y los antecedentes del tabaquismo. Ayudar al paciente a identificar las razones para dejar de fumar y las barreras. Ayudar a fijar una fecha para dejar de fumar. Animar al paciente a que determine sus puntos fuertes y habilidades. Animar al paciente a identificar sus propios objetivos. Explorar con el paciente las mejores formas de conseguir los objetivos. Ayudar al paciente a desarrollar un plan para cumplir objetivos.
(00182) Disposición para mejorar el autocuidado	([1625] Conducta de abandono del consumo de tabaco [1209] Motivación [1906] Control del riesgo: consumo de tabaco.	(4490) Ayuda para dejar de fumar.	Reconoce los factores de riesgo personales del consumo de tabaco. Reconoce las consecuencias asociadas con el consumo de tabaco. Controla los factores del entorno que fomentan el consumo de tabaco. Utiliza los servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades. Utiliza los sistemas de apoyo personal para evitar el consumo de tabaco. Utiliza grupos de apoyo para prevenir el consumo de tabaco. Utiliza los recursos comunitarios para evitar el consumo de tabaco. Reconoce la satisfacción personal asociada al consumo de tabaco. Reconoce la influencia de la presión del grupo de iguales. Utiliza estrategias para prevenir el consumo de tabaco con el grupo de iguales. Reconoce influencias sociales que incitan al consumo de tabaco.

			<p>Reconoce influencias culturales que incitan al consumo de tabaco.</p> <p>Evita situaciones sociales que fomentan el consumo de tabaco.</p> <p>Utiliza fuentes acreditadas de información.</p> <p>Busca información actual sobre los peligros del consumo de tabaco.</p> <p>Reconoce las propiedades adictivas del tabaco.</p> <p>Identifica los factores de riesgo del consumo de tabaco.</p> <p>Reconoce las desventajas personales asociadas al consumo de tabaco.</p> <p>Reconoce la capacidad de cambiar la conducta</p>
(00162) Disposición para mejorar la gestión de la salud	(1625) Conducta de abandono del consumo de tabaco (1209) Motivación	(4490) Ayuda para dejar de fumar Elogio	<p>Animar al paciente a mantener un estilo de vida sin tabaco.</p> <p>Animar al paciente a unirse a un grupo de apoyo para dejar de fumar.</p> <p>Controlar la terapia sustitutiva con nicotina si precisa.</p> <p>Proporcionar una retroalimentación positiva para alentar y apoyar la nueva conducta.</p> <p>Felicitar por los logros</p>
(00079) Incumplimiento	(1600) Conducta de adhesión (1209) Motivación (1906) Control del riesgo: consumo de tabaco	(4360) Modificación de la conducta (4490) Ayuda para dejar de fumar	<p>Determinar la motivación para un cambio de conducta.</p> <p>Ayudar a identificar los puntos fuertes y reforzarlos.</p> <p>Ayudar a identificar los éxitos logrados.</p> <p>Identificar la conducta que ha de cambiarse.</p> <p>Ayudar a enfrentarse ante cualquier recaída.</p> <p>Animar al paciente que ha recaído a dejar de fumar otra vez.</p>

Fuente: Cristina Moreno Asorey Enfermera de Familia y Comunitaria; Plan de cuidados enfermero para ayudar a las personas a dejar de fumar <sup>15</sup>  
<https://semap.org/wp-content/uploads/2018/07/PRESENTACION%20C3%93N.pdf> y fuente propia <sup>16,17,18</sup>

---

## VII. Criterios de derivación a otros profesionales o servicios sanitarios

---

### 7.1 Criterios generales

- Pacientes motivados con intentos previos fallidos.
- Pacientes motivados con comorbilidades múltiples y polifarmacia.
- Pacientes en los que se decide finalizar el tratamiento, por los motivos recogidos en el punto 5.4 de este protocolo.

### 7.2 Criterios específicos

- Pacientes fumadores con patología respiratoria no motivados o que rechazan realizar intento.
- En pacientes con insuficiencia renal moderada en tratamientos con vareniclina que sufran reacciones adversas no tolerables.
- Pacientes incluidos en los criterios de exclusión de este protocolo (apartado III)

---

## VIII. Abordaje terapéutico

---

### 8.1 Intervención en el fumador que quiere dejar de fumar

---

A todos los fumadores que deseen hacer un intento serio de abandono de tabaco, el profesional de enfermería, debe ofrecer una intervención multicomponente con asesoramiento psicológico y tratamiento farmacológico para aliviar la dependencia física por la nicotina; la combinación de ambas estrategias incrementa significativamente la posibilidad de éxito del intento.

El consejo sanitario es el instrumento de intervención más sencillo y económico, consigue cambios de conducta y ha de ser claro, firme y personalizado. En pacientes reacios existe la entrevista motivacional que se basa en tres pilares de actuación descritos anteriormente en esta guía.

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

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

Las terapias cognitivo-conductuales proporcionan al fumador herramientas para afrontar estímulos fisiológicos o cognitivos relacionados con las ganas de fumar.

Algunos modelos de estas estrategias son: reestructuración cognitiva, detención del pensamiento, técnicas de distracción, entrenamiento en autocontrol, técnicas de imaginación, etc.

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

Señalar la necesidad de realizar una intervención en nutrición para llevar un buen control ponderal con el fin de evitar recaídas en aquellos pacientes que muestren preocupación por el peso, sobre todo en mujeres. Se darán al paciente unas recomendaciones dietéticas e insistiremos en la realización de ejercicio físico diario.

Es importante que el paciente fije su día D, que será aquel a partir del cual no consumirá tabaco. Se deberá aconsejar que lo diga a su entorno para recibir apoyo y le motiven, también se le ayudará a ser capaz de identificar las consecuencias que acarrea el tabaco, así como las ventajas que obtendrá a corto y a largo plazo. Es muy importante aclarar las ideas erróneas sobre el tabaco, y evitar recaídas por ideas de falso control. Por otro lado, se darán técnicas, pautas y consejos para poner en práctica en los primeros días sin tabaco, así como consejos para afrontar los síntomas del síndrome de abstinencia.

A todos los fumadores se les debe realizar un seguimiento durante el proceso de deshabituación tabáquica para la prevención de recaídas:

- Apoyo psicológico al fumador.
- Verificar la abstinencia.
- Objetivar beneficios.
- Control del tratamiento farmacológico en caso de que lo esté recibiendo.
- Prevención de recaídas.

---

## 8.2 Terapia farmacológica

---

La terapia farmacológica aumenta las tasas de abstinencia de aquellos pacientes que están decididos a dejar de fumar. Por eso es muy importante que sea personalizada y adecuada a cada fumador para así aumentar sus posibilidades de éxito.

La elección del tratamiento debe realizarse de forma individualizada, teniendo en cuenta las características del fumador, contraindicaciones, interacciones y perfil de efectos adversos de los fármacos, experiencias previas, preferencias del fumador y coste<sup>19</sup>.

Existen diferentes alternativas terapéuticas disponibles para dejar de fumar, con y sin receta, algunas financiadas y otras no:

- No financiadas: terapia sustitutiva con nicotina. No requieren receta, únicamente están financiados los parches de nicotina marca Niquitin®, en este caso con receta médica, únicamente en Navarra para beneficiarios del SNS-O<sup>20</sup>.
- Financiadas: vareniclina, citisiniclina (Todacitan® y Recigarum®) y bupropion (Zyntabac®).

Las condiciones de financiación generales:

- Pacientes incluidos en un programa de apoyo individual y/o grupal
- Pacientes que tengan motivación expresa de dejar de fumar que se pueda constatar con un intento de dejar de fumar en el último año.
- Pacientes que fumen 10 cigarrillos o más al día y tengan, además, un alto nivel de dependencia calificado por el test de Fagerström > o igual 7.
- Se financiará un intento anual por paciente para dejar de fumar con apoyo farmacológico.
- La dispensación de este medicamento se realizará por el sistema de receta electrónica del SNS, no aceptándose recetas en papel.

### TERAPIA SUSTITUTIVA CON NICOTINA (TSN)

Primer tratamiento aprobado para la cesación tabáquica y con el que disponemos de mayor experiencia. El objetivo de este tratamiento es suministrar nicotina en dosis decrecientes y por vía distinta al consumo de tabaco, con dosis suficientes para contrarrestar el síndrome de abstinencia, sin crear dependencia. Es una terapia habitualmente bien tolerada y segura, que aumenta las tasas de abandono entre 1,5-3 veces respecto al placebo.

En nuestro país, disponemos de tratamiento con nicotina de acción rápida con distintas formas farmacéuticas y dosis (comprimidos para chupar, chicles de nicotina y solución para pulverización) y de acción sostenida en forma de parches transdérmicos. Ambos pueden usarse solos o de forma combinada, siendo las tasas de abstinencia mayores cuando se utiliza el tratamiento combinado con parches, que mantienen niveles de nicotina estables para el control de la abstinencia, más una forma de liberación rápida para el control del *craving* en momentos puntuales.

Para conseguir la máxima eficacia y evitar efectos secundarios en el tratamiento con TSN, es fundamental contemplar dos aspectos: explicar al fumador el uso correcto de las distintas formas de TSN y evitar la infradosificación, tanto por el personal sanitario al calcular las dosis de sustitución de nicotina necesaria como en la autoadministración por parte del fumador.

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

## PARCHES

### Parches 24 HORAS

Los parches se deben aplicar una vez al día, a la misma hora cada día y preferiblemente después de levantarse por la mañana, y llevarlos continuamente durante 24 horas.

Normalmente debería empezar con parches 21 mg/24h y reducirse de acuerdo con la siguiente pauta de dosificación:

**Tabla 7: Dosificación de parches de nicotina de 24h**

	Dosis	Duración
Paso 1	Parches 21 mg/24h	Primeras 6 semanas
Paso 2	Parches 14 mg/24h	Las 2 semanas siguientes
Paso 3	Parches 7 mg/24h	Las últimas 2 semanas

En las personas poco fumadoras (por ej. los que fuman menos de 10 cigarrillos al día) se recomienda comenzar en el paso 2 (14 mg) durante 6 semanas y disminuir la dosis a los parches 7 mg/24h en las dos semanas finales.

Los pacientes que utilizan parches de 21 mg/24h y que experimentan excesivos efectos adversos, que no mejoran en pocos días, deberán cambiar a los de 14 mg/24h. Se deberá continuar con esta dosificación durante 6 semanas antes de pasar a parches de 7 mg/24h durante 2 semanas. Si los síntomas persisten, el paciente deberá consultar con un profesional sanitario.

Para obtener resultados óptimos, debe completarse totalmente la sesión de las 10 semanas de tratamiento (8 semanas para los poco fumadores o pacientes que tienen que utilizar parches con menor dosificación de nicotina).

Después de 24 horas el parche utilizado se debe quitar y aplicar un nuevo parche en otra zona de la piel. El parche no se debe dejar durante más de 24 horas. No se debe colocar otro parche en esa zona de la piel durante al menos siete días.

### **Parches 16 horas**

Se recomienda empezar usando 1 parche de 15 mg/ 16 horas al día durante 8 semanas. A continuación, se debe empezar la reducción de la dosis inicial, utilizando 1 parche de 10 mg/ 16 horas al día durante 4 semanas.

**Tabla 8: Dosificación de parches de nicotina de 16h.**

Dosis del parche	Duración del tratamiento
<b>Parche de 15 mg/16 horas</b>	8 semanas
<b>Parche de 10 mg/16 horas</b>	4 semanas

La duración del tratamiento es de unos 3 meses, pero puede variar en función de la respuesta individual. La duración máxima es de 6 meses.

Forma de administración: aplicar un nuevo parche en una zona diferente de piel limpia, seca y sin vello. Presionar firmemente sobre la piel con la palma de la mano durante 10 segundos. Evitar las zonas de la piel con pliegues. Evitar su aplicación sobre piel lesionada, enrojecida o irritada. Después de 16 horas el parche utilizado se debe quitar y aplicar un nuevo parche a las 24 horas en otra zona de la piel. El parche no se debe dejar durante más de 16 horas. No se debe colocar otro parche en esa zona de la piel durante al menos siete días.

### **Posología Chicles, comprimidos para chupar y spray bucal. Chicles:**

- a) Supresión drástica del consumo de tabaco

La dosis inicial debe ser individualizada en base a la dependencia a la nicotina del paciente. Los fumadores con baja dependencia (dependencia a nicotina según Test Fagerström < 6 o que fumen

20 cigarrillos /día) deben empezar el tratamiento con chicles de 2 mg y los fumadores altamente dependientes deben utilizar la dosis de 4 mg.

La cantidad de 8-12 chicles por día suele ser apropiada. No se debe superar la cantidad de 24 chicles al día.

La duración del tratamiento depende de las necesidades de cada fumador. La suspensión debe ser paulatina, reduciendo 1-2 chicles cada 4-5 días. No debe abandonarse el tratamiento definitivamente hasta que se establezca la dosis en 1 o 2 chicles diarios. No se recomienda el uso regular del chicle durante más de 6 meses.

b) La supresión progresiva del consumo de tabaco:

Se deberá sustituir los cigarrillos por los chicles de 2 mg con la finalidad de prolongar los periodos en los que no se fuma ningún cigarrillo. El número de chicles por día varía y depende de las necesidades del paciente. No se debe superar la cantidad de 24 chicles al día. A las 6 semanas del tratamiento, el fumador debe haber reducido al menos a la mitad el número de cigarrillos.

## SPRAY BUCAL

a) Supresión drástica del consumo de tabaco

### Fase I: Semanas 1-6

1-2 pulverizaciones en el momento en que normalmente se fumaría un cigarrillo o cuando aparecen ansias de fumar. Si minutos tras una pulverización no se controlan las ansias de fumar, aplicar una segunda pulverización. Si se han necesitado dos pulverizaciones, las siguientes aplicaciones también tendrán que ser de dos pulverizaciones. La mayor parte de los fumadores requieren 1-2 pulverizaciones cada 30-60 minutos.

### Fase 2: Semanas 7-9

Reducir el número de pulverizaciones al día. Al final de la novena semana, los pacientes deben estar aplicándose la mitad de las pulverizaciones al día que usaban durante la fase I.

### Fase III: Semanas 10-12

Continuar reduciendo el número de pulverizaciones al día hasta máximo 4 pulverizaciones al día en la semana 12.

Cuando los pacientes hayan reducido las pulverizaciones hasta 2-4 pulverizaciones al día, deben dejar de usar el pulverizador.

b) La supresión progresiva del consumo de tabaco

El pulverizador bucal se usa entre períodos de consumo de cigarrillos para prolongar los intervalos libres de humo y con la intención de reducir el consumo de tabaco lo máximo posible. Un cigarrillo se reemplaza con 1-2 pulverizaciones y se debe intentar dejar de fumar a más tardar a las 12 semanas después del inicio del tratamiento. Si no se logra una reducción en el consumo de cigarrillos después de 6 semanas de tratamiento, consultar a un profesional de la salud. Después de dejar de fumar, se debe reducir gradualmente la cantidad de pulverizaciones por día. Cuando los sujetos hayan reducido las pulverizaciones a 2-4 por día, se debe interrumpir el tratamiento con el pulverizador.

Duración máxima 6 meses. Dosis restantes: conservar y usar en caso de ansia repentina.

## COMPRIMIDOS PARA CHUPAR

Tabla 9: Dosis óptima

	Dependencia baja a moderada	Dependencia moderada a alta	Dependencia alta a muy alta
	Formas de dosificación baja aceptable		
		Formas de dosificación alta aceptable	
	Menos de 20 cigarrillos/día	De 20 a 30 cigarrillos/día	Más de 30 cigarrillos/día
Tratamiento sólo con Nicotinell Mint comprimidos para chupar	Preferiblemente comprimidos para chupar de 1 mg	Comprimidos para chupar de 1 mg ó 2 mg, dependiendo de las características y necesidades del paciente	Preferiblemente comprimidos para chupar de 2 mg

a) Supresión drástica del consumo de tabaco

Los pacientes deben dejar de fumar completamente durante el tratamiento. La duración del tratamiento es individual. Normalmente, el tratamiento deberá seguirse durante un mínimo de 3 meses. Tras los 3 meses, el usuario deberá reducir gradualmente el número de comprimidos para chupar. El tratamiento deberá abandonarse cuando la dosis se haya reducido a 1 ó 2 comprimidos para chupar al día. Normalmente se desaconseja el uso de medicamentos con durante más de 6 meses. Algunos ex fumadores pueden precisar un tratamiento más largo con el comprimido para chupar para evitar volver a fumar.

b) La supresión progresiva del consumo de tabaco

El número de cigarrillos debe ser reemplazado gradualmente por los comprimidos. Si después de 6 semanas no se ha conseguido una reducción de al menos un 50 % del número de cigarros diarios, se reevaluará al paciente. Se debe intentar dejar de fumar no más tarde de los 4 primeros

meses desde el inicio del tratamiento. A continuación, se debe reducir gradualmente el número de comprimidos para chupar, por ejemplo, retirando un comprimido para chupar cada 2-5 días.

Se debe derivar al médico si en un plazo de 6 meses tras iniciar el tratamiento no se ha producido un intento serio de dejar de fumar. Duración máxima 6 meses.

## TERAPIA COMBINADA DE PARCHES + COMPRIMIDOS PARA CHUPAR DE 1 MG

Se recomienda para los fumadores con dependencia moderada a muy fuerte, es decir, más de 20 cigarrillos al día. Se recomienda encarecidamente que la terapia combinada se lleve a cabo con el asesoramiento y apoyo de un profesional sanitario.

- a) Supresión drástica del consumo de tabaco

Los pacientes deben dejar de fumar por completo durante la terapia combinada. La duración máxima total del tratamiento es de 9 meses (para el tratamiento inicial y la reducción de la dosis de nicotina).

Terapia combinada inicial: El tratamiento debe comenzar con un parche de 21 mg/24 h combinado con comprimidos para chupar 1 mg. Se deben utilizar por lo menos 4 comprimidos para chupar (1 mg) al día. En la mayoría de casos son suficientes de 5 a 6 comprimidos para chupar. No se debe utilizar más de 15 comprimidos para chupar al día. En casos normales, el tratamiento puede durar de 6 a 12 semanas. A partir de entonces, se debe reducir la dosis de nicotina gradualmente.

Reducción de la dosis de nicotina: Se puede hacer de dos maneras.

- Alternativa 1: Utilizar los parches de una dosis menor, es decir, parches de 14 mg/24 horas durante 3-6 semanas, seguido de parches de 7 mg/24 horas durante otras 3-6 semanas, junto con la dosis inicial comprimidos para chupar de 1 mg. A partir de entonces, reducir el número de comprimidos para chupar gradualmente, generalmente durante un máximo de 6 meses. Algunos ex-fumadores pueden necesitar tratamiento durante más tiempo para evitar volver a fumar, pero no debe prolongarse más de 9 meses.
- Alternativa 2: Suspender el uso del parche y reducir gradualmente el número de comprimidos para chupar de 1 mg. Generalmente, no se recomienda el uso de comprimidos para chupar más de 6 meses. Sin embargo, algunos ex-fumadores pueden necesitar tratamiento durante más tiempo para evitar volver a fumar, pero no debe prolongarse más de 9 meses.

Forma de administración:

- Chicles (2 y 4 mg) y comprimidos para chupar (1 y 2 mg) de nicotina. El paciente tiene que masticar/chupar despacio hasta que note el sabor. Hay que explicar al paciente que, cuando note el sabor, ya no mastique/chupe más y deje el chicle/comprimido entre la mejilla y la encía. Cuando desaparezca el sabor, hay que volver a masticar/chupar, repitiendo este mecanismo hasta que al fumador se le quiten las ganas de fumar. Si existen efectos secundarios hay que comentarlos con el profesional de enfermería.

- Spray bucal de nicotina: permite una pulverización de nicotina directamente a la boca de una forma fácil y cómoda. Alivia rápidamente el *craving*, controlando los picos de ansiedad de forma rápida.
- De liberación lenta: parches de 16h y 24h, con distintas dosis de nicotina. Se debe explicar la colocación correcta de los parches, sus precauciones y contraindicaciones.

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

Otras indicaciones de TSN son la reducción del consumo sin intención de abandono del mismo y el control de la abstinencia en fumadores que, no queriendo dejar de fumar, se ven obligados al cese temporal del consumo por distintas circunstancias. En Navarra únicamente están financiados los parches de Niquitin® para beneficiarios del SNS.

**Tabla 10: Contraindicaciones, efectos secundarios más frecuentes y precauciones**

	Contraindicaciones	Efectos secundarios	Observaciones
Generales	Hipersensibilidad IAM reciente Angina inestable Arritmias graves Niños Embarazo, lactancia	Cefaleas Insomnio, sueños anormales Palpitaciones mareos Parestesias, mialgias Mal sabor de boca	Utilizar con precaución en: HTA no controlada Feocromocitoma Úlcera péptica activa Hipertiroidismo Daño hepático o renal grave
Chicles	Infección orofaríngea Alteración de la dentición Lesión articulación temporo-mandibular	Dolor mandibular Irritación o úlceras orofaríngea Nauseas Vómitos Pirosis Hipo y flatulencias	
Comprimidos	Infección orofaríngea	Irritación orofaríngea Náuseas, pirosis Hipo, tos	
Spray bucal	Infección orofaríngea	Hipo Irritación orofaríngea Náuseas, pirosis, flatulencias Sequedad de boca	
Parches	Psoriasis grave	Eritema Exantema Eccema Prurito	

Fuente: Manual SEPAR 32, pág. 39

## VARENICLINA

La Vareniclina<sup>22</sup> es un agonista parcial de receptores de nicotina alfa4 beta2. De esta forma tiene una acción doble: es capaz de atenuar la respuesta dopaminérgica a la nicotina (control del craving) y produce un nivel bajo del tono dopaminérgico (control craving y síntomas del síndrome de abstinencia).<sup>19</sup>

Tiene un alto perfil de seguridad y no presenta interacciones con otros fármacos. Sólo precisa reducción de dosis en insuficiencia renal severa y en el caso de aparición de efectos adversos intolerables para el paciente. Sus efectos secundarios en general son leves y van remitiendo con el tiempo, aunque en ocasiones puede ser preciso reducir la dosis.

La posología es de 1 mg dos veces al día después de una titulación semanal. Se debe iniciar tratamiento 1-2 semanas antes de la fecha elegida para dejar de fumar.

**Tabla 11: Posología con vareniclina**

Días de tratamiento	Dosis recomendada
Del 1º al 3º	0,5 mg/día por la mañana
Del 4º al 7º	0,5 mg/12 horas (mañana y noche)
Del 8º hasta semana 12	1 mg/12 horas (mañana y noche)
<b>El día D se fijará entre los días 8 y 14.</b>	
<b>Recomendaciones</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tomar con estómago lleno.</li> <li>▪ Si no se toleran los efectos adversos: reducir dosis a 0,5 mg/12 horas.</li> <li>▪ Ajuste de dosis en insuficiencia renal grave (dosis máxima 1 mg/24 horas)</li> <li>▪ Duración tratamiento: 12 semanas. A partir de la semana 12 sin financiación</li> </ul>	
<b>Efectos adversos más frecuentes:</b> Náuseas, alteraciones del sueño, nasofaringitis y cefalea	

Fuente: Manual SEPAR 32 pág. 37.

Tabla 12: Contraindicaciones, efectos secundarios más frecuentes y precauciones de vareniclina

Contraindicaciones	Efectos secundarios	Precauciones
Hipersensibilidad al principio activo o los excipientes	Náuseas, vómitos, cefalea Insomnio, sueños anormales Estreñimiento, flatulencias	No se recomienda en niños, embarazo y lactancia En insuficiencia renal grave, reducir a mitad de dosis. Uso con precaución en alteraciones psiquiátricas

Fuente: Manual SEPAR 32 pág. 39

## CITISINICLINA

La Citisiniclina<sup>23</sup> es un alcaloide vegetal, cuya estructura química es similar a la de la nicotina. Provoca un efecto sobre los receptores nicotínicos de acetilcolina. La acción de la citisiniclina es similar a la de la nicotina, pero en general es más débil.

El uso de citisiniclina permite una reducción gradual de la dependencia de la nicotina mediante el alivio de los síntomas de abstinencia.

Está indicada en adultos para el tratamiento de la dependencia tabáquica y reducción de la ansiedad de la dependencia a la nicotina en fumadores que estén dispuestos a dejar de fumar.

Posología y forma de administración: vía oral, la dosis se debe reducir de manera gradual, según lo indicado en la tabla 12. Un envase de citisiniclina (100 comprimidos) es suficiente para un ciclo de tratamiento completo. La duración del tratamiento es de 25 días.

Tabla 13: Posología Citisiniclina

Días de tratamiento	Dosis recomendada	Dosis diaria máxima
Del 1.º al 3.º día	1 comprimido cada 2 horas	6 comprimidos
Del 4.º al 12.º día	1 comprimido cada 2,5 horas	5 comprimidos
Del 13.º al 16.º día	1 comprimido cada 3 horas	4 comprimidos
Del 17.º al 20.º día	1 comprimido cada 5 horas	3 comprimidos
Del 21.º al 25.º día	1-2 comprimidos al día	Hasta 2 comprimidos

Debe dejar de fumar a más tardar el 5º día de tratamiento. No se debe seguir fumando durante el tratamiento porque esto podría empeorar las reacciones adversas. En caso de fracaso del tratamiento, este debe interrumpirse y podrá reanudarse después de 2 o 3 meses.

- Población de edad avanzada: debido a la escasa experiencia clínica, citisiniclina no está recomendado para su uso en pacientes mayores de 65 años.
- Contraindicaciones: angina inestable, antecedentes de infarto de miocardio reciente, arritmias con relevancia clínica, antecedente reciente de accidente cerebrovascular, embarazo y lactancia.

Interacción: No debe tomarse junto con fármacos antituberculosos. Fumar o usar productos que contengan nicotina simultáneamente con la administración de citisiniclina podría provocar reacciones adversas a la nicotina más graves. Se desconoce si citisiniclina puede reducir la eficacia de los anticonceptivos hormonales sistémicos.

**Tabla 14: Contraindicación, efectos secundarios más frecuentes y precauciones en la citisiniclina.**

Contraindicaciones	Efectos secundarios	Precauciones
Hipersensibilidad	<p>Trastornos del metabolismo y de la nutrición: cambios en el apetito (principalmente aumento).</p> <p>Trastornos del sistema nervioso: mareos, irritabilidad, cambios de humor, ansiedad, trastornos del sueño, cefaleas, dificultad para concentrarse</p> <p>Trastornos cardíacos: taquicardias o bradicardia</p> <p>Trastornos vasculares: HTA</p> <p>Trastornos gastrointestinales: boca seca, diarrea, náuseas, alteración del gusto, ardor de estómago, estreñimiento, vómitos, dolor abdominal (especialmente en la parte superior del abdomen), distensión abdominal, boca ardiente</p> <p>Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo: erupción cutánea</p> <p>Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo: mialgia</p> <p>Fatiga</p>	<p>No se recomienda en niños, embarazo y lactancia</p> <p>En insuficiencia renal grave, reducir a mitad de dosis.</p> <p>Uso con precaución en alteraciones psiquiátricas</p>

---

### 8.3 Seguimiento del proceso de abandono

---

A todos los fumadores se les debe realizar un seguimiento durante el proceso de deshabituación tabáquica y posteriormente para la prevención de recaídas.

Cuando todos los pacientes reciben asesoramiento en el hospital, la evidencia de alta certeza indica que proporcionar tanto asesoramiento como farmacoterapia después del alta aumenta las tasas de abandono en comparación con ninguna intervención posterior al alta.

Se recomienda mantener un contacto al menos en las primeras dos semanas después del abandono. Además, se aconseja otra segunda al mes.

Debe incluir el apoyo psicológico al fumador, verificar la abstinencia, objetivar beneficios, control del tratamiento farmacológico, cuantificar recaídas puntuales.

Es importante notificar sospechas de reacciones adversas a los medicamentos tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se deben notificar las sospechas de reacciones adversas al sistema de farmacovigilancia de Navarra.

<https://administracionelectronica.navarra.es/GN.FarmacoVigilancia.Web/Pantallas/mtoTipoNotificacion.aspx>

---

## IX. Bibliografía

---

1. Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. BOE núm. 306, de 23 de diciembre de 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
2. Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. BOE núm. 256, de 23 de octubre de 2018. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
3. Resolución de 22 de marzo de 2024, de la Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud, por la que se valida la Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeras/os: deshabituación tabáquica.
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España, 2000-2014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016. Disponible en:  
<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/MuertesTabacoEspana2014.pdf>
5. Nebot Tost M; Intervención en tabaquismo en los diferentes ámbitos. Manual de enfermería. Prevención y Rehabilitación Cardíaca  
[https://enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/cap\\_02\\_sec\\_03.pdf](https://enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/cap_02_sec_03.pdf)
6. Fernando G; Rethinking Tobacco Control: The Need for Gender-Responsiveness in Tobacco Control Measures, UNU-IIGH 2022; <https://unu.edu/iigh/article/rethinking-tobacco-control-need-gender-responsiveness-tobacco-control-measures>
7. WHO Evidence based recomendations on the treatment of tabacco dependence  
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/108514/E73285.pdf>
8. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Centro de Información de Medicamentos (CIMA). Buscador para profesionales sanitarians.
9. Estado de financiación en BIFIMED:  
<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/medicamentos.do>

10. Rice VH, Hartmann-boyce J, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.:CD001188. DOI: 10.1002/146558.CD001188.pub4
11. Alonso Muñoz, J.E: Manual SEPAR de Procedimientos 13. Abordaje del tabaquismo."Manejo diagnóstico del fumador" Barcelona, SEPAR. 2007; pag 9-24. Disponible en: <https://issuu.com/separ/docs/procedimientos13/26>
12. Observatorio Metodología Enfermera Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN) TEST DE MOTIVACION PARA DEJAR DE FUMAR-RICHMOND [https://www.ome.es/media/docs/Novedad\\_Test\\_Richmond.pdf](https://www.ome.es/media/docs/Novedad_Test_Richmond.pdf)
13. TABAQUISMO Abordaje en Atención Primaria Guía de práctica clínica basada en la evidencia, SAMFyC (Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria) Ganada 2011. Pag 36 [https://www.samfyc.es/wp-content/ummmmmmploads/2018/12/2011\\_GuiaAbT\\_ab.pdf](https://www.samfyc.es/wp-content/ummmmmmploads/2018/12/2011_GuiaAbT_ab.pdf)
14. Rábade Castedo C.; Lama López A.; Dablanca Pallares M.; Manual SEPAR (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica) de procedimientos nº32, "Manejo diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en la práctica clínica diaria "Aproximación diagnóstica al fumador. pág. 26 Barcelona ,SEPAR 2015; Disponible en: [https://issuu.com/separ/docs/manual\\_32](https://issuu.com/separ/docs/manual_32)
15. Moreno Asorey, C. Plan de cuidados enfermero para ayudar a las personas a dejar de fumar. <https://semap.org/wp-content/uploads/2018/07/PRESENTACION%20C3%93N.pdf>
16. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2018-2020. 11 ed. Barcelona: Editorial Elsevier; 2018.
17. 33.-Bulechek K. Howard, clasificación de intervenciones de enfermería NIC. 7a ed. Barcelona: Editorial Elsevier; 2019.
18. 34.-Moorhead Sue. Clasificación de resultados de enfermería NOC. 6a ed. Barcelona: Editorial Elsevier; 2019.
19. Díez Piña J.M; Manual SEPAR de Procedimientos 13. Abordaje del tabaquismo."Manejo terapéutico del fumador" Barcelona, SEPAR. 2007; pág. 9-24. Disponible en: <https://issuu.com/separ/docs/procedimientos13/26>

20. Decreto foral 111/2017, de 13 de diciembre, por el que se establecen las condiciones de acceso a la prestación farmacológica de ayuda a dejar de fumar bon n.º 244 - 22/12/2017
21. De Higas Martínez E.B.; Ramos Pinedo A.; Nistal Rodriguez A.J.; Manual SEPAR (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica) de procedimientos nº32” Manejo diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en la práctica clínica diaria”, Tratamiento integral del tabaquismo, Pág. 37,39 Barcelona 2015 Disponible en [https://issuu.com/separ/docs/manual\\_32](https://issuu.com/separ/docs/manual_32)
22. Agencia Española del Medicamento y Producto Sanitario. CHAMPIX 0,5 y 1 mg comprimidos recubiertos con película. Prospecto para el usuario. Revalidación: junio 2016. Disponible en: [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/106360016/P\\_106360016.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/106360016/P_106360016.html)
23. Agencia Española del Medicamento y Producto Sanitario. Cistisiniclina 1,5 mg comprimidos EFG. Ficha técnica. Disponible en: [https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/83407/FT\\_83407.pdf](https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/83407/FT_83407.pdf)
24. Courtney RJ, McRobbie H, Tutka P, Weaver NA, Petrie D, Mendelsohn CP, Shakeshaft A, Talukder S, Macdonald C, Thomas D, Kwan BCH, Walker N, Gartner C, Mattick RP, Paul C, Ferguson SG, Zwar NA, Richmond RL, Doran CM, Boland VC, Hall W, West R, Farrell M. Effect of Cytisine vs Varenicline on Smoking Cessation: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2021 Jul 6;326(1):56-64. doi: 10.1001/jama.2021.7621. PMID: 34228066; PMCID: PMC8261608. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2781643>