

TESIS DOCTORAL

UNIVERSIDAD DE GRANADA

FACULTAD DE FARMACIA

PROGRAMA OFICIAL DE DOCTORADO

EN FARMACIA ASISTENCIAL



**ATENCIÓN FARMACÉUTICA
EN DESHABITUACIÓN TABÁQUICA**

Alicia Marín Armero

Granada, 2015

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales

Autora: Alicia Marín Armero

ISBN: 9788491256052

URI: <http://hdl.handle.net/10481/43012>

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

Memoria que presenta Alicia Marín Armero
para aspirar al grado de Doctora en Farmacia

Esta Tesis Doctoral ha sido realizada bajo la dirección de:

Dr. Miguel Ángel Calleja Hernández, Jefe de Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

Dr. Fernando Martínez Martínez, Profesor Titular del Departamento de Química Física de la Facultad de Farmacia de Granada.

Dra. Mónica Ferrit Martín, Coordinadora de Formación de Grado y Postgrado. Relación Universidad-Hospital. Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

El doctorando ALICIA MARIN ARMERO y los directores de la tesis MIGUEL ANGEL CALLEJA HERNANDEZ, FERNANDO MARTINEZ MARTINEZ Y MONICA FERRIT MARTIN Garantizamos, al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por el doctorando bajo la dirección de los directores de la tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Granada a 15 de octubre de 2015

Director/es de la Tesis

Doctorando

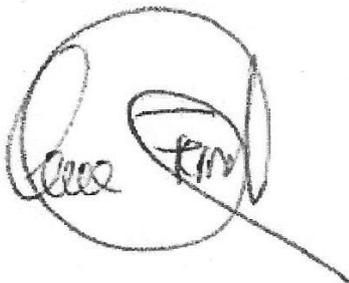


Fdo.: Miguel Angel Calleja Hernandez

Fdo.: Alicia Marín Armero



Fdo. : Fernando Martínez Martínez



Fdo. : Monica Ferrit Martin

ÍNDICE

ÍNDICE DE ABREVIATURAS	7
ÍNDICE DE TABLAS	9
ÍNDICE DE FIGURAS	11
PUBLICACIONES	13
RESUMEN	23
INTRODUCCIÓN	29
PROMOCIÓN DE LA SALUD	32
ATENCIÓN FARMACÉUTICA	34
DIAGNÓSTICO DE TABAQUISMO	36
PSICOFARMACOLOGÍA DE LA NICOTINA	41
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO	42
EFFECTOS ADVERSOS DE TSN	46
CONTRAINDICACIONES DE TSN	47
SÍNDROME DE ABSTINENCIA	47
RECAÍDAS	50
APOYO PSICOLÓGICO	52
INTERVENCIÓN ASISTENCIAL EN TABAQUISMO	54
ADHERENCIA EN TABAQUISMO	59
JUSTIFICACIÓN	69
HIPÓTESIS	73
OBJETIVOS	77
OBJETIVO GENERAL	79
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	79
METODOLOGÍA	81
DISEÑO DEL ESTUDIO	83
AMBITO DEL ESTUDIO	83

POBLACIÓN	83
PERIODO DE ESTUDIO	84
TAMAÑO MUESTRAL	84
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	84
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	84
VARIABLES DE ESTUDIO	84
VARIABLE INDEPENDIENTE	84
VARIABLES DEPENDIENTES	86
PROCEDIMIENTO DE TRABAJO	87
OBJETIVO 1	87
OBJETIVO 2	88
OBJETIVO 3	99
ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS	100
RESULTADOS	103
ANÁLISIS DESCRIPTIVO	105
RESULTADOS POR OBJETIVO	109
OBJETIVO 1	109
OBJETIVO 2	110
OBJETIVO 3	115
DISCUSIÓN	125
LIMITACIONES	129
CONCLUSIONES	131
ANEXOS	135
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	157

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima versión.
CMCT	Convenio Marco para el Control del Tabaco.
CO	Monóxido de carbono.
DSM-IV-TR	Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. Cuarta versión. Texto revisado.
NT	Nuevas Tecnologías.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
TC	Tecnologías Clásicas.
TSN	Terapia Sustitutiva de Nicotina.

ÍNDICE DE TABLAS

- Tabla 1. Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el síndrome de abstinencia
- Tabla 2. Análisis descriptivo de antecedentes de tabaquismo.
- Tabla 3. Análisis descriptivo de antecedentes de tabaquismo segmentado por sexo.
- Tabla 4. Análisis descriptivo de estado inicial. Cantidad de cigarrillos/día.
- Tabla 5. Análisis descriptivo de estado inicial. Valor de cooximetría.
- Tabla 6. Análisis descriptivo de estado inicial. Dependencia a la nicotina.
- Tabla 7. Análisis descriptivo de estado inicial segmentado por sexo. Cantidad de cigarrillos/día. Tabla de contingencia.
- Tabla 8. Análisis descriptivo de estado inicial segmentado por sexo. Cantidad de cigarrillos/día. Pruebas de chi-cuadrado.
- Tabla 9. Análisis descriptivo de estado inicial segmentado por sexo. Valor de cooximetría. Tabla de contingencia.
- Tabla 10. Análisis descriptivo de estado inicial segmentado por sexo. Valor de cooximetría. Pruebas de chi-cuadrado.
- Tabla 11. Análisis descriptivo de estado inicial segmentado por sexo. Dependencia a la nicotina. Tabla de contingencia
- Tabla 12. Análisis descriptivo de estado inicial segmentado por sexo. Dependencia a la nicotina. Pruebas de chi-cuadrado.
- Tabla 13. Resultados de deshabituación tabáquica al mes, 3 meses, 6 meses y 12 meses.
- Tabla 14. Resultados de deshabituación tabáquica a los 12 meses de seguimiento según el número de cigarrillos consumidos al día. Tabla de contingencia.
- Tabla 15. Resultados de deshabituación tabáquica a los 12 meses de seguimiento según el número de cigarrillos consumidos al día. Pruebas de chi-cuadrado.
- Tabla 16. Resultados de deshabituación tabáquica a los 12 meses de seguimiento según el nivel de cooximetría. Tabla de contingencia.
- Tabla 17. Resultados de deshabituación tabáquica a los 12 meses de seguimiento según el nivel de cooximetría. Pruebas de chi-cuadrado.
- Tabla 18. Resultados de deshabituación tabáquica a los 12 meses de seguimiento según el nivel de dependencia a la nicotina. Tabla de contingencia.
- Tabla 19. Resultados de deshabituación tabáquica a los 12 meses de seguimiento según el nivel de dependencia a la nicotina. Pruebas de chi-cuadrado.
- Tabla 20. Deshabituación tabáquica al mes según el método de seguimiento. Tabla de contingencia.
- Tabla 21. Deshabituación tabáquica al mes según el método de seguimiento. Pruebas de chi-cuadrado.
- Tabla 22. Deshabituación tabáquica a los 3 meses según el método de seguimiento. Tabla

de contingencia.

- Tabla 23. Deshabituación tabáquica a los 3 meses según el método de seguimiento. Pruebas de chi-cuadrado.
- Tabla 24. Deshabituación tabáquica a los 6 meses según el método de seguimiento. Tabla de contingencia.
- Tabla 25. Deshabituación tabáquica a los 6 meses según el método de seguimiento. Pruebas de chi-cuadrado.
- Tabla 26. Deshabituación tabáquica a los 12 meses según el método de seguimiento. Tabla de contingencia.
- Tabla 27. Deshabituación tabáquica a los 12 meses según el método de seguimiento. Pruebas de chi-cuadrado.
- Tabla 28. Resultados de deshabituación tabáquica al mes, 3 meses, 6 meses y 12 meses según el método de seguimiento.
- Tabla 29. Resultados de adherencia al tratamiento al mes según el grupo de trabajo. Tabla de contingencia.
- Tabla 30. Resultados de adherencia al tratamiento al mes según el grupo de trabajo. Pruebas de chi-cuadrado.

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1. Folleto entregado a los pacientes de la oficina de farmacia durante la campaña de promoción del servicio de atención farmacéutica en deshabituación tabáquica.
- Figura 2. Carteles de promoción de la campaña de deshabituación tabáquica ubicados en el interior y en el exterior de la farmacia.
- Figura 3. Protocolo de actuación de atención farmacéutica en deshabituación tabáquica.
- Figura 4. Hoja de intervención de atención farmacéutica en deshabituación tabáquica.
- Figura 5. Cooxímetro Smoke Check Monitor.
- Figura 6. Algoritmo de indicación farmacéutica en deshabituación tabáquica.
- Figura 7. Resultados de deshabituación tabáquica obtenidos al mes, a los 3 meses, a los 6 meses y a los 12 meses de seguimiento.
- Figura 8. Tasa de deshabituación tabáquica parcial y total de los pacientes durante el periodo de estudio.
- Figura 9. Deshabituación tabáquica al mes de seguimiento en pacientes incluidos en los grupos de tecnologías clásicas y nuevas tecnologías.
- Figura 10. Deshabituación tabáquica a los 3 meses de seguimiento en pacientes incluidos en los grupos de tecnologías clásicas y nuevas tecnologías.
- Figura 11. Deshabituación tabáquica a los 6 meses de seguimiento en pacientes incluidos en los grupos de tecnologías clásicas y nuevas tecnologías.
- Figura 12. Deshabituación tabáquica a los 12 meses de seguimiento en pacientes incluidos en los grupos de tecnologías clásicas y nuevas tecnologías.

PUBLICACIONES

Los resultados de la tesis han sido parcialmente publicados como artículo original en la revista *Patient Preference and Adherence* con cuartil Q2 y factor de impacto 1.676.

Marín Armero A, Calleja Hernández MA, Pérez-Vicente S, Martínez-Martínez F. Pharmaceutical care in smoking cessation. *Patient Preference and Adherence*. 2015; 9: 209-15.

Pharmaceutical care in smoking cessation

Alicia Marín Armero¹
Miguel A Calleja Hernandez²
Sabina Perez-Vicente³
Fernando Martinez-Martinez⁴

¹Community Pharmacy, Murcia, Spain; ²Hospital Pharmacy, University Hospital Virgen de las Nieves, Granada, Spain; ³Result Evaluation Unit, Institute of Biomedicine, Sevilla, Spain; ⁴Research Unit in Pharmaceutical Care, University of Granada, Granada, Spain

Abstract: As a determining factor in various diseases and the leading known cause of preventable mortality and morbidity, tobacco use is the number one public health problem in developed countries. Facing this health problem requires authorities and health professionals to promote, via specific programs, health campaigns that improve patients' access to smoking cessation services. Pharmaceutical care has a number of specific characteristics that enable the pharmacist, as a health professional, to play an active role in dealing with smoking and deliver positive smoking cessation interventions. The objectives of the study were to assess the efficacy of a smoking cessation campaign carried out at a pharmaceutical care center and to evaluate the effects of pharmaceutical care on patients who decide to try to stop smoking. The methodology was an open, analytical, pre-post intervention, quasi-experimental clinical study performed with one patient cohort. The results of the study were that the promotional campaign for the smoking cessation program increased the number of patients from one to 22, and after 12 months into the study, 43.48% of the total number of patients achieved total smoking cessation. We can conclude that advertising of a smoking cessation program in a pharmacy increases the number of patients who use the pharmacy's smoking cessation services, and pharmaceutical care is an effective means of achieving smoking cessation.

Keywords: community pharmacy, health campaign, tobacco cessation, nicotine replacement therapy

Introduction

As a determining factor in various diseases and the leading known cause of preventable mortality and morbidity, tobacco use is the number one public health problem in developed countries. In Spain, it is estimated that 55,000 people die every year from diseases directly linked to tobacco use.¹ We are facing a significant public health problem that requires authorities and health professionals to promote, via specific programs, health campaigns that improve patients' access to smoking cessation services.^{2,3}

Based on the available evidence, it is recommended that health professionals' involvement in smoking cessation interventions be based on criteria such as access to smokers, appropriate professional training, and each professional's interest and experience, rather than on the field in which they work.⁴ Community pharmacies can deliver regular interventions to a large number of healthy and ill people. Pharmacists, therefore, have an excellent opportunity to help promote good health and take part in disease prevention activities as part of their service to patients. Pharmacists' role as a provider of nicotine replacement therapy (NRT), available without prescription in Spain, means that they are ideally placed to support patients who want help to stop smoking, and they can ensure that patients have access to these kinds of programs. Their role should go further than the provision of advice on the correct use of pharmacological products to include providing appropriate advice and guidelines aimed at helping patients achieve abstinence and, when necessary, referring patients to the relevant health care providers.⁵

Correspondence: Alicia Marín Armero
Community Pharmacy, San Martín de
Porres, 13, 30001 Murcia, Spain
Tel +34 968 241 930
Email alicia@procamur.com

submit your manuscript | www.dovepress.com

Dovepress

<http://dx.doi.org/10.1155/2015/209215>

Patient Preference and Adherence 2015:9 209–215

209



© 2015 Marín Armero et al. This work is published by Dove Medical Press Limited, and licensed under Creative Commons Attribution – Non Commercial (CC BY-NC) license. The full terms of the license are available at <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>. Non-commercial use of the work is permitted without any further permission from Dove Medical Press Limited, provided the work is properly attributed. Permissions beyond the scope of the license are obtainable by Dove Medical Press Limited. Information on how to request permission may be found at <http://www.dovepress.com/permissions.php>

Pharmaceutical care has a number of specific characteristics⁴ that enable the pharmacist, as a health professional, to play an active role in dealing with smoking and to deliver positive smoking cessation interventions. The studies performed to date indicate that interventions by suitably trained community pharmacy personnel can have a positive effect on smoking cessation rates.⁵

The objectives of this study were: 1) to assess the efficacy of a smoking cessation campaign carried out at a pharmaceutical care center; and 2) to evaluate the effects of pharmaceutical care on patients who decide to try to stop smoking.

Materials and methods

This was an open, analytical, pre–post intervention, quasi-experimental clinical study performed with one patient cohort. It was carried out in a pharmacy in the city of Murcia, Spain. The study population consisted of smokers who were patients of the pharmacy where the study on smoking cessation took place, and all smokers were contacted via the campaign promoting the pharmacy's smoking cessation service. All patients who came to the pharmacy over a period of 4 months (April–July, 2011) to ask for help to stop smoking were included.

To assess the primary objective, the pharmacy's smoking cessation service was offered to all patients who came to the pharmacy to ask for help to stop smoking during the study period. During the last 2 months of this period, a promotional campaign for a smoking cessation program was carried out. This campaign involved passing out leaflets to all the patients who visited the pharmacy (Figure 1) and displaying posters inside and outside the pharmacy (Figure 2). The promotional campaign was launched to coincide with "World No Tobacco



Figure 1 Leaflet given to pharmacy patients during the last 2 months of the study.

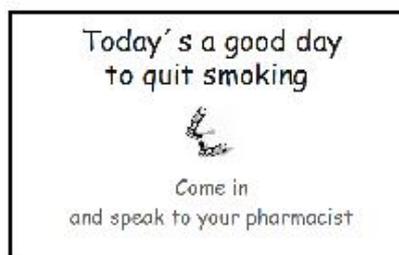


Figure 2 Promotional poster for the smoking cessation campaign placed outside the pharmacy.

Day" (May 31, 2011), and the contents of the leaflets and posters were taken from awareness campaigns created by Spain's Ministry of Health and Social Services.

The dependent variable was the number of patients who enrolled in the program before and after the campaign. The Dader method²⁴ was used to assess the second objective, and seven patient follow-up visits were planned: the first between the first and third day after the patient stopped smoking; the second between days 7 and 15; and then subsequent visits at months 1, 2, 3, 6, and 12.

The inclusion criteria were as follows: all patients who smoked and were over 18 years old;⁹ who asked for help to stop smoking; and who agreed to register for the smoking cessation program.

The exclusion criterion included patients who smoked, but who did not want to take part in the study.

The independent variables included:

- Patient data
 - Age
 - Sex
- Initial condition
 - Number of cigarettes per day: discrete, categorical, numerical variable referring to the number of cigarettes consumed per day. Patients were categorized as smokers of ten or fewer cigarettes, 11–20 cigarettes, 21–30 cigarettes, and 31 or more cigarettes per day.
 - CO-oximetry value:²⁵ discrete, categorical, numerical variable measured in parts per million (ppm) indicating the quantity of carbon monoxide (CO) in the air exhaled by a subject. A Smoke Check Monitor[®] CO-oximeter was used to measure this parameter. Patients who were found to have 20 or more ppm of CO in exhaled air were classified as heavy smokers; patients with 11–20 ppm CO were classified as moderate smokers; patients with 7–10 ppm CO were classified

as occasional smokers; and those with values of 6 ppm CO or less were classified as nonsmokers.^{9,11,12}

- Nicotine dependence (Fagerstrom test):¹³ discrete, categorical, numerical variable to measure smokers' levels of physical dependence on nicotine. This is a six-question test with multiple choice answers (Table S1). A certain number of points are attributed to each question depending on the answer given by the smoker. The points for all of the questions are then added together to give a total of between 0 and 10 points. If the patient has a score of between 0 and 3 points, his level of dependence is judged to be low; a score of between 4 and 6 indicates moderate dependence; and a score of 7 or more indicates a high level of dependence.
 - Smoking history
 - Starting age: continuous, numerical variable indicating how old the patient was in years when he started smoking.
 - Previous attempts: discrete, numerical variable indicating how many times the patient tried to stop smoking in the past.
 - Treatment: nominal, qualitative variable indicating the therapy used by the patient during his previous attempts to stop smoking. The options were: the patient has not received any treatment; the patient has used NRT; the patient has used non-nicotine-based pharmaceutical treatments; the patient has used self-help resources; or the patient has used other treatments (such as acupuncture, homeopathy, and herbal medicines).
 - Perception of difficulties: nominal, qualitative variable indicating the situations in which the patient found it difficult not to smoke. Smokers could choose from the following situations: social functions; work or study environment; leisure time and bars; smoking while alone; having a cigarette with coffee; or other.
- The dependent variables included:
- Acceptance of pharmaceutical care: nominal, dichotomous, qualitative variable expressing the results as a percentage of patients who accepted help to stop smoking.
 - Smoking cessation: qualitative, ordinal variable indicating abstinence as reported by the patient. Cessation could be positive or negative. If positive, it was categorized as either total or partial (the latter indicating a reduction in the number of cigarettes consumed). Partial cessation was recorded if the patient moved into

a lower category. Four follow-up visits were planned to assess smoking cessation (at 1, 3, 6, and 12 months).

The value of this variable was confirmed by measuring CO in exhaled air during each follow-up visit.

Patients were referred to a doctor in the following situations:^{9,14} if they were pregnant or breastfeeding; if they had been suffering from ischemic heart disease for less than 8 weeks; if they suffered from uncontrolled arrhythmias or uncontrolled high blood pressure; if they suffered from an uncontrolled chronic disease (neuropathic disorder, liver disease, heart disease, and so on); or if they had any psychiatric disorders.

All referred patients received both medical and pharmaceutical care. The pharmaceutical care comprised two components: psychological support and pharmacological treatment. Psychological support was offered at all visits and consisted of providing advice to patients to help them get ready to give up smoking, stay motivated, and avoid relapse. This involved the use of cognitive-behavioral techniques to develop the necessary skills and coping strategies, problem-solving techniques, and appropriate social support both during and after therapy sessions.^{15,16} This process was aimed at obtaining the results required for the smoking cessation variable.

The pharmacological treatment for those patients who needed it was NRT.^{17,18} In Spain, only chewing gum, patches, and tablets are currently available. If the Fagerstrom test score was ≤ 6 , the pharmacist recommended chewing gum or tablets as required for the patient to use before he experienced the need or intense desire to smoke. The patient was advised to limit the number of doses taken because nicotine is addictive in all forms of administration. The maximum daily dose was 20 pieces of 2 mg gum or 15 pieces of 4 mg gum, or 20 1 mg tablets or 15 2 mg tablets. The minimum recommended dose was one piece of gum or one tablet every 2–3 hours, with a usual dose being 8–12 pieces of gum or tablets. In order to provide personalized treatment, the pharmacist measured the quantity of nicotine generally consumed by each patient. If the patient smoked more than 20 cigarettes per day, 4 mg gum or 2 mg tablets were recommended. If the patient smoked less than 20 cigarettes per day, 2 mg gum or 1 mg tablets were recommended.

If the Fagerstrom test score was >6 , the pharmacist recommended the use of nicotine patches, except in cases of insomnia.⁹ The pharmacist based the recommended patch type on the length of time between waking up and smoking the first cigarette. If this period was greater than 30 minutes, the 16-hour patch was recommended. If this period was

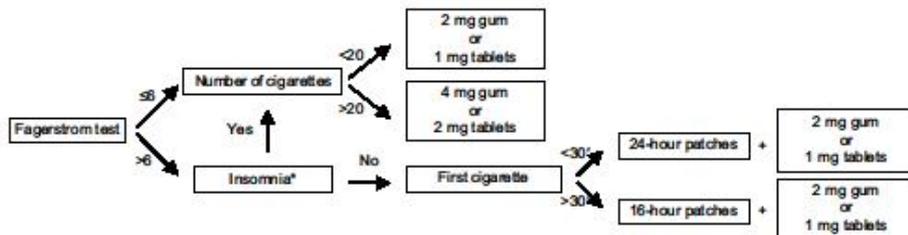


Figure 3 Treatment indication flow diagram. Note: *Nicotine patches are contraindicated in patients suffering from insomnia.

less than 30 minutes, the 24-hour patch was recommended. The use of patches was combined with low-dose gum or tablets to control cravings (Figure 3). The patients gave their consent to the choice of treatment.

Results

Overall, 25 patients were invited to participate in the study on smoking cessation, of which 23 (92%) accepted the pharmacy’s service and two (8%) declined. During the first 2 months in which the pharmacy’s service was offered to patients who asked for help to stop smoking, only one patient asked for help, and that one patient was enrolled in the study. During the following 2 months in which the promotional campaign for the smoking cessation program was running, 24 patients asked for help, of which 22 patients were enrolled in the study and two declined the offer of the pharmacy’s service. This represents a 24-fold increase in the number of smokers who asked for help to stop smoking and a 22-fold increase in the number of patients who were enrolled in the study.

In the final study population, 69.57% of participants were female and 30.43% were male. The average age of the participants was 41.61 years, with a standard deviation of 8.56 years and an age range of 23–60 years. The average age of the patients who achieved total smoking cessation at 12 months was 43.6 years, with a standard deviation of 8.14 years and an age range of 33–60 years. The average age of the patients who achieved partial cessation at 12 months was 43 years, with a standard deviation of 7.07 years and an age range of 38–48 years.

The smoking history data were as follows: average starting age of 16.48 years with a standard deviation of 2.94 years, and an age range of 13–25 years; 82.61% of patients had made at least one previous attempt to stop smoking, and 17.39% had made five or more attempts; almost half, 47.83%, had used no particular method to stop smoking in the past;

and no patients had tried any pharmacological treatment other than NRT. In addition, 43.48% of patients identified three or more situations in which they found it difficult to not smoke.

The initial condition data revealed that 60.87% of patients smoked between eleven and 20 cigarettes per day; 26.09% of patients had a CO-oximetry level of between 7 ppm and 10 ppm, 39.13% between 11 ppm and 20 ppm, and 34.78% of more than 20 ppm; and 43.48% presented low nicotine dependence, 30.43% moderate dependence, and 26.09% high dependence.

Figure 4 shows the smoking cessation results obtained at the 1, 3, 6, and 12 months follow-up visits. One month into the study, 73.91% of patients had achieved smoking cessation, and 26.09% abandoned the study. Of the patients who obtained a positive result, 76.47% achieved total smoking cessation (56.52% of the total number of patients) and 23.53% achieved partial smoking cessation (17.39% of the total). None of the patients who completed the follow-up failed to comply with the treatment.

Three months into the study, 65.22% of patients achieved smoking cessation, 4.35% had not achieved it, and 30.43% had abandoned the study. Of the patients who obtained a positive result, 66.67% achieved total smoking cessation (43.48% of the total number of patients) and 33.33% achieved partial cessation (21.74% of the total).

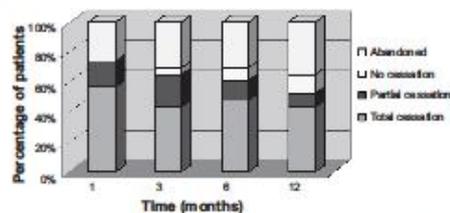


Figure 4 Smoking cessation results at the 1-, 3-, 6-, and 12-month follow-up visits.

Table 1 Smoking cessation results

	Total cessation n (%)	Partial cessation n (%)	No cessation n (%)	Abandoned n (%)
1 month	13 (56.52%)	4 (17.39%)	0 (0%)	6 (26.09%)
3 months	10 (43.48%)	5 (21.74%)	1 (4.35%)	7 (30.43%)
6 months	11 (47.83%)	3 (13.04%)	2 (8.70%)	7 (30.43%)
12 months	10 (43.48%)	2 (8.70%)	3 (13.04%)	8 (34.78%)

Six months into the study, 60.87% of patients achieved smoking cessation, 8.70% had not achieved it, and 30.43% abandoned the study. Of the patients who obtained a positive result, 78.57% achieved total smoking cessation (47.83% of the total number of patients) and 21.43% achieved partial cessation (13.04% of the total).

Twelve months into the study, 52.18% of patients achieved smoking cessation, 13.04% had not achieved it, and 34.78% abandoned the study. Of the patients who obtained a positive result, 83.33% achieved total smoking cessation (43.48% of the total number of patients) and 16.67% achieved partial cessation (8.70% of the total; Table 1). The rate of smoking cessation achieved by patients during the study period is shown in Figure 5.

Discussion

A very high percentage of the patients in our study accepted the offer of support from the pharmaceutical care service to help them stop smoking (92%). In other studies, the number of patients declining the support of other pharmaceutical care services, such as medical follow-up, has been much higher.²⁹ There are many intervention methods designed to improve patient health,²⁰ but in our field, the most commonly used method is health campaigns.²¹ Promoting the service through an awareness campaign significantly increased the number of patients who enrolled in the pharmaceutical care program (from one patient to 22 patients).

The average rates of abstinence achieved after 6 and 12 months of treatment with NRT in other studies carried out in primary care and other health clinics are between 25% and 35%.^{16,22} In our study, the total abstinence rate was

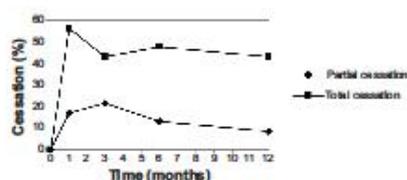


Figure 5 Rate of smoking cessation achieved by patients during the study period.

47.83% at 6 months and 43.48% at 12 months, indicating that the inclusion of pharmacies in smoking cessation programs may improve health outcomes. Pharmaceutical care may be responsible for this result, thanks to the continuous, active intervention on the part of the pharmacist, achievable due to the pharmacist's proximity and access to the patient.

There were no significant differences in smoking cessation between the sexes, although the percentage of women participating in the study (69.57%) was higher than that of men. As other authors have described, women are more likely to seek advice from pharmacies than men.²³ The majority of studies carried out in primary care settings include similar numbers of men and women,¹⁷ and the rates of cessation are similar in both sexes in the published literature.

The possible limitations of this study are the number of study participants, and to avoid this limitation, an additional, multicenter study should be performed to include a number of different pharmacies in order to corroborate the results. In addition, the level of abstinence was obtained by measuring CO in exhaled air. Elevated CO values can only be detected by the CO-oximeter if the measurement is taken within 24 hours of tobacco consumption. Some patients may have tried to cover up a relapse by stopping smoking 48 hours prior to the test. This also represents a limitation of our study.

Conclusion

Advertising a smoking cessation program in a pharmacy increases the number of patients who use the pharmacy's smoking cessation service. Pharmaceutical care is an effective means of achieving smoking cessation, with total abstinence after 12 months observed in 43% of participating patients, representing an improvement over the results obtained in other health care settings. Given that smoking is a public health issue, pharmacy smoking cessation services should be systematically promoted at an institutional level in order to reduce the problems associated with smoking.

Disclosure

The authors report no conflicts of interest in this work.

References

- Bañegas JR, Díez Gañán L, González Enriquez J, Villar Álvarez F, Rodríguez-Artalejo F. [Recent decrease in smoking attributable mortality in Spain]. *Med Clin (Barc)*. 2005;124(20):769–771. Spanish.
- International Union for Health Promotion and Education. *The Evidence of Health Promotion Effectiveness: A Report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education Shaping Public Health in a New Europe. Report by International Union for Health Promotion and Education for the European Commission. Part Two. Evidence Book*. Madrid, Spain: 2000. Available from: http://www.iahpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/EFFECTIVENESS/HPE_Evidence-2_EN.pdf. Accessed November 25, 2014.
- Council for National Health Service. *Formation in Health Promotion and Education. Report by the Working Group for the Promotion of Public Health of the Council for National Health Service*. Madrid, Spain: Ministry of Health and Consumer Affairs; 2003.
- Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. Health education authority. *Thorax*. 1998;53 Suppl 5 Pt 1:S1–S19.
- Sinclair HK, Bond CM, Stead LF. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;1:CD003698.
- Forum of Pharmaceutical Care. Consensus document 2008. MSC, RANF, CGCOF, SEFAP, SEFAC, SEFH, FPCE, GIAFUG. Madrid, Spain: Forum of Pharmaceutical Care; 2008. Available from: http://www.portalfarma.com/inicio/serviciosprofesionales/foro-de-at-farma/Documents/FORO_At_farma.pdf. Accessed February 24, 2010.
- Machuca M, Fernández-Llamos F, Faus MJ. Método Dáder. Dáder method. Guide to pharmaceutical monitoring. GIAF-UGR. Granada. 2003.
- Machuca M, Baena MI, Faus MJ. Guide to pharmaceutical indication. Pharmaceutical care investigation group. (CTS-131) University of Granada and Abbott Foundation 2005.
- U.S. Department of Health and Human Services. *Public Health Service. Clinical Practice Guideline: Treating Tobacco Use and Dependence*. Washington, DC; 2000.
- Jarvis MJ, Russell MA, Saloojee Y. Expired air carbon monoxide: a simple breath of tobacco smoke intake. *Br Med J*. 1980;281(6238):484–485.
- Clark KD, Wardrobe-Wong N, Elliott JJ, Gill PT, Tait NP, Smashall PD. Cigarette smoke inhalation and lung damage in smoking volunteers. *Eur Respir J*. 1998;12(2):395–399.
- Zacny JP, Stitzer ML, Brown FJ, Yingling JE, Griffiths RR. Human cigarette smoking: effects of puff and inhalation parameters on smoke exposure. *J Pharmacol Exp Ther*. 1987;240(2):554–564.
- Fagerstrom KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med*. 1989;12(2):159–182.
- Torreilla García M, Domínguez Grandal F, Torres Lana A, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador. Documento de consenso. *Medifam*. 2002;12:484–492. Spanish.
- Pérez Trullen A, Clemente Jiménez ML, Morales Blánquez C. Terapias psicológicas en la deshabituación tabáquica. *Psiquiz*. 2001;22(6):251–263. Spanish.
- Camarelles Guillem F, Salvador Liivina T, Ramón Torell JM, et al. [Consensus on health assistance for smoking control in Spain]. *Rev Esp Salud Pública*. 2009;83(2):175–200. Spanish.
- Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;1:CD000146.
- Aubin HJ, Karila L, Reynaud M. Pharmacotherapy for smoking cessation: present and future. *Curr Pharm Des*. 2011;17(14):1343–1350.
- Barris D, Faus MJ. An initiation for Dáder methodology of pharmaceutical monitoring in a community pharmacy. *Ars Pharm*. 2003;44(3):225–237.
- Díez E, Juárez O, Villamarín F. [Health promotion interventions based on theoretical models]. *Med Clin (Barc)*. 2005;125(5):193–197. Spanish.
- Dent LA, Harris KJ, Noonan CW. Tobacco interventions delivered by pharmacists: a summary and systematic review. *Pharmacotherapy*. 2007;27(7):1040–1051.
- Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;3:CD000146.
- Baixaui VJ, Salar Ibáñez L, Barbero González A. Demanda de información en al Farmacia Comunitaria. *Pharmaceutical Care España*. 2004;6(3):136–144. Spanish.

Supplementary material

Table S1 Fagerstrom test for nicotine dependence

	Points
1. How soon after you wake up do you smoke your first cigarette?	
a) Within 5 minutes	3
b) 6–30 minutes	2
c) 31–60 minutes	1
d) After 60 minutes	0
2. Do you find it difficult to refrain from smoking in places where it is forbidden, eg, in church, at the library, in the cinema, etc?	
a) Yes	1
b) No	0
3. Which cigarette would you hate most to give up?	
a) The first one in the morning	1
b) All others	0
4. How many cigarettes/day do you smoke?	
a) 31 or more	3
b) 21–30	2
c) 11–20	1
d) 10 or less	0
5. Do you smoke more frequently during the first hours after waking up than during the rest of the day?	
a) Yes	1
b) No	0
6. Do you smoke if you are so ill that you are in bed most of the day?	
a) Yes	1
b) No	0
Total score	_____
Low dependence (0 to 3 points)	
Moderate dependence (4 to 6 points)	
High dependence (7 to 10 points)	

Note: Copyright © 1989, Sorntzer. Reproduced from *Journal of Behavioral Medicine*, 12, 1989, 159–182. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire, Fagerstrom KO, Schneider NG, Table 3, with kind permission from Sorntzer Science and Business Media.¹

Reference

1. Fagerstrom KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med*. 1989; 12(2):159–182.

Patient Preference and Adherence

Publish your work in this journal

Patient Preference and Adherence is an international, peer-reviewed, open access journal that focuses on the growing importance of patient preference and adherence throughout the therapeutic continuum. Patient satisfaction, acceptability, quality of life, compliance, persistence and their role in developing new therapeutic modalities and compounds to optimize

Submit your manuscript here: <http://www.dovepress.com/submit-online-preference-and-adherence-journal>

Dovepress

clinical outcomes for existing disease states are major areas of interest for the journal. This journal has been accepted for indexing on PubMed Central. The manuscript management system is completely online and includes a very quick and fair peer-review system, which is all easy to use. Visit <http://www.dovepress.com/testimonials.php> to read real quotes from published authors.

RESUMEN

RESUMEN

El consumo de tabaco, como factor determinante de diferentes patologías y como primera causa conocida de mortalidad y morbilidad evitables, constituye el principal problema de salud pública en los países desarrollados. En España se calcula que cada año mueren 55.000 personas por enfermedades directamente relacionadas con el consumo de tabaco.

Nos encontramos ante un problema importante de salud pública que requiere que las administraciones y los profesionales sanitarios promocionen, mediante programas específicos, campañas de salud que permitan que los pacientes accedan mejor a esta prestación.

La farmacia comunitaria puede realizar intervenciones regulares con gran número de personas sanas y enfermas. Esto ofrece una excelente oportunidad a los farmacéuticos para contribuir en la promoción de la salud y en las actividades de prevención de la enfermedad en el marco de la atención farmacéutica. El acceso a la Terapia Sustitutiva de Nicotina (TSN), sin prescripción en nuestro país, facilita el papel del farmacéutico en la ayuda a los pacientes que quieren dejar de fumar y solicitan apoyo así como la accesibilidad de los pacientes a este tipo de programas. Su papel debe ir más allá de asesorar en el uso correcto de los productos farmacológicos y ofrecer consejos y pautas adecuados que contribuyan a ayudar a conseguir la abstinencia, o en su caso remitir al recurso sanitario de referencia.

La atención farmacéutica posee unas características intrínsecas que facilitan al farmacéutico como profesional de la salud, la posibilidad de asumir un papel activo en el abordaje del tabaquismo y conseguir intervenciones positivas en deshabituación tabáquica. Mantener la adherencia de los fumadores a los tratamientos de cesación tabáquica requiere un manejo terapéutico especial que es posible conseguir con el uso de las nuevas tecnologías de comunicación.

OBJETIVOS

Evaluar la implementación de un servicio de deshabituación tabáquica en una oficina de farmacia. Cuantificar la utilidad de un programa de promoción de un servicio de atención farmacéutica en deshabituación tabáquica. Evaluar el efecto de la atención farmacéutica en pacientes que inician el proceso de deshabituación tabáquica. Valorar la utilización de nuevas tecnologías en la intervención en deshabituación tabáquica.

METODOLOGÍA

El objetivo general y los dos primeros objetivos específicos se abordaron mediante un diseño de estudio clínico cuasi-experimental, analítico pre-post intervención, abierto de una cohorte de pacientes. Para el último objetivo específico el diseño del estudio fue clínico cuasi-experimental, controlado y aleatorizado de dos grupos de pacientes sometidos a diferentes tecnologías de apoyo a la adherencia.

El estudio se efectuó en una oficina de farmacia de la ciudad de Murcia. La población objeto de estudio fueron los pacientes fumadores atendidos en la oficina de Farmacia en la que se realizó el estudio sobre deshabituación tabáquica y todos los pacientes fumadores a los que se tuvo acceso mediante el programa de promoción del servicio de atención farmacéutica en deshabituación tabáquica. Se incluyó a todos los pacientes que acudieron a la oficina de farmacia y solicitaron ayuda para dejar de fumar durante un período de cuatro meses (abril-julio 2011).

Se evaluó la variación del número de pacientes que solicitaron ayuda para dejar de fumar y aceptaron el servicio de atención farmacéutica en deshabituación tabáquica al realizar una campaña de promoción del servicio. Se calculó la tasa de deshabituación tabáquica en pacientes que realizan el seguimiento en la farmacia comunitaria y se valoró la utilización de nuevas tecnologías de comunicación para aumentar la adherencia al programa de atención farmacéutica en deshabituación tabáquica.

RESULTADOS

Se propuso la inclusión en el estudio sobre deshabituación tabáquica a 25 pacientes de los cuales 23 (92%) pacientes aceptaron el servicio de atención farmacéutica y dos (8%) lo rechazaron.

Con el programa de promoción del servicio de atención farmacéutica en deshabituación tabáquica se consiguió un aumento de pacientes que solicitaron ayuda para dejar de fumar de 95,83% y un aumento de pacientes que se adhirieron al servicio de atención farmacéutica en deshabituación tabáquica de 95,45%.

La tasa de abstinencia total al mes fue de 56,52%, a los 3 meses de 43,48%, a los 6 meses de 47,83% y a los 12 meses fue de 43,48%.

El resultado de deshabituación total a los 6 meses en el grupo NT es de 63,64% y a los 12 meses de 54,55%. Además, la tasa de abandono del programa de deshabituación tabáquica a los 12 meses en el grupo NT es de 27,27% frente a un 41,67% en el grupo TC.

CONCLUSIONES

La promoción de un programa de deshabituación tabáquica en una oficina de farmacia incrementa el número de pacientes que solicitan ayuda para dejar de fumar y de los pacientes que participan en el servicio de atención farmacéutica en deshabituación tabáquica.

La atención farmacéutica es un método eficaz para conseguir la deshabituación tabáquica consiguiendo a los doce meses una tasa de abstinencia total en el 43% de los pacientes que se incluyeron, siendo estos resultados mejores que en otros entornos sanitarios.

El uso de nuevas tecnologías en los programas de atención farmacéutica en deshabituación tabáquica incrementa la adherencia a dichos programas y por tanto los resultados positivos.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco, como factor determinante de diferentes patologías y como primera causa conocida de mortalidad y morbilidad evitables, constituye el principal problema para la salud pública en los países desarrollados^{1,2}. En España se calcula que cada año mueren 55.000 personas por enfermedades directamente relacionadas con el consumo de tabaco³.

El 21 de Mayo de 2003, 171 países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), firmaron el Convenio Marco para el Control del Tabaco propuesto por la OMS (CMCT), un tratado internacional de mínimos necesarios para proteger el derecho a la salud de la población, mediante el desarrollo de políticas que contemplen: el incremento de los impuestos, la información a los consumidores sobre los riesgos del consumo, la prohibición de la publicidad, la promoción de espacios públicos libres de humo, y la financiación de programas de prevención y tratamiento de la dependencia al tabaco⁴.

En 2004 la Comisión Europea examinó la situación de los países de la Unión en relación al desarrollo de sus políticas sobre tabaquismo⁵ y en esta evaluación incluyó las seis intervenciones consideradas como más coste-efectivas para el control del tabaquismo: incremento del precio de los cigarrillos y otros productos del tabaco; prohibición de la publicidad y la promoción de todos los productos del tabaco, logotipos y marcas comerciales; prohibición y restricción de fumar en lugares públicos y en el lugar de trabajo; información al consumidor y al público en general incluyendo campañas públicas de información, uso de los medios y la publicidad; advertencias sanitarias sobre los efectos del consumo de tabaco en los paquetes de cigarrillos; y el tratamiento para ayudar a las personas que han desarrollado una dependencia del tabaco a dejar de fumar, incluyendo el acceso a las medicaciones.

En la actualidad existe un absoluto consenso en señalar que sólo mediante la combinación de todas las medidas mencionadas, será posible conseguir una disminución significativa de la prevalencia del tabaquismo. La OMS señala además que si se quiere conseguir una reducción significativa de la morbilidad y mortalidad causadas por el uso del tabaco en los próximos 30 a

50 años, las medidas de prevención y control deben ir acompañadas de una política asistencial eficaz⁵.

En España, la aprobación de la Ley 28/2005 y su posterior modificación en la Ley 42/2010, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco⁶ constituyó un avance importante en la dirección marcada por los organismos internacionales para la prevención del tabaquismo, aunque existen aún abundantes campos y oportunidades para la mejora.

En la Región de Murcia, el Plan de Salud 2010-2015 de la Región de Murcia⁷ describe los hábitos de salud de la población murciana. En relación al tabaquismo el 33,9% de la población mayor de 16 años de la Región de Murcia y el 29,5% de la española se declara fumadora. Los ex fumadores son, en la Región de Murcia, un 20%, de los cuales el 40% no ha superado los cuatro años sin fumar. Son más fumadores los hombres que las mujeres. Un 36% de los hombres y un 23% de las mujeres fuman en la Región, 5 y 2 puntos por encima de la media española. La incidencia del tabaquismo en mujeres está aumentando en la Región, a diferencia del resto de España, lo que es un dato alarmante si consideramos la reducción constatada en la mayor parte de los países de nuestro entorno. El 17,1% de los niños menores de 15 años está expuesto siempre o casi siempre al humo de tabaco en sus casas, porcentaje que coincide a nivel regional y nacional. La tasa de abandono del consumo de tabaco es del 25% en hombres y 23% en mujeres, discretamente inferior a la media española. Entre los objetivos del plan regional se contempla: reducir la prevalencia de consumo de tabaco, incrementar la tasa de abandono, retrasar la edad media de inicio y reducir la tasa de personas expuestas al humo del tabaco.

Promoción de la salud

Con todos estos datos podemos asumir que estamos ante un problema importante de salud pública que requiere que las administraciones y los profesionales sanitarios promuevan, mediante programas específicos, campañas de salud que permitan que los pacientes accedan mejor a esta

prestación^{8,9}. La promoción de la salud constituye un escalón más dentro del proceso de atención integral, que viene definido por: la asistencia (primaria y especializada), la prevención (primaria, secundaria y terciaria), la adaptación social a un problema crónico (rehabilitación, cuidados, integración) y finalmente la promoción de la salud (referida a la implicación de los individuos en el desarrollo y disfrute de su salud). La promoción de la salud debe responder de forma coherente a las diferentes necesidades de salud que se plantean en nuestras sociedades desarrolladas. Para abordarla, tres son las áreas de intervención prioritarias: problemas de salud, estilos de vida y transiciones vitales. Entre los estilos de vida se encuentra la adicción al tabaco y son necesarios conocimientos, actitudes y habilidades para comprender y abordar estas necesidades en salud y los factores con ellas relacionados.

Los modelos ecológicos de salud plantean que la salud de la población está influenciada por las características de la población, las características del entorno o lugares en los que los miembros de la población viven, trabajan, compran, etcétera y las interacciones entre las características de las personas y el entorno^{10,11}.

La práctica de la promoción para la salud exige un reconocimiento y asunción del papel que juegan los diferentes profesionales socio-sanitarios implicados en su desarrollo. Los tipos de intervención en promoción de la salud a nivel local⁹ incluyen el consejo y asesoramiento dirigido a personas que acuden a una consulta profesional, la acción y dinamización social para el desarrollo comunitario, medidas de abogacía por la salud en la promoción de la salud local para el desarrollo de estrategias intersectoriales e intervenciones de información y comunicación mediante la elaboración y utilización de distintos instrumentos como folletos y carteles.

La práctica de la promoción de la salud implica la planificación, la realización y la evaluación de intervenciones que pretenden cambiar los determinantes de la salud ambientales y conductuales. Los determinantes personales y externos se agrupan en tres componentes: factores predisponentes, facilitadores y reforzantes. Los factores predisponentes incluyen los conocimientos individuales, las actitudes, las conductas previas, las creencias y los principios. Los factores facilitadores se relacionan con la estructura del entorno o de la comunidad que facilitan o presentan obstáculos

al cambio. Los factores reforzadores engloban los efectos positivos o negativos de adoptar la conducta, se incluyen en ellos el apoyo social, que influyen en la continuidad del comportamiento¹².

Atención farmacéutica

De acuerdo con la evidencia disponible, se recomienda que la implicación de los distintos profesionales de la salud en proporcionar intervenciones para ayudar a la deshabituación tabáquica se base en criterios como son: el acceso a quienes fuman, la capacitación profesional para la tarea, la experiencia y el interés de los profesionales, más que en la disciplina profesional en que se encuadra cada profesional¹³.

La farmacia comunitaria puede realizar intervenciones regulares con gran número de personas sanas y enfermas. Esto ofrece una excelente oportunidad a los farmacéuticos para contribuir en la promoción de la salud y en las actividades de prevención de la enfermedad en el marco de la atención farmacéutica. La incorporación de los farmacéuticos comunitarios a los equipos de intervención sanitaria es una solución fiable para mejorar la atención sanitaria¹⁴. En diferentes estudios^{15,16,17,18} se demuestra que el abordaje del tabaquismo desde la oficina de farmacia por el farmacéutico comunitario bien entrenado, dando consejo y realizando un programa de soporte para ayudar al paciente fumador, podría tener un efecto positivo en las tareas de deshabituación tabáquica^{6,19}.

La atención farmacéutica posee unas características intrínsecas²⁰ que facilitan al farmacéutico como profesional de la salud, la posibilidad de asumir un papel activo en el abordaje del tabaquismo y conseguir intervenciones positivas en deshabituación tabáquica. La atención farmacéutica en tabaquismo consiste en facilitar el proceso para que los fumadores dejen de fumar mediante un procedimiento guiado por el farmacéutico. Aunque gran parte de las personas que fuman consiguen dejarlo por sí mismas, muchas otras necesitan ayuda de los profesionales sanitarios; en ocasiones basta con un consejo mínimo, y en otras se necesitan intervenciones más intensas (que necesitan una formación más específica)²¹.

Existen unas directrices clínicas prácticas para el tratamiento del consumo y la dependencia del tabaco, que son conocidas como *las 5 As*²²: *ask* averiguar, *advise* aconsejar, *assess* apreciar, *assist* ayudar, *arrange* acordar.

Los pasos a seguir son²³:

- Averiguar si el paciente fuma, identificar y recoger en la historia clínica y en cada visita la situación del paciente en relación al tabaco (fumador, exfumador, nunca fumador)
- Aconsejar el abandono del tabaco de manera firme, seria, clara y personalizada. La firmeza y la seriedad del consejo, debe hacerse de manera que el paciente lo perciba, no como un mero trámite que el profesional está obligado a cumplimentar, sino como una afirmación de la que nosotros estamos plenamente convencidos. Debemos informar de los inconvenientes de seguir consumiendo tabaco, pero sobre todo de las ventajas que va a suponer el abandono. Resulta útil personalizar este consejo según la edad, sexo, motivo de consulta, motivación por la que sigue fumando o quiere dejarlo o por lo que ya lo intentó alguna vez. Así nuestro consejo para un adolescente debe de contener una información en la que se resalten más los beneficios estéticos, económicos o de mejora en el rendimiento deportivo que las consecuencias para la salud que puedan surgir varias décadas después.
- Apreciar y valorar la disponibilidad para dejar de fumar, si el paciente no quiere intentar dejarlo en ese momento, realizaremos una breve intervención diseñada para promover la motivación para dejarlo (entrevista motivacional), resaltaremos las ventajas de dejarlo, ofreceremos nuestra ayuda para cuando quiera y entregaremos un folleto informativo. La entrevista motivacional es una forma concreta de ayudar a las personas que desean realizar un cambio de hábitos y que tienen dudas frente a ello. A partir del diagnóstico de la situación del paciente frente al cambio, se desarrollan una serie de habilidades adaptadas a la situación en la que se encuentra. El elemento fundamental de la entrevista es hacer fuertes los elementos internos favorecedoras del cambio de cada persona en una atmósfera positiva y no coercitiva.

- Ayudar a la persona en el intento de abandono: preparándole para el día D, aconsejándole que comparta el intento con su entorno social, recomendándole tratamiento farmacológico, informándole sobre el síndrome de abstinencia y proporcionándole material informativo.
- Acordar y programar visitas de seguimiento. Son útiles los seguimientos telefónicos y que el paciente pueda disponer de la posibilidad de comunicarse con el farmacéutico si surge alguna duda o contratiempo. En cada visita, preguntaremos si sigue sin fumar, felicitándole si es así. En caso contrario, intentaremos reconducir la situación. Valoraremos el síndrome de abstinencia, revisaremos la cumplimentación del tratamiento farmacológico y los posibles efectos secundarios y si precisa un seguimiento más intensivo o incluso una posible derivación.

En la atención farmacéutica en deshabituación tabáquica el paciente fumador se dirige al farmacéutico solicitando ayuda para dejar de fumar. La actuación del profesional comienza cuando el paciente ya ha decidido dejar de fumar y la intervención farmacéutica valora la disposición y motivación para abandonar el hábito tabáquico y proporciona la ayuda y el asesoramiento necesarios en el proceso de abandono.

Diagnóstico de tabaquismo

Para realizar el diagnóstico completo de tabaquismo se debe recoger toda la información posible a través de la anamnesis del paciente y un conjunto mínimo de datos que permite extraer los antecedentes recomendables para realizar un correcto diagnóstico y tratamiento, así como para controlar la evolución clínica de los pacientes²⁴.

Los principales apartados del diagnóstico especializado del tabaquismo son:

1. Fase de abandono del tabaco en la que se encuentra el fumador
2. Historia clínica que refleje la historia personal de consumo de tabaco
3. Estudio de la motivación para dejar de fumar

4. Diagnóstico de la dependencia de la nicotina
5. Medición de niveles de monóxido de carbono (CO) en aire espirado

1. Fase de abandono del tabaco: se acepta que la modificación de una conducta relacionada con la salud está influida por dos tipos de creencias. En primer lugar, las que dependen de la percepción del riesgo que esa actitud supone para el propio individuo y en segundo lugar, la percepción acerca de la propia capacidad para poder cambiar la conducta²⁵. Cualquier cambio hay que entenderlo como un proceso, no como un resultado.

Para establecer el protocolo de actuación en el tratamiento del tabaquismo en la oficina de farmacia es necesario identificar la fase en la que se encuentra el fumador. La deshabituación tabáquica no es un acto puntual, sino un proceso en el que el fumador va cambiando su actitud y su comportamiento respecto a su hábito hasta abandonarlo. Durante este proceso el fumador pasa por diferentes etapas, cuyo conocimiento es importante para que un programa de cesación tabáquica sea efectivo, ya que el objetivo a alcanzar y las técnicas para conseguirlo son diferentes en cada caso²².

La clasificación más utilizada para determinar la fase o estado en el que se encuentra un fumador es la que toma como base el modelo transteórico del cambio de J. Prochaska y C. DiClemente²⁶; a partir de este modelo se diferencian las siguientes etapas o fases:

- **Etapla precontemplativa:** el fumador no quiere cambiar su hábito en los próximos seis meses. El objetivo de una intervención básica será que llegue a conocer y entender los riesgos asociados al tabaco y los beneficios que se obtienen al dejarlo, para promover un cambio de actitud.
- **Etapla contemplativa:** el fumador empieza a pensar que tendría que abandonar su hábito en los próximos seis meses, pero no llega a encontrar el momento idóneo para hacerlo y continúa fumando. En este caso se necesitará reforzar la motivación para que la persona pase a la fase de acción.
- **Etapla de preparación:** el fumador se prepara para pasar a la acción diseñando una estrategia a seguir y valorando el método a utilizar. Decide dejar de fumar en el plazo de un mes. En este momento hace

falta mostrar al fumador todas las posibilidades disponibles y ayudarlo a encontrar el momento idóneo para el abandono.

- **Etapa de acción:** el fumador ya está preparado para abandonar su hábito, ha iniciado activamente la modificación de su conducta y la pone en práctica durante, al menos, seis meses. En este momento se necesitará facilitarle la ayuda o el tratamiento necesario.
- **Etapa de mantenimiento:** el fumador se mantiene abstinentemente en un tiempo superior a seis meses, y se siente ex fumador, aunque desde una perspectiva sanitaria este hecho no se considera hasta pasados doce meses. La actuación aquí se orientará a reforzar el ánimo mediante apoyo y hacer un seguimiento de su abstinencia para conseguir finalmente el éxito.
- **Etapa de recaída:** el ex fumador se convierte nuevamente en fumador. En estos casos pasa de nuevo a la fase de contemplación y reinicia el ciclo, sin que se considere que haya fracasado. Ha de incrementarse la autoconfianza, ya que se sienten frustrados por haber recaído. Se ha de tratar de identificar y solucionar las causas que han ocasionado las recaídas.

Los procesos de cambio que establece el modelo propuesto por Prochaska y Diclemente²⁶ son un conjunto de actuaciones de tipo conductual y cognitivo que utiliza el fumador para modificar sus cogniciones, sus emociones o su conducta de fumar. Por ejemplo, la concienciación (aumentar la información sobre uno mismo y el problema) es un proceso de cambio. Los procesos de cambio más utilizados en los estadios de preparación, acción y mantenimiento son la autoliberación, el manejo del refuerzo, el contracondicionamiento, el control de los estímulos y las relaciones de ayuda. Por ello, es de gran utilidad el describir al paciente las opciones que tiene para cambiar su conducta, ya que se ha demostrado que los individuos que utilizan múltiples estrategias cognitivas y conductuales, cuando están intentando dejar de fumar, logran mejores resultados^{24, 27}.

Diversos estudios han demostrado que seguir un programa estructurado con el fin de cambiar se asocia con resultados positivos. Por ello, la adherencia con el cumplimiento de un programa destinado al cambio se estima que es una

dimensión clave de la motivación. De acuerdo con esto, la motivación debe considerarse como la probabilidad de realizar ciertas conductas. La motivación se convierte así en una tarea importante del terapeuta, puesto que ahora su responsabilidad no es sólo dar consejo, sino también motivar y aumentar la probabilidad de que el paciente siga unas acciones concretas cuyo objetivo es el cambio^{24, 28}.

2. Historia clínica que refleje la historia personal de consumo de tabaco: recogiendo toda la información posible a través de la anamnesis del paciente. Es importante recoger el patrón de consumo y el tiempo transcurrido como fumador, lo que orienta sobre algunas características del hábito tabáquico y en consecuencia de la dificultad de cambiar su conducta adictiva; así como los intentos previos de abandono y la metodología de tratamiento empleada. La historia clínica es fundamental pues puede aportar datos con valor pronóstico y datos que pueden condicionar los tratamientos farmacológicos²⁴. Los fumadores que consumen mayor número de cigarrillos al día y aquellos que más tiempo llevan fumando son los que más dificultades experimentan ante un intento de abandono y en consecuencia tienen unas posibilidades más bajas de dejar de fumar²⁹

3. Estudio de la motivación: en una primera aproximación es aconsejable conocer si el fumador está dispuesto a realizar un intento serio de abandono del tabaco y también es conveniente investigar las distintas motivaciones para dejar de fumar y otros aspectos motivacionales como la autoeficacia, el entorno del fumador, la personalidad del fumador y las barreras que se autoimpone el fumador para dejar de fumar como el aumento de peso²⁴.

Se han identificado siete áreas decisivas de actitudes respecto al consumo del tabaco que influyen en el proceso de dejar de fumar³⁰: preocupación por la enfermedad, mejora de la calidad de vida, autoestima, razones económicas, papel modélico ante los hijos, presión social o familiar y mejoría estética.

4. Dependencia de la nicotina: los criterios diagnósticos de dependencia a la nicotina están expuestos en el *Manual Diagnostico y*

*Estadístico de los Trastornos Mentales IV. Texto Revisado (DSM-IV-TR)*³¹ y en la *Clasificación Internacional de Enfermedades* en su 10ª revisión (ICD-10)³². Incluyen principalmente la administración repetida e impulsiva de nicotina, la pérdida del control del uso de la sustancia a pesar de sus efectos nocivos, recaídas repetidas tras intentos de dejar de fumar, así como alta motivación para buscar la droga.

La herramienta más frecuente utilizada para medir la dependencia²⁴ es el test de dependencia a la nicotina de Fagerström³³. Se trata de un test de seis preguntas con respuestas múltiples. Dependiendo de la respuesta que cada fumador dé a cada una de las preguntas se obtiene una determinada puntuación que clasifica a los fumadores según su grado de dependencia a la nicotina en dependencia leve, dependencia moderada y dependencia severa. De acuerdo con el test de Fagerström aproximadamente el 50% de los fumadores tiene una dependencia por la nicotina leve; un 20% tiene un nivel moderado de dependencia y un 30 % sufren una dependencia severa³⁴.

5. Niveles de CO: la cooximetría es una exploración que nos permite conocer la cantidad de monóxido de carbono que un sujeto tiene en el aire que espira³⁵. Esta cantidad esta en relación con su hábito como fumador. Para la medición de este parámetro se utiliza el cooxímetro que es un aparato que mediante una maniobra sencilla e incruenta permite el conocimiento de los niveles de CO en el aire espirado por el sujeto.

La cooximetría tiene indudables ventajas para el fumador ya que es un parámetro objetivo que les indica el daño que el tabaquismo está produciendo en su organismo y ese será un dato que le motivará para dejar de fumar. Igualmente, observar el descenso rápido de la concentración de CO en la primera visita después de iniciar la abstinencia, respecto del nivel existente cuando aún fumaba, actúa como factor motivador ya que señala la posibilidad de obtener beneficios inmediatos en el proceso de abstinencia. Además, el nivel de CO puede ser utilizado como marcador real de abstinencia, lo que permite verificar la fiabilidad y veracidad de la respuesta a la abstinencia del paciente³⁶.

Psicofarmacología de la nicotina

En términos de mecanismos psicofarmacológicos de acción, la nicotina actúa directamente sobre los receptores colinérgicos de nicotina en los circuitos de la recompensa. Las acciones de la nicotina en el área tegmental ventral del cerebro son las que están teóricamente ligadas a la adicción. La activación de los receptores postsinápticos de nicotina alfa 2 beta 4 en las neuronas dopaminérgicas lleva a la liberación de dopamina directamente en el núcleo accumbens; la activación de los receptores presinápticos nicotínicos alfa 7 en las neuronas glutaminérgicas causa la liberación de glutamato lo que conduce a cambio a la liberación de dopamina en el núcleo accumbens.. La nicotina también parece desensibilizar a los receptores postsinápticos alfa 4 beta 2 en las interneuronas inhibitorias gabaérgicas en el área tegmental ventral y esto también lleva a la liberación de dopamina en el núcleo accumbens mediante la desinhibición de las neuronas dopaminérgicas mesolímbicas.

Se piensa que los receptores nicotínicos alfa 4 beta 2 en las neuronas dopaminérgicas del área tegmental ventral son las dianas primarias de las propiedades reforzadoras de la nicotina. Estos receptores se adaptan a la liberación pulsátil crónica intermitente de nicotina de una forma que lleva a la adicción. Inicialmente los receptores alfa 4 beta 2 en el estado de reposo se abren por la administración de nicotina, que lleva a la liberación de dopamina y el refuerzo, placer y recompensa. Cuando se termina el cigarrillo, estos receptores se desensibilizan, de forma que no pueden funcionar temporalmente reaccionando a la acetilcolina o a la nicotina. Cuando los receptores se resensibilizan a su estado de reposo, se inicia el *craving* y la abstinencia debido a la falta de liberación de más dopamina.

Mantener inactivos todo el tiempo a los receptores de nicotina, mediante la desensibilización de éstos conduce a las neuronas a intentar superar esta falta de receptores funcionantes regulando al alza el número de receptores. La nicotina los desensibiliza a todos la siguiente vez que se fuma un cigarro y esta regulación al alza sólo sirve para amplifica el *craving* que ocurre cuando los receptores extra son resensibilizados a su estado de reposo.

Desde el punto de vista de los receptores, el objetivo de fumar es desensibilizar todos los receptores nicotínicos alfa 4 beta 2, conseguir la máxima liberación de dopamina y prevenir el *craving*. El *craving* parece iniciarse al primer signo de la resensibilización de los receptores de nicotina. Cuando el receptor se resensibiliza está disponible para liberar dopamina y causar placer de nuevo³⁷.

Tratamiento farmacológico del tabaquismo

Se consideran fármacos para el tratamiento del tabaquismo aquellos que han demostrado ser seguros y eficaces como medicamentos clínicamente adecuados y específicos para tratar la dependencia al tabaco³⁸. Los fármacos considerados de primera elección son²²: la Terapia Sustitutiva de Nicotina (TSN), Bupropión y Vareniclina. Existe otro grupo de fármacos (de segunda línea) que son medicamentos que han demostrado ser eficaces para el tratamiento del tabaquismo pero tiene un papel más limitado que los fármacos de primera elección, especialmente porque existe un mayor consenso en relación a sus efectos secundarios, al compararlos con los fármacos de primera elección. Los principales medicamentos de segunda línea son²²: Clonidina y Nortriptilina. Las revisiones de los estudios disponibles sobre la eficacia de otras técnicas para dejar de fumar (acupuntura, digitopuntura, auriculopuntura, hipnosis, diversos tipos de electroestimulación, láser, etc.) indican que la aplicación de estas técnicas no consiguen resultados superiores a los alcanzados por cualquier procedimiento placebo^{39, 40, 41}.

Se define como TSN a la administración de nicotina por una vía diferente a la del consumo de cigarrillos y en una cantidad suficiente como para disminuir los síntomas del síndrome de abstinencia por parte del fumador que está dejando de fumar, pero insuficiente como para crear dependencia²⁴.

La TSN puede utilizarse mediante la administración de nicotina por vía transdérmica (parches), oral (chicles, comprimidos para chupar y comprimidos sublinguales), intranasal (spray nasal) o inhalatoria²². La liberación de nicotina por estas rutas no produce los altos niveles ni los picos pulsátiles que son liberados al cerebro al fumar, así que no son muy reforzadoras³⁷. En la

actualidad en España sólo se dispone de chicles, parches, comprimidos para chupar y aerosol bucal⁴².

El chicle de nicotina se trata de una pieza de goma de mascar que contiene dos o cuatro mg de nicotina. En el chicle, la nicotina está unida a una resina de intercambio iónico. Mediante la masticación, la nicotina es liberada al interior de la cavidad bucal; gracias a que la resina se combina con los iones sodio y potasio de la saliva, es absorbida a través de la mucosa geniana y alcanza la sangre, desde donde estimula los receptores nicotínicos de las membranas de las neuronas del área tegmental ventral del mesencéfalo²⁴. La nicotina liberada se absorbe muy rápidamente. Parte se ingiere con la saliva, pero presenta una biodisponibilidad muy baja, ya que se inactiva parcialmente en estomago e intestino y sufre un intenso efecto de primer paso hepático. La nicotina apenas se libera de los chicles si son ingeridos⁴².

El chicle de nicotina debe ser utilizado de forma correcta para conseguir su mayor eficacia. La ineficacia de la TSN a menudo se debe al mal uso de los chicles³⁴. Es imprescindible que la pieza sea introducida en la boca y masticada lentamente. La masticación descontrolada del chicle puede conducir a que la nicotina que porta en su interior se libere precipitadamente y no pueda ser absorbida a través de la mucosa orofaríngea; con ello no se producirá el efecto deseado, sino que, por el contrario, sería deglutida y podría ocasionar molestias gástricas, y al ser metabolizada en el hígado perdería sus propiedades terapéuticas. Además, la utilización de bebidas ácidas (soda, café, cerveza, etc.) puede disminuir la absorción bucal de nicotina, por ello su uso debe ser evitado durante el proceso de masticación y al menos 15 minutos antes²².

La duración del tratamiento debe oscilar entre 8 y 12 semanas. Se recomienda la utilización de chicles durante 8-10 semanas en los fumadores menos dependientes, y en los de mayor grado de dependencias es aconsejable prolongar el tratamiento hasta tres meses, aunque en éstos la utilización de chicles puede llegar hasta los 6-12 meses. La dosis se irá reduciendo progresivamente a partir de las 4-8 semanas de tratamiento^{24,43}. La frecuencia de dosificación deberá ser ajustada de acuerdo a los requerimientos individuales. No es conveniente el cese brusco de la administración de los

chicles, ya que el paciente podría recaer. Cuando el paciente haya reducido la dosis a una o dos unidades diarias, se podrá abandonar el tratamiento⁴².

El chicle es una forma de administración rápida de nicotina (es una de sus características diferenciales). Por un lado, puede ser utilizado de forma puntual con el objetivo de controlar situaciones de *craving* intenso y, por otro, puede ser administrado de forma pautada para conseguir continuos niveles de nicotemia que ayudarán a que el fumador alivie sus síntomas del síndrome de abstinencia. La utilización de chicles de nicotina reduce de forma significativa el *craving* secundario a la exposición a situaciones de alto riesgo. No sólo es eficaz por los condicionantes conductuales (masticación de la goma de mascar), sino que además también lo es por la cantidad de nicotina que suministra⁴⁴.

El parche es un dispositivo cargado de nicotina, dispuesto a liberarla a través de la piel cuando es adherido a la misma. Existen dos tipos de parches: unos que liberan nicotina durante 24 horas en dosis de 7, 14 o 21 mg y que deben ser utilizados durante todo el día, y otros que la liberan durante 16 horas en dosis de 10 y 15 mg y que deben ser utilizados mientras el sujeto está despierto^{24,43}. Los parches producen una liberación sostenida de nicotina que atraviesa fácilmente la piel y es absorbida⁴².

Los parches de nicotina deben ser utilizados durante un período de ocho semanas ya que tratamientos más prolongados no han demostrado ser más eficaces. Los parches de 24 horas son tan eficaces como los de 16 y la dosificación se ajustará de acuerdo a las características específicas de cada paciente⁴³.

El parche representa una forma de administración de nicotina lenta y progresiva. El sujeto coloca el parche en cualquier zona de su piel e, independientemente de lo que haga, obtendrá niveles adecuados de nicotina en su sangre, sin que sea necesaria una colaboración muy activa por su parte²⁴.

Los comprimidos de nicotina contienen uno o dos mg de nicotina. Los comprimidos liberan el fármaco uniformemente al ser chupados. La nicotina liberada se absorbe muy rápidamente. Su mecanismo de absorción es similar a los chicles de nicotina²⁴. Parte se ingiere con la saliva pero presenta una biodisponibilidad muy baja, ya que se inactiva parcialmente en estómago e

intestino y sufre un intenso efecto de primer paso hepático. La nicotina apenas se libera de los comprimidos si son ingeridos⁴².

La dosis dependerá de la dependencia y del número de cigarrillos fumados⁴⁵. La duración del tratamiento es también variable, aunque deberá seguirse al menos por un periodo de ocho a doce semanas. El usuario deberá reducir gradualmente el número de comprimidos diarios. No es conveniente el cese brusco de la administración de los comprimidos, ya que el paciente podría recaer. Cuando el paciente haya reducido la dosis a uno o dos unidades diarias, se podrá abandonar el tratamiento⁴².

Las diferentes formas de administración de la TSN ofrecen a los fumadores distintas posibilidades que pueden tener una influencia positiva en la adherencia al tratamiento⁴⁶.

La dosis de nicotina administrada por cualquiera de estas formas farmacéuticas se ajustará al comienzo del tratamiento de forma individualizada, dependiendo del nivel de dependencia a la nicotina del paciente, evitando la presencia de efectos adversos o de dosis insuficientes que podrían provocar la aparición de síndrome de abstinencia y ésta se deberá ir disminuyendo progresivamente a lo largo del tratamiento⁴⁷.

Se define como terapia sustitutiva combinada a la utilización por un mismo sujeto de dos vías distintas de administración de nicotina. Generalmente se utiliza el parche de nicotina como vía de administración que produce niveles continuos y constantes de nicotemia. Para obtener picos de nicotina en momentos puntuales se pueden utilizar otras vías de administración: chicles o comprimidos para chupar. El parche proporciona niveles continuos de nicotemia que ayudan al paciente a combatir los síntomas del síndrome de abstinencia y, por otro lado, la administración puntual de nicotina mediante el chicle o comprimido ayuda a combatir los momentos en los que aparece el *craving*^{48, 49}. Esta estrategia se recomienda para pacientes con alta dependencia a la nicotina o aquéllos que muestran un elevado síndrome de abstinencia con sólo una forma de TSN³⁴.

El acceso a la Terapia Sustitutiva de Nicotina (TSN), sin prescripción en nuestro país, facilita el papel del farmacéutico en la ayuda a los pacientes que quieren dejar de fumar y solicitan apoyo así como la accesibilidad de los pacientes a este tipo de programas. Su papel debe ir mas allá de asesorar en

el uso correcto de los productos farmacológicos y ofrecer consejos y pautas adecuados que contribuyan a ayudar a conseguir la abstinencia, o en su caso remitir al recurso sanitario de referencia¹⁶.

Efectos adversos de TSN

En muchos casos, la aparición de efectos no deseados durante la fase de acción del proceso de cesación tabáquica provoca el abandono del tratamiento por parte del paciente y, por tanto, reduce significativamente las probabilidades de éxito²⁴.

El efecto secundario más común de los parches de nicotina que afecta a más del 50 % de los pacientes es la irritación cutánea. Normalmente aparece al principio del tratamiento y desaparece al cabo de unos días si se hace un uso correcto de los parches y se rota el sitio de colocación; si las molestias persisten, el uso de corticoides tópicos puede mejorar estas reacciones locales. Otros efectos secundarios que se pueden presentar son: insomnio, mareo, mialgias y cefaleas⁴³. Las cefaleas suelen ser consecuencia de un tratamiento a dosis superiores a las necesarias (intoxicación nicotínica)⁵⁰.

Los efectos adversos de los chicles de nicotina incluyen irritación orofaríngea, dolor de la articulación temporo-mandibular, dispepsia e hipo. Estos efectos son generalmente suaves y pasajeros y a menudo son aliviados corrigiendo la técnica de masticado del paciente^{43,47}.

Los efectos adversos de los comprimidos de nicotina incluyen irritación orofaríngea y dispepsia. Estos efectos son normalmente suaves y pasajeros y a menudo pueden ser corregidos con adiestramiento en el empleo correcto de los comprimidos²⁴.

Algunos de estos efectos no podrán ser solventados y el paciente deberá optar por otra forma de administración.

Contraindicaciones de TSN

Una contraindicación es una situación específica en la cual no se debe utilizar un fármaco ya que puede ser dañino para el paciente. Existen dos tipos de contraindicaciones:

1. La contraindicación **relativa** significa que se debe tener cautela. Es aceptable hacerlo si los beneficios superan a los riesgos.
2. La contraindicación **absoluta** significa que el evento o sustancia podría ocasionar una situación potencialmente mortal. Un procedimiento o un medicamento que esté incluido dentro de esta categoría se debe evitar.

La TSN está contraindicada de forma absoluta en:

- Infarto de miocardio de menos de 4 semanas de evolución
- Angina inestable
- Arritmias cardíacas graves
- La TSN está contraindicada de forma relativa en:
 - Embarazo
 - Lactancia

Además existen una serie de contraindicaciones específicas para cada forma farmacéutica. Así los parches están contraindicados en psoriasis grave e insomnio; los chicles en infección orofaríngea, problemas dentales y lesión de la articulación temporomandibular; y los comprimidos en infección orofaríngea^{22,24}.

Síndrome de abstinencia

El síndrome de abstinencia hace referencia a un conjunto de manifestaciones físicas y psicológicas de carácter transitorio que aparecen al abandonar o disminuir el consumo de una sustancia.

El tratamiento farmacológico minimiza los síntomas de la abstinencia tabáquica y, por tanto, aumenta las probabilidades de éxito. Es importante individualizar el tratamiento farmacológico, adaptándolo al nivel de consumo del fumador. Un tratamiento insuficiente puede no ser efectivo para la atenuación de los síntomas del síndrome de abstinencia nicotínico²⁴.

Según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR³¹ el síndrome de abstinencia puede incluir estado de ánimo disfórico o depresivo, insomnio, irritabilidad, frustración o ira, ansiedad, dificultades de concentración, inquietud o impaciencia, disminución de la frecuencia cardíaca, aumento de apetito o aumento de peso. (Tabla 1)

<p>A. Consumo de nicotina durante al menos algunas semanas.</p> <p>B. Interrupción brusca o disminución de la cantidad de nicotina consumida, seguida a las 24 horas por cuatro (o más) de los siguientes signos:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) estado de ánimo disfórico o depresivo (2) insomnio (3) irritabilidad, frustración o ira (4) ansiedad (5) dificultades de concentración (6) inquietud (7) disminución de la frecuencia cardíaca (8) aumento del apetito o del peso <p>C. Los síntomas del criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la vida del individuo.</p> <p>D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.</p>
--

Tabla 1. Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el síndrome de abstinencia.

Estos síntomas son debidos en gran parte a la privación de nicotina y aunque la vida media de la nicotina en el organismo es de entre dos y cuatro horas, los primeros síntomas aparecen entre las seis y doce horas después del cese del consumo. Entre el 70-85% de los fumadores abstinentes reconocen el síndrome de abstinencia entre las 24 y 48 horas después del último cigarrillo y algunos de estos síntomas pueden durar entre tres y cuatro semanas. La severidad de los síntomas puede variar a lo largo del tiempo y, dependiendo de las personas, puede incluso llegar a durar más de un mes⁵¹.

Estado de ánimo disfórico o depresivo

A pesar de que los estudios señalan sentimientos de tristeza en fumadores abstinentes a partir de las 3 horas de abstinencia, éstos no alcanzan niveles significativos hasta pasados los 3 días. Algunos estudios señalan que este síntoma puede durar más de un mes sin que vuelva a niveles normales^{51,52}.

Los fumadores que experimentan síntomas depresivos durante la abstinencia tienen más probabilidades de recaer.

Insomnio

El insomnio suele aparecer antes de los 3 días después de haber dejado de consumir y puede durar hasta un mes, siendo los problemas más graves entre los fumadores severos que entre los moderados. Una adecuada higiene del sueño y medidas de relajación pueden ser de ayuda⁵¹.

Irritabilidad, frustración o ira

Suele aparecer a los dos días de del último cigarrillo y puede mantenerse hasta un mes después de haber dejado de fumar⁵¹.

Ansiedad

En la mayoría de las ocasiones es consecuencia del síndrome de abstinencia por infradosificación de la TSN^{24,53}. Revisar el nivel de dependencia y reforzar o modificar el tratamiento puede ser suficiente para solucionar el problema. El apoyo psicológico con consejos para vencer la ansiedad y para evitar situaciones que la desencadenen también puede ser una medida eficaz.

Dificultades de concentración

Suelen alcanzar un punto máximo a los tres días de la cesación del consumo de tabaco regresando en un mes a los niveles normales⁵¹.

Inquietud

Los estudios señalan que algunos fumadores informan de sensación de inquietud pasadas dos horas del consumo del último cigarrillo. Este estado se mantiene en aumento hasta aproximadamente el tercer día, disminuyendo hasta el nivel de línea base aproximadamente al mes de la deshabituación⁵¹.

Disminución de la frecuencia cardíaca

Algunas investigaciones señalan un descenso del ritmo cardíaco a las 24 horas de entre 10 y 15 pulsaciones, con relación al periodo previo a la abstinencia. A pesar de ser considerado un síntoma del síndrome de abstinencia no está clara su relevancia como medida de intensidad del síndrome. Para algunos autores, esta disminución de la frecuencia cardíaca indicaría la acción de un mecanismo compensatorio, es decir, una serie de

cambios en dirección opuesta a la sustancia consumida que indican una vuelta al nivel tónico general previo al consumo. Para otros autores, la disminución de la frecuencia cardíaca reflejaría la acción de un proceso transitorio, de recuperación lenta, consecuencia del abandono de la nicotina⁵¹.

Aumento del apetito o del peso

Debido a que el consumo de tabaco conlleva un gasto calórico por sí mismo, el abandono del tabaco puede comportar en la mayoría de los casos un ligero aumento de peso⁵⁴. Esto puede acentuarse por la ansiedad que comporta el síndrome de abstinencia, que muchos fumadores combaten comiendo en exceso, y por el hecho de que al dejar de fumar se recupera el gusto y el olfato, y ello hace a los alimentos más sabrosos y, por tanto, más apetecibles²⁴. El incremento del apetito puede llegar a durar hasta 10 semanas⁵¹.

Craving

A pesar de que el *craving* no está recogido entre los criterios diagnósticos que propone el DSM-IV-TR para el síndrome de abstinencia por la nicotina hay numerosas investigaciones que relacionan el *craving* con la abstinencia^{51,52,55}.

El *craving* aparece rápidamente en los fumadores, incluso a los pocos minutos de apagar el último cigarrillo. El *craving* puede aumentar de intensidad después de una hora de la privación de tabaco, alcanzando niveles máximos entre las 6 y 24 horas de abstinencia, aunque los fumadores abstinentes pueden continuar experimentando *craving* más de seis meses después del último consumo.

Recaídas

Muchos de los fumadores que intentan dejar el tabaco no lo logran en su primer intento, por tanto, el fracaso es una de las posibilidades que el terapeuta debe tener en cuenta al iniciar un tratamiento de cesación tabáquica. La mayor

parte de recaídas suceden dentro de los primeros 3 meses de abandono, y especialmente durante las dos primeras semanas⁵⁶.

Sin embargo, puede y debe intentarse prevenirlo o evitarlo con una adecuada praxis y con diversas estrategias que se pueden aplicar en cada una de las fases del proceso. Un elevado porcentaje de fumadores requieren de varios intentos serios para conseguir dejar el tabaco⁵⁷, pero se sabe que en los sucesivos intentos de abandono las probabilidades de éxito son cada vez mayores, siempre que éstos se realicen con la seriedad necesaria. Por tanto, un fracaso no debe jamás desmoralizar al terapeuta o al paciente ni significar la renuncia a nuevos intentos.

Según las fases del proceso de cesación tabáquica descritas por Prochaska y DiClemente, la recaída es una etapa a la que se puede llegar tras la fase de acción y desde la que se puede regresar a cualquiera de las fases anteriores (precontemplación, contemplación o preparación)²⁶.

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

Las causas que pueden desencadenar una recaída son variadas y pueden interesar a cualquiera de los eslabones del proceso de cesación tabáquica. En su origen, una recaída puede tener diversas circunstancias: algunas relacionadas con el paciente, tales como estados emocionales negativos de la persona, un bajo nivel de motivación o deficiente cumplimentación del tratamiento; circunstancias poco favorables en su entorno, como las presiones sociales a fumar; y otras relacionadas con el terapeuta, tales como una infravaloración de la dependencia física, infradosificación del

tratamiento, inadecuado manejo de las complicaciones o incapacidad para logra un adecuado nivel de autoeficacia en el paciente²⁴.

Las causas más frecuentes de la recaída son: los estados emocionales negativos (depresión, ansiedad, ira, frustración,...), los conflictos interpersonales y la presión o contagio social. Otras causas menos importantes son: estados de ánimo positivos (celebraciones, fiestas,...) y una enfermedad²³.

Los tratamientos preventivos de las recaídas constan de tres componentes básicos: el refuerzo de la decisión de abandono del tabaco, la revisión de los beneficios del abandono y la ayuda para resolver problemas que surjan después del abandono.

La mayoría de las circunstancias que pueden propiciar una recaída pueden prevenirse o solucionarse una vez detectadas en cualquiera de las visitas de seguimiento o a demanda del fumador. La prevención de recaídas exige al fumador adelantarse a las situaciones de riesgo y tener respuestas elaboradas para enfrentarse a dichas situaciones.

El apoyo psicológico y el refuerzo del nivel de autoeficacia han demostrado ser estrategias eficaces para aumentar la tasa de abstinencia de los programas de cesación tabáquica⁵⁸.

Apoyo psicológico

Los primeros tratamientos psicológicos para dejar de fumar surgen a la par que las técnicas de terapia y modificación de conducta planteadas a principios de los años 60 del siglo XX. Desde su aparición, se han utilizado y evaluado diversas técnicas conductuales y cognitivas, y entre las más estudiadas se encuentran: terapias aversivas, la auto-observación, relajación, control de estímulos, reducción gradual de ingesta de nicotina y alquitrán, fumar controlado, manejo de contingencias, contrato de contingencias, métodos de auto-manejo y autocontrol, programas multicomponentes y programas de prevención de recaídas¹.

El tratamiento clínico multicomponente está integrado por el tratamiento psicológico y el farmacológico.

La terapia psicológica actúa básicamente sobre los aspectos conductuales que van más allá del síndrome de abstinencia, con el objetivo de conseguir periodos prolongados de abstinencia previniendo las recaídas. Tiene como objetivo reconvertir el pensamiento, los conocimientos y la conducta del fumador frente al tabaco, y para ellos se utilizan las técnicas cognitivo-conductuales²⁴.

Los tratamientos cognitivo-conductuales, mediante la aportación de recursos y el entrenamiento en estrategias de afrontamiento, tienen como finalidad ayudar a los pacientes a: reconocer las características de la dependencia e identificar las situaciones en las que es más probable que sientan las necesidades de fumar; sortear las situaciones conflictivas cuando ello sea posible; y afrontar de forma eficaz las situaciones de riesgo derivadas de la dependencia que llevan a las recaídas, mediante el entrenamiento en habilidades y conductas alternativas. El marco teórico que las sustenta plantea que los procesos de aprendizaje juegan un papel clave en el establecimiento y consolidación de las drogodependencias. Por ello, los mismos procesos de aprendizaje pueden ser utilizados para ayudar a superar la dependencia tabáquica¹.

Tres tipos de terapias conductuales se han mostrado especialmente efectivas: el entrenamiento en solución de problemas, el soporte social intratratamiento y el soporte social extratratamiento⁴³.

El entrenamiento en solución de problemas es un procedimiento por el que se prepara a las personas a reconocer sus problemas, buscar soluciones adecuadas a éstos e implantar la mejor en la situación donde ocurre el problema. Se prepara al paciente para dejar de fumar y para afrontar efectivamente aquellas situaciones que, por el estado interno del individuo o por situaciones externas, incrementan el riesgo de recaída. Estos riesgos están determinados por situaciones, eventos o actividades que el individuo tiene asociadas a fumar. Ayudándole a reconocer estos desencadenantes, enseñándole las estrategias cognitivo-conductuales apropiadas, es una parte esencial del tratamiento. Estos desencadenantes frecuentemente son estrés, situaciones afectivas negativas, acontecimientos adversos, beber alcohol, así como ver a otras personas fumar. Estos y otros acontecimientos desencadenan

en el fumador un intenso deseo de fumar y pueden llevar a la recaída. Los pacientes deben aprender a identificar estas situaciones y anticiparse a ellas²⁴.

El soporte social intratratamiento es un elemento fundamental del proceso. Se refiere al apoyo que va a dar al fumador el equipo terapéutico. Se debe mostrar la disposición para ayudar, así como su confianza en la habilidad del fumador para abandonar el tabaco. Hay que mostrar empatía acerca de los miedos, las dificultades y los sentimientos ambivalentes que manifiestan los pacientes. Hay que elogiar los logros obtenidos y felicitar al alcanzar la abstinencia, mostrando satisfacción. Si el paciente recae, hay que mostrar claramente una buena disposición para prestar ayuda continuada, evitando al fumador el sentimiento de culpa y frustración que suele mostrar informándole de que la recaída forma parte del proceso²⁴.

El soporte social extratratamiento, destinado a enseñar al fumador a recabar el soporte social de su entorno (familia, amigos y compañeros de trabajo), no se ha mostrado eficaz y ha sido retirado de las recomendaciones de las guías clínicas; sin embargo, algunos fumadores se pueden beneficiar de estas medidas, especialmente aquellas dirigidas a conseguir un domicilio y un lugar de trabajo libres de humo²⁴.

Intervención asistencial en tabaquismo

Existen diversos tipos de intervención asistencial en tabaquismo³⁸: intervención breve; intervención intensiva; intervención especializada; intervención de ámbito comunitario; intervenciones desarrolladas a través de las tecnologías de la comunicación (teléfono, internet, etc.); y finalmente, también puede ofrecerse intervención para dejar de fumar a través de los materiales de auto-ayuda.

Consejo sanitario e intervención breve

El consejo sanitario para el abandono del tabaco a la persona fumadora, inserto en la atención sanitaria rutinaria, es una de las intervenciones clínicas más coste-efectivas para promover el abandono del tabaquismo⁵⁹.

El efecto del consejo sanitario frente a la no intervención incrementa la probabilidad de conseguir la abstinencia, pero además se observa que cuanto más intensa es la intervención mayor es la eficacia obtenida. Así, si al consejo sanitario, se le añade un seguimiento pautado, es decir, se emplaza al paciente para una o más visitas de seguimiento y refuerzo, las tasas de abstinencia alcanzadas pueden incrementarse de forma significativa⁶⁰.

La intervención breve es una estrategia de intervención oportunista dirigida a pacientes fumadores que se sustenta, en parte, en la evidencia científica y en parte en la opinión de expertos en el tratamiento del tabaquismo. Podemos diferenciarlo de la intervención clínica intensiva por el tiempo que se dedica a proporcionar la ayuda para dejar de fumar y el número de sesiones de seguimiento, y debería ser realizada por profesionales de la salud que atienden a gran variedad de pacientes y que están limitados por el tiempo asistencial disponible. El objetivo principal de la intervención breve es asegurar que toda persona que fuma es identificada cuando acude a consulta y se le ofrece tratamiento, a la par que se pretende que logre avances en el proceso de dejar de fumar y haga intentos para conseguirlo. Por último, muchas personas que fuman son reticentes a acudir a programas intensivos para dejar de fumar y, por lo menos, deben recibir intervenciones breves cuando acudan a consulta.

La intervención breve consiste en preguntar al paciente si fuma, aconsejar el abandono del tabaco, valorar la disponibilidad para hacer un intento de dejar de fumar, ayudar a cada persona en el intento de abandono y, por último, fijar visitas de seguimiento⁶¹.

Intervención intensiva

Existe evidencia de que a mayor intensidad en la intervención asistencial en tabaquismo se producen tasas más altas de éxito en el abandono del tabaco. La intensidad viene dada por una mayor duración de la intervención y por un mayor número de sesiones (cuatro o más sesiones).

Los componentes de una intervención intensiva deben incluir: estrategias conductuales y cognitivas (desarrollo de habilidades y estrategias de afrontamiento, técnicas de resolución de problemas, entre otras) y tratamiento farmacológico (TSN, bupropión y vareniclina) además de asegurar un apoyo social adecuado dentro y fuera de las sesiones terapéutica.

La intervención intensiva puede ser proporcionada en forma individual o en forma grupal. Las intervenciones intensivas son más coste-efectivas que otras intervenciones menos intensivas, y son adecuadas para cualquier persona motivada a dejar de fumar.

La efectividad del apoyo intensivo está basada en el entrenamiento adecuado de los profesionales y en los recursos disponibles (especialmente tiempo e infraestructuras), y no depende del profesional ni del ámbito donde se aplique. La organización de estas intervenciones intensivas puede tener en cuenta criterios de planificación (recursos, accesibilidad de los profesionales, etc.), dado que el ámbito donde estén localizadas no va a condicionar la efectividad del tratamiento⁴³.

Tratamiento especializado

El tratamiento especializado del tabaquismo combina el tratamiento psicológico y el farmacológico y no va dirigido a toda la población fumadora, sino a grupos de alto riesgo y a personas que han fracasado previamente con la intervención breve e intensiva, y su condición sanitaria hace prioritario que deje de fumar a corto plazo. Los principales grupos que pueden requerir intervención asistencial especializada son: personas en fase de disonancia con una alta dependencia al tabaco y fracasos previos en la consolidación de la abstinencia; pacientes que presentan serios problemas de salud relacionados con el uso del tabaco; mujeres embarazadas o en periodo de lactancia; y pacientes con patología psiquiátrica⁶².

El tratamiento especializado del tabaquismo atiende a las necesidades específicas de estos grupos a quienes proporciona recursos pautados de apoyo en el marco de intervenciones más estructuradas. Las unidades especializadas en este tipo de tratamiento, a través de sesiones terapéuticas pautadas y de seguimiento, ofrece de forma eficiente intervenciones clínicas multicomponentes (combinación de tratamiento psicológico con terapia farmacológica o bien sólo tratamiento psicológico, cuando el farmacológico está contraindicado o la persona en tratamiento rehúsa su utilización)³⁸.

Intervenciones de carácter comunitario

Se ha demostrado que los programas comunitarios de amplio alcance tienen un efecto positivo en la toma de decisiones relacionadas con la salud, incluido el consumo de tabaco, habiendo desembocado en cambios favorables en la salud de las poblaciones europea y norteamericana⁸.

Los programas poblacionales o comunitarios se basan en el reconocimiento de la importancia de los componentes sociales de la dependencia y de la motivación⁶³. Comprenden estrategias múltiples de intervención, fundamentalmente de incremento de mensajes favorables al abandono del consumo de tabaco en medios de comunicación (TV, radio, prensa) y la participación de líderes sociales, políticos y sanitarios, junto a la facilitación de recursos, generalmente de auto-ayuda, para fomentar y conseguir la abstinencia (folletos, programas en empresas, oferta de apoyo sanitario, premios, etc.).

Aunque no se disponga de estudios experimentales de evaluación, los resultados de las evaluaciones realizadas indican que en general, estos programas tienen escaso efecto sobre las personas que mantienen un alto consumo de tabaco y/o son altamente dependientes, y efecto moderado sobre las personas que fuman poco y presentan niveles bajos de dependencia. Sin embargo, pueden lograr una tasa relevante de abstinencia a bajo coste⁶⁴.

Asistencia mediante el uso de tecnologías de la comunicación

- Líneas telefónicas de asistencia para dejar de fumar

El tratamiento del tabaquismo puede adaptarse a las posibilidades que permite un seguimiento telefónico de cada paciente. Existen dos posibilidades terapéuticas:

1. **Proactiva:** ofrece un tratamiento totalmente dirigido por la unidad de asistencia telefónica y comprende una serie de contactos con la persona que está dejando de fumar, así como actuaciones pautadas a lo largo de un tiempo determinado.
2. **Reactiva:** en la que el terapeuta sólo interviene a demanda del paciente.

El tratamiento proactivo incrementa las tasas de abandono comparado con la intervención reactiva y a los seis meses de seguimiento, se muestra igual de eficaz que el tratamiento presencial⁶⁵.

- Programas basados en las nuevas tecnologías

Se trata de programas ofrecidos vía Internet “on line” (e-health) o a través de dispositivos electrónicos portátiles que proporcionan información y apoyo a quienes desean dejar de fumar. Según los actores involucrados y los canales utilizados, actualmente se dispone de:

1. **Comunidades virtuales:** son redes sociales formadas o potenciadas por medios electrónicos, pudiendo adoptar la forma de listas de correo, foros de discusión, chats y páginas webs y blogs.
2. **Programas personalizados:** incluyen técnicas psico-educacionales o programas terapéuticos reglados que incorporan a menudo un contacto directo con un profesional de la salud. Su utilidad teórica está en relación con su accesibilidad ya que podrían complementar o sustituir el contacto presencial, alcanzar a un número mayor de personas, pudiendo ser más barata y flexible la intervención. Actualmente se dispone de escasos estudios que no permiten confirmar ni descartar su efectividad, existiendo algunas experiencias internacionales evaluadas que todavía no permiten hacer generalizaciones⁶⁶.
3. **Servicios ofrecidos a través de dispositivos electrónicos portátiles:** proporcionan información y apoyo a los fumadores (PDA, teléfonos móviles, etc). Se definen como intervenciones comportamentales interactivas generadas por ordenador y pueden ser personalizadas, dirigidas y a medida. La falta de homogeneidad en los estudios que las evalúan hace imposible el análisis de su efectividad⁶⁷.

Materiales de auto-ayuda

La distribución de materiales de auto-ayuda contribuye a promover el abandono del tabaquismo con tasas superiores a las conseguidas sin ningún tipo de intervención, aunque este efecto es pequeño. Por ahora no existe evidencia de que proporcionen un beneficio adicional a otras intervenciones

como la intervención breve o el TSN. Sí existe evidencia de que materiales adaptados al perfil de cada persona, son efectivos y más efectivos que los generales, a pesar de que esta eficacia sea pequeña⁶⁸.

Adherencia en tabaquismo

Actualmente, se considera al paciente agente activo de su propio proceso terapéutico. Esto es especialmente importante en trastornos que implican una modificación en los hábitos de la vida cotidiana: alimentación saludable, seguir un plan de ejercicio físico o dejar de fumar. Desde esta perspectiva se prefiere usar el término *adherencia*, definido como “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado”⁶⁹.

Mantener la adherencia de los fumadores a los tratamientos de cesación tabáquica requiere un manejo terapéutico especial, ya que, al igual que ocurre con otras sustancias adictivas, en el proceso de dejar de fumar la motivación puede fluctuar, las situaciones de riesgo pueden no ser adecuadamente valoradas y los consumos puntuales pueden dar lugar a recaídas.

La adherencia de los fumadores a los tratamientos para dejar de fumar no es una cuestión de “todo o nada”. Podría hablarse de un continuo en el grado de adherencia: puede que asista a las citas pero no tome la medicación prescrita, que se ponga bien los parches de nicotina pero los deje antes de tiempo, que comience una terapia psicológica en grupo pero no entrene las estrategias para controlar los deseos de fumar, etc.

La falta de adherencia a los tratamientos tiene repercusiones clínicas y económicas. A nivel clínico, que alguien no se adhiera al tratamiento supone desaprovechar los beneficios que éste le podría generar ayudándole a dejar de fumar, lo que incide negativamente en su salud, además, al aumentar la posibilidad de recaída, la falta de adherencia puede terminar generando expectativas negativas respecto a la eficacia del tratamiento y respecto a las posibilidades de conseguir la cesación tabáquica en el futuro. A nivel económico, los tratamientos que no se acaban cumpliendo suponen una

pérdida de tiempo y de dinero para el propio paciente, para los terapeutas y para la entidad que asuma los gastos si la hubiera⁷⁰.

Se estima que un 40% de pacientes no se adhiere a las prescripciones terapéuticas, si además el tratamiento conlleva cambio de hábitos o estilo de vida, como es el caso del tabaquismo, la falta de adherencia sobrepasa estos porcentajes⁷¹.

En el abordaje del consumo del tabaco, en función del tipo de tratamiento que se lleve a cabo, la falta de adherencia puede adoptar diferentes manifestaciones⁷⁰:

- Tras interesarse en una terapia para dejar de fumar, muchas personas posponen la decisión cuando se les llama para comenzar o empiezan y la abandonan tras las primeras sesiones.

- En cuanto al tratamiento farmacológico, los fumadores pueden cometer con frecuencia errores en la toma de medicación: olvidar ponerse un parche de nicotina por la mañana al levantarse, usar los chicles de nicotina masticando rápidamente buscando el alivio inmediato de la urgencia de fumar, dejar de tomar los comprimidos de bupropión o vareniclina por encontrarse mejor, etc.

- Cuando se someten a un tratamiento psicológico, a veces no se implican en las tareas: muchos terapeutas se quejan de que sus pacientes fumadores no cumplimentan los auto-registros o no ensayan las técnicas de relajación que se les enseñan; si se les recomiendan unas pautas de control de la ingesta de alimentos o de ejercicio físico, muchos no siguen las indicaciones por ser un sobreesfuerzo que no están dispuestos a realizar, etc.

La falta de adherencia no siempre debe ser considerada como algo negativo. En ocasiones, puede ser el último o único mecanismo de defensa que el paciente tiene frente a consecuencias imprevistas de los tratamientos o frente a indicaciones inadecuadamente recibidas o procesadas.

En tabaco suele ocurrir, además, que los pacientes habitualmente reciben múltiples instrucciones, sugerencias o ideas que pueden facilitarles la cesación, el cambio de conducta. Sin embargo, éstas no siempre son transmitidas o recibidas de acuerdo a su importancia, lo que puede acabar ocasionando que el paciente asuma algunas de las pautas más accesorias y prescinda de alguna de las potencialmente más importantes.

Los factores que influyen en la adherencia pueden agruparse en factores dependientes del paciente, factores dependientes de la relación profesional sanitario-paciente y otros factores como pueden ser el tipo de trastorno, el régimen terapéutico y la organización de los servicios de salud⁷².

Variables del paciente

- **Percepción del problema:** el primer requisito para que alguien que fuma se adhiera a una terapia de cesación es percibir y aceptar que tiene un problema. El hecho de implicarse en un proceso de deshabituación tabáquica, de estar en condiciones de tolerar mejor los esfuerzos y dificultades que este proceso conlleva, se ve facilitado por las siguientes percepciones por parte de los pacientes.

1. Percepción de que fumar le genera inconvenientes que no le compensa asumir.
2. Percepción de que el problema es solucionable.
3. Percepción de que en su caso concreto le va a ser útil la ayuda profesional que se le preste para el abandono del consumo.

Percibir que estás expuesto a una grave enfermedad y ver las ventajas de seguir el tratamiento que trata de paliarla o curarla, se ha relacionado con la adhesión a corto plazo. Pero la probabilidad de llegar a padecer enfermedades graves derivadas del consumo del tabaco no es absoluta; además, en el caso del tabaco, la mayoría de los riesgos son diferidos, se producen a medio-largo plazo. Por otra parte, quienes fuman pueden presentar creencias falsas o ideas distorsionadas sobre los riesgos para la salud que genera el tabaco, el proceso de dejar de fumar o también sobre las implicaciones del tratamiento. Son frecuentes ideas como “fumar poco no hace daño”, “a mí no me va a tocar”, “si siento ganas de fumar durante el tratamiento es que no está funcionando”, “si ya me encuentro bien, debería dejar la medicación”, “los medicamentos van a generarme la misma dependencia que el tabaco”, etc. Las creencias falsas que impliquen una menor vulnerabilidad a la toxicidad del tabaco, una menor valoración de los riesgos o una idea distorsionada sobre el curso del tratamiento, podrían derivar en un abandono prematuro de éste, afectando por tanto a la adherencia. Es por esto que en un tratamiento para dejar de fumar es

fundamental identificar las falsas creencias de la persona fumadora y tratar de reestructurarlas.

- **Ambivalencias:** la motivación de las personas que deciden dejar de fumar va a fluctuar con el tiempo. Por muchas que sean las ventajas de dejar de fumar, es lógico que también se presenten algunos inconvenientes, que en algunos momentos pueden ser percibidos como más relevantes o más urgentes.

Aunque las ambivalencias pueden ser manifiestas desde el principio, lo más frecuente es que éstas vayan apareciendo a lo largo del proceso de cesación, a medida que:

1. Se van asumiendo como normales los beneficios de la cesación y se van olvidando las consecuencias reales negativas que ocasionaba el tabaco.
2. No se logran algunas expectativas infundadas (y no siempre explícitamente formuladas)
3. Aparecen circunstancias externas que alteran la percepción del balance o disminuyen los apoyos sociales que ven normal que el paciente ya no fume y no refuerzan su nueva conducta.

Conviene ayudar a los pacientes a que afronten y resuelvan sus ambivalencias; para esto es útil objetivar el balance costes-beneficios de la cesación, intentando identificar la presencia de resistencias, creencias irreales y expectativas ilusorias, aunque también conviene abordar aquellos aspectos relacionados con la conducta adictiva como su impulsividad y los estímulos relacionados con los deseos de consumir.

- **Coste percibido de dejar de fumar:** quien pretende dejar de fumar, habitualmente está sano o presenta síntomas menores. La sintomatología de la abstinencia, las reacciones adversas de la medicación o la dificultad de controlar las situaciones para cuyo manejo usaban el consumo de tabaco, aunque objetivamente sean leves, pueden ser más relevantes para el fumador que los beneficios que aporta dejar de fumar. Ante la presencia de estos inconvenientes o menores gratificaciones a corto plazo, conviene ayudar al paciente a fijarse en los beneficios y objetivos que ya se están obteniendo y en los que se lograrán a medio-largo plazo.

Dejar de fumar puede suponer un cambio significativo de hábitos en aspectos fundamentales de la vida de una persona, ya que es posible que la conducta de fumar haya quedado asociada a numerosas circunstancias de la vida del fumador: tomar café, hacer un descanso, afrontar una emoción negativa, etc. Deben contemplarse las interferencias que el tratamiento genere en la vida cotidiana del fumador para minimizar en lo posible la pérdida de gratificaciones.

- **Auto-eficacia:** es la convicción de la persona de ser capaz de realizar con éxito la conducta requerida para producir ciertos resultados. Si una persona se ve capaz de aplicar alguna de las estrategias cognitivas que se han entrenado en un tratamiento psicológico para dejar de fumar, es más probable que las ponga en práctica y que le puedan resultar útiles.

- **Contexto personal:** aunque puede ser considerada como una variable externa al paciente, el contexto de éste puede también dificultar la adherencia.

Relación terapeuta-paciente

- **Actitud activa del paciente:** es fundamental para mantener la adherencia conseguir la participación del paciente en la elección del plan terapéutico, favoreciendo que verbalice su compromiso. Si se pide a un paciente que siga unas pautas contrarias a sus expectativas o que interfieran con sus rutinas es probable que no las cumpla, máxime si su percepción de los costes de seguir el tratamiento es superior a los supuestos beneficios del mismo. Por ello, conviene evitar la confrontación con el paciente y no discutir con él ni tratar de imponerle un programa de tratamiento.

- **Manejo de expectativas:** la mejora de las expectativas del paciente respecto a la utilidad o beneficios del tratamiento es una manera clave de influir positivamente en la adherencia. Es imprescindible que quien desea dejar de fumar perciba que las estrategias de tratamiento le sirven para afrontar situaciones concretas, le pueden resultar útiles. Es así mismo importante que las expectativas de los pacientes sean congruentes con las consecuencias reales que se derivan del tratamiento. Una de las principales causas de abandono prematuro del tratamiento farmacológico es la percepción de que éste sirve para aliviar la sintomatología de abstinencia; conviene transmitir que

la razón fundamental por la que en deshabituación tabáquica se utilizan herramientas farmacológicas es porque, usadas de la manera en que se han mostrado útiles (entre 8 y 12 semanas), aumentan las tasas de cesación a largo plazo y que por ello, deben emplearse independientemente de la sensación de mejoría o de la reducción del deseo de fumar que puedan experimentar los pacientes.

- **Adecuada comunicación:** a la hora de informar hay que tener en cuenta la capacidad de procesamiento de los pacientes; se ha descrito que los pacientes sólo recuerdan el 50% de la información que reciben y que además, parte de las instrucciones recibidas son recordadas erróneamente. Conviene por tanto adaptarse a las características de los pacientes y cerciorarse de que asimilan adecuadamente las diversas informaciones: los riesgos del consumo, los beneficios de la cesación, la utilidad y las limitaciones de las diferentes estrategias o herramientas terapéuticas, así como las características generales y particulares del proceso de deshabituación.

Otros factores

- **Características del trastorno:** cuando el trastorno se manifiesta con síntomas de inicio agudo, fácilmente reconocibles y que molestan al paciente, es más probable la adhesión al tratamiento; sin embargo, cuando los síntomas son prácticamente inexistentes, poco claros o se mantienen constantes durante tiempo de manera que el paciente se adapta a ellos, la adherencia disminuye. En el caso del tabaco, los perjuicios no son siempre evidentes, además muchos de los síntomas asociados al consumo de tabaco van apareciendo paulatinamente, lo que hace que la persona vaya acostumbrándose a ellos, del mismo modo, al haberse ido asociando por repetición a diversas circunstancias de la vida del fumador, ya no le resultan extraños determinados comportamientos propios de las conductas adictivas.

- **Características del régimen terapéutico:** los pacientes tienden a adherirse menos a aquellos regímenes de medicación que requieren distintas dosis a lo largo del día; también se observa que a medida que se alargan los tratamientos es más probable la falta de adherencia a los mismos.

- **La organización de los servicios de salud:** diversos factores relacionados con las características de la atención sanitaria pueden influir en la adherencia de los pacientes a los tratamientos. En el abordaje del consumo de tabaco están descritos como obstáculos la falta de formación en tabaquismo de los profesionales sanitarios, las listas de espera, los horarios de los tratamientos incompatibles con la disponibilidad del fumador, el tiempo escaso para dedicar al paciente en la consulta y la falta de continuidad en la atención del profesional sanitario. Por otra parte, el entrenamiento de profesionales sanitarios y la buena comunicación entre terapeutas y pacientes aumenta la adherencia al tratamiento.

Para mejorar el seguimiento de los tratamientos para dejar de fumar pueden ser útiles una serie de estrategias:

1. Conseguir establecer un buen vínculo terapéutico con el paciente: esto es especialmente relevante en los procesos crónicos que conllevan un cambio de conducta y/o actitudes, como es el caso del tabaco.
2. Anticipar la falta de adhesión: ser consciente de las dificultades con las que puede encontrarse una persona fumadora para seguir el tratamiento, permite anticiparse a ellas. Conviene identificar las posibles creencias falsas que pudiera tener e indagar qué características de su contexto (familiar, social o laboral) pueden favorecer u obstaculizar la adhesión. Es de gran ayuda instar al fumador a que busque apoyo social para afrontar las dificultades que se planteen y fuentes alternativas de gratificación en previsión de que a lo largo del tratamiento pueda perder alguna.
3. Conocer e incorporar como objetivos los propios del paciente (dentro de las posibilidades clínicas): es indispensable conocer las expectativas del fumador respecto a las diferentes herramientas terapéuticas para así poder encauzarlas, reestructurarlas y, en la medida de lo posible, adaptarse a ellas; es importante ajustar las expectativas erróneas del paciente a la realidad.
4. Ofrecer información y asegurarnos de que el paciente la recibe: la información que se facilite al fumador sobre el tratamiento ha de describir las condiciones en que ha de utilizarse, la utilidad del

tratamiento, las consecuencias negativas y positivas que cabe esperar y cómo manejar los efectos secundarios si aparecen. Los profesionales de la salud tienden a sobreestimar la importancia del tiempo que emplean dando información al paciente y a subestimar el deseo de los pacientes de obtener información. Una estrategia que ayuda al paciente a recibir la información adecuadamente es darle un folleto con la información fundamental y repasarla juntos. Conviene también sondear las posibles dudas que el fumador quizá no se atreva a preguntar.

5. Simplificar el tratamiento e individualizarlo en lo posible al estilo de vida del paciente: conviene planificar los objetivos terapéuticos con el paciente en función de lo que considere asequible e importante; conocer las preferencias del fumador e involucrarle activamente en su tratamiento aumenta la adherencia al mismo. Ayuda establecer una jerarquía de estrategias en la que se muestren al fumador las ventajas de seguir aquellas que son consideradas fundamentales, pero dándole margen para elegir utilizar o no otras que se consideren más secundarias.
6. Entrenar las competencias requeridas al paciente: cuando un paciente cuenta con las competencias necesarias para seguir las pautas establecidas, aumenta su autoeficacia percibida. Conviene confirmar que el fumador es capaz de realizar correctamente las estrategias indicadas, siendo en muchos casos necesario ensayar la conducta concreta; es útil ensayar con algunos pacientes cómo rechazar tabaco cuando le ofrecen, cómo solicitar que no se fume en su presencia o cómo pedir ayuda a alguien de su entorno en momentos concretos de deseos intensos de consumir.
7. Reforzar el seguimiento: cambiar conductas aprendidas conlleva siempre un esfuerzo y, por muy reforzador que sea mantenerse sin fumar, afrontar las situaciones cotidianas sin el apoyo del tabaco puede costar. Es importante reforzar que los esfuerzos por mantener la abstinencia son importantes; conviene mantener la empatía y reforzar los comportamientos de adherencia del fumador, aun cuando no haya conseguido mantenerse abstinentemente.

8. Favorecer la accesibilidad y continuidad de la atención: se deben intentar controlar las variables dependientes de la organización sanitaria que dificultan la adhesión; conviene que la espera tras realizar una demanda de ayuda para dejar de fumar no se alargue desproporcionadamente, debe procurarse que las sesiones de seguimiento sean atendidas por un mismo terapeuta, puede ser útil establecer un protocolo de seguimiento de manera que pueda llamarse a alguien que no acude a una cita, motivándole para que continúe con el proceso de deshabituación.

Es importante plantearse el mantenimiento de la adherencia a los tratamientos como un objetivo terapéutico más, manejando una combinación de todas las estrategias implicadas en este proceso, especialmente las que contemplan los factores psicosociales para lograr mejores resultados y mantenerlos a largo plazo.

JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACIÓN

El tabaquismo es un problema de salud pública tan importante y complejo que justifica la adopción de medidas de intervención para el abandono del hábito tabáquico. Estas medidas de intervención requieren la implicación de las autoridades sanitarias y de los profesionales de la salud por ser el tabaquismo la primera causa conocida de mortalidad y morbilidad evitables. Es necesario que los profesionales sanitarios promocionen, mediante programas específicos, campañas de salud que permitan a los pacientes el acceso a los servicios de deshabituación tabáquica. Estas campañas pueden ser realizadas desde la farmacia comunitaria, ya que el abordaje del tabaquismo desde ésta, es efectuado por el farmacéutico comunitario, el cual debe poseer una formación especializada. Este último da consejo y realiza un programa de apoyo individualizado y adaptado a las características específicas del paciente para que el fumador supere su dependencia.

La intervención farmacéutica valora la disposición y motivación para abandonar el hábito tabáquico y proporciona, a su vez, la ayuda y el asesoramiento necesarios en el proceso de abandono. A mayor intensidad en la intervención asistencial en tabaquismo se producen tasas más altas de éxito en el abandono del tabaco.

Dicha asistencia a pacientes en proceso de deshabituación tabáquica mediante el uso de tecnologías de la comunicación, así como los programas basados en las nuevas tecnologías, son intervenciones de las que se dispone de escasos estudios. Es por esto, que hasta la fecha, no ha sido posible confirmar ni descartar su efectividad. Además, mantener la adherencia de los fumadores a los tratamientos de cesación tabáquica requiere un manejo terapéutico especial. Esto hace que sea necesario plantearse el mantenimiento de la adherencia a los tratamientos como un objetivo terapéutico más, alcanzable con la incorporación de las nuevas tecnologías de comunicación a los programas de salud.

El farmacéutico comunitario, debido a su formación específica y su accesibilidad a los pacientes, es el profesional sanitario idóneo para conseguir

objetivos de cesación tabáquica a través de la atención farmacéutica. Por tanto, es necesaria la realización de estudios que demuestren la eficacia de los programas de deshabituación tabáquica en farmacia comunitaria.

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS

La atención farmacéutica posee unas características intrínsecas que facilitan al farmacéutico como profesional de la salud, la posibilidad de asumir un papel activo en el abordaje del tabaquismo y conseguir intervenciones eficaces en deshabituación tabáquica. El uso de nuevas tecnologías de la comunicación es una herramienta útil para aumentar la adherencia a los programas de deshabituación y con ello los resultados positivos.

OBJETIVOS

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar la implementación de un servicio de deshabituación tabáquica en una oficina de farmacia, y con ello aumentar el número de pacientes que consigue el objetivo terapéutico.

Objetivos específicos

- Cuantificar la utilidad de un programa de promoción de un servicio de atención farmacéutica en deshabituación tabáquica.
- Evaluar el efecto de la atención farmacéutica en pacientes que inician el proceso de deshabituación tabáquica.
- Valorar la utilización de nuevas tecnologías en la intervención en deshabituación tabáquica.

METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

El objetivo general, evaluar la implementación de un servicio de deshabituación tabáquica en una oficina de farmacia, y con ello aumentar el número de pacientes que consigue el objetivo terapéutico y los dos primeros objetivos específicos, cuantificar la utilidad de un programa de promoción de un servicio de atención farmacéutica en deshabituación tabáquica y evaluar el efecto de la atención farmacéutica en pacientes que inician el proceso de deshabituación tabáquica, se abordaron mediante un diseño de estudio clínico cuasi-experimental, analítico pre-post intervención, abierto de una cohorte de pacientes.

Para el último objetivo específico, valorar la utilización de nuevas tecnologías en la intervención en deshabituación tabáquica, el diseño del estudio fue clínico cuasi-experimental, controlado y aleatorizado de dos grupos de pacientes sometidos a diferentes tecnologías de apoyo a la adherencia.

Ámbito de estudio

El estudio se realizó en una oficina de farmacia de la ciudad de Murcia de la zona farmacéutica número 6, Murcia Norte, zona farmacéutica de tipo urbana y cuya delimitación es el municipio de Murcia (Casco Urbano) correspondiente con las siguientes Zonas Básicas de Salud: 6 (Murcia/Vista Alegre), 7 (Murcia/Santa María de Gracia), 10 (Murcia/San Andrés), 11 (Murcia/Centro), 12 (Murcia/Vistabella), 77 (Murcia/Santiago y Zaráiche), 78 (Murcia/Zarandona), 79 (Murcia/El Ranero).

Población

La población objeto de estudio fueron los pacientes fumadores atendidos en la oficina de farmacia en la que se realizó el estudio sobre deshabituación

tabáquica, y todos los pacientes fumadores a los que se tuvo acceso mediante el programa de promoción del servicio de indicación farmacéutica en deshabituación tabáquica.

Periodo de estudio

El tiempo total del estudio fue un año y cuatro meses (1 de abril de 2011 – 31 de julio de 2012). De los cuales, dos meses fueron sin campaña de difusión del servicio de deshabituación tabáquica (abril y mayo de 2011), dos meses con campaña de difusión (junio y julio de 2011) y un año a partir de que los pacientes entraron en el estudio.

Tamaño muestral

Se incluyó a todos los pacientes que acudieron a la oficina de farmacia y solicitaron ayuda para dejar de fumar durante un período de cuatro meses²¹.

• Criterios de inclusión

Todos los pacientes fumadores mayores de 18 años²², a los que se tuvo acceso desde la oficina de farmacia, que solicitaron ayuda para dejar de fumar y aceptaron adherirse al programa de deshabituación tabáquica.

• Criterios de exclusión

Pacientes fumadores que no cumplían los criterios de inclusión o rechazaron participar en el estudio.

VARIABLES DE ESTUDIO

• Variables independientes

- Edad: variable continua que indica el tiempo que ha vivido una persona medida en años.
- Sexo: variable cualitativa nominal dicotómica que señala la condición masculina o femenina.

- Estado inicial
 - Cantidad de cigarrillos/día: variable numérica discreta categórica que hace referencia al número de cigarrillos consumidos al día. Los pacientes se dividieron en fumadores de 10 cigarrillos o menos, entre 11 y 20 cigarrillos, entre 21 y 30 cigarrillos y fumadores de 31 cigarrillos o más.
 - Valor de cooximetría³⁵: variable numérica discreta categórica medida en partes por millón (ppm) que nos permite conocer la cantidad de monóxido de carbono (CO) que un sujeto tiene en el aire que espira. Los pacientes que presentaron 20 o más ppm de CO en el aire espirado se catalogaron como fumadores de nivel intenso; pacientes que presentaron niveles de 11 a 20 ppm correspondieron a fumadores moderados; pacientes que presentaron niveles de 7 a 10 ppm a fumadores esporádicos; y cifras por debajo de 6 ppm a no fumadores.
 - Dependencia a la nicotina (Test de Fagerström³³): variable numérica discreta, categórica para medir el grado de dependencia física que los fumadores tienen por la nicotina. Si el paciente tiene entre 0 y 3 puntos se dice que su grado de dependencia es leve, si tiene entre 4 y 6 su grado es moderado y si tiene una puntuación de 7 o más su grado de dependencia es severo.
- Antecedentes de tabaquismo
 - Edad de inicio: variable numérica continua que indica los años que el paciente tenía cuando empezó a fumar.
 - Intentos previos: variable numérica discreta que nos permite conocer cuantas veces ha intentado el paciente dejar de fumar con anterioridad.
 - Tratamiento: variable cualitativa nominal cerrada para conocer la terapia utilizada por el paciente en los intentos previos de deshabituación. Las posibilidades son que el paciente no haya recibido ningún tratamiento, que haya utilizado terapia sustitutiva de nicotina, especialidades farmacéuticas no

nicotínicas, materiales de autoayuda u otros (como acupuntura, homeopatía, fitoterapia).

- Percepción de dificultades: variable cualitativa nominal cerrada que nos permite conocer las situaciones en las que los pacientes reconocen la existencia de problemas para mantenerse sin fumar. Las dificultades que podían referir los fumadores eran: una celebración social, ambiente de estudio o trabajo, tiempo libre y bares, fumadores solos, café y cigarrillo u otros.

• Variables dependientes

- Solicitud de ayuda para dejar de fumar: variable cuantitativa numérica discreta que expresa el número de pacientes que solicitaron ayuda para dejar de fumar.
- Aceptación de atención farmacéutica: variable cualitativa nominal dicotómica que expresa los resultados en porcentaje de pacientes que aceptaron ayuda para dejar de fumar.
- Deshabituación tabáquica: variable cualitativa ordinal para determinar la abstinencia mediante testimonio personal directo. La deshabituación puede ser negativa o positiva. En caso de ser positiva establecimos dos categorías posibles: total o parcial (con disminución del número de cigarrillos consumidos). El valor de esta variable se confirmó con medición del CO en aire espirado. Se consideró deshabituación total cuando la medición fue menor de 6 ppm. Se consideró una deshabituación parcial cuando el paciente disminuyó de categoría en el valor de cooximetría. Se programaron cuatro medidas para controlar la deshabituación (mes, tres meses, seis meses y un año).
- Adherencia al tratamiento (Cuestionario SMAQ (Anexo 2)) Consiste en solicitar al paciente que conteste unas preguntas previamente definidas para, en función, de sus respuestas, poder valorar el grado de adherencia al tratamiento. El cuestionario SMAQ es un cuestionario validado en la población española que contiene 6

preguntas con respuesta cerrada. Con este cuestionario se obtienen dos medidas de adherencia.

- Variable cualitativa dicotómica que valora el mantenimiento del régimen terapéutico. Se considera paciente no adherente si las respuestas al cuestionario son: pregunta 1: Si; pregunta 2: No; pregunta 3: Si; pregunta 4: Si; pregunta 5: C, D, o E; pregunta 6: más de dos días. Cualquier respuesta en el sentido de no adherente hace que se considere al paciente como no adherente.
- Variable semicuantitativa que tiene en cuenta el cumplimiento terapéutico de la última semana (Pregunta 5 del cuestionario). Se mide en porcentaje de adhesión y si la respuesta es A hay entre un 95 y un 100% de adhesión; respuesta B: 85-94%; respuesta C: 65-84%; respuesta D: 30-64%; respuesta E: < 30%.
- Adherencia al programa: variable cualitativa dicotómica que expresa los resultados en porcentaje de pacientes que continuaron en el programa de deshabituación tabáquica. Se controló la adherencia al programa al mes, a los 3 meses, a los 6 meses y a los 12 meses.

Procedimiento de trabajo

Estructuramos este apartado por objetivos específicos planteados:

OBJETIVO: Cuantificar la utilidad de un programa de promoción de un servicio de atención farmacéutica en deshabituación tabáquica.

Para evaluar el primer objetivo se ofertó el servicio de atención farmacéutica en deshabituación tabáquica a todos los pacientes que solicitaron ayuda para dejar de fumar en la oficina de farmacia durante cuatro meses y durante los últimos dos meses de este período se realizó una campaña de difusión de un programa de deshabituación tabáquica.

Esta campaña consistió en:

- Entrega de folletos a todos los pacientes que acudieron a la oficina de farmacia (Figura 1).



Figura 1: Folleto entregado a los pacientes de la oficina de farmacia durante la campaña de promoción del servicio de atención farmacéutica en deshabituación tabáquica.

- Carteles ubicados en el exterior y en el interior de la farmacia (Figura 2).

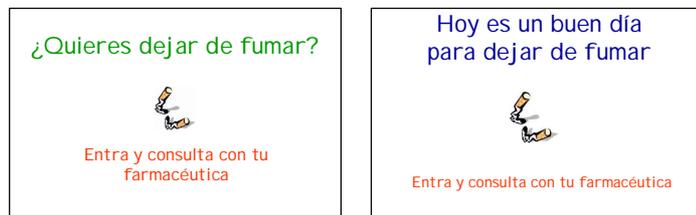


Figura 2: Carteles de promoción de la campaña de deshabituación tabáquica ubicados en el interior y exterior de la farmacia

La campaña de difusión comenzó con la celebración del “Día mundial sin tabaco” (31 de mayo) y el contenido de folletos y carteles fue obtenido de las campañas de sensibilización del Ministerio de Sanidad y Política Social.

La variable de medida fue el número de pacientes que solicitaron ayuda para dejar de fumar y se adhirieron al programa antes y después de la campaña.

OBJETIVO: Evaluar el efecto de la atención farmacéutica en pacientes que inician el proceso de deshabituación tabáquica.

Para evaluar este objetivo se adaptó la metodología DADER^{73,74} a la deshabituación tabáquica y se programaron siete visitas de seguimiento con los pacientes; la primera entre el primer y tercer día después de dejar de fumar, la segunda entre el día 7 y 15 y a continuación se programaron controles al mes, a los dos meses, a los tres meses, a los seis meses, y al año.

• Protocolo de actuación

En la atención farmacéutica en deshabituación tabáquica el paciente fumador se dirige al farmacéutico solicitando ayuda para dejar de fumar. La actuación del profesional comienza cuando el paciente ya ha decidido dejar de fumar y la intervención farmacéutica valora la disposición y motivación para abandonar el hábito tabáquico y proporciona la ayuda y el asesoramiento necesarios en el proceso de abandono. Cuando un paciente acepta ser incluido en el estudio clínico para dejar de fumar se inicia el proceso de atención farmacéutica en deshabituación tabáquica (Figura 3).

Se pretendió ofrecer la solución más adecuada al paciente que desea dejar de fumar a través de una metodología sistemática y protocolizada

Cuando el paciente aceptó formar parte del programa de deshabituación tabáquica se produjo la primera entrevista en la que se procedió a la recogida de datos mediante la cumplimentación de la hoja de intervención. Con los datos obtenidos se decidió si era necesario que el paciente acudiera al médico en cuyo caso el paciente recibiría atención médica y atención farmacéutica.

• Criterios de derivación al médico

En el caso de la deshabituación tabáquica, será necesario confirmar que es un problema que el farmacéutico puede tratar, o bien debe ser tratado por un médico. Los criterios de derivación al médico fueron los siguientes^{22, 75}:

- Fumadoras embarazadas o en período de lactancia.
- Fumadores con cardiopatía isquémica de menos de 8 semanas de evolución.
- Fumadores con arritmias cardíacas o hipertensión arterial no controladas.

- Fumadores con patología crónica (neuropatía, hepatopatía, cardiopatía, etc.) no controlada.
- Fumadores con enfermedades psiquiátricas.

Todos los pacientes derivados al médico o no, recibieron atención farmacéutica que incluía indicación farmacéutica, dispensación activa, seguimiento farmacoterapéutico y educación sanitaria.

Los pacientes que rechazaron el programa de deshabituación tabáquica recibieron asistencia farmacéutica consistente en indicación farmacéutica y dispensación activa.

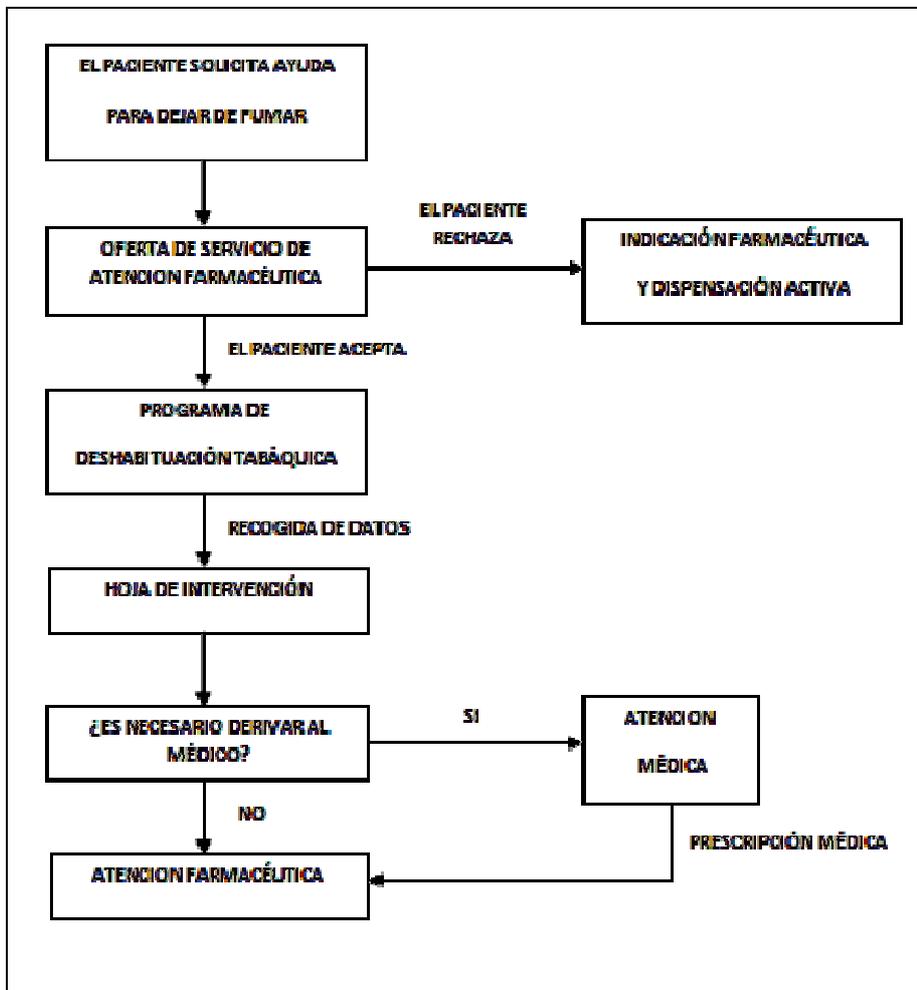


Figura 3. Protocolo de actuación de atención farmacéutica en deshabituación tabáquica.

• Hoja de intervención

La cumplimentación de la hoja de intervención por parte del farmacéutico permite abordar la búsqueda de los datos diagnósticos mínimos en cada fumador. Se establece un protocolo que proporcionará la mayor información en el menor tiempo posible (Figura 2).

La hoja de intervención está estructurada en seis bloques: datos del paciente, estado inicial, antecedentes de tabaquismo, antecedentes personales, intervención, y controles periódicos.

- Los datos del paciente identifican al paciente por el nombre, la edad, el sexo, el número de historia, teléfonos y correo electrónico y la fecha de la primera visita.

- La valoración del estado inicial del paciente es importante como punto de partida de cualquier intervención en tabaquismo. Para valorar el estado inicial utilizaremos varios datos: la razón por la que el paciente quiere dejar de fumar, el número de cigarrillos fumados al día, el valor de cooximetría en aire espirado, y el test de Fagerström.
 - Es fundamental que la persona que va a dejar de fumar, reconozca cuáles son las razones que tiene para abandonar el tabaco³⁰. Cuanto más y mejores motivos encuentre, más posibilidades tendrá para lograr su deshabituación. Además aumentará su confianza para realizar un intento serio de abandono.
 - El número de cigarrillos fumados al día nos permite conocer el grado de tabaquismo del fumador⁷⁵, dato importante para evaluar el estado inicial del paciente y su hábito como fumador.

Nº Historia		Paciente				Edad	Sexo
Fecha	Teléfono		Teléfono		e-mail		
ESTADO INICIAL							
¿Por qué quiere dejar de fumar?							
Nº de cigarrillos				Valor de cooximetría			
Test de Fagerström		Leve	<input type="checkbox"/>	Moderada	<input type="checkbox"/>	Alta	<input type="checkbox"/>
ANTECEDENTES DE TABAQUISMO				Edad de inicio			
Intentos previos		Duración		Método utilizado		Causas de recaídas	
1.							
2.							
3.							
Percepción de dificultades							
celebración social	<input type="checkbox"/>	ambiente de estudio/trabajo	<input type="checkbox"/>	tiempo libre y bares	<input type="checkbox"/>		
fumadores solos	<input type="checkbox"/>	café y cigarrillo	<input type="checkbox"/>	otros (.....)	<input type="checkbox"/>		
ANTECEDENTES PERSONALES							
Otras enfermedades/alergias							
Otros medicamentos							
INTERVENCIÓN							
Derivación al médico		sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/>		
Indicación							
						Día D	
CONTROLES PERIÓDICOS							
Controles	Cooximetría	Efectos adversos		Síndrome de abstinencia		Tratamiento	
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							

Figura 4. Hoja de intervención de atención farmacéutica en deshabituación tabáquica.

- La cooximetría³⁵ es una exploración que nos permite conocer la cantidad de monóxido de carbono que un sujeto tiene en el aire que espira. Esta cantidad está en relación con su hábito como fumador. Para la medición de este parámetro se utiliza el cooxímetro que es un aparato que mediante una maniobra sencilla e incruenta permite el conocimiento de los niveles de CO en el aire espirado. En nuestro estudio utilizamos un cooxímetro SMOKE CHECK MONITOR[®].(Figura 5). El sujeto debía realizar una inspiración profunda y mantener una apnea de 15 segundos, después procedía a una espiración lenta, prolongada y completa. Esperábamos unos segundos hasta que el indicador del cooxímetro se estabilizaba y marcaba el número exacto de ppm de CO que el sujeto tenía en el aire que espiraba³⁵. Los pacientes que presentaron 20 o más ppm de CO en el aire espirado se catalogaron como fumadores de nivel intenso; pacientes que presentaron niveles de 11 a 20 ppm correspondieron a fumadores moderados; pacientes que presentaron niveles de 7 a 10 ppm a fumadores esporádicos; y cifras por debajo de 6 ppm a no fumadores^{76, 77}.



Figura 5. Cooxímetro Smoke Check Monitor.

- El test de Fagerström³³ mide el grado de dependencia física que los fumadores tienen por la nicotina y ayuda a establecer

el tipo de tratamiento a utilizar. Se trata de un test de seis preguntas con respuestas múltiples (Anexo 1). Dependiendo de la respuesta que cada fumador dé a cada una de las preguntas se obtiene una determinada puntuación, al sumar los puntos conseguidos en cada una de las preguntas se obtiene una puntuación total que oscila entre 0 y 10 puntos. Si el paciente tiene entre 0 y 3 puntos se dice que su grado de dependencia es leve, si tiene entre 4 y 6 su grado es moderado y si tiene una puntuación de 7 o más su grado de dependencia es severo.

- Antecedentes de tabaquismo: la existencia de intentos previos fallidos de abandono de tabaco puede ser un indicativo de la dependencia que dicho fumador presenta al mismo por lo que el análisis de los motivos de recaída es de gran importancia para programar un plan terapéutico con mayores probabilidades de éxito^{Error! Marcador no definido.}. Dentro de los indicadores de tabaquismo es importante conocer:
 - Edad de inicio: los años que el paciente tenía cuando empezó a fumar.
 - Intentos previos: cuantas veces ha intentado el paciente dejar de fumar con anterioridad.
 - Duración de los intentos: tiempo medido en meses que el paciente se ha mantenido sin fumar en los intentos previos de deshabituación.
 - Tratamiento: terapia utilizada por el paciente en los intentos previos de deshabituación. Las posibilidades son que el paciente no haya recibido ningún tratamiento, que haya utilizado terapia sustitutiva de nicotina, especialidades farmacéuticas no nicotínicas, materiales de autoayuda u otros (como acupuntura, homeopatía, fitoterapia).
 - Causas de recaídas: motivos por los que el paciente ha vuelto a fumar en los intentos previos de cesación tabáquica.

- Percepción de dificultades: situaciones en las que los pacientes reconocen la existencia de problemas para mantenerse sin fumar. Las dificultades que pueden referir los fumadores son: una celebración social, ambiente de estudio o trabajo, tiempo libre y bares, fumadores solos, café y cigarrillo u otros.

- Antecedentes personales: el farmacéutico debe preguntar al paciente por otros problemas de salud que padezca, así como por los medicamentos que toma para dichos problemas. Este paso es imprescindible para establecer si el farmacéutico puede tratar el problema de tabaquismo del paciente.
 - Otras enfermedades/alergias: indicar cualquier enfermedad y/o alergia que padezca el paciente
 - Otros medicamentos: indicar cualquier medicamento que tome el paciente tanto de forma continuada como esporádicamente.

- Intervención:
 - Derivación al médico: indicar si la deshabituación tabáquica es un problema que debe ser tratado por un médico según los criterios de derivación al médico o no.
 - Indicación: si el farmacéutico decide indicar un medicamento.
 - Día D: elección de una fecha para abandonar el hábito tabáquico.

- Controles periódicos:
 - Visitas/controles: se programaron 7 visitas; la primera entre el primer y tercer día después de dejar de fumar, la segunda entre el día 7 y 15, y a continuación se programan los controles al mes, a los dos meses, a los tres meses, a los seis meses, y al año.
 - Cooximetría: se realizó una medición de la cooximetría en cada visita programada

- Efectos adversos: anotar cualquier posible efecto secundario del tratamiento farmacológico referido por el paciente
- Síndrome de abstinencia: el paciente indicó la presencia de signos característicos del síndrome de abstinencia tales como: ganas de fumar, irritabilidad, ansiedad, dificultad de concentración, cansancio, decaimiento psíquico, somnolencia, insomnio, estreñimiento, dolor de cabeza, nerviosismo, mareo, depresión y aumento de apetito.
- Tratamiento: si se indicó algún tratamiento específico para paliar el síndrome de abstinencia.

• Abordaje terapéutico

Una vez obtenida toda la información, el farmacéutico la evaluó y tomó la decisión en función de los datos recogidos.

El farmacéutico llevó a cabo diferentes actuaciones; es tan importante y necesario la educación sanitaria y los consejos para la modificación de hábitos como la indicación de un fármaco si fuera necesario. Hay una serie de claves que ayudan al fumador a dejar el hábito, aumentando las posibilidades de éxito si se combinan (Anexo 2).

Si el paciente elige una fecha concreta para el abandono²³:

- *Preparémosle para el día D.* En los días previos, el paciente podía registrar su consumo anotando hora, lugar, situación y necesidad de 1 a 4 puntos del pitillo que fumara inmediatamente. Evitaría ofrecer y aceptar tabaco, iría eliminando paulatinamente situaciones concretas en las que habitualmente fumaba (en el coche, en el salón de su casa, delante de los niños...), con el fin de ir desautomatizando el consumo de tabaco. También podía cambiar de marca de cigarrillos y limpiar el cenicero cada vez que lo ensucie. El día previo al D haría desaparecer todo lo que tuviera relación con el acto de fumar (tabaco, mechero, ceniceros...). A partir de ese día no debería fumar absolutamente nada.
- *Aconsejemos que compartan este intento con su entorno social* (amigos), laboral (compañeros de trabajo) y familiar

(pareja, hijos...), solicitando su apoyo y comprensión. Incluso buscando una o dos personas de confianza que “apadrinen” este esfuerzo, a las que puedan solicitar ayuda en un momento determinado de riesgo de consumo o recaída. Pedirles que a partir de esa fecha eviten fumar en su presencia.

- *Recomendemos tratamiento farmacológico.* Explicar que el tratamiento farmacológico duplica las posibilidades de abstinencia al cabo de un año y reduce los síntomas de abstinencia.
- *Informemos sobre el síndrome de abstinencia.* Describiéndolo y explicando que el seguimiento de nuestras recomendaciones y el apoyo farmacológico facilitaría su superación.
- *Proporcione material informativo adecuado,* donde se describía el uso correcto de la TSN de forma pormenorizada (Anexo 3).

El tratamiento de los pacientes fumadores conllevó dos aspectos. Por un lado, el apoyo psicológico y por otro, el tratamiento farmacológico.

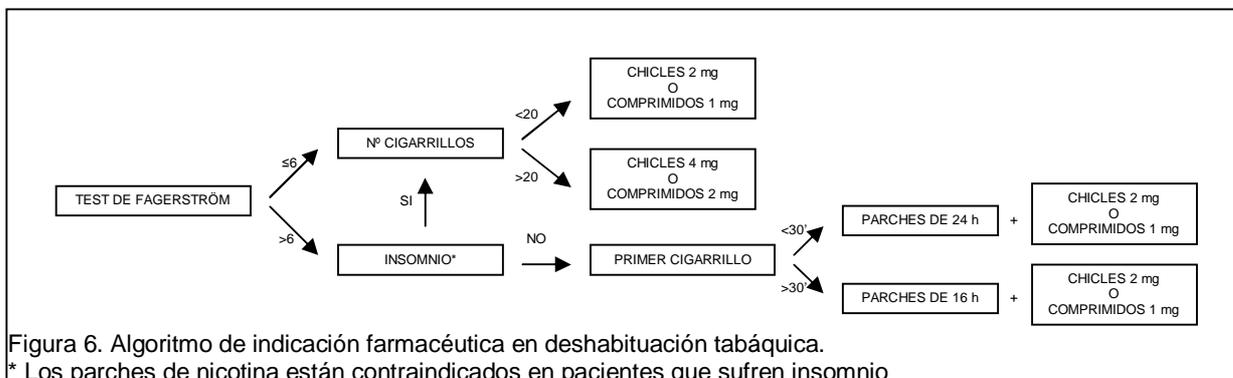
El apoyo psicológico fue prestado a lo largo de los controles periódicos y consistió en dar consejos al paciente en la preparación para dejar de fumar, en el mantenimiento de la motivación y para evitar recaídas mediante estrategias conductuales y cognitivas de desarrollo de habilidades y estrategias de afrontamiento, técnicas de resolución de problemas y apoyo social adecuado dentro y fuera de las sesiones terapéuticas^{1,78}. (Anexo 2) Esta variable fue considerada de proceso orientada a la obtención de resultados en la variable deshabituación tabáquica.

El tratamiento farmacológico para aquellos pacientes que lo necesitaron consistió en Terapia Sustitutiva de Nicotina^{79,80}. En el momento del estudio en nuestro país sólo se disponía de chicles, parches y comprimidos.

Si la valoración del test de Fagerström fue inferior o igual a 6, el farmacéutico recomendó chicles o comprimidos a demanda que el paciente utilizó sin esperar a la urgencia y/o deseo intenso de fumar. Se recomendó el control de la cantidad de dosis administrada, ya que la nicotina es adictógena

en todas sus formas de administración. La dosis máxima diaria fue de 20 unidades de chicles de 2 mg o 15 unidades de 4 mg, 20 unidades de comprimidos de 1 mg o 15 unidades de 2 mg y la dosis mínima aconsejada una unidad cada 2-3 horas, siendo la dosis habitual entre 8 y 12 unidades. Para poder personalizar el tratamiento, el farmacéutico valoró la cantidad de nicotina que consumía el paciente. Si el paciente fumaba más de 20 cigarrillos al día se aconsejó los chicles de 4 mg o los comprimidos de 2 mg; si el paciente fumaba menos de 20 cigarrillos al día se indicaron los chicles de 2 mg o los comprimidos de 1 mg.

Si el resultado del test de Fagerström fue superior a 6, el farmacéutico recomendó la utilización de parches de nicotina excepto en caso de insomnio²². En función de cuanto tiempo transcurría desde que se levantaba de dormir hasta que fumaba el primer cigarrillo, el farmacéutico recomendó el parche de 16 horas cuando el tiempo fue superior a 30 minutos, o bien el parche de 24 horas cuando el tiempo fue inferior a 30 minutos. Se combinó el uso de parches con chicles o comprimidos a dosis bajas para controlar el *craving* (Figura 6).



La indicación de una u otra forma farmacéutica se tomó de forma consensuada con el paciente. El farmacéutico se ha de asegurar de que el paciente ha entendido para qué es y cómo se utiliza el tratamiento propuesto.

Una vez elegidas la forma y dosis adecuada se hizo un seguimiento del paciente con controles periódicos. Este seguimiento consistió en 7 visitas programadas; la primera entre el primer y tercer día después de dejar de fumar, la segunda entre el día 7 y 15, y a continuación se programan los controles al

mes, a los dos meses, a los tres meses, a los seis meses, y al año. Además, se le especificó al paciente que podía acudir a la oficina de farmacia ante cualquier problema o duda y realizar todas las visitas no programadas que el paciente considerara necesarias.

En cada visita (programada o no) se obtuvieron datos de cooximetría, síntomas de un posible síndrome de abstinencia, efectos adversos de la TSN y tratamiento y consejos para disminuir el síndrome de abstinencia y/o los efectos adversos de la TSN.

OBJETIVO: Valorar la utilización de nuevas tecnologías en la intervención en deshabituación tabáquica.

Para evaluar este objetivo se utilizaron dos grupos de pacientes sometidos a diferentes tecnologías de apoyo a la adherencia al programa de deshabituación tabáquica.

1. Grupo de tecnologías clásicas o TC: este grupo realizó el seguimiento de forma presencial en las visitas programadas y los consejos al paciente se dieron de forma verbal.

2. Grupo de nuevas tecnologías o NT: además de seguimiento presencial en las visitas programadas a este grupo se le enviaron correos electrónicos recordando la fecha de la próxima visita de seguimiento en los que se incluyeron consejos al paciente en la preparación para dejar de fumar, en el mantenimiento de la motivación y para evitar recaídas (Anexo 3). Así mismo, a este grupo se le facilitó la dirección de una página web (www.nofumesweb.com) diseñada especialmente para esta investigación en la que se encuentran consejos prácticos para superar la dependencia al tabaco (Anexo 4).

Los pacientes se incluyeron de forma aleatoria en los dos grupos de trabajo (Tecnologías Clásicas y Nuevas Tecnologías). No se consideró la inclusión de los pacientes en el grupo asignado de forma aleatoria cuando los pacientes solicitaron participar en el programa de deshabituación tabáquica de forma conjunta, en cuyo caso, se les asignó el grupo aleatorio del primer paciente del grupo. Tampoco se utilizó la asignación aleatoria cuando los pacientes no disponían de acceso a la información enviada al grupo NT por

correo electrónico o mediante la página web. En este caso, los pacientes fueron asignados al grupo TC.

Las variables de medida fueron el número de pacientes que consiguieron la deshabituación tabáquica utilizando tecnologías clásicas o nuevas tecnologías y la adherencia al programa de deshabituación tabáquica de los pacientes que siguieron el programa clásico o el programa de nuevas tecnologías.

Análisis estadístico de datos

A partir del programa estadístico libre R-Commander, se realizó el siguiente análisis.

Inicialmente se hizo un descriptivo de la muestra, calculando medias y desviaciones típicas o medianas y percentiles para las variables cuantitativas y frecuencias absolutas y relativas para las cualitativas.

Se observó una diferencia en la proporción de la muestra por sexo y, para solventar el sesgo, se hizo el descriptivo segmentando por esta variable.

Una vez realizado el análisis descriptivo se analizaron las posibles relaciones de las variables independientes a estudio con la deshabituación tabáquica en el tiempo (1 mes, 3 meses, 6 meses y 12 meses). Para ello se aplicaron test de hipótesis según el contraste planteado.

Para estudiar la relación entre la deshabituación tabáquica en los distintos momentos con las variables independientes cualitativas, se aplicó el test de la Chi-Cuadrado para tablas de más de 2x2, cuando estábamos ante una tabla 2x2 se tomó la Corrección pro Continuidad de Yates y cuando, en la misma situación, el nº de casos por celda era insuficiente se tomó el estadístico exacto de Fisher (también una corrección del test de la Chi-Cuadrado según las condiciones de aplicabilidad)

Cuando las variables a relacionar con la deshabituación tabáquica fueron numéricas o cuantitativas, se aplicaron test no paramétricos por ser la muestra tan pequeña. Así, el estadístico a uso fue Kruskal-Wallis y la U de Mann-Whitney cuando se estudiaron las posibles diferencias en las variables, tanto dependientes como independientes por sexo.

Se tomó como valor estadísticamente significativo $p < 0,05$.

RESULTADOS

RESULTADOS

Análisis descriptivo

Se propuso la inclusión en el estudio sobre deshabituación tabáquica a 25 pacientes de los cuales 23 (92%) pacientes aceptaron el servicio de atención farmacéutica y dos (8%) lo rechazaron.

El 69,57% de los participantes en el estudio fueron mujeres y el 30,43% hombres. La edad media de los participantes fue de 41,61 años con una desviación típica de 8,56 y un rango de edades entre 23 y 60 años. La edad media de las mujeres fue de 41,56 años con una desviación típica de 8,36 y un rango de edades entre 31 y 60 años y la edad media de los hombres 41,71 años con una desviación típica de 9,69 y un rango de edades entre 23 y 53 años.

Los datos de antecedentes de tabaquismo fueron (Tabla 2): media de la edad de inicio 16,48 años con una desviación típica de 2,94 y un rango de edad entre 13 y 25 años; el 82,61% de los pacientes hicieron al menos un intento previo de dejar de fumar y el 17,39% de los paciente lo intentaron 5 o más veces; casi la mitad, un 47,83% no ha utilizado ningún método para dejar de fumar con anterioridad y ningún paciente ha utilizado tratamiento farmacológico diferente a la TSN; el 43,48% de los pacientes consideran tres o más las situaciones en las que reconocen la existencia de problemas para mantenerse sin fumar. Al segmentar por sexo (Tabla 3) la media de edad de inicio de las mujeres fue de 16,13 años con una desviación típica de 2,60 y un rango de edad entre 13 y 22 años; en los hombres la media de edad de inicio fue 17,29 años con desviación típica 3,68 y rango entre 14 y 25 años.

	edad	edad inicio	intentos	Métodos diferentes que han utilizado los pacientes	Número de situaciones difíciles
N	23	23	23	23	23
Media	41,61	16,48	2,26	,65	2,61
Mediana	40,00	15,00	1,00	1,00	2,00
Desv. típ.	8,559	2,937	2,783	,714	1,644
Mínimo	23	13	0	0	0
Máximo	60	25	10	2	6
Percentiles 25	37,00	14,00	1,00	,00	1,00
75	48,00	18,00	2,00	1,00	3,00

Tabla 2. Análisis descriptivo de antecedentes de tabaquismo.

sexo		edad	edad inicio	intentos	Métodos diferentes que han utilizado los pacientes	Número de situaciones difíciles
Femenino	N	16	16	16	16	16
	Media	41,56	16,13	2,56	,63	2,50
	Mediana	39,50	15,00	1,50	,50	2,00
	Desv. típ.	8,358	2,604	3,119	,719	1,317
	Mínimo	31	13	0	0	1
	Máximo	60	22	10	2	5
	Percentiles 25	34,75	14,00	1,00	,00	1,25
	75	48,25	17,75	2,00	1,00	3,00
Masculino	N	7	7	7	7	7
	Media	41,71	17,29	1,57	,71	2,86
	Mediana	43,00	17,00	1,00	1,00	2,00
	Desv. típ.	9,690	3,684	1,813	,756	2,340
	Mínimo	23	14	0	0	0
	Máximo	53	25	5	2	6
	Percentiles 25	38,00	15,00	,00	,00	1,00
	75	48,00	18,00	3,00	1,00	6,00

Tabla 3. Análisis descriptivo de antecedentes de tabaquismo segmentado por sexo.

El estado inicial de los participantes (Tabla 4, Tabla 5 y Tabla 6) refleja que el 60,87% de los pacientes fumaba entre 11 y 20 cigarrillos al día; el 26,09% de los pacientes presentaba un nivel de cooximetría entre 7 y 10 ppm, el 39,13% entre 11 y 20 ppm y el 34,78% más de 20 ppm; el 43,48% presentaba un nivel de dependencia a la nicotina leve, el 30,43% moderado y el 26,09% alto.

	n	%
<= 10	3	13,0
11 a 20	14	60,9
21 a 30	4	17,4
> 30	2	8,7
Total	23	100,0

Tabla 4. Análisis descriptivo de estado inicial.
Cantidad de cigarrillos/día.

	n	%
7 a 10 ppm	6	26,1
11 a 20 ppm	9	39,1
> 20 ppm	8	34,8
Total	23	100,0

Tabla 5. Análisis descriptivo de estado inicial.
Valor de cooximetría.

	n	%
Leve	10	43,5
Moderado	7	30,4
Alto	6	26,1
Total	23	100,0

Tabla 6. Análisis descriptivo de estado inicial.
Dependencia a la nicotina.

Los resultado al segmentar por sexo (Tabla 7, Tabla 8, Tabla 9, Tabla 10, Tabla 11 y Tabla 12) reflejan que el 62,50% de las mujeres y el 57,14% de los hombres fumaban entre 11 y 20 cigarrillos al día; el 31,25% de las mujeres y el 14,29% de los hombre tenían un nivel de cooximetría entre 7 y 10 ppm, el 43,75% de las mujeres y el 28,57% de los hombres entre 11 y 20 ppm y el 25,00% de las mujeres y el 57,14% de los hombres más de 20 ppm; el 43,75% de las mujeres y el 42,86% de los hombres tenía un nivel de dependencia a la nicotina leve, el 37,50% de las mujeres y el 14,28% de los hombres un nivel moderado y el 18,75% de las mujeres y el 42,86% de los hombres un nivel alto.

Tabla de contingencia

		sexo		Total	
		Femenino	Masculino		
nº cigarrillos	≤ 10	Recuento	3	0	3
		% de nº cigarrillos	100,0%	,0%	100,0%
	11 a 20	Recuento	10	4	14
		% de nº cigarrillos	71,4%	28,6%	100,0%
	21 a 30	Recuento	2	2	4
		% de nº cigarrillos	50,0%	50,0%	100,0%
	> 30	Recuento	1	1	2
		% de nº cigarrillos	50,0%	50,0%	100,0%
Total	Recuento	16	7	23	
	% de nº cigarrillos	69,6%	30,4%	100,0%	

Tabla 7. Análisis descriptivo de estado inicial segmentado por sexo. Cantidad de cigarrillos/día. Tabla de contingencia.

Pruebas de chi-cuadrado

	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,490

Tabla 8. Análisis descriptivo de estado inicial segmentado por sexo. Cantidad de cigarrillos/día. Pruebas de chi-cuadrado.

Tabla de contingencia

		sexo		Total	
		Femenino	Masculino		
cooxímetro	7 a 10 ppm	Recuento	5	1	6
		% de cooxímetro	83,3%	16,7%	100,0%
	11 a 20 ppm	Recuento	7	2	9
		% de cooxímetro	77,8%	22,2%	100,0%
	> 20 ppm	Recuento	4	4	8
		% de cooxímetro	50,0%	50,0%	100,0%
Total	Recuento	16	7	23	
	% de cooxímetro	69,6%	30,4%	100,0%	

Tabla 9. Análisis descriptivo de estado inicial segmentado por sexo. Valor de cooximetría. Tabla de contingencia.

Pruebas de chi-cuadrado

	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,321

Tabla 10. Análisis descriptivo de estado inicial segmentado por sexo. Valor de cooximetría. Pruebas de chi-cuadrado.

Tabla de contingencia

		sexo		
		Femenino	Masculino	Total
Leve	Recuento	7	3	10
	% de Fagerström	70,0%	30,0%	100,0%
Fagerström Moderado	Recuento	6	1	7
	% de Fagerström	85,7%	14,3%	100,0%
Alto	Recuento	3	3	6
	% de Fagerström	50,0%	50,0%	100,0%
Total	Recuento	16	7	23
	% de Fagerström	69,6%	30,4%	100,0%

Tabla 11. Análisis descriptivo de estado inicial segmentado por sexo. Dependencia a la nicotina. Tabla de contingencia.

Pruebas de chi-cuadrado

	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,378

Tabla 12. Análisis descriptivo de estado inicial segmentado por sexo. Dependencia a la nicotina. Pruebas de chi-cuadrado.

Resultados por objetivos

- **OBJETIVO:** Cuantificar la utilidad de un programa de promoción de un servicio de atención farmacéutica en deshabituación tabáquica.

Durante los dos primeros meses en los que se ofertó el servicio de atención farmacéutica en deshabituación tabáquica a los pacientes que solicitaron ayuda para dejar de fumar sólo un paciente solicitó ayuda para dejar

de fumar y ese paciente se adhirió al estudio. Durante los dos siguientes meses, en los que se realizó una campaña de difusión de un programa de deshabituación tabáquica, 24 pacientes solicitaron ayuda de los cuales se adhirieron al estudio 22 pacientes y dos rechazaron el servicio de atención farmacéutica. Con el programa de promoción del servicio de atención farmacéutica en deshabituación tabáquica se consiguió un aumento de pacientes que solicitaron ayuda para dejar de fumar de 95,83% y un aumento de pacientes que se adhirieron al servicio de atención farmacéutica en deshabituación tabáquica de 95,45%.

- **OBJETIVO:** Evaluar el efecto de la atención farmacéutica en pacientes que inician el proceso de deshabituación tabáquica.

El número de pacientes que solicitaron ayuda para dejar de fumar fue de 25, de los cuales, 23 pacientes se adhirieron al estudio y dos rechazaron el servicio de atención farmacéutica, por tanto el 91,67% de los pacientes que solicitaron ayuda se adhirieron al programa de atención farmacéutica. De los 23 pacientes que se adhirieron al programa de atención farmacéutica en deshabituación tabáquica ninguno de ellos fue derivado al médico.

La Figura 7 muestran los resultados de deshabituación tabáquica obtenidos al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año de seguimiento.

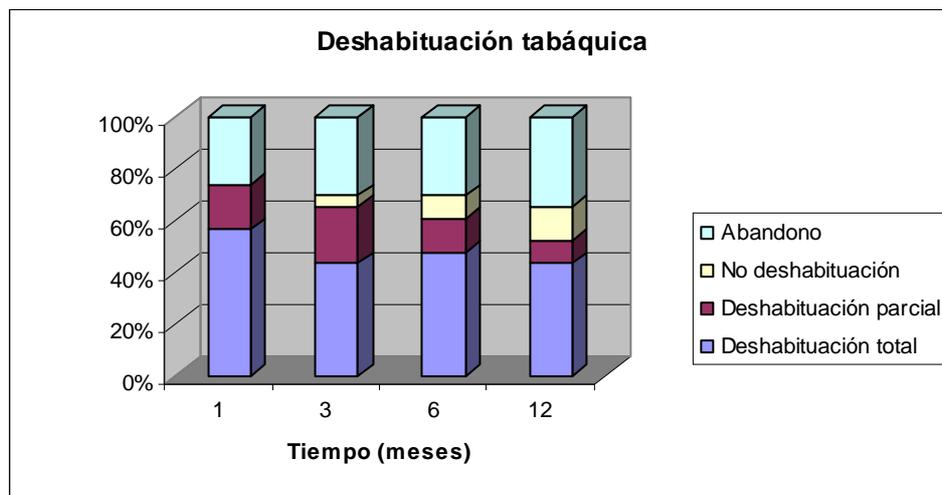


Figura 7: Resultados de deshabituación tabáquica obtenidos al mes, a los 3 meses, a los 6 meses y a los 12 meses de seguimiento.

- Tras un mes de estudio el 73,91% de los pacientes consiguió la deshabituación tabáquica y el 26,09% abandonó el seguimiento. El 76,47% de los pacientes que alcanzaron un resultado positivo, consiguió una deshabituación total (56,52% del total de pacientes) y el 23,53% parcial (17,39% del total) y ninguno de los pacientes que realizó el seguimiento fracasó en el tratamiento de deshabituación.
- A los tres meses de estudio un 65,22% de los pacientes consiguió la deshabituación tabáquica, el 4,35% no lo consiguió y el 30,43 % abandonó el estudio. De los pacientes que alcanzaron un resultado positivo, el 66,67% consiguió una deshabituación total (43,48% del total de pacientes) y el 33,33% parcial (21,74% del total).
- A los seis meses de estudio el 60,87% de los pacientes consiguió la deshabituación tabáquica, el 8,70% no lo consiguió y el 30,43 % abandonó el estudio. De los pacientes que alcanzaron un resultado positivo, el 78,57% consiguió una deshabituación total (47,83% del total de pacientes) y el 21,43% parcial (13,04% del total).
- A los doce meses de estudio el 52,18% de los pacientes consiguió la deshabituación tabáquica, 13,04% de los pacientes no lo consiguió y el 34,78% abandonaron el estudio. De los pacientes que alcanzaron un resultado positivo el 83,33% (43,48% del total de pacientes) consiguió una deshabituación total y el 16,67% parcial (8,70% del total) (Tabla 13).

	Deshabitación total n(%)	Deshabitación parcial n(%)	No deshabituación n(%)	Abandono n(%)
1 mes	13 (56.52%)	4 (17.39%)	0 (0%)	6 (26.09%)
3 meses	10 (43.48%)	5 (21.74%)	1 (4.35%)	7 (30.43%)
6 meses	11 (47.83%)	3 (13.04%)	2 (8.70%)	7 (30.43%)
12 meses	10 (43.48%)	2 (8.70%)	3 (13.04%)	8 (34.78%)

Tabla 13. Resultados de deshabituación tabáquica al mes, 3 meses, 6 meses y 12 meses.

La tasa de deshabituación tabáquica conseguida por los pacientes durante el periodo de estudio se muestra en la Figura 8.

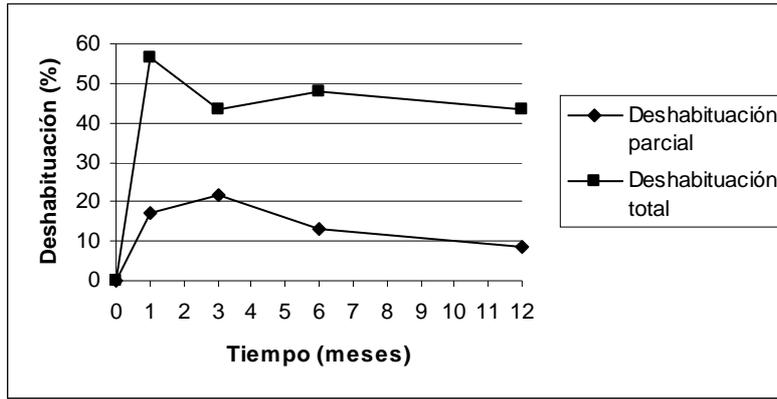


Figura 8: Tasa de deshabituación tabáquica parcial y total de los pacientes durante el periodo de estudio.

A los 12 meses de seguimiento, todos los pacientes que fumaban menos de 10 cigarrillos al día consiguieron la deshabituación total, y los que fumaban más de 30 abandonaron el estudio (Tabla 14 y Tabla 15).

Tabla de contingencia

			Deshab 12				Total
			No	Parcial	Total	Abandono	
nº cigarrillos	<= 10	Recuento	0	0	3	0	3
		% dentro de Deshab 12	0,00%	0,00%	30,00%	0,00%	13,00%
	11 a 20	Recuento	3	1	6	4	14
		% dentro de Deshab 12	100,00%	50,00%	60,00%	50,00%	60,90%
	21 a 30	Recuento	0	1	1	2	4
		% dentro de Deshab 12	0,00%	50,00%	10,00%	25,00%	17,40%
	> 30	Recuento	0	0	0	2	2
		% dentro de Deshab 12	0,00%	0,00%	0,00%	25,00%	8,70%
Total		Recuento	3	2	10	8	23
		% dentro de Deshab 12	1	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla 14. Resultados de deshabituación tabáquica a los 12 meses de seguimiento según el número de cigarrillos consumidos al día. Tabla de contingencia.

Pruebas de chi-cuadrado

	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,281

Tabla 15. Resultados de deshabituación tabáquica a los 12 meses de seguimiento según el número de cigarrillos consumidos al día. Pruebas de chi-cuadrado.

A los 12 meses de seguimiento, el 83,33% de los pacientes que tenían unos niveles de cooximetría de 7 a 10 ppm consiguieron la deshabituación total (Tabla 16 y Tabla 17).

Tabla de contingencia

			Deshab 12				Total
			No	Parcial	Total	Abandono	
cooxímetro	7 a 10 ppm	Recuento	0	0	5	1	6
		% dentro de Deshab 12	0,00%	0,00%	50,00%	12,50%	26,10%
	11 a 20 ppm	Recuento	2	0	3	4	9
		% dentro de Deshab 12	66,70%	0,00%	30,00%	50,00%	39,10%
	> 20 ppm	Recuento	1	2	2	3	8
		% dentro de Deshab 12	33,30%	100,00%	20,00%	37,50%	34,80%
Total		Recuento	3	2	10	8	23
		% dentro de Deshab 12	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla 16. Resultados de deshabituación tabáquica a los 12 meses de seguimiento según el nivel de cooximetría. Tabla de contingencia.

Pruebas de chi-cuadrado

	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,175

Tabla 17. Resultados de deshabituación tabáquica a los 12 meses de seguimiento según el nivel de cooximetría. Pruebas de chi-cuadrado.

A los 12 meses de seguimiento, el 71, 43% de los pacientes que tenían un nivel de dependencia a la nicotina moderado consiguieron la deshabituación total (Tabla 18 y Tabla 19).

Tabla de contingencia

			Deshab 12				Total
			No	Parcial	Total	Abandono	
Fagerström	Leve	Recuento % dentro de Deshab 12	1 33,30%	1 50,00%	5 50,00%	3 37,50%	10 43,50%
	Moderado	Recuento % dentro de Deshab 12	2 66,70%	0 0,00%	5 50,00%	0 0,00%	7 30,40%
	Alto	Recuento % dentro de Deshab 12	0 0,00%	1 50,00%	0 0,00%	5 62,50%	6 26,10%
Total		Recuento % dentro de Deshab 12	3 100,00%	2 100,00%	10 100,00%	8 100,00%	23 100,00%

Tabla 18. Resultados de deshabituación tabáquica a los 12 meses de seguimiento según el nivel de dependencia a la nicotina. Tabla de contingencia.

Pruebas de chi-cuadrado

	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,333

Tabla 19. Resultados de deshabituación tabáquica a los 12 meses de seguimiento según el nivel de dependencia a la nicotina. Pruebas de chi-cuadrado.

- **OBJETIVO:** Valorar la utilización de nuevas tecnologías en la intervención en deshabituación tabáquica.

Los pacientes se incluyeron de forma aleatoria mediante una asignación aleatoria simple en los dos grupos de trabajo (Tecnologías Clásicas y Nuevas Tecnologías). En el grupo de TC se incluyeron 12 pacientes (52,20%) y en el grupo NT 11 pacientes (47,80%).

La Figuras 9, Figura 10, Figura 11 y Figura 12 muestran los resultados de deshabituación tabáquica obtenidos al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año de seguimiento según el grupo de intervención.

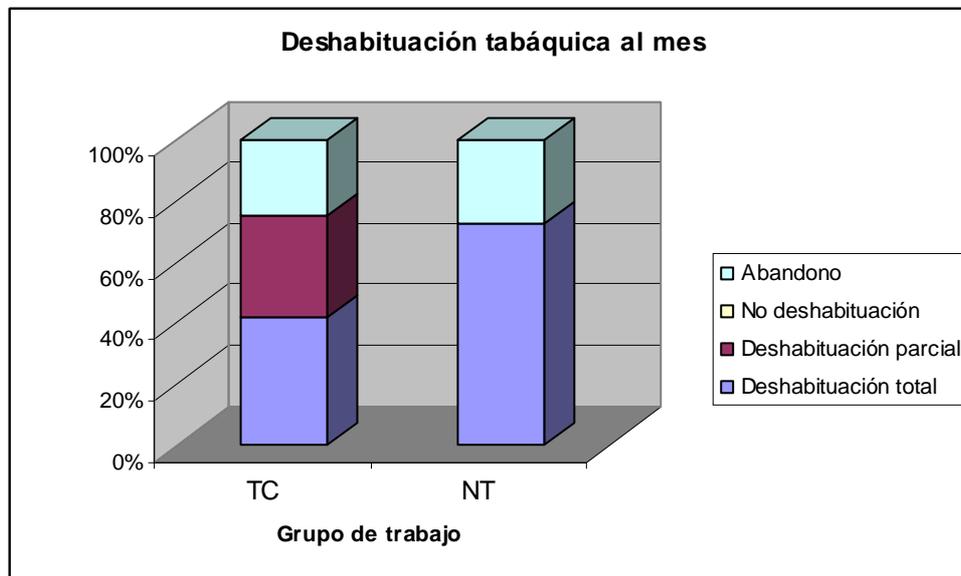


Figura 9. Deshabituación tabáquica al mes de seguimiento en pacientes incluidos en los grupos de tecnologías clásicas y nuevas tecnologías

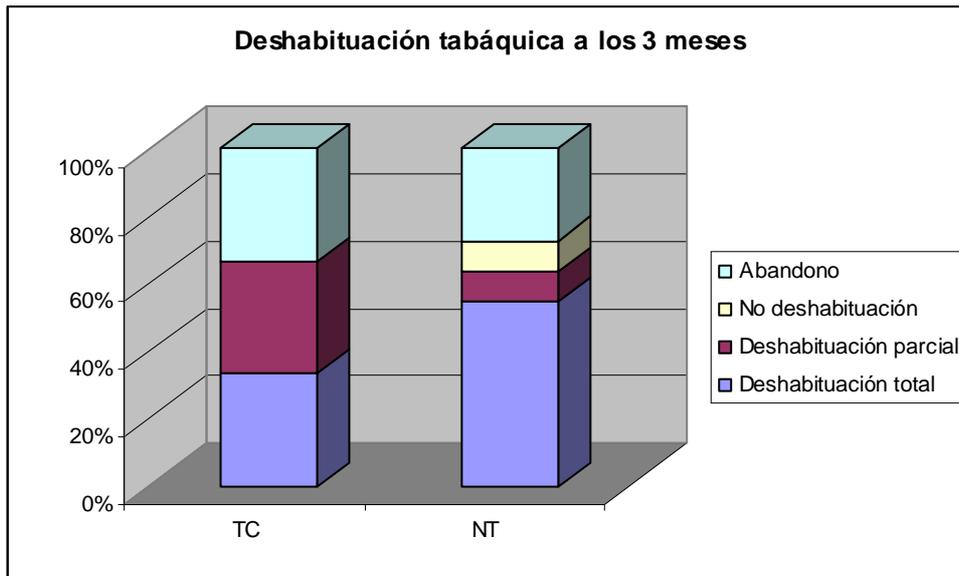


Figura 10. Deshabituación tabáquica a los 3 meses de seguimiento en pacientes incluidos en los grupos de tecnologías clásicas y nuevas tecnologías.

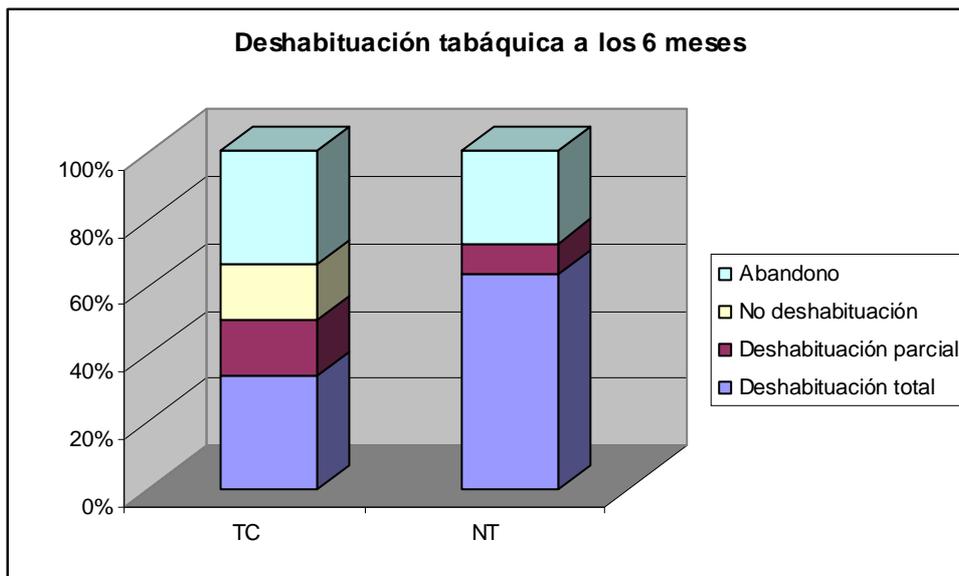


Figura 11. Deshabituación tabáquica a los 6 meses de seguimiento en pacientes incluidos en los grupos de tecnologías clásicas y nuevas tecnologías.

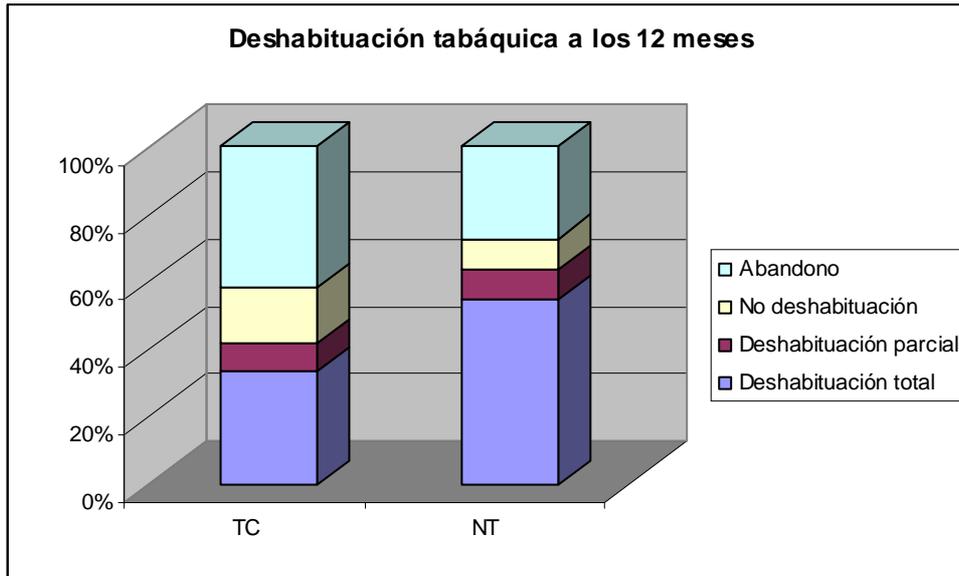


Figura 12. Deshabituación tabáquica a los 12 meses de seguimiento en pacientes incluidos en los grupos de tecnologías clásicas y nuevas tecnologías.

- Tras un mes de estudio (Tabla 20 y Tabla 21) el 75,00% de los pacientes del grupo TC consiguió la deshabituación tabáquica y el 25,00% abandonó el seguimiento; el 55,56% de los pacientes que alcanzaron un resultado positivo, consiguió una deshabituación total (41,67% del total de pacientes TC) y el 44,44% parcial (33,33% del total TC). De los pacientes del grupo NT el 72,73% consiguió la deshabituación tabáquica y el 27,27% abandonó el estudio; el 100% de los pacientes que consiguieron un resultado positivo alcanzaron la deshabituación total.

Tabla de contingencia

			Deshab 1			Total
			Parcial	Total	Abandono	
Tipo seguim	TC	Recuento	4	5	3	12
		% dentro de Deshab 1	100,00%	38,50%	50,00%	52,20%
	NT	Recuento	0	8	3	11
		% dentro de Deshab 1	0,00%	61,50%	50,00%	47,80%
Total		Recuento	4	13	6	23
		% dentro de Deshab 1	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla 20. Deshabituación tabáquica al mes según el método de seguimiento. Tabla de contingencia.

Pruebas de chi-cuadrado

	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,097

Tabla 21. Deshabituación tabáquica al mes según el método de seguimiento. Pruebas de chi-cuadrado.

- A los tres meses de estudio (Tabla 22 y Tabla 23) un 66,67% de los pacientes del grupo TC consiguió la deshabituación tabáquica y el 33,33 % abandonó el estudio; de los pacientes que alcanzaron un resultado positivo, el 50,00% consiguió una deshabituación total (33,33% del total de pacientes TC) y el 50,00% parcial (33,33% del total TC). De los pacientes del grupo NT el 63,64% consiguió la deshabituación tabáquica, el 9,09% no lo consiguió y el 27,27% abandonó el estudio; de los pacientes que consiguieron un resultado positivo el 85,71 fue deshabituación total (54,55% de los pacientes NT) y el 14,29% deshabituación parcial (9,09 de pacientes NT).

Tabla de contingencia

			Deshab 3				Total
			No	Parcial	Total	Abandono	
Tipo seguim	TC	Recuento	0	4	4	4	12
		% dentro de Deshab 3	0,00%	80,00%	40,00%	57,10%	52,20%
	NT	Recuento	1	1	6	3	11
		% dentro de Deshab 3	100,00%	20,00%	60,00%	42,90%	47,80%
Total		Recuento	1	5	10	7	23
		% dentro de Deshab 3	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla 22. Deshabituación tabáquica a los 3 meses según el método de seguimiento.

Tabla de contingencia.

Pruebas de chi-cuadrado

	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,347

Tabla 23. Deshabituación tabáquica a los 3 Meses según el método de seguimiento. Pruebas de chi-cuadrado.

- A los seis meses de estudio (Tabla 24 y Tabla 25) el 50,00% de los pacientes del grupo TC consiguió la deshabituación tabáquica, el 16,67% no lo consiguió y el 33,33% abandonó el estudio; de los pacientes que alcanzaron un resultado positivo, el 66,67% consiguió una deshabituación total (33,33% del total de pacientes NT) y el 33,33% parcial (16,67% del total NT). De los pacientes del grupo NT el 72,73% consiguió la deshabituación tabáquica y el 27,27% abandonó el estudio; de los pacientes que consiguieron un resultado positivo el 87,50% consiguió la deshabituación total (63,64% del total de pacientes NT) y el 12,50% parcial (9,09% del total NT).

Tabla de contingencia

			Deshab 6				Total
			No	Parcial	Total	Abandono	
Tipo seguim	TC	Recuento	2	2	4	4	12
		% dentro de Deshab 6	100,00%	66,70%	36,40%	57,10%	52,20%
	NT	Recuento	0	1	7	3	11
		% dentro de Deshab 6	0,00%	33,30%	63,60%	42,90%	47,80%
Total		Recuento	2	3	11	7	23
		% dentro de Deshab 6	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla 24. Deshabituación tabáquica a los 6 meses según el método de seguimiento. Tabla de contingencia.

Pruebas de chi-cuadrado

	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,354

Tabla 25. Deshabituación tabáquica a los 6 Meses según el método de seguimiento. Pruebas de chi-cuadrado.

- A los doce meses de estudio (Tabla 26 y Tabla 27) el 41,67% de los pacientes del grupo TC consiguió la deshabituación tabáquica, 16,67% de los pacientes no lo consiguió y el 41,67% abandonaron el estudio; de los pacientes que alcanzaron un resultado positivo el 80,00% (33,33% del total de pacientes TC) consiguió una deshabituación total y el 20,00% parcial (8,33% del total TC). De los pacientes del grupo NT el 63,64% consiguió la deshabituación tabáquica, el 9,09% no lo consiguió y el 27,27% abandonó el estudio; de los pacientes que consiguieron un resultado positivo, el 85,71% consiguió la deshabituación total (54,55% del total de pacientes NT) y el 14,29% parcial (9,09% del total NT).

Tabla de contingencia

			Deshab 12				Total
			No	Parcial	Total	Abandono	
Tipo seguim	TC	Recuento % dentro de Deshab 12	2 66,70%	1 50,00%	4 40,00%	5 62,50%	12 52,20%
	NT	Recuento % dentro de Deshab 12	1 33,30%	1 50,00%	6 60,00%	3 37,50%	11 47,80%
Total		Recuento % dentro de Deshab 12	3 100,00%	2 100,00%	10 100,00%	8 100,00%	23 100,00%

Tabla 26. Deshabituación tabáquica a los 12 meses según el método de seguimiento. Tabla de contingencia.

Pruebas de chi-cuadrado

	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,755

Tabla 27. Deshabituación tabáquica a los 12 Meses según el método de seguimiento. Pruebas de chi-cuadrado.

Los resultados de deshabituación tabáquica al mes, 3 meses, 6 meses y 12 meses de los dos grupos de trabajo se muestran en la Tabla 28.

	Deshabitación total n(%)		Deshabitación parcial n(%)		No deshabituación n(%)		Abandono n(%)	
	TC	NT	TC	NT	TC	NT	TC	NT
1 mes	5(41,67%)	8(72,73%)	4(33,33%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	3(25%)	3(27,27%)
3 meses	4(33,33%)	6(54,55%)	4(33,33%)	1(9,09%)	0(0%)	1(9,09%)	4(33,33%)	3(27,27%)
6 meses	4(33,33%)	7(63,64%)	2(16,67%)	1(9,09%)	2(16,67%)	0(0%)	4(33,33%)	3(27,27%)
12 meses	4(33,33%)	6(54,55%)	1(8,33%)	1(9,09%)	2(16,67%)	1(9,09%)	5(41,67%)	3(27,27%)

Tabla 28. Resultados de deshabituación tabáquica al mes, 3 meses, 6 meses y 12 meses según el método de seguimiento.

Los resultados de adherencia al tratamiento según el grupo de trabajo TC y NT medidos al mes de seguimiento se muestran en la Tabla 29 y Tabla 30. No hay diferencia en la adherencia al tratamiento según el grupo de trabajo.

Tabla de contingencia

			Adherencia			Total
			Si	No	Abandono	
Tipo seguim	TC	Recuento % dentro de Adherencia	4 50,00%	5 55,60%	3 50,00%	12 52,20%
	NT	Recuento % dentro de Adherencia	4 50,00%	4 44,40%	3 50,00%	11 47,80%
Total		Recuento % dentro de Adherencia	8 100,00%	9 100,00%	6 100,00%	23 100,00%

Tabla 29. Resultados de adherencia al tratamiento al mes según el grupo de trabajo.

Tabla de contingencia

Pruebas de chi-cuadrado

	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,877

Tabla 30. Resultados de adherencia al tratamiento al mes según el grupo de trabajo. Pruebas de chi-cuadrado.

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

Los pacientes de nuestro estudio aceptan en un gran porcentaje el ofrecimiento del servicio de atención farmacéutica en deshabituación tabáquica (92%), sólo el 8% de los pacientes lo rechazaron. Otros estudios señalan el rechazo de los pacientes a recibir otros servicios de atención farmacéutica, por ejemplo el seguimiento farmacoterapéutico, como una de las limitaciones de las investigaciones^{81,82}. Los pacientes del estudio, demuestran interés y en el servicio de atención farmacéutica en deshabituación tabáquica, lo que prueba que consideran al farmacéutico comunitario un profesional sanitario adecuado para el tratamiento del tabaquismo.

Hay muchos métodos de intervención para mejorar la salud de los pacientes ya descritos en la bibliografía⁸³. En nuestro ámbito el más utilizado es la realización de campañas de salud¹⁸. La promoción del servicio de atención farmacéutica en deshabituación tabáquica mediante una campaña de difusión aumenta de manera significativa el número de pacientes que solicitan ayuda para dejar de fumar en un 95,83% y aumenta el número de pacientes que se adhieren al servicio de atención farmacéutica en deshabituación tabáquica en un 95,45%. Hasta la fecha, los estudios en el campo de la cesación se han centrado más en el desarrollo y la promoción de intervenciones para mejorar las probabilidades de éxito que en investigar cómo conseguir más fumadores que intenten dejar de fumar⁸⁴. Las investigaciones futuras deberían examinar si el aumento de la tasa de intentos de abandono sería clave para la mejora de la tasa de abandono del hábito tabáquico de la población. Al ser el tabaquismo un problema de salud pública, las autoridades sanitarias deberían realizar campañas de promoción de programas de deshabituación tabáquica que incluyeran a las oficinas de farmacias comunitarias. Esto aumentaría el número de fumadores que solicitan ayuda para dejar de fumar y se adhieren a programas de deshabituación tabáquica.

La tasa de abstinencia media conseguida a los 6 meses y un año de tratamiento con TSN en otros estudios realizados en consultas de atención primaria y otros terapeutas se encuentra entre un 25% y un 35%^{1,85}. En nuestro

estudio la tasa de abstinencia total a los 6 meses es de 47,83% y a los 12 meses es de 43,48%, por tanto, la incorporación de la oficina de farmacia a los programas de deshabituación tabáquica podría mejorar los resultados de salud obtenidos. La atención farmacéutica puede ser la responsable de este resultado gracias a la intervención activa continuada del farmacéutico por su accesibilidad y proximidad al paciente. Las autoridades sanitarias deberían promover la formación de los farmacéuticos comunitarios mediante cursos especializados en atención farmacéutica en deshabituación tabáquica para conseguir disminuir las tasas de tabaquismo.

No hay diferencias estadísticamente significativas entre la deshabituación tabáquica y el sexo del paciente aunque el porcentaje de mujeres que participan en el estudio (69,57%) es superior al de hombres. Como otros autores han descrito, las mujeres realizan más consultas en las farmacias que los hombres⁸⁶. La mayoría de los ensayos realizados en atención primaria tenían aproximadamente un número similar de hombres y mujeres⁷⁹ y la tasa de deshabituación es similar en hombres y en mujeres en los artículos publicados.

Los programas basados en las nuevas tecnologías, son intervenciones de las que se dispone de escasos estudios. Por esto, hasta la fecha no ha sido posible confirmar ni descartar su efectividad⁸⁷. Hay algunas investigaciones en las que la intervención pretende prevenir las recaídas de pacientes que ya han dejado de fumar mediante el uso de nuevas tecnologías, algunas con resultados positivos⁸⁸, y otras con resultados ambiguos⁸⁹. Sin embargo, no hay estudios de intervenciones en oficinas de farmacia utilizando las nuevas tecnologías para aumentar la adherencia y la tasa de deshabituación tabáquica, por lo que se debería hacer un estudio amplio, en el que se incluyeran a otras oficinas de farmacia, para corroborar los resultados obtenidos en este trabajo.

En nuestro estudio el resultado de deshabituación total a los 6 meses en el grupo NT es de 63,64% y a los 12 meses de 54,55%, lo que supone un aumento clínicamente significativo de las tasas de deshabituación tabáquica frente a las consultas de atención primaria y otros especialistas, los cuales se sitúan entre el 25% y el 35%^{1,85}. Además, la tasa de abandono del programa de deshabituación tabáquica en el grupo NT es de 27,27%, tasa que se mantiene

estable con el tiempo; mientras que en el grupo TC, la tasa de abandono es de un 25% al mes, 33,33% a los 3 y 6 meses y 41,67% a los 12 meses. Es decir, el uso de nuevas tecnologías de comunicación incrementa la adherencia al servicio de atención farmacéutica en deshabituación tabáquica y con ello los resultados positivos. Además, evita la pérdida de pacientes que siguen el programa de tabaquismo que se da en el grupo TC.

Los resultados de adherencia al tratamiento no muestran diferencias entre los grupos de trabajo de NT y TC. Esto puede ser debido a que el cuestionario SMAQ, al ser dicotómico, es demasiado restrictivo y categórico a la hora de juzgar dicha adherencia de los pacientes a la medicación. El uso de TSN en tabaquismo no es percibido por los pacientes con la misma importancia que otro tipo de medicación. Es posible que olviden una toma o que dejen de tomar la medicación el fin de semana o si se encuentran mal. Los resultados de esta variable no se han visto influenciados por el uso de las nuevas tecnologías pero sería necesario hacer otro tipo de medida de la adherencia a la medicación para comprobar si existe realmente algún tipo de variación.

Este estudio evidencia la necesidad de sumar un mayor número de farmacéuticos que realicen actividades de atención farmacéutica, con la intención de poder demostrar su significativo impacto en la disminución de las tasas de tabaquismo de la población. Asimismo, al ser éste un problema de salud pública, es necesario promover campañas de promoción de atención farmacéutica en deshabituación tabáquica a nivel institucional de forma coordinada con el fin de disminuir los problemas asociados al tabaco.

Limitaciones

Las limitaciones de este estudio son:

1.- Número de pacientes que intervinieron en el estudio por lo que se debería realizar otro estudio multicéntrico que incluyera a varias oficinas de farmacia para corroborar los resultados.

2.- El grado de abstinencia se obtiene midiendo el CO en aire espirado. Valores elevados de CO sólo pueden ser detectados por el cooxímetro si han transcurrido menos de 24 horas desde el consumo de tabaco. Algunos

pacientes para no reconocer el fracaso podrían haber dejado de fumar 48h antes del control, lo cual también supone una limitación de nuestro estudio.

3.- Uso del cuestionario validado SMAQ para medir la adherencia a la medicación. El cuestionario SMAQ, al ser dicotómico, es demasiado restrictivo y categórico a la hora de juzgar la adherencia de los pacientes a la medicación en deshabituación tabáquica.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. La promoción de un programa de deshabituación tabáquica en una oficina de farmacia incrementa el número de pacientes que solicitan ayuda para dejar de fumar y de los pacientes que participan en el servicio de atención farmacéutica en deshabituación tabáquica.
2. La atención farmacéutica es un método eficaz para conseguir la deshabituación tabáquica consiguiendo a los doce meses una tasa de abstinencia total en el 43% de los pacientes que se incluyeron, siendo estos resultados mejores que en otros entornos sanitarios.
3. El uso de nuevas tecnologías en los programas de atención farmacéutica en deshabituación tabáquica incrementa la adherencia a dichos programas y por tanto los resultados positivos.

ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1. Test de Fagerström

1. ¿Cuánto tarda en fumar el primer cigarrillo después de levantarse por la mañana?	Puntos
a) 5 minutos	3
b) 6-30 minutos	2
c) 31-60 minutos	1
d) Más de 60 minutos	0
2. ¿Le cuesta no fumar en lugares donde está prohibido (cine, autobús, establecimientos sanitarios)?	
a) Sí	1
b) No	0
3. ¿A qué cigarrillo le costaría más renunciar?	
a) Al primero de la mañana	1
b) Otros	0
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	
a) 31 ó más	3
b) 21-30	2
c) 11-20	1
d) 10 ó menos	0
5. ¿Fuma más durante las primeras horas del día que durante el resto?	
a) Sí	1
b) No	0
6. Si está tan enfermo que se queda en la cama, ¿fuma?	
a) Sí	1
b) No	0
Puntuación total	_____
Dependencia leve (de 1 a 3 puntos o consumo de menos de 20 cigarrillos/día)	
Dependencia moderada (de 4 a 6 puntos ó consumo de 20 - 30 cigarrillos/día)	
Dependencia alta (más de 7 puntos ó más de 30 cigarrillos/día)	

Anexo 2. Consejos y advertencias sobre tabaquismo.

CONSECUENCIAS DEL TABACO PARA LA SALUD

A corto plazo

- Dificultad para respirar ante pequeños esfuerzos, disminución de la resistencia en la práctica deportiva.
- Dolor de cabeza y embotamiento cerebral, que dificultan el período de aprendizaje y el rendimiento intelectual.
- Cansancio.
- Favorece la caída del cabello y la alteración de la elasticidad de la piel, produciendo sequedad, aparición precoz de arrugas... o lo que es lo mismo, envejecimiento precoz.
- En el caso de las chicas fumadoras puede alterar la forma y el tamaño de los pechos.
- Pérdida de olfato.
- Coloración amarillenta de los dientes.
- Produce mal aliento.
- Puede producir conjuntivitis en ambientes cerrados, manifestándose con escozor de ojos, lagrimeo y enrojecimiento de la conjuntiva.

A largo plazo

- En el aparato cardiovascular es responsable de una de cada tres muertes que se producen por infartos de miocardio, embolias, trombosis e infartos cerebrales. Además, es causante de enfermedades invalidantes como la angina de pecho, hipertensión y falta de riego en las piernas.
- En el aparato respiratorio genera el 85% de las enfermedades pulmonares como la bronquitis crónica, enfisema, bronquiectasias, limitando sustancialmente las relaciones físicas y la calidad de vida.
- Se le atribuyen el 30% de todos los tipos de cánceres, sobre todo de pulmón, laringe, tráquea, vejiga...

ENFERMEDADES ASOCIADAS A LA EXPOSICIÓN AL HUMO AMBIENTAL DEL TABACO EN LA INFANCIA

- Incremento en la frecuencia de cólicos del lactante.
- Aumento de la acidez gástrica.
- Incrementa el reflujo duodeno-gástrico.
- Factor de riesgo de la estenosis hipertrófica del píloro del recién nacido y de la Enfermedad de Crohn.
- Incremento de la atopia infantil.
- Aumento del riesgo de caries.
- Patología respiratoria: (mayor riesgo de broncoespasmo, asma bronquial, bronquitis, bronquiolitis y neumonías).
- Patologías otorrinolaringológicas: hipertrofia de adenoides, otitis media aguda, síndrome de apnea obstructiva del suelo.
- Patología cardiovascular.
- Neoplasias. Se ha detectado un aumento en la incidencia del cáncer en la infancia (Leucemias agudas, tumores intracraneales, neuroblastoma, tumor de Wilms, sarcoma óseo y partes blandas, linfomas o cáncer de pulmón).
- Síndrome de Muerte Súbita del Lactante.

TU SALUD MEJORA AL DEJAR DE FUMAR DESPUÉS DEL ÚLTIMO CIGARRILLO

- 20 minutos después La presión arterial y el ritmo cardiaco comienzan a normalizarse
- 8 horas después Los niveles de nicotina y monóxido de carbono en la sangre se reducen a la mitad y el de oxígeno se aproxima al normal
- 24 horas después Disminuye el riesgo de infarto de miocardio y los pulmones empiezan a remover mucosidad
- 48 horas después Se recupera la capacidad de oler y saborear. La nicotina desaparece del organismo
- 3 días después Aumenta la capacidad pulmonar, reduciéndose la tos y aumentando la sensación de bienestar
- 15 días después Mejora de forma generalizada la circulación sanguínea. La dependencia física a la nicotina desaparece
- De 1 a 2 meses después La presión arterial recupera sus valores normales. Mejora el flujo de la sangre a las manos y a los pies
- De 3 a 6 meses después Aumenta la capacidad de resistencia a las infecciones

¿QUÉ HACER EL PRIMER DÍA SIN FUMAR?

1. Piensa en dejar de fumar sólo por hoy. Dejar de fumar es difícil pero no imposible, merece la pena que le dediques un tiempo y un esfuerzo adicional.
2. Procura hoy hacer una comida más ligera, come muchas veces y poco cada vez. Bebe agua y zumo natural. Evita bebidas excitantes, como el alcohol o el café. Después de comer no te tomes un descanso para leer o ver la TV; no te quedes quieto. Haz algo, muévete.
3. Si tienes deseo muy fuerte de fumar, no te preocupes, relájate, respira profundamente varias veces.
4. Descubre que, en las situaciones de tensión, eres el único capaz de dominarlas, no necesitas para nada el cigarrillo.
5. Los primeros días evita las situaciones de riesgo. Ve pronto a dormir.
6. Piensa en el dinero que ahorras y antes derrochabas en tabaco. Cuando tengas una buena cantidad ahorrada, regálate eso que tantas veces has querido comprar.
7. Felicítate cada día que pasas sin fumar, porque esta vez seguro que vas a conseguir dejar de fumar.
8. No cedas nunca, ni siquiera por un solo cigarrillo.

SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Estos efectos les suceden a la mayoría de quienes de quienes intentan dejar de fumar y son la principal causa de recaída. NO son un signo de debilidad o de que no se puede dejar el tabaco. Estos efectos son desagradables, pero pasajeros, y serán menos intensos si está en tratamiento con parches, chicles o comprimidos de nicotina para ayudarle a dejar de fumar

En todo caso merece la pena soportar estos síntomas, comparado con las ventajas que obtendremos al lograr dejar de fumar

Si alguno de estos síntomas es tan molesto como para poner en peligro el éxito de su cesación tabáquica, CONSULTE A SU FARMACÉUTICO

SÍNTOMAS PSIQUICOS

- Craving (deseo de fumar)
- Intranquilidad, ansiedad
- Irritabilidad, nerviosismo
- Frustración, rabia
- Tristeza, melancolía
- Dificultad de concentración
- Cansancio, inapetencia por las labores habituales
- Insomnio

SÍNTOMAS SOMÁTICOS

- Estreñimiento
- Cefalea
- Bradicardia
- Hipotensión
- Aumento del apetito
- Ganancia de peso

CONSEJOS PARA PREVENIR LAS RECAÍDAS

- No es raro que durante mucho tiempo sienta en ocasiones deseos de fumar. Recuerde que son sensaciones temporales que terminarán por desaparecer. No se sienta débil por ello. Es lo normal.
- Los deseos de fumar cada vez durarán menos y le será más fácil controlarlos.
- Retire de su entorno todo lo que le recuerde el tabaco (mecheros, ceniceros, etc.).
- Cuando sienta deseos de fumar, ingiera fruta o líquidos, emprenda alguna actividad o utilice los dispositivos que le recomiende su farmacéutico.
- Recuerde que su salud y su ánimo mejorarán progresivamente. Cada día se sentirá mejor que el anterior.
- No olvide vigilar su alimentación y su tiempo de ejercicio físico diario.
- No se preocupe de vivir en adelante sin tabaco. Al fin y al cabo, dejando de fumar no renuncia a nada importante de la vida.
- En ciertos momentos recibirá presiones para que fume, pero ahora ya está capacitado para rechazarlas. Recuerde que los equivocados son quienes continúan fumando.
- Si en algún momento siente dudas o debilidad, consulte de nuevo a su farmacéutico. No tire por la borda el esfuerzo realizado ahora que tiene a su alcance dejar el tabaco para siempre.
- Si finalmente fuma algún cigarrillo, se sentirá mal y además le sabrá mal. Analice por qué ha fumado ese cigarrillo y si ha merecido la pena. En todo caso, considérela algo aislado que no se repetirá. Repase los motivos por los que ha decidido dejar de fumar.
- Un desliz NO es una recaída, pero algo no marcha bien del todo. Analice las causas y evítelas en el futuro. Considérela como una lección. Un cigarrillo o varios aislados no tienen capacidad para convertirle de nuevo en adicto. No desista por ello.
- Si ha ganado algo de peso, revise su dieta y haga algo más de ejercicio. No coma entre horas, evite el pan, la bollería y el alcohol o consulte a su

terapeuta. El riesgo para la salud del tabaco es mayor que es del aumento de peso, y siempre podrá perder ese peso más adelante. No es un motivo para abandonar el intento.

- Ya se ha demostrado a sí mismo que puede vivir sin fumar. El continuar depende de usted, pero no dude en solicitar ayuda de nuevo si cree que la precisa.

Anexo 3. Material informativo sobre el uso correcto de la TSN.

Uso correcto de chicles

- Mastica lentamente el chicle hasta sentir un sabor fuerte (es la nicotina que se libera).
- En ese momento ya no mastiques y deja el chicle “aparcado” entre la mejilla y la encía hasta que el sabor desaparezca.
- Repite este proceso hasta que desaparezcan las ganas de fumar o se agote el chicle (20 – 30 minutos).
- Si has masticado el chicle demasiado rápido pueden aparecer molestias gástricas.
- Toma un chicle cada vez que sientas deseos de fumar. La dosis media diaria suele estar comprendida entre 8 – 12 chicles, hasta un máximo de 15. No superar los 25 chicles diarios.
- Algunas bebidas, como café, zumos o refrescos, pueden alterar su absorción por lo que se recomienda no comer ni beber, excepto agua, desde quince minutos antes de su uso hasta que se tira.
- Los chicles pueden servir para abortar las ganas de fumar en situaciones concretas, en las que, además, no han sido efectivos otros métodos. Tenlos a mano para estas situaciones.
- Recuerda que si estás en tratamiento con chicles, debes intentar no fumar, pero, en todo caso, el hecho de fumar algún cigarrillo no invalida el tratamiento. No te alarmes por lo que puedas leer en los prospectos de estos productos.
- Si tienes dudas, consulta con tu farmacéutica.



Uso correcto de comprimidos

- Chupa lentamente el comprimido hasta sentir un sabor fuerte (es la nicotina que se libera).
- En ese momento ya no chupes y deja el comprimido “aparcado” entre la mejilla y la encía hasta que el sabor desaparezca.
- Repite este proceso hasta que desaparezcan las ganas de fumar o se agote el comprimido (20 – 30 minutos).
- Toma un comprimido cada vez que sientas intensos deseos de fumar. La dosis media diaria suele estar comprendida entre 8 - 12 comprimidos, hasta un máximo de 15. No superar los 25 comprimidos diarios
- Algunas bebidas, como café, zumos o refrescos, pueden alterar su absorción por lo que se recomienda no comer ni beber, excepto agua, desde quince minutos antes de su uso hasta que se tira.
- Los comprimidos pueden servir para abortar las ganas de fumar en situaciones concretas, en las que, además, no han sido efectivos otros métodos. Tenlos a mano para estas situaciones.
- Recuerda que si estás en tratamiento con comprimidos, debes intentar no fumar, pero, en todo caso, el hecho de fumar algún cigarrillo no invalida el tratamiento. No te alarmes por lo que puedas leer en los prospectos de estos productos.
- Si tienes dudas, consulta con tu farmacéutica.



Uso correcto de parches

- Aplicarlo sobre piel sin vello de una zona que sude poco (brazo, hombro, espalda, etc.). Es para que se adhiera mejor a la piel.
- Cada mañana aplica el parche sobre un lugar diferente para no dañar la piel. Puede rotar entre pecho, espalda, brazos, abdomen, etc.; donde te resulte más cómodo.
- Cada día debes sustituir el parche por otro nuevo. Recuerda que, en función de su duración, hay dos tipos de parches, de 16 y 24 horas, y cada uno de ellos con distintas dosis. Utiliza el que te han recomendado que se ajusta a tus necesidades de horas y dosis. Los parches de 16 horas se retiran por la noche y los de 24 horas a la mañana siguiente.
- Puede producir picor o enrojecimiento, que suele ser leve y desaparecer al cabo de unos días. Para reducir este efecto, a veces es útil airear el parche durante 2 o 3 minutos una vez retirado el protector adhesivo, antes de pegarlo en la piel. Hazlo correctamente para que funcione bien.
- Recuerda que si estás en tratamiento con parches, debes intentar no fumar (ni siquiera pasadas varias horas de haberte retirado el parche), pero no te alarmes si has fumado, no te quites el parche. No te alarmes por lo que puedas leer en los prospectos de estos productos.
- Si tienes dudas, consulta con tu farmacéutica.



Anexo 4. Consejos sobre tabaquismo de la página web.

www.nofumesweb.com Alicia Marín Armero
Licenciada en Farmacia

Te ayudo a dejarlo Ventajas de dejar de fumar Enlaces

Te ayudo a dejarlo
Los días previos
Hoy no fumo
¿Y después?
TSN

TE AYUDO A DEJAR DE FUMAR

Consejos y estrategias para dejar de fumar

- Buscar ayuda es el primer paso para dejar de fumar
- Elige un día para dejar el tabaco. Es el día D
- ¿Qué hacer antes, el día D y después de dejar de fumar? Lee los consejos y estrategias del menú lateral. Te ayudarán

31 de mayo, día mundial sin tabaco

www.nofumesweb.com

Alicia Marín Armero
Licenciada en Farmacia

Te ayudo a dejarlo

Ventajas de dejar de fumar

Enlaces

Los días previos

Test
Rompe lazos
¿Estás preparado?
TSN

¿ESTÁS PREPARADO PARA DEJAR DE FUMAR?

Consejos que te ayudarán a superar la dependencia al tabaco

- Marca en el calendario el día elegido para dejar de fumar (así te irás mentalizando)
- Trata de que la fecha elegida no coincida con una época de especial tensión, preocupaciones o exceso de trabajo
- Repasa tus razones para dejar de fumar
- Cada vez que enciendas un cigarrillo piensa por qué lo haces y si verdaderamente es del todo imprescindible
- Descubre las situaciones que asocias con la necesidad de fumar y evítalas. Comprobarás que disminuye el número de cigarrillos que fumas y que empiezas a controlar la urgencia de fumar. Felicidades
- Si te ha sido prescrito un tratamiento farmacológico, adquiérela

31 de mayo, día mundial sin tabaco

www.nofumesweb.com

Alicia Marín Armero
Licenciada en Farmacia

Te ayudo a dejarlo

Ventajas de dejar de fumar

Enlaces

TSN

Chicles
Comprimidos
Parches

Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN)

¿En qué consiste?

- Consiste en la administración de nicotina por vía diferente a la de los cigarrillos, para evitar la aparición de los síntomas del síndrome de abstinencia
- La nicotina es aquí un medicamento destinado a ayudarte a dejar de fumar
- Esta terapia es útil para vencer la dependencia física y también la psíquica, aunque esta última necesita de tu voluntad para tener éxito
- Los productos de nicotina (chicles, comprimidos y parches) no te protegen de las presiones que te incitan a fumar. Sólo hacen más fácil conseguir dejar de fumar y permanecer sin fumar
- Mientras utilizas chicles, comprimidos o parches debes intentar no fumar
- El hecho de fumar algún cigarrillo no invalida el tratamiento. No te alarmes por lo que puedas leer en los prospectos de estos productos. Consulta con tu farmacéutico

31 de mayo, día mundial sin tabaco

www.nofumesweb.com

Alicia Marín Armero
Licenciada en Farmacia

Te ayudo a dejarlo Ventajas de dejar de fumar Enlaces

Te ayudo a dejarlo

Los días previos
Hoy no fumo
¿Y después?
TSN

¿QUÉ HACER EL PRIMER DÍA SIN FUMAR?

- Piensa en dejar de fumar sólo por hoy. Dejar de fumar es difícil pero no imposible, merece la pena que le dediques un tiempo y un esfuerzo adicional
- Procura hoy hacer una comida más ligera, come muchas veces y poco cada vez. Bebe agua y zumo natural. Evita bebidas excitantes, como el alcohol o el café. Después de comer no te tomes un descanso para leer o ver la TV; no te quedes quieto. Haz algo, muévete
 - Si tienes deseo muy fuerte de fumar, no te preocupes, relájate, respira profundamente varias veces
 - Descubre que, en las situaciones de tensión, eres el único capaz de dominarlas, no necesitas para nada el cigarrillo
 - Los primeros días evita las situaciones de riesgo. Ve pronto a dormir
 - Piensa en el dinero que ahorras y antes derrochabas en tabaco. Cuando tengas una buena cantidad ahorrada, regálate eso que tantas veces has querido comprar
 - Felicítate cada día que pasas sin fumar, porque esta vez seguro que vas a conseguir dejar de fumar
 - No cedas nunca, ni siquiera por un solo cigarrillo

31 de mayo, día mundial sin tabaco

Anexo 4. Cuestionario validado SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire).

CUESTINARIO ADHERENCIA SMAQ	Respuesta Posible
1. Alguna vez ¿Olvida tomar la medicación?	Sí No
2. ¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?	Sí No
3. Alguna vez ¿deja de tomar los fármacos si se siente mal?	Sí No
4. ¿Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana?	Sí No
5. En la última semana ¿cuántas veces no tomó alguna dosis?	A: ninguna B: 1-2 C: 3-5 D: 6-10 E: más de 10
6. Desde la última visita ¿cuántos días completos no tomó la medicación?	Días:

Se considera paciente no adherente cuando éste responde:

- pregunta 1: si
- pregunta 2: no
- pregunta 3: si
- pregunta 4: si
- pregunta 5: C, D ó E
- pregunta 6: más de 2 días.

El cuestionario es dicotómico, cualquier respuesta en el sentido de no adherente se considera no adherente.

La pregunta 5 se puede usar como semicuantitativa:

- A: 100-95% cumplimiento terapéutico
- B: 85-94% cumplimiento terapéutico
- C: 65-84% cumplimiento terapéutico
- D: 30-64% cumplimiento terapéutico
- E: < 30% cumplimiento terapéutico.

Este cuestionario considera paciente adherente a aquel que tiene un cumplimiento terapéutico igual o superior al 95%.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ¹ Camarelles F et al. Consenso sobre la Atención Sanitaria del Tabaquismo en España. Observatorio para la Prevención del Tabaquismo. Rev Esp Salud Pública 2009; 83: 175-200.
- ² World Health Organization. WHO global report on mortality attributable to tobacco. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2012.
- ³ Banegas JR, Díez L, González J, Villar F, Rodríguez Artalejo F. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. Medicina Clínica 2005;124:769-771.
- ⁴ World Health Organization. WHO Framework Convention On Tobacco Control. Disponible en: www.who.int/entity/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf. [Consulta 20 enero 2011]
- ⁵ European Commission. Tobacco or Health in the European Union. Past, present and future. Brussels: The ASPECT Consortium and European Commission Directorate-General for Health and Consumer Protection, 2004. Disponible en: www.enfp.org/sites/default/files/ASPECT_report_full_EN.pdf. [Consulta 20 enero 2011]
- ⁶ Boletín Oficial del Estado. España. Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Disponible en: www.boe.es/boe/dias/2010/12/31/pdfs/BOE-A-2010-20138.pdf. [Consulta 15 octubre 2012]
- ⁷ Plan de Salud 2010-2015 de la Región de Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo, 2010. Disponible en: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/185877-Plan_salud_2010-2015.pdf. [Consulta 15 octubre 2012]
- ⁸ Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. La evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa. Informe de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea. Parte dos. Libro de evidencia. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000.
- ⁹ Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Formación en Promoción y Educación para la Salud. Informe del Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003
- ¹⁰ Stokols D. Establishing and maintaining health environments: toward a social ecology of health promotion. American Psychologist 1992; 47: 6-22.
- ¹¹ Maibach EW, Abrams LC, Marosits M. Communication and marketing as tools to cultivate the public's health: a proposed people and place framework. BMC Public Health 2007; 7: 88. Disponible en: www.biomedcentral.com/1471-2458/7/88. [Consulta 23 julio 2013]
- ¹² Díez E, Juárez O, Villamarín F. Intervenciones de promoción de la salud basadas en modelos teóricos. Medicina Clínica. España. 2005;125(5):193-197.
- ¹³ Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. Thorax 1998; 53 (5 sup): s1-s19.
- ¹⁴ Castrillón C, Garcia-Cardenas V, Martínez-Martínez F, Benrimoj SI, Amariles P, Gastelurrutia MA. Implementation of medication review with follow-up in a Spanish community pharmacy and its achieved outcomes. International Journal of Clinical Pharmacy. 2015; 37(5): 931-40.
- ¹⁵ Zillich AJ, Ryan M, Adams A, Yeager B, Farris K. Effectiveness of a Pharmacist-Based Smoking-Cessation Program and its impact on quality of life. Pharmacotherapy 2002; 6: 759-765.
- ¹⁶ Sinclair HK, Bond CM, Stead LF. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007; Issue 4. Art. No.: CD003698. DOI: 10.1002/14651858.Cd003698.pub2.
- ¹⁷ Vitale F. Professional interventions for smoking cessation: the contribution of the pharmacist. European Journal of Public Health 2000; 10 (3 sup): 21-24.
- ¹⁸ Dent L, Harris K, Noonan C. Tobacco Interventions Delivered by Pharmacists: A Summary and Systematic Review. Pharmacotherapy 2007;27(7):1040-1051.
- ¹⁹ Mssot M. Tratamiento del paciente fumador en la oficina de farmacia. Aula de farmacia 2010; 6 (1 sup): 1-12.
- ²⁰ Foro de Atención Farmacéutica. Documento de consenso 2008. Madrid: MSC, RANF, CGCOF, SEFAP, SEFAC, SEFH, FPCE, GIAFUG. 2008; Disponible en: www.pharmaceutical-care.org/doccontenidos/documentos/FORO_At_farma.pdf. [Consulta 7 marzo 2008]

- ²¹ Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Indicación Farmacéutica en Deshabituación Tabáquica. Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Farmacéutica. Madrid. 2005.
- ²² US Department of Health and Human Services. Public Health Service. Clinical Practice Guideline: Treating tobacco use and dependence. Washington. June 2000.
- ²³ Domínguez Grandal F, Castañal Canto X, Grupo MBE Galicia. Guía del tabaquismo. Guías clínicas 2007; 7 (41).
- ²⁴ Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Barcelona: Euromedice; 2009.
- ²⁵ Marteau TM, Lerman C. Genetic risk and behavioural change. Br Med J 2001; 322:1056-1059.
- ²⁶ Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: towards an integrative model of change. J Consult Clin Psychol 1983; 51 (3): 390-5.
- ²⁷ Becoña E. Tratamiento del tabaquismo. Madrid: Dickinson; 1998.
- ²⁸ Miller W, Rollnick S. La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas. Barcelona: Paidós; 2003.
- ²⁹ Jarvis MJ. Patterns and predictors of smoking in the general population. En: The Tobacco epidemic. Bolliger CT, Fagerström KO. Prog Respir Res Basel Karger, 1997, vol 28, pp:151-164.
- ³⁰ Programa de información sobre tabaquismo. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. Dirección General de Salud Pública. Servicio de Promoción y Educación para la Salud. 2008.
- ³¹ American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association 2000.
- ³² WHO. International classification of diseases (ICD-10). Geneva: World Health Organization, 1991.
- ³³ Fagerström KO, Schneider N. Measuring nicotine dependence: a review of the FTND. J Behav Med. 1989; 12:158-82.
- ³⁴ Le Foll B, Melihan-Cheinin P, Rostoker G, Lagrue G, for the working group of AFSSAPS. Smoking cessation guidelines: evidence-based recommendations of the French Health Products Safety Agency. European Psychiatry 2005; 20: 431-41.
- ³⁵ Jarvis J, Russell MAH. Expired air CO: a simple breath of tobacco smoke intake. BMJ 1980; 281:484-485.
- ³⁶ Barrueco M, Jiménez Ruiz C, Palomo L, Torrecilla M, Romero P, Riesco JA. Veracidad de la respuesta de los fumadores sobre su abstinencia en las consultas de deshabituación tabáquica. Arch Bronconeumol. 2005;41:135-40. DOI: 10.1157/13071584.
- ³⁷ Stahl SM. Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications. Cambridge University Press. 2008.
- ³⁸ Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- ³⁹ Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J. Hypnotherapy for smoking cessation (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue2. Art. No.: CD001008. DOI: 10.1002/14651858.CD001008.
- ⁴⁰ White AR, Rampes H, Campbell JL. Acupuncture and related interventions for smoking cessation (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Review 2006, Issue 1. Art. No.: CD000009. DOI: 10.1002/14651858.CD000009.
- ⁴¹ Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF. Hypnotherapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Oct 6;(10):CD001008. doi: 10.1002/14651858.CD001008.pub2.
- ⁴² Catálogo de Medicamentos. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid. 2015.
- ⁴³ Fiore MC, Jaen CR, Baker TR, et al. Treating tobacco use and dependence. 2008 update. Clinical Practice Guideline. US Department of Health and Human Services. Public Health Service. Rockville. May 2008.
- ⁴⁴ Shiffman S, Shadel WG, Niaura R, Khayrallah MA, Jorembly DE, Ryan CF, et al. Efficacy of acute administration of nicotine gum in relief of cue-provoked cigarette craving. Psychopharmacology 2003; 166: 343-50.

- ⁴⁵ CADTH Rapid Response Reports. Nicotine Replacement Therapy for Smoking Cessation or Reduction: A Review of the Clinical Evidence. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; Ottawa Jan 2014.
- ⁴⁶ Nides M. Update on pharmacologic options for smoking cessation treatment. *AM J Med* 2008; 121(4 Suppl 1): S20-31.
- ⁴⁷ Le Foll B, George TP. Treatment of tobacco dependence: integrating recent progress into practice. *CMAJ* 2007; 177 (11): 1373-80.
- ⁴⁸ Shiffman S, Fant R, Buchhalter R, Girchell J, Henningfield J. Nicotine delivery systems. *Expert Opin Drug Deliv* 2005; 2(3):563-77.
- ⁴⁹ Sweeney CT, Fant RV, Fagerstrom KO, Mcgovern JF, Henningfield JE. Combination nicotine replacement therapy for smoking cessation: rationale, efficacy and tolerability. *CNS Drugs*. 2001; 15:453-67.
- ⁵⁰ Jiménez CA, Solano S. Tratamiento del tabaquismo. Terapia sustitutiva con nicotina. *Rev Clin Esp* 1994; 194:487-91.
- ⁵¹ Muñoz García MA. Mecanismos motivacionales del craving: ansia por el tabaco. Editorial de la Universidad de Granada. 2007.
- ⁵² Shiffman S, West RJ, Gilbert DG. Recommendation for the assessment of tobacco craving and withdrawal in smoking cessation trials. *Nicotine and Tobacco Research* 2004; 6(4):599-614.
- ⁵³ Jiménez CA, González de la Vega JM, Escudero C, Garcia A, Roca J, Solano S, et al. Tabaquismo. *Manuales SEPAR* 1995;1:1-109.
- ⁵⁴ Torrecilla M, Martín M, Moreno de la Vega B, Plaza D, Hernández-Mezquita MA, Barrueco M. Deshabituación tabáquica e incremento ponderal. *Prev Tab* 2000;2:89-94.
- ⁵⁵ Tiffany ST. Consideration of a comprehensive animal model of addiction: the limitations of modeling a counterfeit condition. *Psychopharmacology* 2014; 231:3919-20.
- ⁵⁶ Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ, Fiore MC. Treating tobacco use and dependence: an evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation. *Chest* 2002; 121:932-41
- ⁵⁷ Jiménez CA, Fagerström KO. Manual práctico de la terapia sustitutiva con nicotina en el tratamiento del tabaquismo. Barcelona: Novartis; 2000.
- ⁵⁸ Pérez-Trullén A, Clemente ML, Hernández MA, Morales C. La autoeficacia como método de deshabituación tabáquica. *Anales de Psiquiatría* 2001; 7(1):22-9.
- ⁵⁹ Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Madrid: AETS del Instituto de Salud Carlos III. 2003.
- ⁶⁰ Martin C, Córdoba R, Jane C, Nebot M, Galán S, Aliaga M, et al. Evaluación a medio plazo de un programa de ayuda a fumadores. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 744-8.
- ⁶¹ U. S. Department of Health and Human Services. Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General. Atlanta: DHHS. 2000.
- ⁶² Jiménez-Ruiz CA, Barrueco M, Solano S, Torrecilla M, Domínguez F, Díaz-Maroto JL, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. *Arch Bronconeumol* 2003; 39: 35-41.
- ⁶³ Secker-Walter RH, Gnich W, Platt S, Lancaster T. Community interventions for reducing smoking among adults. *The Cochrane Library*, Issue 2, 2006. Chichester. UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- ⁶⁴ Morales I, Nebot M, Ballestín M, Saltó E. Evaluación de una intervención comunitaria (Programa "Quit and Win") para dejar de fumar. *Gac Sanit* 1999; 13: 456-61.
- ⁶⁵ Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art No.: CD002850. DOI: 10.1002/14651858. CD002850.
- ⁶⁶ Bock B et al. Smoking cessation treatment on the Internet: content, quality, and usability. *Nicotine Tob Res* 2004; 6:207-19.
- ⁶⁷ Milis MA, Dunbar P. Review of computer-generated outpatient health behaviour interventions. *J Am Med Inform Assoc*. 2001; 8: 62-79.
- ⁶⁸ Lancaster L, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Art. No.: CD001118. DOI: 10.1002/14651858. CD001118.
- ⁶⁹ DiMatteo M, DiNicola D. Achieving patient compliance: the psychology of the medical practitioner's role. New York. 1982. Pergamon Press.
- ⁷⁰ Salvador M, Ayesta FJ. La adherencia terapéutica en el tratamiento del tabaquismo. *Intervención Psicosocial*. 2009; 18 (3): 233-44.

- ⁷¹ Haynes RB, McDonald HP, Garg AX. Helping patients follow prescribed treatment. *Clinical applications. The Journal of the American Medical Association.* 2002; 288: 2880-3.
- ⁷² Martín L, Grau J. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la Psicología de la salud. *Psicología y salud.* 2004; 14: 89-99.
- ⁷³ Machuca M, Fernández-Llimos F, Faus MJ. Método Dáder. Guía de seguimiento farmacoterapéutico. Granada:GIAF-UGR;2003.
- ⁷⁴ Machuca M, Baena MI, Faus MJ. Guía de Indicación Farmacéutica. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. (CTS-131) Universidad de Granada y Fundación Abbott 2005.
- ⁷⁵ Torrecilla García M et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador. Documento de consenso. *Medifam* 2002; 12: 484-92.
- ⁷⁶ Clark KD, Wardrobe-Wong N, Eliot JJ, Preece T, Lindends T, Larstrom B. Cigarette smoke inhalation and lung damage in smokers volunteers. *Eur Respir J* 1998; 12: 395-9.
- ⁷⁷ Zacny JP, Stitzer ML, Brown FH, Prawn HN, Lawn HJ, et al. Human cigarette smoking: effect of puff and inhalation parameters on smoke exposure. *J Pharmacol Exp Ther* 1986; 240: 554-64.
- ⁷⁸ Pérez Trullen A, Clemente Jiménez ML, Morales Blánquez C. Terapias psicológicas en la deshabituación tabáquica. *Psiquis*, 2001; 22(6):251-63.
- ⁷⁹ Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 11. Art. No.:CD000146. DOI: 10.1002/14651858.CD000146.pub4.
- ⁸⁰ Aubin HJ, Karila L, Reynaud M. Pharmacotherapy for smoking cessation: present and future. *Curr Pharm Des.* 2011;17(14):1343–50.
- ⁸¹ Barris D, Faus M J. Iniciación a la metodología Dáder de seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria. *Ars Pharmaceutica.*2003; 44(3): 225-37.
- ⁸² García de Vicuña B. Barreras que impiden el desarrollo de la atención farmacéutica. *El Farmacéutico* 2002; 281:55- 60.
- ⁸³ Díez E, Juárez O, Villamarín F. Intervenciones de promoción de la salud basadas en modelos teóricos. *Médecina Clínica. España.* 2005;125(5):193-197.
- ⁸⁴ Zhu SH, Lee M, Zhuang YL, Gamst A, Wolfson T. Interventions to increase smoking cessation at the population level: how much progress has been made in the last two decades? *Tob Control* 2012; 21:110-118 doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050371.
- ⁸⁵ Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 3. Art. No.: CD000146. DOI:10.1002/14651858.CD000146.
- ⁸⁶ Baixauli V J, Salar Ibáñez L, Barbero González A. Demanda de información en la Farmacia Comunitaria. *Pharmaceutical Care España* 2004; 6 (3): 136-44.
- ⁸⁷ Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;8:CD003999.
- ⁸⁸ McDanilel AM et al. A randomised controlled trial to prevent smoking relapse among recently quit smokers enrolled in employer and health plan sponsored quitlines. *BMJ Open* 2015; 5:e007260 doi:10.1136/bmjopen-2014-007260.
- ⁸⁹ Cheung YTD, Chan CHH, Lai CKJ, Chan WFV, Wang MP, Li HCW, Chan SSC, Lam TH. Using WhatsApp and Facebook Online Social Groups for Smoking Relapse Prevention for Recent Quitters: A Pilot Pragmatic Cluster Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res* 2015;17(10):e238.