

Julián González Blanca

Papel de la oficina de farmacia en los planes de deshabitación tabáquica

Director/es
Vicente Romero, Jorge

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>



Universidad de Zaragoza
Servicio de Publicaciones

ISSN 2254-7606



Universidad
Zaragoza

Tesis Doctoral

**PAPEL DE LA OFICINA DE FARMACIA EN LOS
PLANES DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA**

Autor

Julián González Blanca

Director/es

Vicente Romero, Jorge

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
Escuela de Doctorado

Programa de Doctorado en Ciencias Biomédicas y Biotecnológicas

2024

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA



**Universidad
Zaragoza**

Facultad de Medicina

Departamento de Farmacología, Fisiología y Medicina Legal y Forense

Tesis doctoral

**PAPEL DE LA OFICINA DE FARMACIA EN
LOS PLANES DE DESHABITUACIÓN
TABÁQUICA**

Memoria presentada por

Julián González Blanca

Para optar al Grado de Doctor

Zaragoza 2023

Índice

Índice

1-Introducción	10
1.1 Antecedentes.....	11
1.2 Legislación.....	12
1.3 Gasto sanitario	16
1.4 Componentes del tabaco y sus efectos.....	18
1.4.1 Nicotina	18
1.4.2 Alquitrán	20
1.4.3 Monóxido de carbono.....	21
1.5 Síndrome de abstinencia.....	22
1.6 Tipos de tratamiento.....	24
1.6.1 Medicamentos sin necesidad de prescripción.....	25
1.6.2 Medicamentos con prescripción médica	29
1.6.3 Otros tipos de tratamientos	33
1.6.4 Atención farmacéutica en el tratamiento farmacológico del tabaquismo	34
1.7 Planes de intervención en tabaquismo.....	35
1.8 Atención farmacéutica en las FAS.....	41
2-Hipótesis.....	43
3-Objetivos.....	45
4-Material y métodos	47
4.1 Población y periodo de estudio.....	48
4.1.1 Criterios de inclusión	48
4.1.2 Criterios de exclusión	48
4.2 Grupos de estudio	48
4.2.1 Grupo 1: Farmacia Militar en territorio nacional.....	49
4.2.2 Grupo 2: Aplicación del programa en Zona de Operaciones (Líbano)	49
4.3 Variables del estudio	50
4.3.1 Variable principal.....	50
4.3.2 Variable secundaria.....	50
4.3.3 Otras variables	51
4.4 Diseño del estudio	51
4.4.1 Implantación plan de deshabituación tabáquica.....	51

4.4.2 Prevención del tabaquismo	61
4.5 Análisis estadístico	62
5-Resultados.....	64
5.1 Cesación tabáquica del estudio completo	65
5.1.1 Cesación tabáquica en el grupo 1	70
5.1.2 Cesación tabáquica en el grupo 2	71
5.2 Cesación tabáquica según el historial de tabaquismo	73
5.2.1 Según los años como fumador	75
5.2.2 Según el número de intentos previos	76
5.2.3 Según el consumo de cigarrillos por día	76
5.3 Cesación tabáquica según las características sociales	79
5.3.1 Según el empleo	80
5.3.2 Según el entorno laboral y personal	81
5.3 Reacciones adversas a medicamentos (RAM)	83
5.4 Evolución de distintos parámetros fisiológicos en exfumadores...	85
5.5 Concienciación en tabaquismo	87
6-Discusión	89
7-Conclusiones	108
8-Bibliografía.....	110
9-Anexos.....	125

Índice de ilustraciones

Ilustración 1: Adaptada de Benowitz, N.L et al (1988) (20)	20
Ilustración 2: TSN Formas Farmacéuticas	28
Ilustración 3: Posología vareniclina	31
Ilustración 4: Posología bupropión	33
Ilustración 5: Clasificación fases del cambio.	50
Ilustración 6: Cronograma plan de deshabituación tabáquica	52
Ilustración 7: Poster campaña	53
Ilustración 8: Contenido de nicotina y alquitrán	58
Ilustración 9: Hoja evaluación del deseo de fumar	60

Índice de gráficas

Gráfica 1 Resultados de deshabituación tabáquica en el grupo 1.....	70
Gráfica 2 Resultados de deshabituación tabáquica en el grupo 2.....	71
Gráfica 3 Porcentaje de asistencia a la terapia por grupos	73
Gráfica 4 Reacciones adversas a medicamentos: Champix®.....	84
Gráfica 5 Reacciones adversas a medicamentos: Elontril®.....	84

Índice de tablas

Tabla 1: Cesación según la fase del cambio	66
Tabla 2: Cesación según el tipo de asistencia	67
Tabla 3: Tipo de asistencia según el grupo de estudio	67
Tabla 4: Cesación tabáquica del estudio.....	69
Tabla 5: Tratamiento según el grupo de estudio	72
Tabla 6: Historial de tabaquismo	74
Tabla 7: Cesación según intentos previos.....	76
Tabla 8: Cesación según el nº de cigarrillos por día	77
Tabla 9: Nº de cigarrillos por día según los años como fumador	78
Tabla 10: Fase del cambio según el nº de cigarrillos por día	79
Tabla 11: Historial laboral.....	80
Tabla 12: Años fumando según el empleo	81
Tabla 13: Cesación tabáquica en presencia de fumadores en el entorno laboral del paciente	82
Tabla 14: Años fumando según el entorno del paciente	83
Tabla 15: Variación de la saturación de oxígeno en sangre.....	85
Tabla 16: Variación de la tensión sistólica y diastólica	86
Tabla 17: Variación del peso y el perímetro abdominal.....	87

Abreviaturas

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
OMS: Organización Mundial de la Salud
CMCT: Convenio Marco para el Control de Tabaco
RD: Real Decreto
UE: Unión Europea
FAS: Fuerzas Armadas
SNC: Sistema Nervioso Central
PCR: Proteína C Reactiva
CO: Monóxido de Carbono
COHb: Carboxihemoglobina
SA: Síndrome de Abstinencia
TSN: Terapia sustitutiva con nicotina
RR: Riesgo relativo
PA: Principio Activo
RAM: Reacciones Adversas a Medicamentos
AF: Atención Farmacéutica
CNPT: Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo
semFYC: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
AECC: Asociación Española Contra el Cáncer
Farmet-AGM: Farmacia Militar del Ejército de Tierra de la Academia General Militar
ISFAS: Instituto Social de las Fuerzas Armadas
ET: Ejército de Tierra
mmHg: Milímetros de Mercurio
SEFAC: Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria
CIMA: Centro de Información del Medicamento
RD: Real Decreto

1-Introducción

El tabaco es la droga más consumida a nivel global, causando en 2019 la muerte prematura de 8 millones de personas (7 millones de forma directa y 1 millón de no fumadores expuestos al tabaco) **(OMS, 2019)**.

En España la situación es muy similar. Cada año pierden la vida más de 50.000 personas mayores de 35 años por causas relacionadas directamente con el consumo de tabaco **(Rey et al., 2020)**, lo que supone casi un 13% del total de muertes anuales. Además, según el último estudio publicado en The Global Burden of Disease (GBD), se establece que en España el 7% de dichas muertes están ocasionadas por EPOC y el 5% por cáncer de pulmón. Fumar es el principal factor de riesgo de las enfermedades no transmisibles, por delante de una presión arterial alta y un índice de masa corporal alto **(Soriano et al., 2018)**. Asimismo, constituye un factor de riesgo en 6 de las 8 principales causas de mortalidad (cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares, infecciones de las vías respiratorias bajas, EPOC, tuberculosis y cáncer de tráquea, bronquial y pulmonar).

La edad media de inicio en el tabaquismo se sitúa en España en los 14 años, según la última encuesta realizada en 2019 sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias **(OEDA, 2021)**. A pesar de que el número de fumadores se ha ido reduciendo en los últimos años, el porcentaje sigue siendo muy alto con un 22,9% de hombres y 18,5% de mujeres.

1.1 Antecedentes

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe mundial sobre tendencias en la prevalencia del consumo de tabaco 2000-2025 establece el objetivo de reducir en un 30% el consumo de tabaco para el año 2025, en relación con el consumo existente en el año 2010. Dicho objetivo fue adquirido por el Gobierno español, aunque los últimos datos hacen prever que estos no se cumplirán **(Martín-Sánchez et al., 2017)**. Aun así, se espera un descenso generalizado en el consumo de tabaco por grupos de edad y sexo, sobre todo en los menores de 40 años. Por contra, en el grupo de mujeres de entre 40-64 años, se registrará un aumento del consumo. Por lo tanto, en España la situación es preocupante, puesto que de las 50.000 muertes que cada año se producen en el país derivadas del tabaco, como se mencionó antes, la mayor parte de ellas se producen por cáncer de pulmón y otras

enfermedades respiratorias (**Galán et al., 2019**). Con estos datos, es innegable la necesidad de crear un plan a escala nacional en el que queden definidas las intervenciones en salud pública enfocadas a disminuir el consumo de tabaco y prevenir que los más jóvenes se inicien en el tabaquismo.

Para lograr estos propósitos, la OMS establece un “Plan de medidas para hacer retroceder la epidemia del tabaquismo” (**OMS, 2008**). Este plan aborda el problema del tabaquismo desde diferentes perspectivas como estrategia para lograr una reducción eficaz del consumo de tabaco. Está basado en las medidas del Convenio Marco para el Control de Tabaco (CMCT) de la propia OMS (**OMS, 2010**). Los 6 puntos que deben llevarse a cabo son:

- 1- Vigilar el consumo de tabaco: Hacer estudios periódicos en la población sobre diferentes indicadores del consumo de tabaco.
- 2- Proteger a la población del humo: Promulgar leyes de espacio sin humo, sobre todo en los espacios públicos.
- 3- Ofrecer ayuda para el abandono: El sistema sanitario puede facilitar asesoramiento sobre el abandono del tabaco.
- 4- Advertir de los peligros del tabaco: No solo con campañas de publicidad a gran escala, sino con diferentes conferencias o charlas.
- 5- Hacer cumplir las prohibiciones: Leyes contra la publicidad y promoción del tabaco.
- 6- Aumentar los impuestos al tabaco: En todos los productos del tabaco, no solo cigarrillos.

Atendiendo a estas medidas, desde las oficinas de farmacia se podría intervenir en las actividades 3 y 4, participando en diferentes charlas de concienciación sobre tabaquismo y hábitos saludables.

1.2 Legislación

La primera vez que surge una normativa nacional con respecto al tabaco es el Real Decreto (RD) 192/1988, en el cual se establecen limitaciones sobre la venta y el uso del tabaco para la protección de la salud de la población. En este se establece como principal medida la prohibición de vender tabaco en establecimientos sanitarios y se declara al tabaco como sustancia nociva para la salud. Además, decreta la prohibición de fumar en varios supuestos

concretos. Esta es, por tanto, la primera vez que se reconocen daños para la salud derivados del consumo de tabaco.

Este RD de 1988 fue actualizado en 1992, con el RD 510/1992, por el que se regula el etiquetado de los productos del tabaco y se establecen nuevos supuestos en los que está prohibido fumar, como en las aeronaves en vuelo comercial, cuyo origen y destino estuviese en territorio nacional y cuya duración programada de vuelo fuese inferior a noventa minutos.

Lejos de progresar hacia medidas más restrictivas en cuanto al consumo del tabaco, la ley 13/1998 liberaliza las actividades de elaboración, importación y venta de los productos del tabaco, lo que supone, según la propia ley, extender la aplicación de los elaborados del tabaco.

En el RD 1293/1999, se hace una revisión de la normativa anterior y se amplía la prohibición de fumar en vuelos comerciales, así como en el transporte ferroviario, en autobuses y transporte marítimo, siempre que exista separación de espacios entre fumadores y no fumadores.

En el año 2002, a través del RD 1079/2002, se habla del tabaco como un factor de riesgo en enfermedades y su relación con la mortalidad en los países desarrollados, estableciéndose como prioridad medidas de regulación y control del consumo de tabaco. En este RD, se regula el contenido máximo de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono de los cigarrillos, así como el etiquetado de los productos de tabaco. Otra medida establecida en este decreto es la prohibición de venta de tabaco de uso oral, entendiéndose como tal todos los productos destinados al uso oral, con excepción de los productos para fumar o mascar, constituidos total o parcialmente por tabaco en forma de polvo, de partículas finas o en cualquier combinación de esas formas, en particular los presentados en sobres de dosis o en sobres porosos, o con un aspecto que sugiera un producto comestible.

La principal novedad del RD 548/2003, es que permite la creación por primera vez de un comité ejecutivo para el desarrollo de un Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo, ya que se considera a este como la principal causa de enfermedad y muerte prevenible.

Fruto de este plan, en el año 2006 entra en vigor la primera Ley considerada realmente antitabaco, la ley 28/2005 (**BOE, 2005**), que establece medidas sanitarias frente al tabaquismo y regulación de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Esta presenta las siguientes medidas:

1- Limitaciones a la venta, suministro y consumo de productos del tabaco:

- Limitación de los establecimientos que pueden vender tabaco.

- Prohibición de la venta a menores de 18 años.

- Regulación de la venta mediante máquinas expendedoras. Posteriormente, en septiembre de 2006, se establecen las medidas a adoptar en estas máquinas para garantizar que los menores de edad no puedan acceder a ellas.

- Prohibición total de fumar en los espacios definidos: centros de trabajo públicos y privados, centros sanitarios, instalaciones deportivas, salas de fiesta, áreas de preparación de alimentos...

2- Regulación de la publicidad, promoción y patrocinio de los productos del tabaco:

- Prohibición del patrocinio de productos del tabaco de todas las clases (excepto las dedicadas a profesionales del comercio de tabaco o a profesionales del sector).

- Prohibición de la distribución gratuita o promocional de productos, bienes o servicios cuya finalidad sea la promoción de productos del tabaco.

3- Medidas de prevención del tabaquismo, promoción de la salud y facilitación de la deshabituación tabáquica:

- Promoción por parte de las administraciones públicas de acciones y programas de educación para la salud y prevención del tabaquismo.

- Desarrollo de programas sanitarios para la deshabituación tabáquica. Además de potenciar la creación de unidades de deshabituación tabáquica.

- Establecer las medidas y protocolos que deben llevar a cabo las unidades de prevención y control del tabaquismo.

Durante los años posteriores no se producen modificaciones significativas respecto a la legislación antitabaco hasta el año 2010, es entonces cuando se producen nuevas reformas en este sentido.

El RD 639/2010, modifica el anterior de 2002 en lo que respecta a la regulación de los contenidos máximos de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono de los cigarrillos.

Por otro lado, aunque la ley antitabaco de 2005 supuso un gran avance en la lucha antitabaco, durante los años siguientes se observaron diferentes aspectos que necesitaban ser modificados y mejorados, sobre todo en lo que respecta a la protección de la población frente al humo, lo cual se unió a las recomendaciones de la Unión Europea sobre espacios libres de humo **(UE, 2009)**. Esto dio lugar en 2010 a la Ley 42/2010 **(BOE, 2010)**, donde los aspectos más significativos son:

- Espacios libres de humo: todos los bares, centros de ocio, salas de fiesta, estaciones ferroviarias, aeropuertos, cines u otros espectáculos públicos y zonas de juego infantiles, aunque se encuentren al aire libre.

- Prohibición de aparición de personas fumando en programas de televisión.

- Promover medidas para la educación de menores en prevención del consumo de tabaco para evitar el inicio y fomentar el abandono.

- Mayor transparencia en el contenido y los componentes del tabaco.

La evolución de nuevos sistemas de consumo de tabaco impulso la creación de nuevas leyes que regulasen su consumo. En el año 2014, la ley 3/2014 legisla por primera vez sobre el cigarrillo electrónico, incluyéndolo

dentro de los dispositivos afectados por la ley antitabaco, aunque sigue permitiendo su uso en bares, restaurantes y centros de trabajo.

Finalmente, en el año 2017 se publica el -RD-Ley 17/2017 en el que se transpone la Directiva 2014/40/UE del Parlamento Europeo, que incluye entre otras medidas, la prohibición de venta de tabaco con aromas o sabores característicos (frutas, mentol...), obligación de incluir advertencias sanitarias en el envase y la prohibición de cualquier etiquetado que resulte engañoso, como por ejemplo: producto natural u orgánico. Además, con esta normativa se consigue aumentar las restricciones sobre los dispositivos de liberación de nicotina como los cigarrillos electrónicos.

En lo que respecta a las Fuerzas Armadas (FAS) específicamente, destaca el Plan General de Prevención de Drogas en las FAS, que establece su tercera revisión en Julio de 2020. Este plan tiene como principal objetivo:

“Evitar el consumo de sustancias con potencial adictivo (drogas y otras sustancias adictivas), mediante su reducción progresiva, así como su presencia, distribución y facilitación dentro del ámbito de las FAS, llevándose a cabo actuaciones formativas, informativas y de concienciación/disuasorias dirigidas a las personas y su contexto, contribuyendo a construir unas Fuerzas Armadas más saludables, informadas y seguras”.

Para ello, los objetivos específicos a alcanzar en los que puede actuar el farmacéutico son:

1. Aumentar los factores de protección en la persona (capacidades y habilidades personales), haciéndola más resistente a la oferta de las sustancias adictivas, posibilitando así estilos de vida saludables.
2. Aumentar la percepción del riesgo asociado al consumo de drogas y de otras sustancias adictivas.

1.3 Gasto sanitario

Por otro lado, el tabaquismo produce un incremento del gasto sanitario debido a la gran morbilidad que ocasiona. Un estudio transversal observacional entre pacientes fumadores y no fumadores, estimó que los costes tanto

directos como indirectos de las personas fumadoras eran superiores a los de las no fumadoras. Los pacientes fumadores utilizan todos los recursos sanitarios con mayor frecuencia que los no fumadores, permanecen más días ingresados, consumen más fármacos de prescripción crónica y presentan más días de baja laboral **(Suárez-Bonel et al., 2015)**. Se estima que los países más desarrollados pueden llegar a utilizar hasta el 15% de sus recursos sanitarios en patologías relacionadas con el tabaco. Además, son numerosos los estudios que muestran que fumar está asociado a una mayor utilización de servicios sanitarios, con una hospitalización más frecuente y un mayor número de visitas ambulatorias en los fumadores y exfumadores, que en aquellas personas que no han fumado nunca **(Kahende et al., 2009)**.

No solo debemos hablar de gasto sanitario directo, sino también de los gastos indirectos como puede ser la pérdida de productividad de los trabajadores fumadores o el absentismo laboral, lo que puede suponer para las empresas pérdidas de hasta 6.700 y 300 millones de euros respectivamente **(CNPT, 2009)**.

Como hemos comentado, el hábito de fumar está relacionado con padecer problemas de salud, que incluso pueden ocasionar la muerte. Establecer medidas que reduzcan el tabaquismo, producirán una mejora tanto en la esperanza de vida de la población como en el gasto medio en atención médica por persona. Aunque debemos resaltar que esta reducción sería gradual debido a que muchos de los efectos del tabaco tardan varios años en desaparecer **(Baumgardner et al., 2012)**. Debido a esto, los estudios que analizan las variaciones a corto plazo en el gasto sanitario de fumadores y exfumadores, no encuentran diferencias significativas entre ambos **(Nolan et al., 2019)**, por lo que estos planteamientos deben de realizarse con perspectiva de futuro.

Esto refuerza la idea de que destinar esfuerzos e invertir en el tratamiento y prevención del tabaquismo, sería muy beneficioso a largo plazo, ya que reduciríamos considerablemente la mortalidad y el gasto sanitario.

1.4 Componentes del tabaco y sus efectos

Los fumadores de cigarrillos tradicionales (combustibles) están expuestos a una gran cantidad de sustancias tóxicas que tienen numerosos efectos negativos sobre la salud. La composición de estos cigarrillos es muy diferente entre unas marcas de tabaco y otras, pero todas tienen en común que el humo del tabaco contiene más de 4000 sustancias diferentes (**Ruiz et al., 2004**).

Esta complejidad en la composición del tabaco, llevó a la Unión Europea a plantear una legislación (Directiva 2014/40/UE) en la que se requiere una información exhaustiva sobre los ingredientes y las emisiones de los productos del tabaco que permiten evaluar cuál es la toxicidad de estos productos, sus efectos sobre la salud y su poder adictivo (**UE, 2014**). Además, fija los niveles máximos de los principales componentes de todos los productos del tabaco: nicotina, alquitrán y monóxido de carbono.

Hacer un listado de las principales sustancias tóxicas del humo y su concentración media en los cigarros no resulta de gran utilidad, si no atendemos a la toxicidad que presentan y a sus efectos sobre el organismo, más sabiendo que solo se conocen los efectos del 5% de los componentes (**Rodgman y Green, 2003**). Por tanto, expondremos solo los componentes mayoritarios y sus efectos en el organismo.

1.4.1 Nicotina

La nicotina es un alcaloide que se encuentra presente en la planta del tabaco (*Nicotiana tabacum*) y es el principal componente químico responsable de la adicción a los productos de tabaco. El riesgo de adicción depende de la dosis de nicotina administrada y de la forma en que se administra.

Ejerce sus efectos mediante la estimulación de los receptores nicotínicos de acetilcolina, que se encuentran en el SNC, en las uniones interganglionares del sistema nervioso autónomo y en órganos diana de todo el cuerpo como parte del sistema nervioso autónomo parasimpático (**CDC, 2014**). La nicotina del humo del tabaco inhalada en el pulmón, se absorbe rápidamente tanto en la mucosa oral como en los pulmones. Además, también se absorbe en el

intestino delgado, ya que todos presentan un pH alcalino, y se absorberá menos en el estómago. Por tanto, la vía de administración es un punto clave para la generación de la adicción.

Para saber cómo tratar la adicción a la nicótica es importante conocer cuáles son sus características farmacológicas de absorción y distribución en el organismo y así comprender a que se debe su potencial adictivo.

Al tratarse de un alcaloide, la nicotina se encontrará es estado ionizado en los ambientes ácidos lo que impedirá que no se absorba fácilmente a través de las membranas. El propio humo del tabaco puede generar en la cavidad bucal un pH en torno a 7 que provoca que una parte de la nicotina se absorba en la boca. Sin embargo, es en los pulmones donde se produce la mayor y más rápida absorción. Esto es debido al pH alcalino de estos y sobre todo a la enorme superficie de absorción de los pulmones **(Benowitz et al., 2009)**. Esta es la principal razón de que la ingesta de nicotina sea tan variable incluso en una misma persona, ya que influyen factores como la intensidad, duración o frecuencia de la calada.

De esta forma, la nicotina alcanzará rápidamente el torrente sanguíneo, llegando a su máxima concentración antes del primer minuto desde la inhalación del humo de la primera calada (Ilustración 1). Lo que lleva al tabaco a ser una de las drogas más adictivas que existen, junto con la cocaína y la heroína **(Corvalán B., 2017)**.

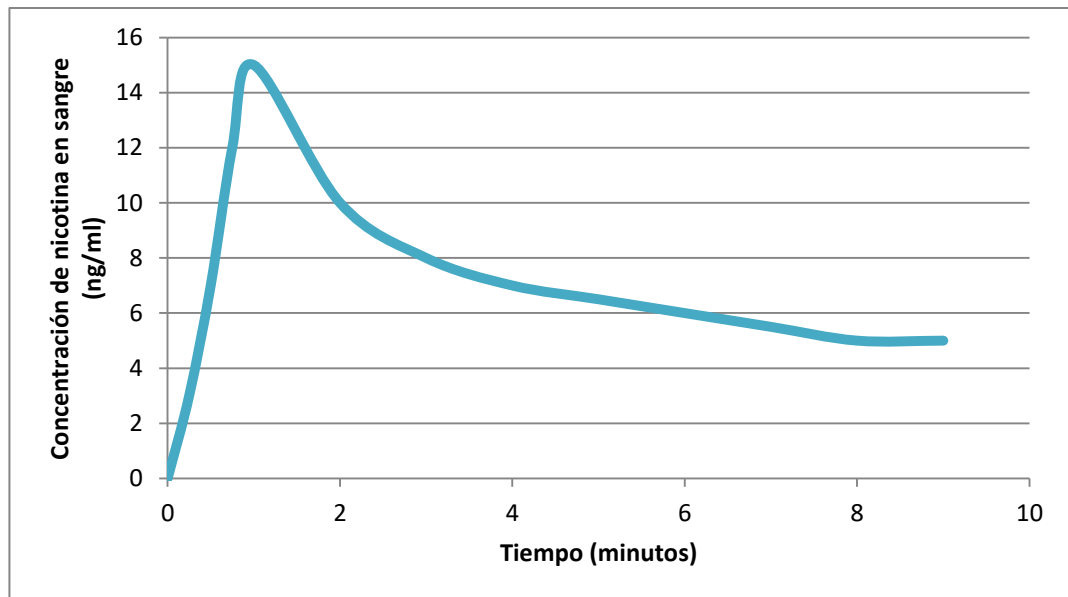


Ilustración 1: Adaptada de Benowitz, N. L et al (1988)

Una vez que la nicotina ha alcanzado el torrente sanguíneo, se distribuye por todos los tejidos del organismo teniendo mayor afinidad por hígado, pulmones y cerebro. Es en este último donde al unirse a los receptores colinérgicos, debido a su semejanza con la acetilcolina, provoca la entrada de sodio y calcio, así como la apertura de los canales de estos hacia las neuronas, generando el bloqueo de la acetilcolina y el posterior aumento de la liberación de esta para compensar (**Mendelson et al., 2007**). La actuación principal de esta acetilcolina liberada en exceso se llevará a cabo en el sistema dopaminérgico, principal causante de la adicción a la nicotina, y sobre el sistema noradrenérgico, que interviene en el síndrome de abstinencia a la nicotina (**Cruz et al., 2007**).

1.4.2 Alquitrán

El alquitrán presente en los cigarrillos es uno de los principales componentes que se generan en la combustión incompleta de materia orgánica. Sin embargo, este no está formado por una única sustancia, sino que cuando hablamos del alquitrán del tabaco nos referimos a la masa que se deposita en los pulmones como consecuencia del consumo tabáquico. Sus componentes más destacados son los hidrocarburos policíclicos, que también están presentes en el petróleo, las nitrosaminas y los benzopirenos (**Baker et al., 2004**).

Estas sustancias son las principales responsables de distintas tipologías de cáncer en los fumadores. Para poder evaluar el verdadero efecto del alquitrán en el organismo, lo más común es evaluar el efecto que tiene sobre la Proteína C Reactiva (PCR), ya que es considerada como un biomarcador muy sensible para el diagnóstico precoz del cáncer de pulmón. La PCR es una proteína plasmática que en respuesta a una inflamación, daño celular o lesión tisular aumenta drásticamente, pudiendo alcanzar valores de hasta 1000 veces por encima de lo normal, lo que es utilizado para el diagnóstico de diversas enfermedades pulmonares **(Agassandian et al., 2014)**.

La comparación de la presencia de PCR entre personas no fumadoras y fumadoras, con un consumo distinto de alquitrán demuestra que altas cantidades de alquitrán favorecen el aumento de PCR. Por tanto, se relacionan con un mayor riesgo de padecer cáncer de pulmón y otras enfermedades inflamatorias respiratorias **(Zhao et al., 2020)**. Cuando el consumo de tabaco es bajo y por tanto la cantidad de alquitrán que se puede depositar en los pulmones es baja, la diferencia entre fumadores y no fumadores respecto al riesgo de sufrir estas enfermedades es mínimo **(Lee, 2018)**.

1.4.3 Monóxido de carbono

El monóxido de carbono (CO) es un gas tóxico que se produce, entre otras cosas, por la combustión incompleta del tabaco, suponiendo el 5% del humo. Este gas es menos denso que el aire y al ser inhalado llega rápidamente a los pulmones y aquí se absorbe pasando rápidamente a la circulación sanguínea. El CO en la sangre es transportado al resto del organismo de la misma forma que el oxígeno, con lo que provoca el desplazamiento de este y es el mecanismo responsable de los efectos adversos **(Bolaños-Morera., et al 2020)**.

El CO tiene una afinidad por la hemoglobina 250 veces superior a la del oxígeno, por lo que se combina con ella de forma reversible y forma carboxihemoglobina (COHb). La comparación entre los niveles de esta sustancia entre personas fumadoras y no, demuestra que el nivel de COHb es 10 veces superior en los fumadores **(Whincup et al., 2006)**. La exposición de

forma prolongada a este gas provoca numerosos efectos adversos, sobre todo a nivel cardiovascular.

La disminución de la capacidad de transportar oxígeno por parte de la hemoglobina, provoca un aumento en el gasto cardíaco, ya que el corazón debe bombear más sangre para lograr transportar la misma cantidad de oxígeno. Es por esto, que el consumo de tabaco se asocia con un aumento de infartos de miocardio, en estudios tanto a corto como a largo plazo. Aquellas personas que continuaron fumando tuvieron cuatro veces más reinfaros que aquellas que abandonaron el hábito tabáquico. Además, el consumo de tabaco se asocia con mayor riesgo de isquemia cardíaca, enfermedad cerebrovascular o incluso muerte súbita (**García-Aranda et al., 2004**).

A pesar de esto, los riesgos de sufrir una enfermedad cardiovascular se pueden revertir tras la cesación tabáquica, pudiendo igualarse a los de un no fumador, en un periodo de 10 años.

1.5 Síndrome de abstinencia

Para comprender el síndrome de abstinencia (SA) primero debemos entender que es una adicción. Según la OMS, una adicción es la dependencia física o psicológica a una sustancia o actividad que resulta nociva para la salud y en la que participan factores biológicos, psicológicos y sociales.

En el caso del tabaco, la sustancia psicoactiva que provoca esa adicción es la nicotina. Una diferencia fundamental con otras drogas, es que no produce una alteración de la conducta, por lo que comúnmente no se percibe como una dependencia por parte de la población. Sin embargo, el hecho de que la mayoría de los fumadores abandonaría el consumo de tabaco si esto les resultase sencillo, demuestra que se trata de una adicción (**Ayesta et al., 2014**).

El síndrome de abstinencia se define como el conjunto de signos y síntomas, tanto físicos como psíquicos, que aparecen al descender o abandonar el consumo de una droga. Está directamente ligado al desarrollo de tolerancia y a la dependencia física, hasta el punto que, en la mayor parte de tratados diagnósticos y terapéuticos, se señala la necesidad de que

sobrevenga el síndrome de abstinencia para poder hablar de dependencia física **(Llopis-Llácer, 2001)**.

En el caso del tabaco, el síndrome de abstinencia cobra una dimensión diferente al producido por el resto de drogas de abuso, ya que además de los signos propios del abandono de una dependencia, se produce un cambio conductual. Al ser una droga legal, permite que se realice un consumo sin ser juzgado por la sociedad, lo que dificulta aún más su abandono tabáquico. Por esta razón es conveniente llevar a cabo estrategias dirigidas a dar un apoyo conductual, bien sea individual o grupal, como presencial o a distancia **(McRobbie y Thornley, 2008)**.

La duración de la nicotina en sangre es de tan solo 2 horas, a partir de este momento comienzan a aparecer los síntomas del síndrome de abstinencia del tabaco y aumenta la necesidad de fumar. En el caso del tabaco, los síntomas más característicos son: irritabilidad, ansiedad, depresión, dolor de cabeza, insomnio, malestar gastrointestinal, estreñimiento o falta de concentración **(Lara-Rivas et al., 2007)**.

La duración del síndrome de abstinencia tabáquico tiene una gran variabilidad según el nivel de dependencia a la nicotina. Como norma general, el pico del SA del tabaco se produce a las 48-72 horas de fumar el último cigarro, esto es debido a la rápida eliminación de la nicotina. Este se metabolizará completamente en pocas horas, aunque su metabolito (cotinina) puede permanecer en el organismo hasta 40 horas **(Kawasaki et al., 2020)**. Desde este momento se produce la reducción progresiva (con algunos aumentos puntuales) de los síntomas a lo largo de 3 semanas **(Calzado et al., 2008)**.

Uno de los puntos donde se observan mayores diferencias con la variable tiempo en deshabituación tabáquica es en el *craving*, siendo este muy inferior en la semana 12 comparado con el inicio de la cesación.

El *craving* no es un concepto vinculado solo al consumo de drogas, sino que es definido como el deseo incontrolable o ansia por algo, generalmente una droga **(Gass y Tiffany, 2019)**. Se busca el alivio o mejora de los síntomas

del síndrome de abstinencia, por lo que tiene gran importancia en el tratamiento de drogodependencias. Sobre este término los potenciales exfumadores deben saber que:

- Se producirá un aumento intenso si el individuo se expone a diversos estímulos como presencia de tabaco, fumadores sociales u ofrecimientos.
- Los episodios de *craving* suelen tener una duración de 3-4 minutos y no son acumulables, aunque pueden sucederse varios en un corto periodo de tiempo.
- Se puede aprender a controlarlo y los síntomas desaparecerán sin necesidad de consumir. Será necesario que reciban información sobre como analizar y afrontar los síntomas.
- Es algo normal, que se produce como consecuencia de la deshabituación e irá reduciéndose paulatinamente.

En cualquier caso, los episodios de *craving* o deseo intenso, se irán reduciendo tras el consumo del último cigarro, produciéndose habitualmente un aumento en el número de episodios sobre el día 5 y posteriormente una disminución progresiva hasta desaparecer totalmente **(Castillo y Bilbao, 2008)**.

1.6 Tipos de tratamiento

Alrededor del 70% de los fumadores reconoce que dejaría de fumar si el proceso no le resultase costoso, aunque lo cierto es que conseguirlo resulta más complicado que el abandono de otras sustancias como el alcohol, la cocaína o los opioides **(Moore y Aubin, 2012)**. Este porcentaje aumenta en la población que recibe información acerca de los riesgos concretos sobre la salud que supone el consumo de tabaco. Los estudios son numerosos, al igual que los diversos tipos de tratamientos que existen para dejar de fumar.

Como se ha descrito anteriormente, la aplicación de medidas de diversa índole puede ayudar a que el número de fumadores se reduzca progresivamente, siendo las leyes antitabaco un buen ejemplo de ello. Otras medidas son la educación sanitaria de los más jóvenes para que no se inicien en el tabaco, las advertencias sobre los efectos negativos, la prohibición de

publicitar el tabaco o incluso el aumento de los impuestos sobre el tabaco que dificulta el acceso al mismo.

Sin embargo, son muy pocos (menos del 10%) los fumadores que consiguen dejarlo sin ningún tipo de ayuda, de manera que el apoyo sanitario y el uso de una medicación específica aumentan las probabilidades de éxito.

Respecto a los tipos de tratamiento que podemos encontrar en una oficina de farmacia debemos diferenciar entre medicamentos con y sin necesidad de prescripción médica:

1.6.1 Medicamentos sin necesidad de prescripción

Se trata de los englobados en la Terapia sustitutiva con nicotina (TSN), aunque no es necesaria la prescripción médica para su uso, son considerados como fármacos. Por lo tanto, han demostrado que son seguros y eficaces como medicamentos y presentan una eficacia probada contra la adicción al tabaco por encima de los placebos. Se debe complementar su uso con la atención farmacéutica (AF), resultando esto fundamental tanto para el correcto uso de estos medicamentos como para que la adhesión al tratamiento sea la adecuada.

Para entender cómo actuará la nicotina liberada por estos medicamentos debemos saber que la liberada por un cigarro permite alcanzar una concentración plasmática de entre 25 y 30 ng/ml y para evitar que se produzca el síndrome de abstinencia será necesario mantener unos niveles de al menos 10 ng/ml. **(Hughes, 1984).**

Este tipo de tratamiento tiene el objetivo de reemplazar temporalmente la nicotina aportada por los cigarrillos de tal forma que se reduzcan paulatinamente las ganas de fumar y se mitigue el síndrome de abstinencia de la nicotina, facilitando por tanto el paso a una abstinencia total **(Stead et al., 2012).**

El aporte de nicotina de estos medicamentos deberá ser suficiente para evitar el SA, pero no demasiado alto para que no se produzca la dependencia.

Dentro de los medicamentos basados en la sustitución de la nicotina podemos encontrar diferentes tipos de formas farmacéuticas y el uso de unos u otros deberá adaptarse a las características del fumador y a sus hábitos. Las formas farmacéuticas comercializadas en España son parches, chicles y comprimidos bucodispersables (Ilustración 2):

- **Parches:** Producen un aporte de nicotina por vía transdérmica y como cualquier otro parche produce una administración de fármaco (en este caso de nicotina) progresiva, prolongada y estable en el tiempo. La nicotina pasa directamente a la circulación sistémica desde la dermis, por lo que se debe cambiar diariamente la zona en la que se coloca el parche para evitar la aparición de los efectos adversos locales (**Palmer et al., 1992**). Existen diferentes tipos de parche en función de la concentración de nicotina que presentan y que, por tanto, tendrán una duración variable. Además, se diferenciarán por los niveles de nicotina que permiten alcanzar (nicotinemia) aunque todos ellos están destinados a fumadores con un nivel de adicción leve o moderada. Para los que tienen una mayor adicción, se recomienda la combinación de varios medicamentos de TSN.

Al inicio del tratamiento se recomienda usar parches con concentraciones elevadas, para ello se puede recurrir a la utilización conjunta de varios parches. La duración de dicho tratamiento no debe ser inferior a 6-8 semanas, ya que un abandono prematuro del mismo puede provocar la recaída en la mayoría de las ocasiones. Por otro lado, no debe prolongarse más de 12 semanas, ya que los diferentes estudios establecen que esto no provoca un aumento de las probabilidades de éxito (**Jiménez-Ruiz et al., 2008**). No será necesaria una reducción progresiva de la administración de nicotina.

- **Chicles:** Esta forma de dosificación se puede encontrar en concentraciones de 2 y 4 mg de nicotina. La absorción de esta se produce gracias a la masticación que permite la liberación progresiva de nicotina en la cavidad bucal, desde aquí pasa directamente a la circulación sanguínea a través de las mucosas. La recomendación es usar el de 2 mg para los fumadores con nivel de adicción leve/moderada y los de 4 mg para los que tienen una elevada dependencia.

En este tipo de tratamiento, la atención farmacéutica es aún más importante, ya que el uso de esta TSN en forma de chicles es el que más errores en el uso provoca. La nicotina debe absorberse en la cavidad bucal, con lo que el fumador debe mascar el chicle durante unos segundos para que se libere nicotina y luego mantenerlo en la boca sin tragar la saliva y así permitir que la nicotina se absorba. Se debe repetir el proceso durante unos 20-30 minutos hasta que el sabor del chicle desaparezca. Si el proceso no se realiza de esta forma, tendremos dos situaciones negativas. Por una parte, la nicotina no pasa directamente a sangre lo que provoca que el efecto terapéutico sea menor. Por otro lado, aumentaremos los efectos adversos que puede producir la nicotina, como por ejemplo dolor en la zona epigástrica (**Hartmann-Boyce et al., 2018**).

Esta forma de administración es utilizada frecuentemente junto con otras terapias debido a que permite alcanzar concentraciones de nicotina en sangre más rápido que otras formas de TSN. De esta manera permite su uso a demanda para cuando se producen episodios de *craving* incontrolados o cuando existe una situación que pueda provocar la recaída. Aunque también se puede pautar de manera que consigamos mantener unos niveles continuos de nicotina en sangre.

El máximo número de chicles permitidos por día es de 24 si son de 2 mg o de 15 para los de 4 mg. A diferencia de los parches, los chicles pueden ser utilizados hasta 1 año, aunque lo recomendable es usarlos hasta las 12 semanas y en este caso sí que debemos reducir la pauta de forma progresiva.

- **Comprimidos bucodispersables:** Tanto su mecanismo de administración como su farmacocinética son similares a la de los chicles, aunque con una concentración de 1 o 2 mg de nicotina. Su ventaja frente a los chicles es que no necesitan la masticación para la liberación de nicotina, con lo que la forma de uso es más sencilla y los efectos adversos ocasionados son menores, principalmente irritación de la mucosa oral. Este tipo de TSN será utilizado a demanda del fumador y sin establecer una pauta durante el día, de forma que se usará solo cuando se produzca un episodio de *craving*. Al

principio del tratamiento será necesario un consumo mayor debido a que estos episodios son más continuos y se irán reduciendo con el paso del tiempo.

	Forma Farmacéutica		
	Parches de nicotina	Chicles de nicotina	Comprimidos bucodispersables de nicotina
Posología	1 parche de 10 mg cada 16h o 1 parche de 21 mg cada 24h	2 mg fumadores moderados y 4 mg fumadores con alta dependencia a demanda	1 mg fumadores moderados y 2 mg fumadores con alta dependencia a demanda
Duración del tratamiento	Máximo 12 semanas	Hasta 1 año	Hasta 1 año
Principales reacciones adversas	Irritaciones dérmicas: edema cutáneo o hinchazón	Afecciones gástricas	Irritación de la mucosa oral
Recomendaciones	Cambiar la zona de administración diariamente	Especial importancia de la atención farmacéutica	Uso conjunto con otras terapias
Ventajas	Sin reducción progresiva y concentraciones de nicotina estables	Combinación de pauta y dosis extra en episodios de <i>craving</i>	Fácil administración

Ilustración 2: TSN Formas Farmacéuticas

Para evaluar la eficacia de cada uno de los tratamientos lo más habitual es recurrir al valor de riesgo relativo (RR), este es el cociente entre el riesgo que presentan los pacientes expuestos frente a otro grupo de referencia que no presenta factor de riesgo. En este caso, el riesgo de dejar de fumar entre los que usan TSN frente al riesgo de dejar de fumar sin tomar ninguna medicación o tomando placebo. Si el RR es igual a 1, no existirá asociación entre ambos grupos. Si es superior a 1, los fumadores que usan TSN presentarán una ventaja frente a los que no la usan. La fórmula quedaría así:

$$RR = \frac{RE}{RO}$$

Donde RE es el riesgo de dejar de fumar si usas TSN y RO es el riesgo de dejar de fumar sin medicación.

Atendiendo a esto, el método con TSN más eficaz es el de los parches con un RR de 1,64, seguido por el uso de los comprimidos bucodispersables con un RR de 1,52 y finalmente, el uso de chicles de nicotina con un RR de 1,49. Además de estos métodos, la combinación de una TSN que libera nicotina de forma lenta, como son los parches, junto con una forma de liberación rápida, como serían los comprimidos o los chicles, presenta una eficacia por encima del uso de estas terapias usadas individualmente, ya que el RR es de 1,34 (**Jordan y Xi, 2018**).

1.6.2 Medicamentos con prescripción médica

Los dos principales fármacos con necesidad de prescripción médica usados en cesación tabáquica son vareniclina y bupropión. Una vez prescritas, el farmacéutico podrá desarrollar la atención farmacéutica para facilitar el cumplimiento y la adhesión al tratamiento.

1.6.2.1 Vareniclina (Champix®)

Se trata de un fármaco indicado para dejar de fumar y que tiene autorización para comercializarse en España con este fin desde el año 2006. Aunque en la actualidad su distribución y venta se encuentra paralizada debido a la investigación de la presencia de impurezas de N-nitrosovareniclina según informó la AEMPS, aunque no existe riesgo para los pacientes ya tratados previamente (**AEMPS, 2021**).

Este principio activo (PA) es un agonista parcial de los receptores $\alpha_4\beta_2$ de la acetilcolina y un agonista completo de los receptores nicotínicos α_7 .

La nicotina también es un agonista de los receptores $\alpha_4\beta_2$ de alta sensibilidad, estos receptores se estimularán con la unión de nicotina y posteriormente pasaran a estar insensibles, lo que significa que no pueden unirse a más moléculas de nicotina hasta que se recuperen y pasen a ser sensibles de nuevo (**Mihalak et al., 2006**). Esto hace que el consumo de

nicotina suponga un aumento del número de receptores nicotínicos (efecto *up-regulation*) y provoca una tolerancia a la nicotina, que hace que se aumente el consumo progresivamente y a su vez serán los responsables del síndrome de abstinencia. La acción de vareniclina sobre estos receptores, consigue tener efecto sobre la tolerancia y sobre el síndrome de abstinencia. Por una parte, evita que se sigan generando nuevos receptores y por otra parte, evita el efecto placentero que provoca la unión de la nicotina a sus receptores **(Ruiz et al., 2008)**.

Además, la unión de la nicotina a los receptores α_7 provoca su activación, liberándose glutamato. Este tendrá un efecto de potenciación sobre la acción de la nicotina sobre la liberación de dopamina. Al mismo tiempo, a diferencia de los anteriores receptores, estos no se desensibilizan y por tanto el efecto será más prolongado. Por tanto, la actuación de la vareniclina sobre estos receptores, hace que no se active la vía glutamatérgica y por tanto disminuye la potencia de la nicotina **(Anthenelli et al., 2016)**.

Atendiendo a la ficha técnica de la vareniclina (Champix®), los efectos adversos más notificados son ansiedad, cambios de humor, alteración de la conducta o incluso un comportamiento suicida. Hay que tener en cuenta que el propio proceso de abandono tabáquico ya se caracteriza por estos síntomas, con lo que es difícil diferenciar entre efectos propios de la medicación y efectos del síndrome de abstinencia. Sin embargo, algunos estudios aseguran que no existe ninguna relación entre los efectos adversos neuropsiquiátricos y la ingesta de vareniclina **(Howes et al., 2020)**.

En cuanto a la interacción de la vareniclina, es necesario tener en cuenta que el propio proceso de deshabituación tabáquica supone una alteración del citocromo CYP1A2 que es responsable del metabolismo de numerosos fármacos. El tabaco es un inductor de este citocromo, por lo que en pacientes fumadores y que necesiten medicamentos como insulina o warfarina, necesitarán que se les ajuste la dosis cuando quieran dejar de fumar.

El mecanismo de acción de la vareniclina es el que va a determinar la posología (Ilustración 3) con la que efectuar el tratamiento:

- Durante la primera semana de tratamiento, que continua con el hábito de fumar: los 3 primeros días de tratamiento la dosis es de 0,5 mg por día y se continuará con 0,5 mg dos veces al día, durante los 4 días siguientes hasta completar la primera semana.

De esta forma, se consigue una reducción progresiva de los receptores nicotínicos, que junto con el aporte de nicotina por los cigarrillos provocan una acumulación de la misma y genera un primer rechazo del tabaco en los pacientes.

- Desde la segunda semana en adelante: a partir de este momento los pacientes abandonan el consumo de tabaco y duplican la dosis de vareniclina, 1 mg administrado dos veces al día. No se recomienda continuar el tratamiento más de 12 semanas.

En caso de que los efectos adversos no sean tolerables por el paciente, esta dosis se puede reducir a 0,5 mg dos veces al día.

1ª semana	
1-3 día	0,5 mg/día
4-7 día	0,5 mg dos veces al día
2ª semana hasta finalización	1 mg dos veces al día

Ilustración 3: Posología vareniclina

El principal inconveniente de este tipo de tratamiento es su elevado coste, que provoca en muchos casos el abandono prematuro del tratamiento sin cumplir la pauta completa. Esto hace que la atención farmacéutica sea crucial. Por otro lado, los efectos adversos también provocan el abandono del tratamiento, por lo que existen diversas líneas de investigación para el desarrollo de nuevas formas farmacéuticas de vareniclina que consigan disminuir las Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM), como pueden ser parches o comprimidos de liberación prolongada.

1.6.2.2 Bupropión

Se trata de un medicamento cuya indicación principal es el uso como antidepresivo aunque también es usado para dejar de fumar. Su acción se debe a que es un inhibidor selectivo de la recaptación neuronal de

catecolaminas, como son la dopamina y la noradrenalina, y en menor medida de la recaptación de serotonina. Por lo tanto, a nivel antidepresivo tendrá unos efectos similares a los producidos por otros fármacos como Fluoxetina o Venlafaxina. Sin embargo, estos fármacos no han demostrado ningún efecto sobre la cesación tabáquica, mientras que el bupropión sí ha demostrado una eficacia similar a la de TSN **(Blokdijs, 2018)**. A pesar de todo, no existe aún una evidencia clara de su mecanismo para favorecer la deshabituación tabáquica, aunque se cree que presenta una acción similar a la nicotina actuando sobre los sistemas de recompensa del cerebro, ayudando así a disminuir el síndrome de abstinencia **(Solano Remírez et al., 2005)**.

En España es comercializado desde el año 2000 en formulaciones de 150 mg y la forma farmacéutica dispensada son comprimidos de liberación prolongada, aunque esto no siempre ha sido así. Al principio de su comercialización no se presentó en esta forma farmacéutica, lo que provocó la aparición de efectos adversos graves como las convulsiones, causadas por alcanzar una concentración plasmática muy elevada en un corto periodo de tiempo, problema que se solucionó con esta forma farmacéutica **(Descalzi M., 2017)**.

La justificación del uso de un antidepresivo como método para dejar de fumar está basada en su actuación sobre diferentes procesos que se producen durante la cesación tabáquica. Por una parte, los pacientes que se encuentran en este tratamiento llevan a cabo una serie de cambios en sus rutinas que pueden afectarles al estado de ánimo e incluso desembocar en un episodio depresivo en mayor o menor medida. Por otra parte, la retirada de la nicotina también contribuye a favorecer ese estado depresivo ya que eliminamos una sustancia que actúa sobre los centros del cerebro encargados de mediar en la sensación de placer, por lo que el paciente necesitará otras vías que le puedan aportar este déficit.

En cuanto a las reacciones adversas se produce la misma controversia que en el caso de la vareniclina: sus efectos adversos son muy similares a los provocados por el propio hecho de dejar de fumar como son insomnio, agitación, nerviosismo o estreñimiento. La principal reacción adversa que se

debe tener en cuenta es la aparición de convulsiones, ya que, aunque la liberación prolongada soluciona este problema entre los pacientes sin antecedentes, si existe evidencia de una probabilidad más alta en aquellos pacientes con antecedentes o con factores de riesgo altos para convulsiones. Por lo tanto, en estos pacientes, si el uso del fármaco tiene una justificación clínica por encima de este riesgo, la dosis no debe ser superior a 150 mg por día.

La forma de administración del bupropión es similar a la de vareniclina (Ilustración 4), aunque en este caso existe una única presentación de 150 mg que se empezará tomando mientras se sigue con el hábito tabáquico. Durante los 6 primeros días se toma una dosis de 150 mg al día, empezando a duplicarla a partir del séptimo día, pero siempre dejando un margen de 8h entre ambas. Se recomienda que la segunda dosis se aleje lo máximo posible de la hora de dormir para reducir lo máximo posible las probabilidades de insomnio. A partir de la segunda semana se sigue administrando 150 mg dos veces al día, pero desde este punto sin consumo de tabaco. El tratamiento se puede prolongar hasta las 9-12 semanas, pero si en la séptima semana continúa fumando se recomienda abandonar la medicación.

1ª semana	
1-6 día	150 mg/día
7º día	150 mg dos veces al día
2ª semana hasta finalización	150 mg dos veces al día sin fumar

Ilustración 4: Posología bupropión

1.6.3 Otros tipos de tratamientos

Aunque el tratamiento farmacológico es el único dirigido y controlado por profesionales sanitarios y el único que presenta estudios seguros y eficaces, es innegable que muchos fumadores optan por otro tipo de métodos:

- Cigarro electrónico o vapeadores: son dispositivos de inhalación de vapor que contienen cantidades variables de nicotina y en la actualidad son muy utilizados para dejar de fumar. Aunque en el futuro pueden suponer una buena alternativa para lograr la cesación tabáquica, aún no existen estudios

suficientes sobre eficacia y seguridad que puedan avalarlo. Además, el número de fumadores habituales de este tipo de dispositivos es cada vez mayor, lo que hace creer que no es un buen método como terapia de sustitución de la nicotina.

- Acupuntura: esta antigua técnica basada en la inserción de agujas en puntos específicos de la piel, busca la estimulación de algunos puntos concretos del cuerpo que consigan disminuir el síndrome de abstinencia. A pesar de ser una técnica muy habitual, no existe ningún estudio que evidencie que la probabilidad de éxito de esta técnica sea superior al uso de placebos **(White et al., 2011)**.

- Hipnosis: el uso de técnicas hipnóticas para dejar de fumar es uno de los más antiguos y combinan distintas técnicas para tratar todos los puntos relacionados con el abandono tabáquico como son el síndrome de abstinencia, gestión de situaciones de riesgo, recaídas o incluso la motivación **(Bazako-Goiburu, 2021)**.

- Otros: otras terapias menos usadas pero que se deben tener en cuenta son el uso de libros, la terapia cognitivo conductual o incluso la realidad virtual.

1.6.4 Atención farmacéutica en el tratamiento farmacológico del tabaquismo

Son muchos los profesionales sanitarios que habitualmente se incluyen en los protocolos y planes de deshabituación tabáquica, como médicos, enfermeros o psicólogos. A pesar de ello, los farmacéuticos no suelen estar integrados en estos planes. Sin embargo, el farmacéutico es el personal sanitario al que los pacientes tienen acceso más fácil. Todos aquellos pacientes que deciden dejar de fumar mediante tratamiento farmacológico deben pasar inevitablemente por una farmacia, sea cual sea el profesional sanitario con el que han tratado previamente. Además, la actuación coordinada de profesionales sanitarios de diferentes sectores repercute favorablemente en el abandono tabáquico **(RAW et al., 1998)**.

En este punto, el farmacéutico puede actuar en dos direcciones:

1- En la captación de fumadores: ya que alrededor del 70% de los fumadores está interesado en dejar de fumar, el consejo farmacéutico y el aumento de la dedicación que se hace hacia estos pacientes en las oficinas de farmacia ayuda en gran medida a que nuevos fumadores se decidan a iniciar un tratamiento.

2- En la adherencia al tratamiento: en este sentido, la comparativa entre fumadores que reciben AF y no, establece que aquellos que reciben AF presentan un nivel inicial de adherencia superior a los que se limitan a seguir el tratamiento **(Nahvi et al., 2020)**.

Esto no solo se produce en tratamientos sobre el tabaquismo, sino que es lo habitual para todo tipo de tratamientos. Sin embargo, en este caso es más necesario al no percibirse como un problema por parte de los fumadores.

1.7 Planes de intervención en tabaquismo

Debido a la alta prevalencia del consumo de tabaco a nivel global y al enorme gasto sanitario que esto conlleva, existe una gran cantidad de planes o guías de intervención en tabaquismo tanto a nivel internacional, europeo, nacional, regional o incluso desarrollado por diferentes organizaciones.

En el año 2003, la OMS firmó el convenio marco para el control del tabaco, que finalmente entro en vigor en el año 2005. Este convenio, al que se unió España, supuso el inicio de diferentes medidas para combatir el tabaquismo y tenía como objetivo el proteger de las consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas que supone el tabaco **(Blanco et al., 2017)**.

Para que los diferentes países que firmaron el convenio pudiesen cumplir con las medidas propuestas, como se menciona en los antecedentes de forma breve, en 2008 la OMS crea un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia del tabaquismo y lo denomina MPOWER. Este supone el primer plan internacional contra el tabaco. El nombre viene de la primera palabra en inglés de las principales estrategias que tiene la guía:

1- Vigilar el consumo de tabaco: para cumplir este objetivo se deben realizar informes periódicos sobre los hábitos de los fumadores para poder

detectar la tendencia y anticiparse a la toma de medidas. También se deben promover espacios libres de humo en el trabajo, bares y restaurantes y en todos los espacios públicos.

2- Proteger a la población del humo del tabaco: esta medida, va de la mano de la medida anterior. Además de crear los espacios sin humo se deben promulgar leyes que permitan respetar estos espacios. Así se protege a los no fumadores del humo, y promueve que al menos un 3-4% de los fumadores consiga abandonar el hábito de fumar.

3- Ofrecer ayuda para el abandono del tabaco: el alto potencial adictivo del tabaco hace que la mayoría de los fumadores no puedan dejarlo sin ayuda o recaigan fácilmente. Se debe facilitar el acceso a profesionales sanitarios y a terapias farmacológicas, que favorezcan la deshabituación.

4- Advertir de los peligros del tabaco: la mayoría de los fumadores son conscientes de que el tabaco es perjudicial para la salud, sin embargo, pocos son conscientes de los riesgos reales que tiene. Por ello es necesario sensibilizar a la población sobre esos riesgos y no solo a los fumadores, sino que es aún más importante la información a la población más joven. El objetivo es evitar el inicio en el tabaquismo, ya que son ellos los que más riesgo tienen de iniciarse en el consumo de tabaco. En este punto también se incluyen las modificaciones en el etiquetado de los paquetes de tabaco que deben incluir imágenes y advertencias sobre el consumo de tabaco.

5- Hacer cumplir las prohibiciones: la publicidad y la promoción del tabaco son una de las principales armas de la industria tabacalera, por lo que las prohibiciones estrictas de estas, contribuye a la disminución del consumo.

6- Aumentar los impuestos al tabaco: la forma más eficaz de reducir el consumo es aumentar el precio del tabaco y de todos los productos asociados a este. El incremento de los impuestos es una buena medida para reducir el número de fumadores, además esto afecta principalmente a jóvenes que no se iniciarán como fumadores.

Bajo estas indicaciones de la OMS, la Unión Europea desarrolló una serie de recomendaciones (Estrategia Europea para el Control del Tabaquismo) para que los países de la UE pudiesen hacer frente al tabaquismo. El enfoque fundamental de estas se hace sobre la imposición de

leyes contra el tabaquismo y establecen como principal objetivo, para acabar con el tabaquismo, impedir el inicio de los más jóvenes en el hábito.

Otra guía a nivel internacional es la establecida por el servicio de salud pública de EEUU, la cual va destinada fundamentalmente al personal médico (no habla de otros profesionales sanitarios). En ella se establecen las recomendaciones que pueden realizar y el tratamiento eficaz en la dependencia del tabaco, combinando el uso de medicamentos con un asesoramiento activo que aumente las probabilidades de éxito. Por otra parte, establece que se deben desarrollar intervenciones específicas en diferentes grupos como embarazadas, adolescentes o personas con trastornos psiquiátricos (**US PHS, 2010**).

Esta guía deja por tanto todo el peso de la estrategia de deshabituación en los tratamientos médicos, para los que establece como medicamentos la TSN, vareniclina y bupropión (**Fiore et al., 2008**).

En España el organismo encargado de la prevención del tabaquismo es el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT) que tiene como referente el Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo (**Villalbí et al., 2019**). Aun así, no se ha desarrollado una única guía como tal que pueda ser utilizada para el abandono tabáquico, ya que las competencias de sanidad están en manos de las Comunidades Autónomas y son estas las que desarrollarán distintas guías. Las existentes a nivel nacional son aquellas pertenecientes a diversas organizaciones que están presentes en todo el país.

Para que estas guías puedan ser desarrolladas correctamente, el CNPT desarrolló un documento consensuado en el que se señalan las bases técnicas que deben orientar todas las actuaciones que se lleven a cabo dentro de este ámbito en la asistencia sanitaria. Dicho documento tiene como objetivos principales establecer las necesidades de la estrategia nacional contra el tabaquismo y clarificar las opciones asistenciales en tabaquismo según la evidencia científica disponible (**Camarelles Guillem et al., 2009**). Por otra parte, la estrategia nacional sobre adicciones en su versión de 2017-2024 establece que una estrategia multidisciplinar en el ámbito de cualquier adicción

tendrá un valor añadido frente a los tratamientos basados en una única disciplina **(Ministerio de Sanidad, 2017)**.

Finalmente, esta estrategia también establece la ventaja de una atención integral frente a la atención simple o mínima. Una atención integral es aquella que, basándose en la evidencia científica, valora todos los aspectos que pueden influir en la patología a tratar, como pueden ser los aspectos psicológicos, los biológicos o incluso los sociales: de esta manera, los trata de forma simultánea para conseguir el objetivo final, en este caso la deshabituación tabáquica. Sin embargo, muchos tratamientos van enfocados a una atención mínima, que crea confusión en los pacientes por creer que el término mínimo hace referencia al esfuerzo que tienen que realizar para superar la adicción y que no es más que una intervención basada en un modelo único, que tiene unos resultados muy variables y poco claros **(Olano-Espinosa et al., 2005)**.

Son por tanto las comunidades autónomas y las asociaciones las que desarrollan de forma más explícita numerosas guías para el abordaje del tabaquismo. Dos aspectos iniciales en el que todas coinciden es en la importancia de realizar una valoración previa de la dependencia del tabaco que tiene el paciente y su nivel de motivación. Para ello se pueden realizar distintos test como el test de Richmond, el de Fagerström o el de Glover Nilsson **(Bacha et al., 2018)**.

La realización de estos test permite clasificar a los fumadores en varios grupos que reciban intervenciones más breves o más intensas. Según su nivel de motivación y adicción se encontrarán en una fase u otra dentro del ciclo del cambio que fue desarrollado inicialmente por O. Prochaska y C. DiClemente **(Prochaska et al., 1992)**. y que supone una modificación progresiva de la conducta de los fumadores:

- Fase precontemplativa: los fumadores en esta fase se caracterizan por no plantearse cambiar el hábito, generalmente por la falta de consciencia sobre el riesgo que supone. Al no percibir el tabaquismo como un problema, no van a buscar ayuda para solucionarlo o acuden

por una presión externa, con lo que no podrán evolucionar en el cambio.

- Fase contemplativa: en esta ocasión, los fumadores si son conscientes del problema de adicción que tienen y por tanto se plantean dejarlo, aunque aún no lo tienen decidido. Son más receptivos a la hora de recibir información sobre el método a seguir y sobre las recomendaciones.
- Fase de preparación: para entrar en esta fase, el fumador debe tener clara su intención de abandonar el tabaco y se compromete a realizarlo en un espacio de tiempo concreto. Deben estar incluso preparados para realizar una serie de modificaciones antes de pasar a la siguiente fase. Estas pueden ser, por ejemplo, la reducción del número de cigarrillos o el cambio a otro tipo de tabaco con menos cantidad de nicotina.
- Fase de acción: es la fase definitiva en la que deben terminar con su adicción, sin excepciones. Es la que requiere un compromiso más fuerte por parte del fumador ya que supone un cambio en el estilo de vida y una lucha fuerte contra el síndrome de abstinencia.
- Fase de mantenimiento: una vez modificada la conducta, los fumadores deben luchar por mantener los cambios de la fase de acción y tener las herramientas para hacer frente a las situaciones que pongan en riesgo su recaída. Por tanto, no deben relajarse y tienen que continuar progresivamente con el proceso del cambio.

Otro aspecto importante en el desarrollo de estas guías es establecer el número de sesiones que van a conformar las terapias, el tipo de información que se debe dar en cada una o las opciones de tratamiento farmacológico que tienen disponibles. Dentro de las mismas se pueden incluir técnicas de aumento de la motivación. Estas se pueden dirigir individualmente, como reforzar el hecho de disminuir el consumo de tabaco, y también se pueden dirigir en grupo, como es el análisis de autoregistros de consumo que permita que los fumadores se comparen y quieran seguir mejorando este aspecto **(Serecigni et al., 2015)**.

En otra sesión también se debe tratar la prevención de las recaídas, aunque parezca que es una fase externa al ciclo del cambio, las recaídas forman parte del mismo y deben tratarse como tal, analizando el motivo que la provoca y estableciendo técnicas que permitan volver a la senda de la deshabituación.

Por otro lado, existen también guías que enfocan la eliminación de la adicción desde el punto de vista de la Psicología. En ellos se realiza una valoración conductual del tabaquismo en la que se analizan los estímulos relacionados con esa conducta o como el paciente gestiona situaciones de estrés o de frustración (**Gómez et al., 2008**). Para ello es recomendable saber cuántos intentos previos ha realizado el fumador y cuáles han sido los motivos que han desencadenado la recaída.

La guía puede establecer también si se va a desarrollar en grupos, de forma individual o por parejas ya que cada una tendrá unos refuerzos en la conducta distintos, incluso algunas guías incluyen la diferenciación de grupos en situaciones especiales como pueden ser embarazadas, adolescentes, pacientes hospitalizados o aquellos que además tienen una adicción a otras drogas de abuso.

Distintas asociaciones nacionales también desarrollan sus propias guías de intervención tabáquica. La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) además de pautas mencionadas anteriormente, añade un algoritmo que permite clasificar a los pacientes en las distintas fases del ciclo del cambio para situarlos en unos grupos de tratamiento u otros. En ella también refleja la importancia de realizar recomendaciones sobre cómo afrontar el síndrome de abstinencia desde el punto de vista de sus efectos fisiológicos: cefalea, insomnio o estreñimiento (**semSYC, 2016**).

También a nivel nacional, la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) desarrolla una guía en la que hace especial hincapié en los efectos nocivos que provoca el tabaco y la evaluación de la motivación y adicción. Plantea una reducción progresiva del consumo de tabaco marcando diferentes tareas a realizar cada semana, así el propio fumador marcará los hitos que

tiene que alcanzar cada semana. Para ayudar a este proceso propone un seguimiento de todo el proceso, facilitando incluso la comunicación continua por teléfono y pone en marcha una aplicación para teléfonos móviles (RespirApp) que hace más accesible el seguimiento de la evolución de los pacientes, sobre todo de los más jóvenes (AECC, 2014).

1.8 Atención farmacéutica en las FAS

Las Fuerzas Armadas (FAS) cuentan con la figura del Farmacéutico Militar como responsable de las oficinas de farmacia que pertenecen a los diferentes ejércitos (tierra y aire) y a la armada. El funcionamiento en lo que respecta a atención al público se realiza de la misma forma que en una oficina de farmacia civil, con la diferencia de que solo el personal perteneciente a las FAS tiene derecho a este servicio.

Una de las ventajas que presentan las farmacias militares para poder desarrollar planes de AF es su contacto continuo con otros profesionales sanitarios debido a la cercanía entre la propia farmacia y la enfermería de las unidades (lo que fuera del mundo militar sería un centro de salud), compartiendo en algunas ocasiones el mismo edificio. Esto facilita que exista la posibilidad de un trabajo continuo entre médicos, enfermeros y farmacéuticos, de tal forma que se puedan abordar estrategias de actuación conjuntas.

Es por eso que los estudios realizados por las farmacias comunitarias se limitan siempre a valorar los efectos de la atención farmacéutica en deshabituación tabáquica con TSN, ya que estos medicamentos no necesitan prescripción médica. Sin embargo, en la Farmacia Militar, ese estrecho contacto con los médicos favorece que los pacientes puedan optar por el tratamiento con vareniclina o bupropión y así recibir la prescripción médica y la atención farmacéutica correspondiente.

Otra de las grandes ventajas de las farmacias del Ministerio de Defensa es el contacto con el servicio de Psicología que permite abordar otro de los puntos claves en la deshabituación tabáquica. Entre las principales medidas para reducir el número de fumadores no solo vamos a tratar a aquellos que quieren dejarlo, sino que también es de vital importancia la prevención de

aquellos que se pueden convertir en fumadores. La posibilidad en este sentido de unir los conocimientos del farmacéutico con los de psicólogos genera un amplio abanico de vías de actuación.

Esta idiosincrasia propia de las FAS es la que facilita el desarrollo de un trabajo multidisciplinar que sirva de referencia para poner en práctica actividades que se puedan terminar aplicando en el ámbito civil y que puede comenzar con la creación de unidades de intervención en cesación tabáquica en las que se incluya al farmacéutico como una pieza clave y no como un servicio externo.

En este sentido ya se ha mencionado anteriormente el Plan General de Prevención de Drogas en las FAS, que busca aumentar el conocimiento de los miembros de las FAS respecto a las drogas y sus riesgos, de manera que estén más preparados para evitar caer en el consumo. El farmacéutico puede ser partícipe de la formación de estas personas debido a su conocimiento profesional. Además, podrá ofrecer formación más específica para aquellos fumadores que quieren dejarlo o incluso que sirvan de motivación para que aquellos que no lo tienen aún decidido y que puedan animarse a intentar el abandono.

Por último, otro de los problemas para el desarrollo de actividades contra el tabaquismo que manifiestan las oficinas de farmacia comunitarias es que esto tiene una repercusión económica escasa en la farmacia, pero exige mucha dedicación. Es por ello que las farmacias militares sirven como laboratorio para probar diferentes actividades que en un futuro puedan acabar aplicándose en esas farmacias y que puedan suponer un beneficio tanto para los pacientes como para las farmacias.

2-Hipótesis

La instauración de un programa de cesación tabáquica en las farmacias militares influirá positivamente en la prevención del tabaquismo y facilitará la adhesión al tratamiento de los fumadores. La atención farmacéutica y la posibilidad de atención al paciente de forma multidisciplinar que se produce en las Fuerzas Armadas, aumentará las probabilidades de éxito en deshabituación tabáquica.

3-Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es implantar un programa/guía piloto en una farmacia del Ejército de Tierra que pueda repercutir en dos puntos fundamentales del tabaquismo: la prevención y el tratamiento.

Para poder lograr este objetivo, se alcanzarán otros objetivos específicos que son:

- 1- Evaluar la repercusión de la atención farmacéutica en la deshabituación tabáquica.
- 2- Comprobar la adherencia a los diferentes tratamientos para dejar de fumar.
- 3- Valorar el nivel de concienciación sobre el tabaquismo, sus efectos adversos y las repercusiones de aplicar un plan de prevención.

4-Material y métodos

4.1 Población y periodo de estudio

En este estudio se incluyeron los pacientes fumadores del área de responsabilidad de la farmacia del Ejército de Tierra responsable del estudio y a la farmacia desplegada en zona de operaciones (Líbano) que acudieron a dichas farmacias con intención de abandonar la adicción.

4.1.1 Criterios de inclusión

- Personal militar (incluidos en el Régimen Especial de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas: ISFAS) y personal civil que desempeña su función en el ámbito del Ministerio de Defensa.
- Fumadores que acepten participar en el programa de deshabituación tabáquica mediante la firma de consentimiento informado aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad de Aragón. **(Anexo I)**

4.1.2 Criterios de exclusión

- Pacientes que no cumplen alguno de los requisitos de inclusión.
- Fumadores sin disponibilidad para acudir a las sesiones marcadas que le correspondan.

4.2 Grupos de estudio

Para la realización del estudio se solicitó a todos los pacientes que aportasen su historia clínica de fumador junto con el consentimiento informado para el tratamiento de los datos. Todas las historias clínicas aportadas por los propios pacientes han sido registradas para crear una base de datos con las variables de cada individuo, conforme a lo dispuesto en la Ley de protección de datos (LO 15/1999) para su estudio tras la autorización previa mediante consentimiento informado.

Los datos a registrar fueron:

- Datos demográficos: sexo, edad y convivencia/entorno con fumadores.
- Datos clínicos: uso de medicamentos de forma crónica, reacciones adversas desarrolladas durante otros tratamientos para dejar de fumar, patologías previas y alergias a medicamentos.

- Historial de tabaquismo: edad de inicio de consumo habitual, años fumando, intentos previos de deshabituación y técnica utilizada, motivos de la recaída, número de cigarrillos al día y tipo de tabaco que fuma habitualmente.
- Datos laborales: empleo dentro del ejército (militar o personal civil) y entorno laboral fumador.
- Otros datos: práctica de algún deporte.

4.2.1 Grupo 1: Farmacia Militar en territorio nacional

Tras la primera fase de promoción (promoción 1), acudieron a la oficina de farmacia 19 fumadores, de los cuales finalmente decidieron formar parte del estudio 16. De ellos, 9 (59,25%) fueron hombres y 7 (43,75%) mujeres.

Respecto a la profesión, este grupo está formado por 10 (62,50%) militares y 6 (37,50%) civiles.

Para el desarrollo de las sesiones, los pacientes fueron clasificados en diferentes fases según su adicción y motivación, siendo la distribución la siguiente: 2 en la fase precontemplativa (12,5%), 1 en la fase contemplativa (6,25%), 9 en la de preparación (56,25%) y 4 en la de acción (25%).

La edad de este grupo está entre 19 y 60 años (media $41,94 \pm 14,74$).

El estudio en este grupo se realizó para comprobar la eficacia de la aplicación de un plan de cesación tabáquica en una Farmacia Militar del ET y la importancia de la AF en la abstinencia y la adherencia al tratamiento farmacéutico.

4.2.2 Grupo 2: Aplicación del programa en Zona de Operaciones (Líbano)

Este grupo está formado por 22 pacientes, en esta ocasión el 100% de los pacientes que acudieron tras el segundo periodo de promoción (promoción 2) decidieron participar en el estudio y todos ellos eran militares. 19 de los fumadores eran hombres (86,36%) y 3 mujeres (13,64%) con edades entre los 28 y 54 años (media $37,82 \pm 8,20$)

El objetivo de aplicar el plan de deshabituación del tabaco en este grupo es comprobar la eficacia del procedimiento en una población con unas características desfavorables para el abandono tabáquico (distanciamiento familiar, estrés laboral, cambio de hábitos alimenticios o reducción de las horas de descanso), aunque con más posibilidades de tratamiento multidisciplinar y mayor disponibilidad horaria que en territorio nacional.

4.3 Variables del estudio

4.3.1 Variable principal

El estado inicial en el que se encuentra el paciente tras la primera valoración en el servicio farmacéutico es tomado como la variable principal (Ilustración 5). Este estado inicial será el establecido en función de la puntuación obtenida en las encuestas sobre motivación y adicción que se realizan en la visita inicial. La clasificación se realizará conforme a la siguiente tabla:

Niveles		Adicción		
		A	B	C
M O T I V A C I Ó N	D	Contemplación	Precontemplación	Precontemplación
	E	Preparación	Contemplación	Precontemplación
	F	Preparación	Preparación	Contemplación
	G	Acción	Preparación	Preparación

Ilustración 5: Clasificación fases del cambio.

La fase en la que sean clasificados marcará el resto del proceso, puesto que las sesiones recibidas dependerán de esto.

4.3.2 Variable secundaria

La cesación tabáquica será la variable utilizada para evaluar la efectividad del programa de deshabituación tabáquica instaurado. Se realizará un registro de pacientes en formato Excel en el que se anotará si el paciente

continúa sin fumar después de cada reunión. Este control estará basado en la propia declaración del paciente sobre su abstinencia o no. Se anotará tras cada una de las sesiones, empezando a partir de la tercera de la fase de preparación (la marcada como el día para dejar de fumar) y también a los tres, seis y doce meses desde dicha sesión.

4.3.3 Otras variables

- Tipo de atención farmacéutica: tanto la historia clínica del fumador como su disponibilidad para acudir a las sesiones o en última instancia sus preferencias. Además, el tipo de atención recibida será de forma individual, por parejas o en grupos, siendo esta última la asignada por defecto.
- Tratamiento: los fumadores pueden decidir si desarrollan el proceso con o sin medicación. Si eligen medicación, las únicas opciones disponibles serán vareniclina (Champix®) o bupropión (Elontril®) y solo estarán disponibles bajo prescripción médica. Cualquier otro tipo de tratamiento (farmacológico o no) que los fumadores consideren usar de forma individualizada no será considerado en el estudio.
- Adherencia al tratamiento: los pacientes que decidan realizar el proceso de deshabituación con tratamiento farmacológico, tendrán que someterse a un control sobre el uso correcto del medicamento y sus pautas. Esta revisión la realiza el Farmacéutico y será antes de comenzar el tratamiento, tras la primera semana de tratamiento y a las cuatro, ocho y doce semanas de tratamiento.

4.4 Diseño del estudio

4.4.1 Implantación plan de deshabituación tabáquica.

El periodo completo del estudio abarca desde el inicio de la fase de promoción hasta un año después de la conclusión de las sesiones de deshabituación tabáquica impartidas (Ilustración 6). Iniciándose en diciembre de 2019 y terminando en abril de 2021, la duración de cada fase se definirá en el apartado correspondiente y según el siguiente cronograma:



Ilustración 6: Cronograma plan de deshabituación tabáquica

Para el desarrollo de la guía de intervención en deshabituación tabáquica, el estudio se basa en todas las guías nacionales y regionales expuestas en la introducción y sobre las que se han aplicado las características propias que se producen en el ámbito de las Fuerzas Armadas y en concreto las que afectan al servicio de farmacia.

El procedimiento de intervención para la implantación del programa piloto de deshabituación tabáquica se divide en distintas etapas para su correcta instauración.

1º Promoción: Esta etapa se desarrolló entre diciembre de 2019 y la primera semana de enero de 2020 en la farmacia del ET y en noviembre de 2020 en el caso de Líbano. Se ofreció un servicio de atención farmacéutica para deshabituación tabáquica para toda el área de influencia de la Farmacia Militar. Se informó de las vías de contacto con la farmacia para aquellos fumadores interesados en participar en el programa de deshabituación, correo, teléfono y ubicación de la farmacia.

Esto se llevó a cabo por varias vías:

- Carteles publicitarios en puntos clave de las instalaciones (Ilustración 7): Cafeterías, salas de reuniones, zonas de mayor tránsito o incluso zonas de consumo habitual. El objetivo fue generar debate acerca del servicio y la importancia sobre la salud de dejar de fumar y así llegar al mayor número de

personas posible. Asimismo, se colocaron en la zona de dispensación de la farmacia y en el despacho en el que se realizaron las visitas iniciales.

- Artículo publicado en revista Armas y Cuerpos. **(Suplemento AyC, 2021)**
- Correos: Envío de información básica del servicio a toda el área con la finalidad de proporcionar una vía fácil, rápida y directa de comunicación. Esta fue la principal vía de promoción utilizada en el grupo cuya intervención tuvo lugar en zona de operaciones (Líbano) desarrollada en noviembre de 2020.



Ilustración 7: Poster campaña

2º Visita inicial: Esta etapa se desarrolló durante el mes de enero de 2020 en la Farmet-AGM y el mes de diciembre de 2020 en Líbano. Para esta primera visita, son los pacientes los que se ponen en contacto con el servicio farmacéutico por las vías proporcionadas en el primer punto. De este modo, se programa la visita inicial que tiene una duración aproximada de 30 minutos, que se realizó de forma presencial en las oficinas de la farmacia. En este primer contacto directo con los pacientes se les realizaron dos cuestionarios, el primero de ellos es el test de Richmond, para analizar la motivación para dejar de fumar **(Anexo II)** y el segundo se trata del test de Fagerström, para valorar

cuál es su nivel de adicción o dependencia (**Anexo III**). Se realizaron estas dos encuestas por separado ya que como se menciona en la introducción, varios estudios concluyen que no existe asociación entre el grado de dependencia al tabaco y la motivación para dejar de fumar, por lo que debemos evaluar las dos variantes para tener un conocimiento más certero del estado del fumador. En la encuesta no se concreta a qué tipo de cuestionario pertenece cada una de las preguntas, sino que se realiza para conocer el estado en el que se encuentra el fumador. En función de estas encuestas, se les clasificó en varios niveles equivalentes a las fases de cambio: Precontemplativa, contemplativa, preparación y acción (Ilustración 5).

Además, se les realizó una encuesta de salud (**Anexo IV**), desarrollada junto con el servicio médico asociado a la farmacia, la cual se enviaría al propio servicio médico en el caso de que el paciente hubiese querido afrontar el proceso de cesación tabáquica con el uso de medicamentos (vareniclina o bupropión). De esta manera, agilizamos el proceso y el servicio farmacéutico ejerce de mediador inicial para facilitar la comunicación paciente-médico, además de proporcionar la información sobre las alternativas de medicación disponibles.

En esta primera entrevista también informamos al paciente sobre el programa de deshabituación del tabaco completo: sesiones, horarios y duración de las mismas, posibilidad de sesiones individuales, en pareja o grupales. Aunque la programación variara según en la fase en la que los hayamos clasificado.

Para finalizar esta primera visita, se efectúa un cuestionario sobre la historia clínica y el consumo de tabaco (**Anexo V**) con el que nos proporciona datos fundamentales para el tratamiento y el desarrollo de las sesiones como patologías previas, medicación que toman de forma crónica, intentos previos (con y sin medicación) o entorno fumador. Para el uso confidencial de estos datos en el estudio se proporcionó a todos los pacientes un Consentimiento Informado (**Anexo VI**), en el que se les aclaró que la participación en el estudio es voluntaria y que por tanto podrán abandonar el programa en cualquier momento y sin previo aviso.

En el caso de los pacientes que participaron en el proceso realizado en la farmacia situada en una base militar fuera de España (Base Militar Española de Líbano) se llevó a cabo un chequeo médico básico, ya que la propia estructuración de la atención sanitaria permitía que el servicio médico pudiese llevarlo a cabo con facilidad. Este control médico posibilitó la evaluación de los parámetros medidos (peso, perímetro abdominal, tensión y saturación de oxígeno) y comparar la evolución entre esta visita inicial y los valores tras seis meses sin fumar. Todas las medidas realizadas fueron no invasivas y se hicieron con el consentimiento previo de los pacientes.

3º Inicio de las sesiones semanales: Esta etapa se prolongó durante cinco semanas hasta la fase de acción y hasta los doce meses incluyendo la fase de mantenimiento (febrero de 2020-febrero 2021). Para el programa realizado en Líbano esta etapa se llevó a cabo entre enero y julio de 2021. Los pacientes asistirán a las sesiones según la fase en la que sean clasificados dentro de la ilustración 5. Para ello, una vez valorada la situación de cada fumador se le informa de las distintas fases de cambio en las que dividimos el proceso y en cuál se encuentra cada uno.

a) En fase precontemplativa los fumadores presentan una motivación baja unida a una adicción al tabaco media/alta, con lo que no se les considera aptos para iniciar el proceso de deshabituación. Estos pacientes podrán asistir a las sesiones de forma pasiva o recibir información documental que les permita o bien disminuir levemente la adicción o considerar de forma más decidida iniciar el proceso de cesación tabáquica.

b) En fase contemplativa los pacientes recibieron 2 sesiones, antes de llegar a la fase de acción. La primera de ellas consistió en proporcionarles información básica sobre tabaquismo como es su prevalencia en la población, la actuación de la nicotina respecto a la adicción, como afecta al organismo el tabaco y como le puede ayudar la terapia a superarlo. Todo ello generando una mayor motivación y consciencia de la importancia de dejarlo. Los pacientes de esta fase se caracterizan por tener una adicción alta junto con una motivación

moderada o bien tienen una adicción baja, pero sin motivación o convicción sobre las posibilidades de conseguir dejarlo. En la segunda sesión se unirán a la fase de preparación.

c) En la fase de preparación los pacientes solo tuvieron una sesión antes de la fase de acción. En ella se intentó reforzar la motivación para dejar de fumar ya que los que se encuentran en esta fase se caracterizaban por una adicción y motivación moderadas. También se encuentran en esta fase los pacientes con una adicción alta pero una fuerte convicción por dejarlo. Para lograrlo es importante hacer hincapié en los beneficios que obtendrá si consigue dejar de fumar. Principalmente son beneficios fisiológicos que se empezarán a notar desde el mismo día en el que fuman el último cigarro y cuya mejora hará que en unos años tengan unas características casi iguales que los no fumadores. Pero también sobre los beneficios económicos e incluso sociales. Para el desarrollo de esta sesión, se contó con el apoyo de la parte de enfermería asociada con la farmacia, ya que pueden explicar desde otro punto de vista más cercano al tratamiento con el paciente, como es la evolución fisiológica de los fumadores que comienzan el proceso de deshabituación e incluso pueden ayudar a la motivación de los pacientes por las experiencias que tengan con otros con patologías asociadas al tabaco.

d) Fase de acción, en la que todo el grupo de participantes se une por primera vez. Por lo tanto, se volvió a explicar que las sesiones duran 45 minutos, son siempre el mismo día de la semana y se imparten 3 sesiones antes del día en el que fumen el último cigarrillo.

La finalidad de estas sesiones fue llegar a la tercera semana del tratamiento con la convicción clara de dejar de fumar y con las pautas claras para conseguirlo. El día establecido para fumar el último cigarro fue para todos el mismo coincidiendo con la fecha de la tercera sesión. De esta manera todos los participantes estaban en el mismo estado, de forma que se pueda crear un apoyo y entendimiento colectivo que favorezca el proceso de deshabituación y permita a cada uno aprender de los aciertos y errores ajenos. A lo largo de estas tres sesiones, cada uno debe decidir de qué forma quiere afrontar el proceso de deshabituación, con o sin medicación (bupropión o vareniclina),

aunque es el servicio de farmacia es el que los guía y asesora en función de su historia clínica.

La opción de atención farmacéutica sin medicación se estableció para aquellos pacientes que presentaban alguna patología incompatible con la medicación indicada (antecedentes de convulsiones, episodios de ansiedad o insuficiencia renal o hepática), tomaban una medicación adicional que presentase interacciones con vareniclina o bupropión (inhibidores de la monoaminooxidasa) o ya habían usado la medicación en otra ocasión y no han respondido bien al tratamiento desarrollando distintos efectos adversos. Para aquellos que no tenían ninguno de estos motivos y aun así decidieron seguir el proceso sin medicación, se les explicó que pueden empezar el proceso con esta opción y si necesitan un apoyo adicional de medicación o cambian de opinión, siempre se puede estudiar y cambiar.

Para la opción con medicación se tuvieron en cuenta varios aspectos:

1. La medicación, evidentemente debe ser prescrita con anterioridad por el médico, con lo que contaremos con él en el desarrollo del proceso para que sea mucho más ágil. Una vez prescrita la medicación y antes de dispensarla, se programó una cita con los pacientes para explicarles la posología adecuada.

2. Los fármacos para dejar de fumar tienen un periodo de habituación de una semana aproximadamente hasta que se fuma el último cigarro, con lo que deberán comenzar con el tratamiento desde la segunda sesión para poder dejarlo completamente en la tercera.

3. Deberán informar durante todo el proceso de cualquier reacción adversa que les produzca la medicación con la finalidad de darles las recomendaciones necesarias para evitarlas o retirar el tratamiento si es conveniente.

En las primeras dos sesiones de esta fase de preparación, se proporcionaron diferentes técnicas para comenzar a reducir el consumo de tabaco de forma progresiva antes del día establecido.

En la primera de ellas se les recomendó un autorregistro del consumo de tabaco diario (**Anexo VII**) durante una semana (hasta la siguiente sesión) y pedimos que intenten eliminar aquellos cigarrillos que les resulte más fácil. En

el anexo se establece una leyenda sobre las situaciones en las que los pacientes han fumado para facilitar el autorregistro.

En la segunda sesión de esta fase, se analizó el citado autorregistro, valorando las diferencias entre los primeros días y los últimos de la semana y comparando el registro de unos pacientes con otros. Como técnica para reducir el consumo en esta segunda sesión se les suministró información sobre las distintas marcas de tabaco que los fumadores habían indicado en el cuestionario, en función de la cantidad de nicotina que contienen (Ilustración 8), para que, si no pueden reducir el número de cigarrillos, al menos los que consumen tengan menor cantidad de nicotina.

Marca de tabaco	Nicotina/cigarro	Nicotina/paquete
FORTUNA	1,1mg	22 mg
DUCADOS	1,1mg	22 mg
NOBEL	0,7 mg	14 mg
MALBORO	1,1 mg	22 mg
WINSTON	0,9 mg	18 mg
CHESTERFIELD	0,6 mg	12 mg
CAMEL	0,9 mg	18 mg
CAMEL BLUE	0,8 mg	16 mg
L&M	0,8 mg	16 mg
LUCKY STRIKE	0,9 mg	18 mg
JOHN PLAYER	1 mg	20mg

Ilustración 8: Contenido de nicotina y alquitrán

Además de estas técnicas, en las dos primeras sesiones de acción se abordaron los siguientes temas:

-Etapas del cambio: se les habla por primera vez a los pacientes sobre las etapas del ciclo del cambio mencionadas anteriormente y a las que se van a enfrentar durante los próximos meses. El proceso de cambio estará compuesto por 6 fases: precontemplativa, contemplativa, preparación, acción,

mantenimiento y recaída. En esta sesión ya se encuentran en la fase de acción. Además, cada uno de ellos ya fue encuadrado en una de estas fases y recibieron información al respecto. Sin embargo, en este apartado se les explicó que la recaída también forma parte del proceso de cambio, por lo que quien esté en esta etapa tendrá sesiones individuales en las que se aborde el motivo de la recaída y el nuevo inicio del ciclo de deshabituación.

- Tabaquismo: composición del tabaco, efectos fisiológicos, prevalencia en el mundo y en España y mitos sobre el tabaco.

- Fármacos: se les proporcionó información sobre los dos fármacos que van a poder usar en la terapia: Champix® y Elontril®. Y sobre otras terapias para dejar de fumar como vapeadores o sustitutos de nicotina y su eficacia en el abandono tabáquico.

- Beneficios que sentirán cuando dejen de fumar: estas mejoras comenzarán desde el primer día aunque no los notarán directamente, pero que se incrementarán con el paso de los días.

La tercera sesión fue la marcada como el día en el que dejaban de fumar, con lo que es un día muy importante para los pacientes y así lo hacemos ver. Durante la sesión se incide sobre las pautas marcadas en las anteriores sesiones y se les explicó el SA, deben entender los cambios que van a experimentar los próximos días y comprender que entran dentro de la normalidad en el proceso de deshabituación a una droga como el tabaco. Aunque más allá de explicarles en que consiste el SA y los efectos negativos que pueden experimentar durante el proceso de deshabituación, se intentó dar pautas sobre cómo gestionar esos síntomas. Por ello, para esta tercera sesión contamos con el servicio de psicología asociado a la farmacia que ayudó a reforzar los aspectos relacionados con la dependencia psicosocial de la nicotina y además incidir sobre los aspectos del hábito mecánico que supone un factor determinante para dejar de fumar. Además, se les facilitó a los pacientes consejos sobre cómo tratar uno de los principales efectos adversos que presentan aquellos que intentan dejar de fumar con y sin medicación, como es el insomnio.

Dentro del SA, el fenómeno conocido como *craving* (deseo irrefrenable de fumar) se trata de una forma más específica ya que es el responsable de la mayoría de recaídas, sobre todo a las dos semanas de fumar el último cigarro.

En este momento, produce el pico de episodios de *craving* y además coincide con un descenso de la motivación tras el paso de las primeras semanas. Para ello se les proporcionó una hoja de evaluación de los deseos de fumar en diferentes situaciones (Ilustración 9).

HOJA DE EVALUACIÓN															
Día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Después de las comidas															
En momentos de relax															
Cuando estoy con fumadores															
Cuando me ofrecen tabaco															
Al ver fumar															
Cuando estoy nervioso															
Otras															
*valora del 0 al 10 (0= no he tenido; 10=muy intensos) los deseos de fumar en cada situación.															

Ilustración 9: Hoja evaluación del deseo de fumar

- e) Fase de mantenimiento, esta fase se inicia una vez que hemos conseguido eliminar totalmente el consumo de tabaco y no tiene fecha de finalización. Esto es debido a que un fumador nunca se podrá considerar 100% no fumador por tener más probabilidades de reincidir que alguien que nunca haya fumado. O se terminará si alguien pasa a la fase de recaída.

Para esta fase se programarán tres sesiones más, que coincidirán con los tres, seis y doce meses después del primer día sin fumar. Estas no tendrán una temática concreta como las anteriores, sino que estarán enfocadas a asaltar las peculiaridades, problemas o preocupaciones que hubiesen surgido durante ese tiempo y servirán para evaluar la abstinencia al tabaco conseguida. También se trataron las estrategias usadas por cada uno para mantenerse sin fumar, los nuevos hábitos saludables adquiridos y consejos para otros pacientes que hayan recaído.

A partir del duodécimo mes y si el paciente lo necesita entre sesiones, se ofrece la opción de una consulta individual no programada que facilite la prevención de una recaída. Siempre bajo la demanda de los pacientes y sujeto a disponibilidad del servicio de farmacia.

f) Fase de recaída, no se trata de una fase externa del proceso de deshabituación tabáquica, sino que forma parte del ciclo del cambio y tiene la misma relevancia que las anteriores. La principal diferencia entre esta etapa y las anteriores es que los motivos que la causan son muy diferentes entre unos pacientes y otros, por lo que los que entraron en esta etapa y quisieron continuar el proceso, recibieron una sesión individual en la que se analizaron las posibles causas de la recaída y las pautas para evitarla en el futuro. Si la recaída es ocasionada por un momento personal concreto y pasajero, la recomendación fue esperar a que esa situación desaparezca para poder iniciar un nuevo ciclo de deshabituación, ya que de lo contrario las probabilidades de recaída serán mayores y la confianza del fumador sobre las posibilidades de éxito de la terapia se verán mermadas. Si, por el contrario, la recaída es provocada por una pérdida de motivación, por los efectos del síndrome de abstinencia o por los hábitos conductuales, estos se pueden tratar y revisar las pautas que deben seguir para iniciar un nuevo ciclo.

4.4.2 Prevención del tabaquismo

La mayoría de los planes de reducción del tabaquismo trabajan únicamente sobre la población fumadora, actuando directamente en el tratamiento. Sin embargo, para que un programa de control del tabaquismo sea

completo se deben incluir en el mismo distintas acciones para la promoción y el control del tabaquismo (también sobre otras adicciones de forma conjunta).

Para incluir este punto en el desarrollo de la guía contra el tabaquismo, se diseñó una encuesta (**Anexo VIII**) para comprobar los conocimientos sobre tabaquismo de una población. Esta encuesta se realizó en un grupo de personas al que posteriormente se pudiese dar varias charlas sobre información de tabaquismo básica. Y los datos aportados se almacenaron en una base de datos.

Posteriormente, se llevaron a cabo dos charlas de 45 minutos cada una, tituladas: “Tabaquismo y otras adicciones” y “Prevención y cesación tabáquica”.

Una vez impartidas las charlas se volvió a realizar la encuesta a las mismas personas que se les realizó en la primera ocasión.

El objetivo de este apartado es doble, por un lado, comprobar el conocimiento de base que tiene la población y en segundo lugar, poder evaluar la concienciación sobre tabaquismo y el efecto de las charlas en la población.

4.5 Análisis estadístico

Para el cálculo del tamaño poblacional necesario para el estudio se han usado los siguientes datos:

- Proporción fumadores: $p=0.3$
- Proporción no fumadores: $q=0.7$
- Precisión (FE): 0.03
- Error alfa (2.5%) para un IC del 95%
- Valor $z= 1.96$
- Nos da un tamaño muestral de 27 individuos

Se ha realizado el análisis descriptivo de los datos y se han reportado la media y la desviación estándar como medidas de tendencia central y de dispersión respectivamente.

Para la comparación de proporciones se ha utilizado el test chi-cuadrado. En aquellas variables en las que la hipótesis de tamaño muestral por grupo inferior a 5 no se cumple, se ha usado el test exacto de Fisher.

Los contrastes en los que los valores de probabilidad de error tipo I resultaron ser menores de 0,05 fueron considerados estadísticamente significativos para el rechazo de la hipótesis nula.

Finalmente, para los cálculos estadísticos se utilizó el programa IBM SPSS Statistics para Windows, Versión 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.

5-Resultados

A continuación, se detallan los resultados obtenidos en este trabajo, en el cual se ha considerado como válido el testimonio aportado por los propios fumadores sobre las repercusiones que la terapia ha tenido sobre cada uno.

5.1 Cesación tabáquica del estudio completo

El número total de pacientes que formaron parte del estudio incluyendo los dos grupos fue de 38, de los cuales 28 (73,68%) eran hombres y 10 (26,32%) eran mujeres. De ellos, 24 (63,15%) consiguieron dejar de fumar y 14 (36,85%) no lo consiguieron.

Atendiendo a la clasificación por sexos, el 64,30% de los hombres se mantuvieron sin fumar, mientras el porcentaje de mujeres fue del 60%.

En lo que respecta a la edad, la media de los pacientes fue de $39,60 \pm 11,50$ y se clasificaron en 3 grupos. El primero de ellos, con los menores de 25 años, consiguió una cesación del 66,66%. En el grupo de entre 25 y 40 años fue del 63,15% y finalmente, en el de los mayores de 40 años la cesación fue del 62,5%.

Por otro lado, la cesación en función de la fase en la que fueron encuadrados fue la siguiente: los fumadores de la fase precontemplativa y contemplativa no consiguieron alcanzar la deshabituación tabáquica final (a pesar de mantenerse sin fumar durante parte del proceso). Sin embargo, los que participaron en la fase de preparación, tuvieron un porcentaje de deshabituación del 75% y los de la fase de acción un porcentaje del 64,30%.

En la tabla 1, se detallan los datos de cesación tabáquica en función de la mencionada fase del cambio y que arroja un dato de significación de $p=0,045$.

Tabla 1: Cesación según la fase del cambio

			Cesación		Total
			No conseguida	Sí conseguida	
Fase del cambio	Precontemplativa	Recuento	2	0	2
		% dentro de Cesación	14,3%	0,0%	5,3%
	Contemplativa	Recuento	2	0	2
		% dentro de Cesación	14,3%	0,0%	5,3%
	Preparación	Recuento	5	15	20
		% dentro de Cesación	35,7%	62,5%	52,6%
	Acción	Recuento	5	9	14
		% dentro de Cesación	35,7%	37,5%	36,8%
Total		Recuento	14	24	38
		% dentro de Cesación	100,0%	100,0%	100,0%

Con arreglo al tipo de asistencia recibida y seleccionada por los propios pacientes, de los 38 participantes del estudio, 6 decidieron participar de forma individual, de los que el 100% consiguió dejar de fumar y 13 participaron con una asistencia por parejas, con una abstinencia del 76,92%. Ambos grupos se caracterizaron por una asistencia a las sesiones del 100%, ya que estas eran establecidas por ellos mismo. Sin embargo, entre los 19 que decidieron realizar la terapia de forma grupal, la asistencia fue del 63,15% y su éxito en la abstinencia se redujo hasta el 42,10%.

De esta forma, podemos observar una diferencia significativa ($p=0,017$) en el objetivo de alcanzar la cesación tabáquica en función del tipo de asistencia recibida tal y como se puede ver en los datos de la tabla 2:

Tabla 2: Cesación según el tipo de asistencia

			Cesación		Total
			No conseguida	Sí conseguida	
Tipo de asistencia	Individual	Recuento	0	6	6
		% dentro de Cesación	0,0%	25,0%	15,8%
	Pareja	Recuento	3	10	13
		% dentro de Cesación	21,4%	41,7%	34,2%
	Grupo	Recuento	11	8	19
		% dentro de Cesación	78,6%	33,3%	50,0%
Total	Recuento	14	24	38	
	% dentro de Cesación	100,0%	100,0%	100,0%	

Aunque se observa también una tendencia distinta en cada grupo de estudio a la hora de elegir la forma de asistir a las sesiones, no se han observado diferencias significativas ($p=0,52$). Mientras que en el grupo 1 el principal tipo de asistencia elegida es la grupal, en el grupo dos los pacientes optaron principalmente por asistir en pareja. La tabla 3 refleja la relación completa entre el grupo de estudio y la asistencia recibida.

Tabla 3: Tipo de asistencia según el grupo de estudio

			Tipo de asistencia			Total
			Individual	Pareja	Grupo	
Grupo de estudio	España	Recuento	3	2	11	16
		% dentro de grupo de estudio	18,8%	12,5%	68,8%	100,0%
	Líbano	Recuento	3	11	8	22
		% dentro de grupo de estudio	13,6%	50,0%	36,4%	100,0%
Total		Recuento	6	13	19	38
		% dentro de grupo de estudio	15,8%	34,2%	50,0%	100,0%

En lo relativo al tratamiento al que se acogieron, los fumadores que recibieron atención farmacéutica junto con la prescripción de Champix®, presentaron una cesación tabáquica del 68,42% mientras que los tratados con Elontril®, fue del 66,66%. Los que formaron parte del estudio solo con atención farmacéutica y sin prescripción de fármacos, manifestaron una abstinencia del 56,25%.

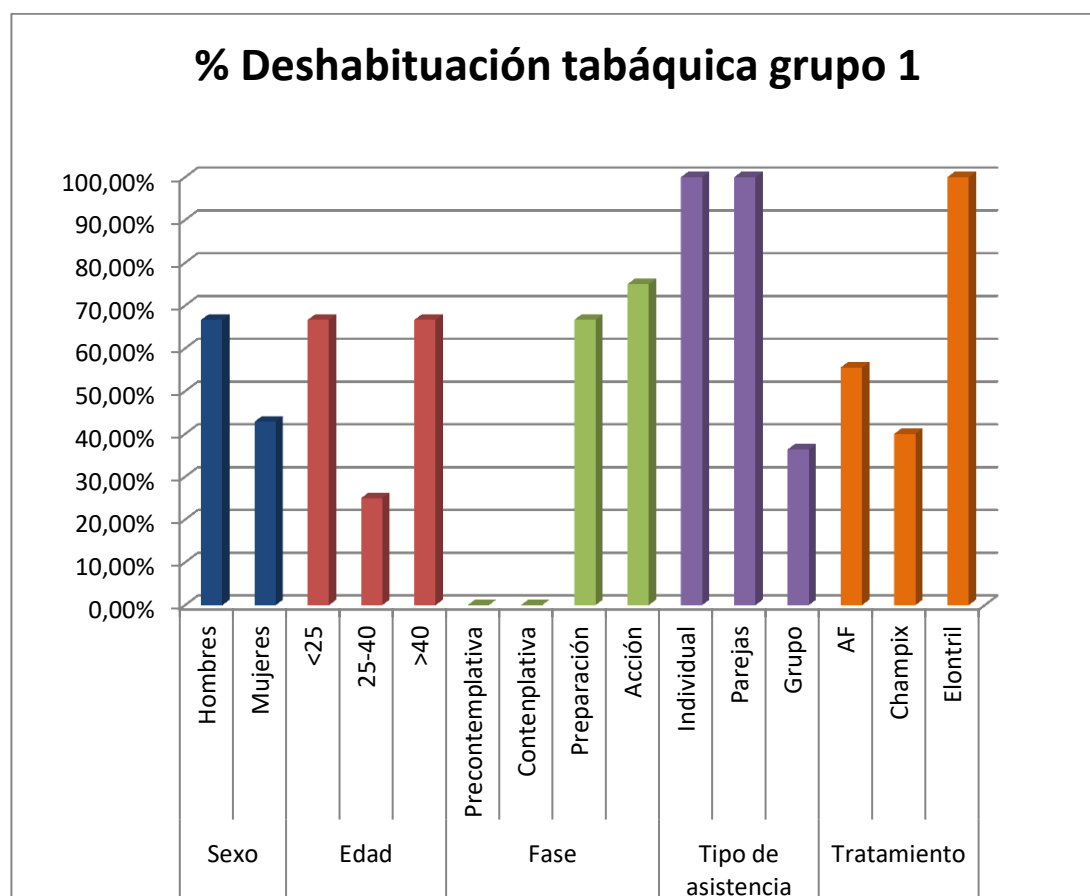
Los resultados expuestos son los extraídos de la tabla 4:

Tabla 4: Cesación tabáquica

Paciente	Cesación	Sexo	Edad	Fase	Tipo de asistencia	Tratamiento
1	Sí	H	19	Preparación	Grupo	AF
2	Sí	H	36	Acción	Individual	Champix
3	No	M	40	Contemplativa	Grupo	AF
4	No	M	19	Acción	Grupo	AF
5	Sí	H	58	Acción	Individual	AF
6	No	H	33	Precontemplativa	Grupo	AF
7	Sí	H	48	Preparación	Grupo	Elontril
8	No	H	50	Preparación	Grupo	AF
9	Sí	H	46	Preparación	Grupo	AF
10	No	M	54	Preparación	Grupo	Champix
11	No	M	60	Preparación	Grupo	Champix
12	Sí	M	57	Preparación	Grupo	AF
13	No	M	53	Precontemplativa	Grupo	Champix
14	Sí	H	20	Acción	Individual	Elontril
15	Sí	M	53	Preparación	Pareja	Champix
16	Sí	M	25	Preparación	Pareja	AF
17	Sí	H	31	Preparación	Pareja	Champix
18	Sí	M	36	Acción	Pareja	AF
19	Sí	H	46	Acción	Grupo	Champix
20	No	H	33	Acción	Grupo	Champix
21	Sí	H	32	Acción	Grupo	AF
22	Sí	H	54	Preparación	Pareja	Champix
23	No	H	54	Acción	Pareja	Elontril
24	Sí	H	48	Acción	Pareja	Champix
25	Sí	H	50	Preparación	Pareja	Champix
26	Sí	H	36	Acción	Grupo	Champix
27	Sí	H	30	Preparación	Pareja	Champix
28	Sí	M	31	Acción	Pareja	AF
29	No	H	35	Preparación	Grupo	AF
30	No	H	45	Preparación	Grupo	Champix
31	No	H	36	Contemplativa	Grupo	Champix
32	Sí	H	34	Preparación	Individual	Champix
33	Sí	H	48	Preparación	Individual	Champix
34	Sí	M	32	Preparación	Individual	Champix
35	No	H	30	Acción	Pareja	AF
36	No	H	32	Acción	Pareja	AF
37	Sí	H	28	Preparación	Pareja	AF
38	Sí	H	33	Preparación	Grupo	Champix
H: Hombre; M: Mujer; AF: atención farmacéutica						

5.1.1 Cesación tabáquica en el grupo 1

En el grupo 1, formado por los participantes de una Farmacia Militar en territorio nacional, participaron en total 16 fumadores, de los que 9 (56,25%) consiguieron dejar de fumar. En la Gráfica 1 se resume el porcentaje de deshabituación tabáquica dentro de las principales variables:



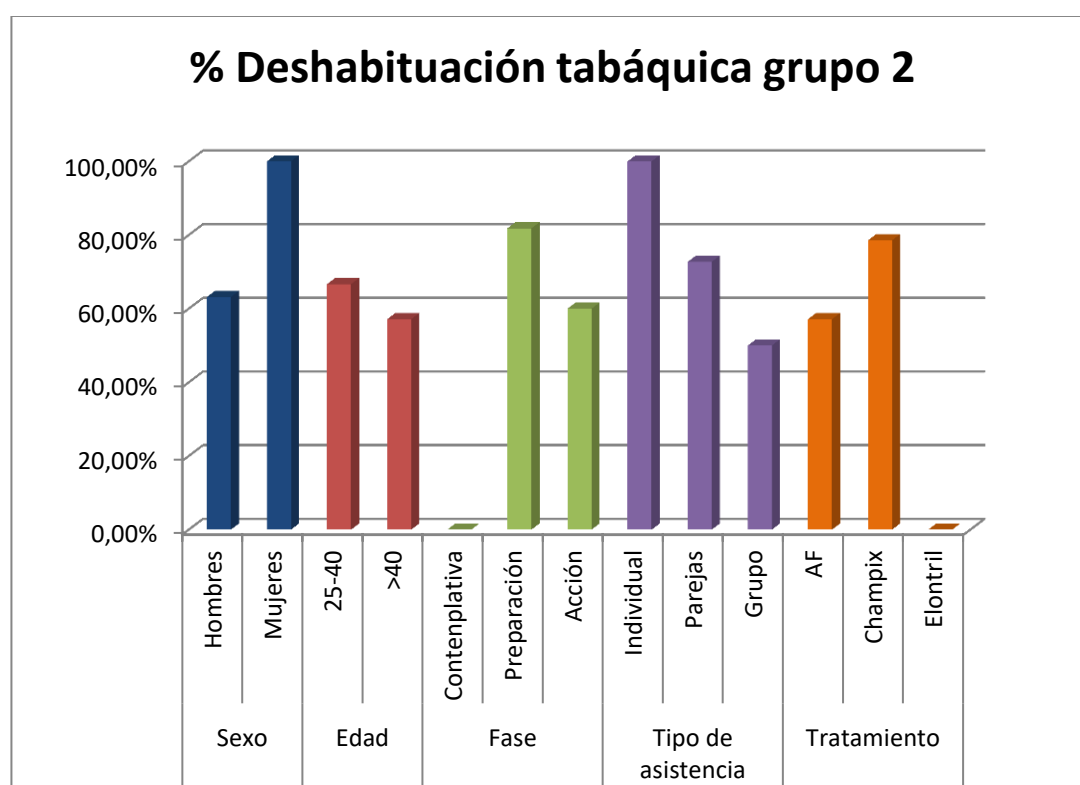
Gráfica 1 Resultados de deshabituación tabáquica en el grupo 1

Ninguno de los fumadores encuadrados en las fases de precontemplación y contemplación participaron finalmente en las sesiones de deshabituación definitivas.

Respecto al tipo de tratamiento, dos de los tres pacientes a los que se les prescribió Elontril® consiguieron cumplir con el tratamiento completo y además lograron superar la adicción. Mientras que de los fumadores que fueron tratados con Champix®, la pauta indicada fue cumplida en su totalidad por el 60%.

5.1.2 Cesación tabáquica en el grupo 2

En este caso, los fumadores provenían del programa de cesación tabáquica en Zona de Operaciones (Líbano) y el número total de participantes en esta parte del estudio fue de 22. De ellos, 15 (68,20%) lograron superar la adicción. La comparativa de esta abstinencia en función de las principales variables del estudio se refleja en la gráfica 2:



Gráfica 2 Resultados de deshabituación tabáquica en el grupo 2

En este grupo no hubo ningún paciente en la fase precontemplativa y al igual que en el grupo 1, ninguno de los fumadores de la fase contemplativa formó parte de las sesiones definitivas.

Atendiendo al tipo de tratamiento, los fumadores que quisieron usar Champix® como apoyo para dejar de fumar y que recibieron la prescripción correspondiente, obtuvieron el medicamento de forma gratuita. En esta ocasión, el 92,85% de los que iniciaron el tratamiento consiguieron completar la pauta recomendada. Sin embargo, el único participante que optó por la opción de Elontril® (Contrave® en Líbano), recibió el fármaco combinado de

naltrexona/bupropión (8 mg/ 90 mg) y no logró concluir con la pauta completa del tratamiento.

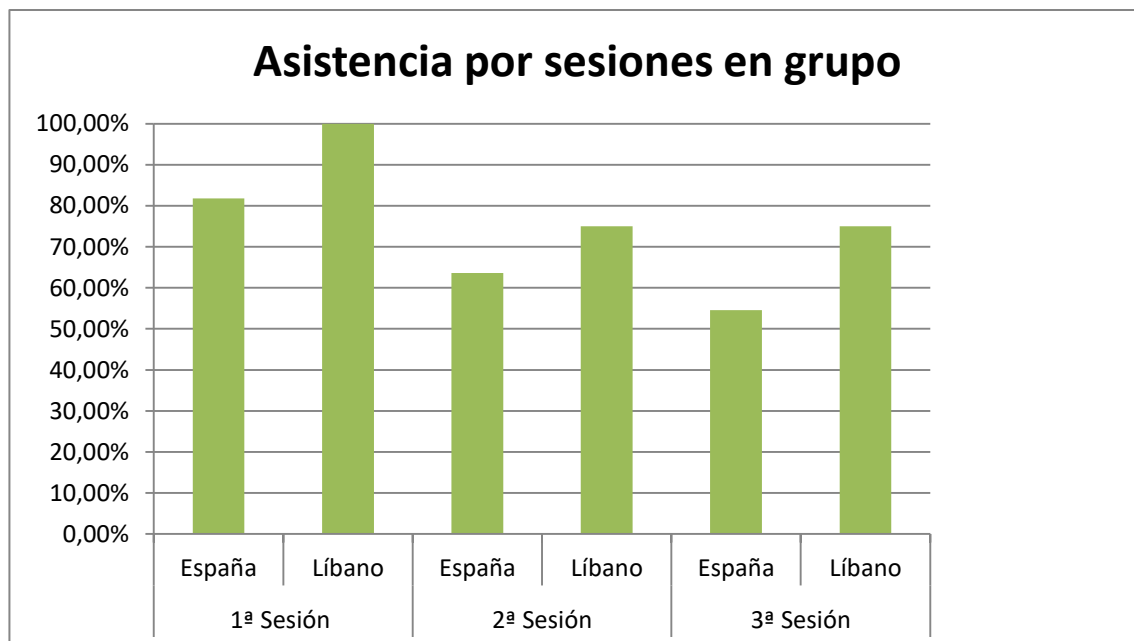
En este punto, es importante señalar los resultados obtenidos en función del tipo de tratamiento que han seguido los pacientes en función del grupo del estudio en el que han participado. La principal diferencia se produjo entre los participantes que se decantaron por combinar la terapia orientada con atención farmacéutica junto con el uso del medicamento Champix®.

La tabla 5 refleja las diferencias ($p=0,049$) entre el número de pacientes que se trataron con Champix® en cada uno de los grupos y los que eligieron cualquiera de los otros tratamientos. Siendo la única diferencia entre los dos grupos que el medicamento se obtenía de forma gratuita en el grupo 2 (Líbano).

Tabla 5: Tratamiento según el grupo de estudio

			Tratamiento		Total
			Sin Champix®	Con Champix®	
Grupo de estudio	España	Recuento	11	5	16
		% dentro de grupo de estudio	68,8%	31,3%	100,0%
	Líbano	Recuento	8	14	22
		% dentro de grupo de estudio	36,4%	63,6%	100,0%
Total		Recuento	19	19	38
		% dentro de grupo de estudio	50,0%	50,0%	100,0%

Por otra parte, tanto en el grupo 1 como en el 2 la asistencia a las sesiones de los fumadores que participaron de forma individual y por parejas fue del 100%. Sin embargo, la asistencia de los participantes de la fase grupal si fue desigual y se refleja en la gráfica 3:



Gráfica 3 Porcentaje de asistencia a la terapia por grupos

5.2 Cesación tabáquica según el historial de tabaquismo

Los datos aportados por los fumadores en la historia de tabaquismo permiten la clasificación en distintos grupos, para valorar los efectos de la terapia y la cesación tabáquica atendiendo a diversos parámetros.

La tabla 6 muestra los datos aportados por los fumadores mediante la historia de tabaquismo:

Tabla 6: Historial de tabaquismo

Paciente	Cesación	Años como fumador	Nº de intentos previos	Cigarrillos/día
1	Sí	2	1 (Sin ayuda)	10/20
2	Sí	17	2 (Champix y acupuntura)	10/20
3	No	26	1 (Acupuntura)	>20
4	No	2	No	10/20
5	Sí	41	No	10/20
6	No	2	1 (Sin ayuda)	10/20
7	Sí	27	2 (Champix y acupuntura)	10/20
8	No	32	1 (Vapeador)	10/20
9	Sí	28	1 (Sin ayuda)	10/20
10	No	34	>2 (Champix, acupuntura e hipnosis)	10/20
11	No	33	1 (Sin ayuda)	10/20
12	Sí	41	2 (Sin ayuda)	>20
13	No	33	>2 (Sin ayuda)	>20
14	Sí	6	1 (Sin ayuda)	<10
15	Sí	35	2 (Champix y vapeadores)	10/20
16	Sí	10	1 (Champix)	10/20
17	Sí	13	1 (Sin ayuda)	<10
18	Sí	18	1 (Sin ayuda)	<10
19	Sí	25	1 (TSN)	10/20
20	No	15	>2 (Sin ayuda)	10/20
21	Sí	19	1 (Sin ayuda)	10/20
22	Sí	36	>2 (Sin ayuda y libro)	10/20
23	No	35	1 (Sin ayuda)	10/20
24	Sí	31	No	10/20
25	Sí	31	No	10/20
26	Sí	17	1 (Sin ayuda)	<10
27	Sí	16	>2 (Sin ayuda)	<10
28	Sí	10	1 (Sin ayuda)	<10
29	No	16	1 (Parches)	10/20
30	No	25	2 (Sin ayuda y vapeador)	10/20
31	No	19	1 (Vapeador)	>20
32	Sí	16	1 (Sin ayuda)	10/20
33	Sí	32	1 (Sin ayuda)	10/20
34	Sí	11	No	>20
35	No	10	1 (Vapeador)	>20
36	No	16	1 (Sin ayuda)	>20
37	Sí	12	1 (TSN)	<10
38	Sí	18	1 (Elontril)	10/20

TSN: Terapia de sustitución de nicotina.

Se valoraron como indicadores favorables los tres términos aportados por la historia tabáquica del fumador (marcados en verde en la tabla 6), con una probabilidad más alta de conseguir dejar de fumar con esta terapia, el que tuviesen uno de los siguientes indicadores: entre 6 y 15 años fumando, consumo habitual inferior a 10 cigarrillos por día y que no haya tenido ningún intento previo frustrado de deshabituación tabáquica.

En el estudio participaron 15 pacientes que cumplían al menos uno de estos requisitos y que presentaron un porcentaje de deshabituación tabáquica del 80%. Entre ellos, 10 presentaban uno solo de los indicadores marcados como favorables y tuvieron una tasa de éxito del 70%, mientras que 5 de ellos tenían 2 de los indicadores en combinación y una cesación del 100%.

Por el lado contrario, los parámetros indicativos de mayor dificultad para dejar de fumar en esta terapia fueron los fumadores más recientes (menos de 5 años), al menos un intento previo de abandono tabáquico y fumador de más de 20 cigarrillos al día.

Casi la totalidad de los fumadores del estudio (92,10%) cumplieron por lo menos con una de estas características y de ellos el grado de aceptación de la terapia fue del 60%. Diferenciando entre los que tenían solo una de las características negativas y los que presentaban dos de ellas, la cesación tabáquica entre los primeros fue del 70%, mientras que la del segundo grupo se acortó hasta el 25%.

5.2.1 Según los años como fumador

Los fumadores se dividieron en 4 grupos en función de los años como fumador, aunque esto no afectó al tipo de tratamiento recibido. El primer grupo fue el formado por pacientes con 5 años o menos como fumadores. En este grupo se encontraban 3 pacientes y tuvieron un porcentaje de cesación tabáquica del 33,33%.

El segundo grupo engloba a los fumadores que llevaban entre 6 y 15 años fumando, ambos inclusive. En esta situación se encontraban 8 fumadores de los que 6 (75%) superaron la adicción.

Del tercer grupo, formado por pacientes con entre 16 y 30 años como fumadores, 10 consiguieron dejar de fumar, lo que supone un 66,66%.

Finalmente se estableció un cuarto grupo con los fumadores con más de 30 años como fumadores en los que la tasa de deshabituación tabáquica fue del 58,33%.

5.2.2 Según el número de intentos previos

En esta ocasión, los pacientes se dividieron en 3 grupos, según se habían enfrentado al proceso de deshabituación tabáquica en 2 ocasiones o más, solo en una ocasión o era la primera vez que lo afrontaban.

En la tabla 3 se refleja que entre los pacientes que lo intentaban por primera vez, la tasa de deshabituación tabáquica fue del 80%. Mientras que en los grupos con un intento previo y con dos o más, las tasas fueron de 61 y 60% respectivamente.

Tabla 7: Cesación según intentos previos

	Grupo 1: España	Grupo 2: Líbano	Total
Sin intentos previos	1/2	3/3	4/5
1 intento	4/8	10/15	14/23
2 o más intentos	4/6	2/4	6/10

5.2.3 Según el consumo de cigarrillos por día

El número de cigarrillos consumidos por día permite establecer tres grupos de pacientes con distinto nivel de adicción. El primer grupo corresponde a los de una adicción baja (consumo inferior a 10 cigarrillos por día). Los pacientes que declararon un consumo de entre 10 y 20 cigarrillos al día formaron el segundo grupo, de adicción moderada. Finalmente, el tercer grupo lo forman los pacientes de mayor adicción, que son aquellos con un consumo superior a los 20 cigarrillos/día (más de un paquete).

La cesación final en estos grupos fue muy dispar, fijándose en un 100% de los fumadores que consumían menos de 10 cigarros al día, tanto en el grupo de España como el de Líbano. El siguiente grupo en orden ascendente del consumo de cigarros por día, los que consumen entre 10 y 20 cigarros por día, el porcentaje de cesación bajó hasta el 63%. Por último, entre los fumadores con mayor adicción, el porcentaje de abandono tabáquico fue del 29%.

La comparativa de la tabla 8 entre los tres grupos de las variables número de cigarrillos por día y la cesación tabáquica ($p=0,021$) muestra una mayor cesación cuanto menor es el número de cigarros fumados por día.

Tabla 8: Cesación según el nº de cigarrillos por día

			Cesación		Total
			No conseguida	Sí conseguida	
nº de cigarrillos por día	menos de 10	Recuento % dentro de Cesación	0 0,0%	7 29,2%	7 18,4%
	Entre 10 y 20	Recuento % dentro de Cesación	9 64,3%	15 62,5%	24 63,2%
	Más de 20	Recuento % dentro de Cesación	5 35,7%	2 8,3%	7 18,4%
Total		Recuento % dentro de Cesación	14 100,0%	24 100,0%	38 100,0%

Además de las comparaciones que relacionan las variables incluidas en la historia de tabaquismo de cada paciente con la deshabituación tabáquica producida, se llevó a cabo la confrontación de estas variables entre sí, y con el resto de variables del estudio.

Por una parte, se comprobó si el número de cigarrillos consumidos por día estaba relacionado con el número de años que los pacientes llevaban fumando. Los resultados de esta comparación arrojan con una significación de

$p=0,024$ que el número de cigarrillos fumados aumenta con los años como fumador (tabla 9):

Tabla 9: N° de cigarrillos por día según los años como fumador

			N° años fumando		Total
			≤20	>20	
N° de cigarrillos por día	menos de 10	Recuento % dentro de N° años fumando	7 33,3%	0 0,0%	7 18,4%
	Entre 10 y 20	Recuento % dentro de N° años fumando	10 47,6%	14 82,4%	24 63,2%
	Más de 20	Recuento % dentro de N° años fumando	4 19,0%	3 17,6%	7 18,4%
Total		Recuento % dentro de N° años fumando	21 100,0%	17 100,0%	38 100,0%

Por otro lado, se observaron resultados significativos ($p=0,048$) en la relación entre el número de cigarrillos con respecto a la fase del cambio en la que se encuadraron los pacientes, que venía condicionada en una parte evidente por el nivel de adicción de los pacientes, pero por otra parte por la motivación de estos para lograr la cesación tabáquica.

En la tabla 10 se observa que los pacientes que consumían mayor número de cigarrillos se englobaban en su mayoría en las fases precontemplativa y contemplativa, mientras que en las fases de preparación y acción hay un mayor reparto, aunque con predominio de fumadores moderados (10-20 cigarrillos/día).

Tabla 10: Fase del cambio según el nº de cigarrillos por día

			Fase del cambio				Total
			Precontemplativa	Contemplativa	Preparación	Acción	
nº de cigarrillos por día	menos de 10	Recuento % dentro de Fase del cambio	0	0	3 15,0%	4 28,6%	7 18,4%
	Entre 10 y 20	Recuento % dentro de Fase del cambio	1 50,0%	0	15 75,0%	8 57,1%	24 63,2%
	Más de 20	Recuento % dentro de Fase del cambio	1 50,0%	2 100,0%	2 10,0%	2 14,3%	7 18,4%
Total		Recuento % dentro de Fase del cambio	2 100,0%	2 100,0%	20 100,0%	14 100,0%	38 100,0%

5.3 Cesación tabáquica según las características sociales

La última clasificación de los pacientes del estudio que se realizó en función de los datos aportados por los pacientes se efectuó según sus características sociales, entre las que se incluyó el empleo que ocupaban los fumadores dentro de la estructura del Ejército. También se incluyó, si el entorno laboral y personal estaba formado en su mayoría por personas fumadoras o no fumadoras.

De esta forma, los datos se recogieron en la tabla 11:

Tabla 11: Historial laboral

Paciente	Cesación	Empleo	Entorno/convivencia fumador
1	Sí	Oficiales	si/no
2	Sí	Oficiales	si/no
3	No	Tropa	si/si
4	No	Oficiales	si/no
5	Sí	Tropa	no/no
6	No	Oficiales	si/si
7	Sí	Oficiales	si/no
8	No	Suboficiales	si/si
9	Sí	Oficiales	no/no
10	No	Civil	si/si
11	No	Civil	si/no
12	Sí	Civil	si/no
13	No	Civil	no/no
14	Sí	Oficiales	si/si
15	Sí	Civil	no/no
16	Sí	Civil	si/si
17	Sí	Tropa	si/si
18	Sí	Tropa	si/si
19	Sí	Suboficiales	si/no
20	No	Oficiales	si/si
21	Sí	Tropa	si/si
22	Sí	Suboficiales	si/si
23	No	Suboficiales	si/si
24	Sí	Suboficiales	si/no
25	Sí	Suboficiales	si/si
26	Sí	Tropa	si/si
27	Sí	Tropa	si/no
28	Sí	Tropa	si/si
29	No	Suboficiales	si/no
30	No	Suboficiales	no/si
31	No	Tropa	si/no
32	Sí	Suboficiales	no/no
33	Sí	Suboficiales	si/no
34	Sí	Tropa	si/no
35	No	Tropa	si/si
36	No	Tropa	si/no
37	Sí	Tropa	si/no
38	Sí	Tropa	si/no

5.3.1 Según el empleo

Entre los fumadores que acudieron a la oficina de farmacia para iniciar el tratamiento de deshabituación tabáquica, se han diferenciado según su

empleo. Desde el punto de vista militar se diferenci3 en 3 grupos entre Oficiales, Suboficiales y personal de Tropa. Los que trabajan en el entorno del Ej3rcito pero no como personal militar, se clasificaron como civil.

Con esta clasificaci3n, se obtuvieron los siguientes resultados: en los empleos de Oficiales y Suboficiales, el porcentaje de deshabituaci3n tab3quica fue del 62,5 y 60% respectivamente. Sin embargo, entre el personal de Tropa la cesaci3n alcanz3 el 71,42%. En estos 3ltimos existi3 una diferencia entre el primer grupo de trabajo y el segundo, siendo la cesaci3n en el grupo de Espa3a del 50% y en el grupo de L3bano del 75%.

Finalmente, en el grupo de poblaci3n civil, se alcanz3 un porcentaje de 3xito en la terapia del 50%.

Por otra parte, se realiz3 la comparativa entre el empleo que ocupaban los fumadores seg3n la clasificaci3n mencionada anteriormente y el n3mero de a3os que estos pacientes llevaban fumando. Los resultados se reflejan en la tabla 12 ($p=0,027$).

Tabla 12: A3os fumando seg3n el empleo

			Nivel del empleo				Total
			Sin empleo militar	Oficiales	Suboficiales	Tropa	
A3os fumando ≤ 20	Recuento		1	6	2	12	21
	% dentro de Nivel del empleo		16,7%	75,0%	20,0%	85,7%	55,3%
>20	Recuento		5	2	8	2	17
	% dentro de Nivel del empleo		83,3%	25,0%	80,0%	14,3%	44,7%
Total	Recuento		6	8	10	14	38
	% dentro de Nivel del empleo		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

5.3.2 Seg3n el entorno laboral y personal

Por un lado, se valor3 si el entorno laboral estaba formado de forma principal por fumadores o por no fumadores y por otro lado se valor3 el entorno de convivencia de los fumadores.

En lo que respecta al entorno laboral (Tabla 13), 32 pacientes del estudio (84%) declararon que los compañeros de trabajo eran también fumadores. De estos un 62,5% consiguió dejar de fumar. El resto de pacientes manifestó un entorno laboral no fumador y presentaron una tasa de éxito del 66%.

Aunque los resultados finales son muy parecidos, si lo dividimos según los grupos del estudio, en el grupo número 1 los que tenían entorno fumador tuvieron una cesación del 50% y entre los que no trabajaban con fumadores fue del 75%. Sin embargo, en el segundo grupo fue al contrario y los de entorno fumador tuvieron una deshabituación del 70% mientras que en el grupo sin entorno fumador fue del 50%.

Tabla 13: Cesación tabáquica en presencia de fumadores en el entorno laboral del paciente

Fumadores en entorno laboral	Grupo 1	Grupo 2	Total
Sí	6/12	14/20	20/32
No	3/4	1/2	4/6

En cuanto al entorno en el que convivían los fumadores, diferenciando entre la presencia o no de fumadores en la vivienda habitual, el número de pacientes de cada grupo fue muy similar, 18 y 20 respectivamente.

Sin embargo, el porcentaje de cesación fue diferente, entre los que convivían con fumadores la cesación fue del 55% y para los que no convivían con fumadores este porcentaje se elevó hasta el 70%.

Además, en referencia al entorno de los fumadores, se realizó la comparativa de esta variable respecto a los años que cada paciente había permanecido como fumador, dividiendo entre los fumadores desde hace más de 20 años y los que llevaban 20 años o menos. Observándose que los fumadores más recientes (los de menos de 20 años como fumadores) tienen habitualmente un entorno fumador, mientras que entre los fumadores más

antiguos el entorno no es condicionante del hábito tabáquico ($p=0,038$). Estos datos se reflejan en la tabla 14.

Tabla 14: Años fumando según el entorno del paciente

			Entorno del paciente		Total
			Entorno No Fumador	Entorno Fumador	
Años fumando	≤20	Recuento	1	20	21
		% dentro de Entorno del paciente	16,7%	62,5%	55,3%
	>20	Recuento	5	12	17
		% dentro de Entorno del paciente	83,3%	37,5%	44,7%
Total		Recuento	6	32	38
		% dentro de Entorno del paciente	100,0%	100,0%	100,0%

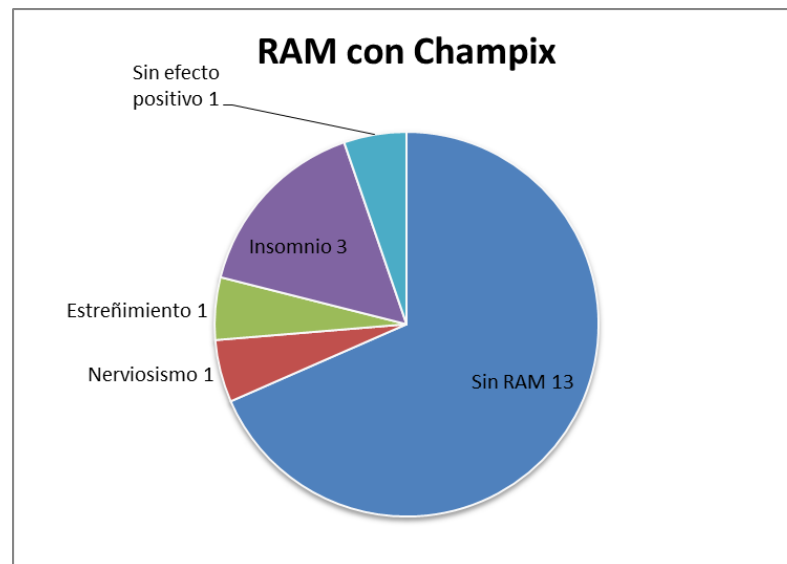
5.3 Reacciones adversas a medicamentos (RAM)

De los 38 pacientes que participaron en el estudio, 22 (58%) fueron los que afrontaron el proceso de deshabituación tabáquica con la prescripción de medicamentos. De ellos, el 86% recibió la prescripción de Champix® y el 14% la recibió para Elontril®.

En el caso de los fumadores tratados con Champix®, las reacciones adversas a medicamentos más comunes fueron insomnio (16%), nerviosismo (5%) y estreñimiento (5%). Aunque la mayoría de los participantes (68,42%) no presentó ninguna reacción adversa.

Además, un 5% de los fumadores no presentó ningún efecto adverso ante la medicación, ni negativo ni beneficioso.

El número total de reacciones adversas al Champix® declaradas se puede observar en la gráfica 4.

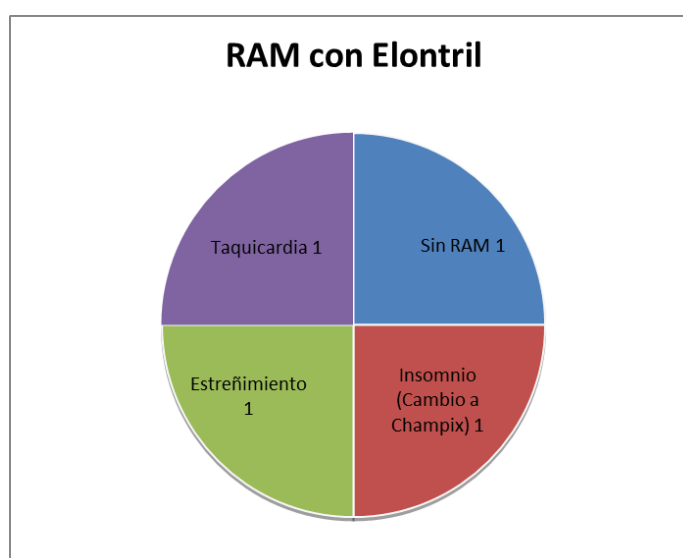


Gráfica 4 Reacciones adversas a medicamentos: Champix®

Por otra parte, entre los 3 fumadores tratados con Elontril®, se notificaron como principales reacciones adversas a medicamentos, la taquicardia (33%) y el estreñimiento (33%). El resto no informaron ningún efecto adverso.

Un cuarto fumador fue tratado con Elontril®, pero tuvo que abandonar el tratamiento a las 2 semanas de su inicio debido a que el insomnio provocado no pudo ser controlado mediante cambio de pauta o de hábitos de sueño.

El resumen de las RAM del Elontril® se observa en la gráfica 5.



Gráfica 5 Reacciones adversas a medicamentos: Elontril®

5.4 Evolución de distintos parámetros fisiológicos en exfumadores

Los pacientes que formaron parte del estudio en el grupo 2, recibieron de forma adicional un control de distintos parámetros fisiológicos como son la tensión, la saturación de oxígeno, el peso y el perímetro abdominal. De esta forma se pudo valorar la evolución de dichos parámetros entre el inicio del tratamiento y a los 3 meses de que consiguiesen la cesación tabáquica. Es por ello que, aunque en un principio se registraron los datos de los 22 fumadores que iniciaron el tratamiento, finalmente solo se completaron los datos de los 15 pacientes que a los 3 meses se mantenían sin fumar.

En primer lugar, se valoró la saturación de oxígeno en sangre de todos los pacientes (Tabla 15), entre los que se fijó una media del 97% de saturación. Tras los tres primeros meses de cesación tabáquica, esta media se aumentó hasta el 98%. En ninguno de los pacientes se produjo un descenso de estos valores. Además, en el 20% no hubo ningún cambio y en el 80% se produjo una mejora.

Tabla 15: Variación de la saturación de oxígeno en sangre

Paciente	Saturación 1	Saturación 2
1	98%	99%
2	97%	97%
3	97%	98%
4	98%	98%
5	98%	98%
6	96%	97%
7	95%	97%
8	96%	97%
9	98%	99%
10	98%	99%
11	98%	100%
12	98%	99%
13	98%	99%
14	98%	99%
15	97%	98%

El segundo parámetro que se midió fue la tensión arterial (Tabla 16), para la cual se realizaron tres mediciones separadas en intervalos de 5 minutos, para evitar posibles errores en la anotación. Con el objetivo de poder

evaluar la variación de la tensión de forma adecuada, se anotaron de forma separada la tensión sistólica y la diastólica, siendo los resultados los siguientes:

Tabla 16: Variación de la tensión sistólica y diastólica

Paciente	Tensión sistólica 1	Tensión sistólica 2	Tensión diastólica 1	Tensión diastólica 2
1	150	141	83	88
2	117	118	60	74
3	113	120	56	60
4	130	135	78	74
5	149	150	83	83
6	123	130	75	80
7	126	140	86	80
8	127	130	64	70
9	143	140	67	80
10	122	120	67	70
11	148	134	98	82
12	128	120	89	75
13	120	115	81	80
14	140	140	80	75
15	126	130	60	70

La media de la tensión sistólica el primer día que los fumadores dejaron el tabaco fue de 130,8 mmHg. Tras la medida realizada a los 3 meses de dejar de fumar, la media permaneció inamovible, 130,86 mmHg.

De la misma forma, en lo que respecta a la tensión diastólica, la primera medida arrojó un valor medio de 75,13 mmHg y en la segunda medida el valor tampoco varió, situándose la media en 76,06 mmHg.

Finalmente, se comprobó la evolución del peso y el perímetro abdominal durante los 3 meses de cesación tabáquica (Tabla 17). En el caso del peso, de media se produjo un aumento de 1,5 kg desde el primer día que dejaron de fumar y los 3 meses siguientes. En lo que se refiere al perímetro abdominal, la variación fue de 1,6 cm más de perímetro a los 3 meses de dejar de fumar.

Tabla 17: Variación del peso y el perímetro abdominal

Paciente	Peso 1	Peso 2	Perímetro abdominal 1	Perímetro abdominal 2
1	82,8	81,8	89	95
2	74,2	75	80	92
3	72,2	70,3	84	79
4	87	85,9	90	85
5	81	83,8	89	85
6	84	88,1	95	102
7	90	93,3	99	107
8	68	73,8	75	85
9	80,5	82,3	83	85
10	58	57,5	72	70
11	74	76	93	92
12	78	79	90	88
13	72	73,5	77	77
14	89	89,5	93	89
15	79	81,3	90	92

5.5 Concienciación en tabaquismo

La realización de una encuesta sobre el conocimiento en tabaquismo de un grupo de población antes y después de recibir charlas sobre este tema nos arrojó los siguientes resultados.

Un 28% del total de los entrevistados no habían recibido ningún tipo de charla sobre el consumo de tabaco o de otras drogas. Aunque si solo nos fijamos en la población fumadora, el 85% de estos si había recibido charlas sobre los efectos del tabaco en alguna ocasión.

En lo que se refiere a la adicción que provoca el tabaco y sus patologías asociadas, se observa una diferencia entre la población no fumadora y los fumadores habituales. Mientras que entre los primeros solo el 15% considera que la nicotina tiene una adicción media o baja, casi el doble de fumadores (28%) cree que la adicción provocada por la nicotina no es alta. Sin embargo, ambos grupos tienen un conocimiento similar sobre las patologías derivadas del consumo de tabaco. Alrededor del 85% de ambos grupos conoce que las patologías no son solo respiratorias o cardíacas.

El conocimiento de los efectos sobre el rendimiento intelectual que provoca el consumo de tabaco también es valorado de distinta forma según los

fumadores y no fumadores. Para los primeros, el rendimiento intelectual se ve afectado de forma leve o moderada (71%) mientras que para el 70% de los fumadores esto se ve afectado de forma grave o elevada.

Finalmente, también se evaluó el conocimiento sobre los distintos métodos para dejar de fumar que conocían, siendo la TSN en sus diferentes formas farmacéuticas (pastillas, parches o chicles) la más conocida entre todos los entrevistados. Por detrás de este método se encuentran los nuevos métodos con cigarrillos electrónicos y la ayuda psicológica, ambos conocidos por el 14% de los encuestados. Sin embargo, el 43% de la población encuestada no conocía ningún tipo de método de ayuda para dejar de fumar. En este caso no había diferencias entre fumadores y no fumadores.

6-Discusión

Las numerosas leyes antitabaco impuestas tanto a nivel nacional como internacional están consiguiendo una reducción progresiva del consumo de tabaco. Sin embargo, el tabaco sigue siendo la droga más consumida a nivel mundial y la reducción del consumo es menor de la esperada **(Soriano et al., 2018)**.

Por otra parte, la mayoría de las guías de intervención en tabaquismo, los estudios sobre su abordaje y los congresos en los que se abordan temas relacionados con la deshabituación tabáquica están dirigidos por médicos, psicólogos o enfermeros. En ninguno de ellos contemplan la participación del farmacéutico de oficina de farmacia para la elaboración de estrategias o como el principal asesor en este tipo de terapias.

Es por ello, que el objetivo principal de este estudio fue la implantación de un programa de deshabituación tabáquica en la que el farmacéutico ejerciese de líder del proyecto y todas las acciones derivadas fuesen dirigidas desde la propia oficina de farmacia.

Uno de los motivos por lo que no se desarrollan más planes de cesación desde la oficina de farmacia es la necesidad de prescripción de algunos de los fármacos más conocidos para la deshabituación tabáquica. Los estudios existentes sobre atención farmacéutica en cesación tabáquica se basaron en la administración de Terapia Sustitutiva de Nicotina ya que, según los propios estudios, “El acceso a la TSN sin prescripción facilita el papel del farmacéutico en la ayuda a los pacientes que quieren dejar de fumar.” **(Marín, 2016)**.

Sin embargo, en este estudio, gracias al trabajo conjunto con los servicios médicos que prescriben la medicación, se pudo evaluar la atención farmacéutica con otros fármacos como Champix® y Elontril®, que sin esa colaboración habría sido imposible. Por lo que un fomento de la interacción entre las farmacias y los centros médicos favorecería el desarrollo de planes de deshabituación tabáquica desde las propias oficinas de farmacia y serviría para descongestionar los centros de atención primaria. **(González y Vicente, 2023)**.

El farmacéutico puede ejercer un papel importante en la deshabituación tabáquica, sin embargo, planteando un trabajo multidisciplinar, el farmacéutico

puede actuar como líder en este proceso y abrir nuevas vías para la atención farmacéutica.

En relación con los medicamentos utilizados para dejar de fumar, muchos estudios valoraron la abstinencia generada con el suministro de vareniclina y bupropión **(Gonzales, 2006)** e incluso con la combinación de ambos **(Rábade-Castedo, 2015)**. Por lo general se trata de ensayos clínicos en los que se evaluó tanto la eficacia como la seguridad de los tratamientos, limitando el asesoramiento o atención de los fumadores, a proporcionarles información sobre el uso de los medicamentos y los posibles efectos adversos, por lo que no contaron con un seguimiento farmacéutico especializado.

Este es precisamente el punto de inflexión de este estudio, ya que en él se planteó que más allá de la prescripción o suministro de los fármacos indicados, la atención farmacéutica se llevó a cabo de manera continua y se complementó con asesoramiento en las diferentes etapas del proceso de deshabituación.

Los resultados aportados por los distintos estudios revisados establecieron algunas diferencias según el tipo de tratamiento farmacológico recibido por los fumadores: vareniclina, bupropión, TSN o la combinación de estos.

Respecto a la cesación tabáquica con el uso de vareniclina (Champix®), se favoreció la deshabituación gracias al alivio que produce en los síntomas de abstinencia (por la acción agonista del receptor nicotínico de la acetilcolina $\alpha_4\beta_2$) y a la vez impide que la nicotina se una a sus receptores, con lo que reduce el efecto placentero que esta produce. Un estudio con más de 11.000 personas avaló la eficacia de este fármaco para dejar de fumar **(Cahill et al., 2016)**, e indicó que las probabilidades de dejar de fumar usando este fármaco aumentan entre 2 y 3 veces respecto a intentarlo sin ayuda de medicación. Además, si tenemos en cuenta su eficacia a largo plazo, la vareniclina presentó una cesación mantenida durante un año con un porcentaje de éxito del 20-25% **(Cisneros, 2020)**.

Sin embargo, existe una gran variabilidad en dicha eficacia, esto es debido en gran parte al alto coste del fármaco, ya que este no ha estado financiado por la Seguridad Social hasta el 1 de enero de 2020. Hay que tener en cuenta que esta financiación está sujeta a una serie de requisitos como son: que el fumador participe en uno de los programas de cesación tabáquica aprobados oficialmente, que hayan intentado dejar de fumar al menos una vez en el último año y que tengan un nivel de dependencia alto (más de 7 en el test de Fagerström).

La importancia del coste del medicamento se observó claramente en este trabajo. Donde atendiendo a los resultados, los pacientes del grupo 2 presentaron una tendencia mayor a elegir Champix® como tratamiento por encima de los pacientes del grupo 1.

Los pacientes del grupo 1 abonaron el importe completo del medicamento prescrito ya que no cumplían los requisitos de financiación.

Por el lado contrario, los pacientes del grupo 2 tenían la opción de afrontar el proceso de deshabituación tabáquica con vareniclina de forma totalmente gratuita. Observándose mayor tasa de cesación en este grupo que en el primero.

Observamos así que, si el medicamento tuviese un coste más bajo, sería la opción elegida por el doble de fumadores. Además, aumentarían las probabilidades de completar el tratamiento y con ello aumentaría el éxito de la cesación tabáquica.

El segundo factor que influye en la variabilidad del éxito del tratamiento con vareniclina es la duración del mismo. El tratamiento recomendado es de 12 semanas, con lo que los datos de cesación se reflejan con esta posología, además los tratamientos que se realizaron con una duración inferior a 5 semanas, tuvieron un éxito de hasta 5 veces menos (**Siahpush et al., 2015**). En nuestro estudio, ninguno de los fumadores que no completo la pauta recomendada de 12 semanas, consiguió la deshabituación. Estos datos también van a favor de que los tratamientos de cesación tabáquica no se limiten a la prescripción de los mismos, sino que debe realizarse un

seguimiento lo más cercano posible para conseguir una mayor adherencia al mismo, lo que resulta mucho más sencillo desde la oficina de farmacia.

El otro fármaco utilizado en este estudio fue el bupropión (Elontril®). No se trata de un fármaco desarrollado para usarse en deshabituación tabáquica, sino que es un antidepresivo que inhibe la recaptación de serotonina, dopamina y noradrenalina. En su utilización como fármaco destinado a la cesación tabáquica, está demostrada su eficacia en un 42% de los casos, aunque también es cierto que los fumadores que responden mejor a este tratamiento son aquellos que tienen un nivel de ansiedad más alto previo al inicio del tratamiento **(Sampablo Lauro et al., 2002)**.

En este estudio la eficacia se situó por encima de los datos de estudios previos, aunque existieron diferencias importantes entre los dos grupos de trabajo. Mientras que en el grupo 1 los dos participantes que recibieron el tratamiento cumplieron la pauta completa y alcanzaron la deshabituación al final del proceso, en el grupo 2 el único participante que se decantó por este tratamiento no acabó la pauta completa y continuó fumando.

Entre las razones que pudieron provocar este hecho pueden encontrarse la económica y la correspondiente al propio medicamento utilizado ya que, en el segundo grupo, el medicamento no incluía únicamente bupropión, sino una combinación con Naltrexona. Este fármaco está indicado para el tratamiento de la obesidad por su efecto anorexígeno, y puede provocar reacciones gastrointestinales adversas que desemboquen en el abandono del tratamiento antes de tiempo **(Rubio Herrera et al., 2019)**.

Por otro lado, es un fármaco mucho más barato que la vareniclina, con lo que en el grupo 1, donde la medicación no era gratuita, resultó un incentivo para que los fumadores terminasen la pauta completa y al igual que sucedía con la vareniclina, el uso prolongado del fármaco, en este caso más de 45 días, supuso un aumento del éxito de la terapia **(Benli et al., 2017)**.

Otra de las alternativas posibles sería la combinación de ambos fármacos, vareniclina y bupropión. Aunque este estudio no contempló esta opción, son varios los que sí lo llevan a cabo y los resultados son diversos. En

un primer tramo del tratamiento, esta combinación mostró mejores resultados, sin embargo, estos no son significativos a largo plazo **(Vogeler et al., 2016)**.

Como se ha mencionado anteriormente, los estudios realizados en las oficinas de farmacia solo se centran en los tratamientos con TSN, lo que es lógico por ser los únicos que no necesitan prescripción médica. Al mismo tiempo es el reflejo de la dificultad de hacer un trabajo conjunto con los médicos de los centros de salud que permita la prescripción de vareniclina o bupropión.

La búsqueda de artículos sobre intervenciones farmacéuticas en tabaquismo apunta a que los farmacéuticos comunitarios desarrollan un papel fundamental en la terapia para dejar de fumar, teniendo en cuenta solo su ayuda en las Terapias de Sustitución de Nicotina.

Para lograr los objetivos planteados sobre reducción del número de fumadores en España, la labor del farmacéutico comunitario se hace por lo tanto imprescindible, más aún si tenemos en cuenta que solo un 2% de los fumadores que consiguen dejar de fumar lo hacen sin ningún tipo de ayuda y que 1 de cada 4 fumadores acuden a las Oficinas de Farmacia cuando deciden dejar de fumar por primera vez. **(Gómez-Martínez et al., 2020)**.

En este estudio, se corrobora la importancia de esa Atención Farmacéutica, ya que una parte de la población del estudio (42%) abordó el proceso con la única ayuda del asesoramiento farmacéutico. De los 16 pacientes que participaron en esta modalidad de tratamiento, 9 (56,25%) dejaron de fumar. Lo que favorece la idea de la incorporación del farmacéutico en los planes de intervención en tabaquismo.

La TSN presentó un índice de abstinencia medio del 43% cuando se utiliza de forma aislada. Sin embargo, la combinación de varias formas farmacéuticas de sustitución de nicotina experimentó un aumento de hasta el 15% en su efectividad **(Lindson et al., 2019)**.

A la vista de estos datos en lo relativo al tipo de medicación usada para dejar de fumar, podemos afirmar que contar con la experiencia,

profesionalidad, conocimientos y accesibilidad del farmacéutico en la oficina de farmacia, ayuda a conseguir mejores resultados en deshabituación tabáquica. Por lo tanto, se debe promover una mayor coordinación entre las farmacias y los servicios médicos tanto de atención al fumador como en el resto, de manera que se pueda facilitar que las farmacias dirijan tratamientos farmacológicos con medicamentos que necesitan prescripción (siempre realizada por un médico).

Otro punto esencial y que representa el objetivo principal de este estudio, es el de las guías de deshabituación tabáquica. Existen un gran número de ellas que están desarrolladas tanto por asociaciones presentes a nivel nacional, como por diferentes Comunidades Autónomas o incluso por algunos sectores concretos como psicólogos o médicos. Aunque comparten muchos puntos, no existe ningún aspecto fijado sobre cómo llevar a cabo esta deshabituación.

Cada una de las guías, tanto la desarrollada en este estudio como otras realizadas a nivel autonómico, como por ejemplo la guía de atención al paciente con dependencia del tabaco de la Comunidad de Aragón (**Arroyo et al., 2004**), tienen en común la realización de distintos test que evalúen el estado de los fumadores a nivel de su dependencia al tabaco y su nivel de motivación para dejar de fumar.

Los resultados obtenidos sobre adicción y motivación a menudo son utilizados únicamente para valorar si necesitan una intervención breve o si será necesaria una intervención intensiva. Sin embargo, en este estudio, estos datos fueron utilizados para clasificar a cada uno de los fumadores en grupos que tenían un estado semejante de estas dos variables y que por tanto nos ayudó en la terapia. Estos grupos coinciden con las fases del cambio descritas en la introducción del estudio.

En la guía de intervención grupal para el abordaje del tabaquismo en atención primaria de las Islas Baleares (**Valverde et al., 2007**) los fumadores englobados en la fase precontemplativa y contemplativa, deberán afrontar el proceso de deshabituación por su cuenta con el manual de autoayuda facilitado. Además, los que se encuentren en la fase de preparación y acción si

recibirán una atención más intensiva. La guía de nuestro estudio por el contrario estableció un tratamiento intensivo para todas las fases. De esta forma aquellos fumadores que presentaron niveles de adicción más bajos o se encontraron menos motivados, tenían la opción de asistir a unas sesiones de intervención independientes que les permitieron cambiar esta situación y poder incorporarse al tratamiento al mismo nivel que lo hacen los de la fase de preparación y acción.

El hecho de que exista una diferencia significativa en la cesación tabáquica de los pacientes según la fase en la que se engloban justifica precisamente esta separación y la necesidad de realizar diferentes intervenciones en función de la fase del cambio. Además, aunque sea intensivo en todas ellas, la baja efectividad del tratamiento en las fases de precontemplación y contemplación indican que se necesita aumentar el número de sesiones previas antes de que los pacientes alcancen la fase de preparación.

Para que los fumadores puedan recibir los medicamentos financiados para dejar de fumar, la norma que entró en vigor en 2020 tras la reunión de la comisión interministerial de precios de los medicamentos del 30 de octubre de 2019, establece como uno de los requisitos que estos deben participar en un programa de deshabituación tabáquica. Estos programas deben estar aprobados por cada comunidad autónoma.

Para implementar estos programas las guías desarrolladas normalmente solo tienen en cuenta el seguimiento o tratamiento de forma individualizada. Sin embargo, resulta muy interesante contemplar la realización del proceso de abstinencia de forma grupal o en pareja. Aunque siempre teniendo en cuenta las características individuales de cada fumador.

En la guía implantada en este estudio, cada fumador fue incluido en un tipo de seguimiento, individual, por parejas o en grupo, según las entrevistas previas y la disponibilidad de horario de cada uno. De esta forma se pudo comprobar que, aunque la forma individual presentaba una mayor tasa de

éxito, el tratamiento en parejas o por grupos de trabajo también resultan efectivas consiguiendo una abstinencia considerable.

Otros estudios también contemplaron la diferenciación en el tratamiento por grupos que presentan una mayor vulnerabilidad como pueden ser embarazadas, con enfermedades respiratorias o jóvenes (**García-Algar et al., 2003**).

Es por ello que, si se quieren alcanzar los objetivos de cesación tabáquica impuestos para el año 2025, no se puede descartar el tratamiento de los pacientes por parejas o grupos.

Desde la Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC), se desarrolla un programa de formación llamado CESAR para que los farmacéuticos adquieran los conocimientos y habilidades que les permitan desarrollar un plan de deshabituación en la farmacia. Este programa cuenta con la participación directa de profesionales de diferentes sectores para poder aportar una perspectiva más amplia de cómo abordar el problema del tabaquismo.

Bajo esta idea se desarrolló la guía de este estudio, en la que es fundamental la participación de los médicos para llevar a cabo la prescripción de medicamentos. Pero este no es el único motivo por el que es importante la colaboración entre profesionales. En este trabajo, en el grupo 2 de participantes, el contacto farmacéutico-médico fue mucho más estrecho puesto que se realizó una evaluación médica sencilla en la que se registraron las variaciones de tensión, saturación de oxígeno, peso y perímetro abdominal. Sin duda, esto tuvo un efecto positivo en el proceso de cesación tabáquica, ya que no solo permitió controlar dichos parámetros, sino que el incremento de la atención al paciente provocó un aumento en la motivación de los fumadores e incluso acrecentó su implicación en el procedimiento. Para favorecer la participación del sector médico en el proceso, desde la oficina de farmacia se puede elaborar una entrevista de salud consensuada con los médicos y realizada en la propia farmacia junto al resto de test. Al derivar a los fumadores

al médico con este procedimiento ya encauzado, se agiliza enormemente el proceso de prescripción.

El apoyo de otros profesionales, como enfermeros y psicólogos, también fue fundamental en la implantación de la guía. En este caso para aportar información, desde otra perspectiva a la del farmacéutico, de patologías asociadas al tabaquismo y sobre la terapia cognitiva conductual. En este sentido, otras guías tratan la adicción al tabaco desde un solo punto de vista, como la guía clínica de intervención psicológica en adicciones **(Becoña et al., 2008)**, en el que se valoran técnicas psicológicas individuales y grupales.

Este razonamiento de utilizar una asistencia multidisciplinar a la hora de elaborar una guía contra el tabaquismo también se puede extraer de las instrucciones aportadas por el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) que apunta los conceptos a tener en cuenta a la hora de llevar a cabo una asistencia contra el tabaco **(Guillem et al., 2013)**. Este comité afirma que una intervención intensiva siempre es más eficaz, aunque destaca la importancia de eliminar algunas desigualdades como la de género (cada colectivo debe abordarse teniendo en cuenta sus propias características) o desigualdades sociales (ya que las personas con menos recursos son por lo general más fumadoras). En este estudio, en cambio, no se reflejan desigualdades de género pese a recibir el mismo tipo de tratamiento, ya que la diferencia en la cesación tabáquica es despreciable entre hombres y mujeres.

En lo respectivo a las diferencias sociales, el único parámetro que muestra una diferencia clara es el que respecta a la abstinencia entre el personal de tropa de ambos grupos. Esta desigualdad es el reflejo de la mayor dificultad de acceso al medicamento en el grupo 1 que en el grupo 2 en el que este era gratuito, con lo que el colectivo con menos recursos es el más afectado.

Respecto al papel de las farmacias en este ámbito, se recomienda una mayor implicación en el proceso de deshabituación, que no sea solo orientando sobre el uso de los medicamentos. Existen tres puntos fundamentales por los que las farmacias son clave según las pautas dadas por el CNPT:

- 1- Seguimiento pautado del fumador.
- 2- Tiempo e infraestructuras.
- 3- Adherencia al tratamiento.

El primer punto, el seguimiento pautado del fumador, provoca una mayor implicación del mismo en el proceso de deshabituación. El hecho de tener que responder de alguna manera ante el farmacéutico o ante los demás participantes del grupo, provoca un aumento de la responsabilidad individual sobre el tratamiento y por tanto aumenta la abstinencia. En los resultados de este estudio, se puede observar que los fumadores que acudieron a todas las sesiones pautadas, consiguieron una mayor cesación.

En cuanto al segundo punto, aspecto de las infraestructuras y el tiempo, también actúa en favor de las farmacias. Estableciendo sus propios servicios de deshabituación pueden fijar los horarios y adaptarlos a los fumadores que formen parte del estudio, con una flexibilidad mayor que la de los servicios de atención primaria. Además, cuentan con las infraestructuras apropiadas para que los fumadores accedan con una zona segura en la que recibir el asesoramiento.

Esto resulta de vital importancia si se quieren cumplir los objetivos de reducir el porcentaje de fumadores de manera definitiva, ya que se estima que solo un 4% del total de fumadores están tratados. Principalmente se debe a la escasez de recursos que tienen y sobre todo a la dificultad para acceder a ellos **(Gaztelurrutia et al., 2020)**.

Por último, el papel de las farmacias es fundamental para la adherencia al tratamiento farmacológico. En lo que respecta a la terapia de cesación tabáquica, que un fumador no se adhiera al tratamiento significará que no cumple con la posología indicada del medicamento. Sin embargo, también puede deberse al incumplimiento del resto de pautas dadas o a la no asistencia a las sesiones programadas. La relación del farmacéutico con el paciente puede favorecer la adherencia haciendo que este tenga una actitud más participativa y aumentando su implicación.

También es primordial influir en las variables dependientes del propio paciente, por lo que en las sesiones impartidas a los fumadores se debe alertar sobre los problemas del tabaquismo con el fin de aumentar su percepción del problema, dar sentido a los efectos del síndrome de abstinencia o explicar la relación coste-beneficio del uso de medicamentos **(Manzano y Ayesta, 2009)**.

Un aspecto relevante que destacan tanto las guías de deshabituación tabáquica como los diferentes protocolos establecidos es la importancia en la formación y la práctica en estos programas **(Mendoza, 2014)**. Por ello es fundamental impulsar programas de formación como el programa CESAR de la SEFAC mencionado anteriormente. Además, esta formación tuvo efectos beneficiosos sobre la adherencia de los fumadores a esos planes de cesación, **(Caplan et al., 2010)** ya que será percibida por los pacientes. Asimismo, el profesional que la imparte estará más capacitado para poder transmitirle de forma inequívoca los aspectos más relevantes de la intervención, traduciéndose finalmente en una abstinencia superior.

Para concluir con el abordaje de las guías de tabaquismo, deben existir unos temas mínimos que se deben tratar durante las diferentes sesiones impartidas a los fumadores. Por una parte, las sesiones deben incluir un asesoramiento práctico que ayude a los pacientes a afrontar situaciones de riesgo, sobre todo en las primeras semanas de tratamiento, donde se le recomendará que cree espacios libres de humo y evite todas las referencias que le recuerden el hábito tabáquico **(USPHS, 2008)**. Por otra parte, deberán incluir información fiable sobre tabaquismo, componentes del tabaco, mitos, síndrome de abstinencia y efectos nocivos, con el objetivo de aumentar su percepción sobre el riesgo de fumar y que eso pueda influir en la motivación para hacer frente al proceso de abstinencia.

La edad de los fumadores participantes del estudio plantea la opción de diseñar o llevar a cabo un programa de cesación diferente según distintos tramos de edad. Los resultados derivados de este estudio indican que no existe una diferencia significativa en la cesación tabáquica entre los diferentes tramos de edad. Ya que en los tres tramos de edad contemplados en el estudio se consiguieron un porcentaje de cesación muy similar. Sin embargo, eso no

significa que usando diferentes estrategias en cada uno de ellos se consigan resultados parecidos.

La mayoría de los fumadores menores de 25 años se encuentran encuadrados en las fases de precontemplación y contemplación, por lo que los problemas derivados del tabaco no le preocupan en exceso y su motivación para dejarlo es baja. Además, en esta población el tabaco se concibe como un mediador social, con lo que no contemplan el abandono tabáquico al menos a corto plazo (**Pardavila-Belio et al., 2019**). Las acciones en este grupo deberán ir dirigidas hacia una prevención del inicio en el tabaquismo y a aumentar su motivación. Además, se deben tener en cuenta sus puntos vulnerables que permitan la consolidación del hábito tabáquico, como son el estrés académico o las relaciones sociales.

Por el lado contrario están los fumadores mayores de 25 años. Estos se encuentran principalmente en las fases de preparación y acción, aunque su nivel de adicción es mayor. Este grupo es más consciente de los problemas asociados al tabaquismo y sus motivos para mantenerse fumando son distintos: relajación, depresión o automatización. En este caso la terapia se debe focalizar en los factores de riesgo, los tipos de tratamiento y moduladores psicológicos (**Álvarez et al., 2017**).

En cuanto al entorno del fumador, en este estudio se diferencia entre dos tipos de entornos, el laboral y el personal. En el primer caso no se pudo hacer una diferenciación real, puesto que la mayoría de los fumadores afirmaban estar rodeados de fumadores en el entorno laboral y ninguno consideraba su puesto de trabajo libre de humo. Por el contrario, en el entorno personal, los fumadores que no compartían la vivienda habitual con fumadores tuvieron un porcentaje de abstinencia mayor.

La influencia del entorno personal en el tabaquismo es innegable. La mayoría de los fumadores declaró vivir en un entorno de personas que fuman (**Muñoz-Pindado et al., 2019**). Esto se refleja en una edad temprana en la que los adolescentes tienen más probabilidades de iniciarse en el tabaquismo y posteriormente se refleja en una mayor dificultad para abandonarlo.

Por lo tanto, el historial de tabaquismo de cada uno de los pacientes es uno de los factores que más pueden condicionar como afrontan el proceso de deshabituación. La sustancia psicoactiva del tabaco, la nicotina, se fija a los receptores nicotínicos de la acetilcolina y provoca una habituación progresiva a esta sustancia. Esto significa que se va generando una dependencia y tolerancia a la nicotina que hace que el fumador necesite cada vez más cantidad para lograr los mismos efectos. Por lo tanto, los fumadores que llevan más años consumiendo, tendrán más dependencia **(Molero Chamizo y Muñoz Negro, 2005)**.

Este hecho se ve reflejado en nuestro estudio, donde la relación del número de cigarrillos consumidos por día es menor en los fumadores que se iniciaron en el hábito de fumar hace menos de 20 años. Además, la cesación también se relaciona de forma significativa con el número de cigarrillos consumidos, siendo los fumadores de más de 20 cigarros al día los que mayores dificultades tienen para lograrlo debido a esa dependencia y tolerancia desarrollada.

Este mismo efecto se produce cuando se realiza un consumo más elevado de cigarrillos, se genera un aumento de receptores de unión de la nicotina. Se estima que un fumador tiene entre un 100 y un 300% más de receptores de la nicotina. En resumen, los años como fumador y el número de cigarros fumados al día influirán en la dependencia y tolerancia del fumador a la nicotina **(Aguilera y Quintero, 2016)**.

Sin embargo, en este estudio, el grupo con un porcentaje menor de abstinencia fue el grupo de fumadores desde hacía 5 años o menos, lo que puede deberse a que este grupo de pacientes son más jóvenes y la percepción sobre los riesgos del tabaquismo es menor. Los resultados en el resto de los grupos indica que los fumadores que se iniciaron en el tabaquismo hace 6-15 años, son los que tienen una probabilidad más alta de superar la adicción. A partir de estos años, las posibilidades se vuelven a reducir progresivamente, aunque sin llegar a los niveles del primer grupo.

El último parámetro analizado con respecto a la historia clínica del fumador fue el número de intentos previos para dejarlo. Algunos estudios indicaron que el número de intentos que un fumador lleva a cabo están directamente relacionados con variables como la salud percibida, la confianza sobre la terapia de deshabituación, el consumo de otras drogas o incluso el clima social y laboral **(Richart-Martínez et al., 1993)**. Además, se indica una asociación directa entre el número de intentos para dejar de fumar y las visitas al médico en los últimos 12 meses.

Por otra parte, existen estudios que indican que cuanto mayor es el número de intentos, mayores son las probabilidades de conseguir la cesación tabáquica. De hecho, indican que los intentos necesarios esperados para conseguirlo van desde 6 intentos, para fumadores más motivados y con un plan de acción efectivo, hasta 30 o incluso más intentos **(Chaiton et al., 2016)**. Sin embargo, otros estudios establecen que cada uno de los intentos fallidos puede tener efectos negativos en el fumador. En este caso concreto, un mayor número de intentos frustrado supone que la autoeficiencia sobre los tratamientos utilizados disminuye y por tanto el fumador aplaza la decisión de dejar de fumar **(Arnedillo y De Osma, 2000)**.

Los resultados de este estudio se correlacionan más con la idea de que los intentos frustrados tienen repercusiones negativas. Aquellos fumadores que nunca se habían enfrentado al proceso de deshabituación tuvieron una tasa de éxito superior a los que lo habían intentado una o más veces. Esto se puede deber a la convicción de afrontar el proceso y al pesimismo acumulado por fumadores que ya han realizado varios intentos y han sido incapaces de mantener la abstinencia a largo plazo.

En el caso de que el uso de medicamentos sea una de las partes del programa de cesación tabáquica, es necesario valorar la posible aparición de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM). En este estudio se han valorado aquellas ocasionadas por vareniclina y bupropión.

Según el Centro de Información del Medicamento (CIMA), las reacciones adversas más frecuentes al tomar vareniclina son dificultad para dormir, sueños

anormales, dolor de cabeza, náuseas e inflamación de garganta y nariz. Otros efectos adversos que pueden producirse también en menor medida son la disminución de apetito, alucinaciones, inquietud o convulsiones entre otras.

Uno de los principales inconvenientes de los medicamentos para dejar de fumar, como el bupropión, es que sus efectos adversos más comunes son similares a los producidos por el síndrome de abstinencia, con lo que en ocasiones es difícil determinar la causa de los mismos.

Otros estudios establecieron, en el caso de vareniclina, que alguno de los efectos adversos como las náuseas pueden estar relacionadas con la dosis utilizada (**Nakamura et al., 2007**). La aparición de estas puede ser hasta 3 veces más frecuente en pacientes tratados con 1mg que en los que reciben una dosis de 0,25mg.

La más habitual de las RAM en este estudio, fue el insomnio o dificultad para conciliar el sueño, seguida de nerviosismo y estreñimiento. Aunque estas dos últimas son difícilmente asignables a la medicación ya que fueron síntomas declarados también por algunos de los fumadores que no utilizó ningún tipo de medicación durante el proceso de deshabituación.

Por otro lado, tratamientos con bupropión tienen como RAM más significativa la aparición de crisis epilépticas o convulsiones, produciéndose en una de cada 1.000 personas que toman este fármaco. Por ello no se recomienda su prescripción en aquellos pacientes con antecedentes de epilepsia.

El resto de efectos adversos más habituales son similares a los producidos por vareniclina: náuseas, insomnio o agitación. Además, aunque se trata de un fármaco utilizado frecuentemente para el tratamiento de la depresión, puede que los fumadores sufran un empeoramiento depresivo acompañado en ocasiones por pensamientos de suicidio.

La taquicardia, el estreñimiento y el insomnio fueron las RAM asociadas a bupropión en los pacientes de este estudio. En el caso de las taquicardias, el

tratamiento fue retirado inmediatamente y el paciente que sufrió insomnio pasó a ser tratado con vareniclina, que no presentó este tipo de efecto adverso.

Como ya se ha mencionado anteriormente, en el grupo 2 de este estudio se llevó a cabo un chequeo médico básico en el que se controlaron el peso, el perímetro abdominal, la tensión y la saturación de oxígeno antes de iniciar el tratamiento y a los 3 meses de abstinencia

En primer lugar, el aumento de peso y del perímetro abdominal o el miedo a engordar durante el proceso de deshabituación tabáquica ejercen un efecto negativo sobre la capacidad de abstinencia de los fumadores (**Martín-Rodríguez, 2019**). Este miedo a engordar aumenta de forma significativa con el aumento de la edad. Además, los fumadores con una dependencia mayor a la nicotina creen que tienen más facilidad de controlar el peso mientras se mantengan fumando. Por tanto, la creencia de un aumento de peso al dejar de fumar será mayor en los grupos de población de más edad y en los que fuman más cigarrillos.

Entre los pacientes del grupo 2 de este estudio que dejaron de fumar, el aumento de peso fue de 1,5Kg de media y el perímetro abdominal aumento un promedio de 1,6cm. Aunque hubo diferencias en lo referente a la edad y al número de cigarros fumados al día. Entre los fumadores que aumentaron de peso, la edad media fue de 39 años y entre los que bajaron de peso fue de 35 años. En este estudio, se confirmó la tendencia de que un aumento de la edad puede favorecer la ganancia de peso al dejar de fumar.

Otro parámetro analizado fue la variación de la presión arterial. El consumo de tabaco es uno de principales factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares debido a su efecto sobre la tensión. Es indudable que el tabaco produce aumento de la tensión tanto sistólica como diastólica. Aunque muchos estudios establecen que al dejar de fumar los valores de tensión vuelven a parámetros normales, no está claro cuál es su influencia a corto plazo (**Acosta et al., 2021**). Además, en los fumadores a largo plazo, puede que los valores de tensión arterial se estabilicen y por tanto la influencia del

tabaco será menor que al principio de comenzar con el hábito tabáquico **(George et al., 1991)**.

Este estudio presenta la limitación de comprobar la variación de la tensión solo a los 3 meses de cesación tabáquica, con lo que no podemos saber si estos valores se mantienen en el tiempo o incluso empeoran a largo plazo. Aun así, la media de la tensión sistólica y diastólica de los fumadores del grupo 2 no presentó ninguna variación evidente a los 3 meses del tratamiento.

Finalmente, se analizó la evolución de la saturación de oxígeno en los pacientes del grupo 2. El análisis de los valores de saturación de oxígeno indica que en los pacientes no fumadores tienen un valor normal entre 95 y 99% de saturación **(Roa-Hernández et al., 2022)**. Valores que se ven frecuentemente disminuidos en fumadores, donde pueden llegar a estar por debajo del 90% y requerir oxigenoterapia. Además, ante un esfuerzo físico, la recuperación de la saturación de oxígeno de los fumadores se produce de forma mucho más lenta que en no fumadores **(Chamorro et al., 2005)**.

En base a los datos de este estudio, la saturación de oxígeno mejoró en la mayoría de los pacientes a los tres meses de fumar el último cigarro, a pesar de que todos los pacientes eran individuos sanos y con una buena saturación al inicio de la terapia.

En definitiva, la inclusión de la medida de estos parámetros durante el programa de deshabituación tabáquica supuso un aumento de la confianza de los fumadores sobre la terapia y un estímulo para favorecer la motivación.

Cabe destacar también que la medida de estos parámetros no presenta ninguna dificultad y se puede realizar sin ningún problema desde las oficinas de farmacia, lo que supone un mejor tratamiento al paciente y es percibido por los mismos como una mayor implicación del farmacéutico.

El último aspecto a valorar en este estudio es el relativo a prevención y concienciación en tabaquismo, las guías mencionadas anteriormente no contemplan este aspecto, que sin embargo puede ser clave para reducir el tabaquismo.

Para lograr el objetivo de reducción del tabaquismo en España, uno de los puntos estratégicos que se plantean es el de mejorar su prevención, focalizando los retos en evitar el inicio y ayudar a los fumadores a dejarlo. En el aspecto de la prevención se puede influir por distintas vías como restringir los espacios públicos a fumadores, reducir la publicidad del tabaco, financiación de tratamiento de deshabituación tabáquica o con charlas de prevención.

En este último aspecto, el farmacéutico puede tener un papel más relevante del que tiene actualmente, sobre todo en el ámbito de las Fuerzas Armadas, el farmacéutico dispone de los conocimientos apropiados para impartir charlas de prevención del tabaquismo, tanto en conjunto con otros profesionales como en solitario y además aporta la visión de los distintos tratamientos para lograr el abandono tabáquico. Tiene también la ventaja de poder hacer un seguimiento a los fumadores que quieran dejarlo, como fruto de dichas charlas desde la oficina de farmacia.

En este estudio podemos comprobar que un amplio porcentaje de los encuestados no han recibido nunca charlas sobre tabaquismo. Además, el doble de fumadores respecto no fumadores piensan que el tabaco es poco adictivo e influye en menor medida en el rendimiento intelectual, por lo que podemos deducir que una percepción más baja del riesgo sobre el tabaquismo repercute en un aumento de los fumadores. Por lo que las charlas o sesiones sobre prevención tabáquica pueden enfocarse en este sentido e impedir sobre todo un inicio temprano en el hábito tabáquico.

Finalmente, la implicación de los farmacéuticos en estas actividades preventivas es importante para dar a conocer las terapias de ayuda para dejar de fumar que utilizan fármacos. Mientras que otras terapias como las psicológicas son más conocidas debido a mayor implicación de estos en la prevención del tabaquismo.

7-Conclusiones

- 1- Desde las oficinas de farmacia se pueden implantar y liderar programas de deshabituación tabáquica, por lo que es necesario favorecer la inclusión de los farmacéuticos en los planes y guías estatales antitabaco.
- 2- La posibilidad de realizar un trabajo multidisciplinar, tal y como se realiza en las Fuerzas Armadas, favorece un aumento en la tasa de deshabituación tabáquica.
- 3- La atención farmacéutica, por si sola, se debe considerar como una herramienta de cesación tabáquica. Además, unida a tratamientos farmacológicos específicos facilita la adhesión a los mismos y el abandono del consumo.
- 4- Existe un nivel de concienciación sobre tabaquismo inferior al esperado, aplicar un programa de prevención desde las farmacias puede aumentar el número de fumadores que quieran abandonar el hábito.
- 5- La fase del cambio en la que se encuentra el fumador en el momento de iniciar el proceso de cesación es determinante para que este logre la abstinencia.
- 6- Un programa antitabaco individualizado a cada paciente ha demostrado una mejora en la adherencia al tratamiento y presenta una tasa de éxito por encima de los programas grupales.
- 7- El alto precio de los fármacos para dejar de fumar supone un obstáculo para lograr los objetivos de deshabituación tabáquica.
- 8- El número de cigarrillos consumidos al día influye en el proceso de cambio, por lo que la reducción progresiva puede ser un buen método de cesación.
- 9- El entorno de los pacientes tiene mayor influencia en el inicio como fumadores, pero su efecto se diluye a medida que el hábito de fumar se prolonga en el tiempo.

8-Bibliografía

- A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. (2008). *American Journal of Preventive Medicine*, 35(2), 158-176. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.04.009>
- Acosta, C., Sposito, P., Esteche, V. T., Sacchi, F., Pomies, L., Pereda, M., Viñas, S., y Soto, E. (2021). Variabilidad de la presión arterial, hipertensión arterial nocturna y su asociación con tabaquismo. *Revista uruguaya de medicina interna*, 6(1). <https://doi.org/10.26445/06.01.6>
- Agassandian, M., Shurin, G., V., Ma, Y., y Shurin, M. R. (2014). C-reactive protein and lung diseases. *The International Journal of Biochemistry & Cell Biology*, 53, 7788. <https://doi.org/10.1016/j.biocel.2014.05.016>
- Agencia española de medicamentos y productos sanitarios (2021, 06 julio). ICM (CONT), 05/2021. <https://www.aemps.gob.es/informa/la-aemps-comunica-problemas-de-suministro-y-retirada-del-mercado-de-varios-lotes-del-medicamento-champix-comprimidos-recubiertos-con-pelicula/>
- Aguilera, K. T., y Quintero, C. M. (2016). Efectos neurobioquímicos de la nicotina en el cerebro humano. *16 de Abril*, 54(260), 31-41. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2015/abr15260d.pdf>
- Álvarez, J. T., Martínez, A., Méndez, L., y López, P. J. T. (2017). Riesgo tabáquico en adultos mayores desde la consulta de cesación. *Geroinfo*, 12(2), 1-18.
- Anthenelli, R. M., Benowitz, N. L., West, R., St Aubin, L., McRae, T., Lawrence, D., Ascher, J. S., Russ, C., Krishen, A., y Evins, A. E. (2016). Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *The Lancet*, 387(10037), 2507-2520. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)30272-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)30272-0)
- Arnedillo, J. J. M., y De Osma, F. J. H. G. (2000). Factores asociados al éxito en programas para dejar de fumar. *Adicciones*, 12(3), 329. <https://doi.org/10.20882/adicciones.644>

- Arroyo, R. E., Clemente, J. L., Córdoba, G. R., Herrero, C. F., Jaime, M. P., y Lallana, Á. M. (2004). Atención al paciente con dependencia del tabaco. Recuperado de:
<https://www.aragon.es/documents/20127/674325/PACIENTE+DEPENDENCIA+TABACO.PDF/67f544fc-997d-ef8b-ee10-0bb7e8d277f6>
- Ayesta, F.J., Galán, M.D., y Márquez, F.L. (2014). El consumo del tabaco como problema de salud pública. Recuperado de:
<https://www.astursalud.es/documents/35439/40080/Consumo+de+tabaco+de+salud+p%C3%BAblica.pdf/0a0f76ea-7ac8-6c70-166f-7c7282f80b48?t=1616502514722>
- Bacha, Z. A., Layoun, N., Khayat, G., y Hallit, S. (2018). Factors associated with smoking cessation success in Lebanon. *Pharmacy Practice*, 16(1), 1111. <https://doi.org/10.18549/pharmpract.2018.01.1111>
- Baker, R. R., Massey, E. D., y Smith, G. (2004). An overview of the effects of tobacco ingredients on smoke chemistry and toxicity. *Food and Chemical Toxicology*, 42, 53-83. <https://doi.org/10.1016/j.fct.2004.01.001>
- Baumgardner, J. R., Bilheimer, L. T., Booth, M. B., Carrington, W. J., Duchovny, N. J., y Werble, E. C. (2012). Cigarette Taxes and the Federal Budget — Report from the CBO. *New England Journal of Medicine*, 367(22), 2068-2070. <https://doi.org/10.1056/nejmp1210319>
- Bazako-Goiburu, E. (2021). Empleo de la hipnosis para el tratamiento del tabaquismo: estudio de caso único. *Revista De Casos Clínicos En Salud Mental*, 9(1). Recuperado de:
<http://www.casosclnicosensaludmental.es/ojs/index.php/RCCSM/article/view/64>
- Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, E. J., Fernández, J. R., Casete, L., Bermejo, M. P., y Tomás, V. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Socidrogalcohol.
- Benli, A. R., Erturhan, S., Oruc, M. A., Kalpakci, P., Sunay, D., y Demirel, Y. (2017). A comparison of the efficacy of varenicline and bupropion and an evaluation of the effect of the medications in the context of the smoking cessation programme. *Tobacco Induced Diseases*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12971-017-0116-0>

- Benowitz, N. L., Hukkanen, J., y Jacob, P. (2009). Nicotine Chemistry, Metabolism, Kinetics and Biomarkers. *Handbook of Experimental Pharmacology*, 29-60. https://doi.org/10.1007/978-3-540-69248-5_2
- Blanco, A., Sandoval, R. C., Martínez-López, L., y de Betânia Caixeta, R. (2017). Diez años del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: avances en las Américas. *Salud Pública de México*, s117-s125. <https://doi.org/10.21149/8682>
- Blokdijk, G. J. (2018). *Bupropion Hydrochloride: A Complete Guide*. Van Haren Publishing.
- Bolaños-Morera, P., y Chacón-Araya, C. (2020). Intoxicación por monóxido de carbono. *Medicina Legal De Costa Rica*, 34(1). Recuperado de: www.binasss.sa.cr/ojssalud/index.php/mlcr/article/view/38
- Cahill, K., Lindson-Hawley, N., Thomas, K. H., Fanshawe, T. R., y Lancaster, T. (2016). Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd006103.pub7>
- Calzado, M. G., Rojas, J. G., Mangas, A., Izquierdo, D. M., M, R., y Millán, J. L. (2008). Determinaciones plasmáticas de nicotina y cotinina: marcadores biológicos del tabaco. *Revista Española De Salud Pública*, 65(5), 437-443.
- Camarelles Guillem, F., Salvador Llivina, T., Ramón Torell, J. M., Córdoba García, R., Jiménez Ruiz, C., López García-Aranda, V., Hereter, J. R. V., Santos, M. P., Monfort, J., y López de Santiago, A. (2009). Consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. *Revista Española de Salud Pública*, 83(2). <https://doi.org/10.1590/s1135-57272009000200004>
- Caplan, L., Stout, C., y Blumenthal, D. S. (2010). Training Physicians to Do Office-based Smoking Cessation Increases Adherence to PHS Guidelines. *Journal of Community Health*, 36(2), 238-243. <https://doi.org/10.1007/s10900-010-9303-0>
- Castillo, I. I., y Bilbao, N. C. (2008). *Craving*: concepto, medición y terapéutica. *Norte de Salud Mental*, 7(32), 1. Recuperado de:

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4830330.pdf>

- Chaiton, M., Diemert, L., Cohen, J. E., Bondy, S. J., Selby, P., Philipneri, A., y Schwartz, R. S. (2016). Estimating the number of quit attempts it takes to quit smoking successfully in a longitudinal cohort of smokers. *BMJ Open*, 6(6), e011045. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011045>
- Chamorro, R. G., Lorenzo, M. N., Vercher, M. G., y Coll, I. E. (2005). Patrones de desaturación ergoespirométricos en función de la edad. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 5(18), 100-117. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/542/54221982003.pdf>
- Cisneros, B. R. (2020). Tasa de efectividad de vareniclina en cesación de fumado en pacientes referidos a la clínica de cesación de fumado del Hospital San Juan de Dios de octubre 2015 a junio 2018. *Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica*. Recuperado de:
<https://www.kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/81378>
- Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo. Encuesta de evaluación del control del tabaquismo sobre costes empresariales y sanitarios. Madrid: Comité Nacional de Prevención de Tabaquismo; 2009.
- Corvalán B., M. P. (2017). El tabaquismo: una adicción. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 33(3), 186-189.
<https://doi.org/10.4067/s0717-73482017000300186>
- Cruz, N. P., Cruz, H. P., y Manchón, E. J. F. (2007). Nicotina y Adicción: Un enfoque molecular del tabaquismo. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 6(1), 0-0.
- Descalzi M., F. (2017). Bupropión: una alternativa farmacológica en cesación tabáquica. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 33(3), 209-211. <https://doi.org/10.4067/s0717-73482017000300209>
- Directiva 2014/40/UE de 2014. Aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de fabricación, presentación y venta de los productos del tabaco y los productos relacionados. 3 de abril DE 2014. (Diario Oficial de la Unión Europea)

- Fiore, M. C., Jaén, C., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N., y Curry, S. (2008). Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. *Respiratory Care*, 53(9), 1217-1222. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>
- Galán, C. G., Aceituno, D. P., Barrera, J. C. D., Pérez, J. P., Zamalloa, P. L., y Franco, M. A. L. (2019). Día Mundial Sin Tabaco (31 de mayo de 2019). *Revista Española De Salud Pública*, 93(93), 106. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v93/1135-5727-resp-93-e201904020.pdf>
- García-Algar, O., Pichini, S., Pacifici, R., y Castellanos, E. (2003). Consejo médico para promover el abandono del consumo de tabaco en el embarazo: guía clínica para profesionales sanitarios. *Atención Primaria*, 32(8), 481-491. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(03\)79319-6](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(03)79319-6)
- García-Aranda, V. L., Carlos, J., Rubira, G., y López, V. (2004). Tabaco y enfermedad cardiovascular. *Adicciones*, 16(2), 101-114. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=935221>
- Gass, J. C., y Tiffany, S. T. (2019). Assessment of the Choice Behavior Under Cued Conditions (CBUCC) paradigm as a measure of motivation to smoke under laboratory conditions. *Addiction*, 115(2), 302-312. <https://doi.org/10.1111/add.14771>
- Gaztelurrutia, L., Gómez, J. C., Aguiló, M. C., Ríos, J., Sicilia, P. L., Satué, E., Lage, M. M., y Serantes, L. (2020). Rol del farmacéutico comunitario como agente de salud en la cesación tabáquica. Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC).
- George, I. M. S., Williams, S., Stanton, W. R., y Silva, P. (1991). Smoking and blood pressure in 15 year olds in Dunedin, New Zealand. *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.302.6768.89>
- Gómez, C. P., Iglesias, E. B., García, R. C., y Raga, J. M. (2008). Tabaquismo. Recuperado de: <https://socioalcohol.org/wpcontent/Pdf/publicaciones/tabaco/socioalcohol/Guia-clinica-Tabaquismo-2008.pdf>

- Gómez-Martínez, J., Tejedor-García, N., y García-Pastor, C. (2020). Abordaje de la cesación tabáquica de un paciente desde la farmacia comunitaria. Programa 'CESAR'. *Farmacéuticos comunitarios*, 121(1), 25-28. [https://doi.org/10.33620/fc.2173-9218.\(2020/vol12\).001.05](https://doi.org/10.33620/fc.2173-9218.(2020/vol12).001.05)
- Gonzales, D. (2006). Varenicline, an $\alpha\beta 2$ Nicotinic Acetylcholine Receptor Partial Agonist, vs Sustained-Release Bupropion and Placebo for Smoking Cessation: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 296(1), 47. <https://doi.org/10.1001/jama.296.1.47>
- González Blanca, J., y Vicente Romero, J. (2023). Deshabituación al consumo de tabaco desde las oficinas de farmacia mediante planes multidisciplinares. *Rev Esp Salud Pública*, 97: 18 de septiembre e202309077. Recuperado de: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL97/O_BREVES/RS97C_202309077.pdf
- *Guía para dejar de fumar*. (2016). semFYC. Recuperado de: <https://www.semfyec.es/biblioteca/desplegable-guia-para-dejar-de-fumar/>
- *Guía para dejar de fumar de AECC*. (2014). AECC. Recuperado de: <https://www.contraelcancer.es/es/beneficiarios/mis-guias/guia-dejar-fumar>
- Guillem, F. C., González-Gallarza, R. D., Jiménez, L. D., Muñoz, J. R., Polo, A. L., y Ogué, M. C. P. (2013). Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España. *Medicina Clínica*, 140(6), 272.e1-272.e12. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2012.10.013>
- Hartmann-Boyce, J., Chepkin, S. C., Ye, W., Bullen, C., y Lancaster, T. (2018). Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000146.pub5>
- Howes, S., Hartmann-Boyce, J., Livingstone-Banks, J., Hong, B., y Lindson, N. (2020). Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000031.pub5>
- Hughes, J. R. (1984). Nicotine Gum to Help Stop Smoking. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 252(20), 2855.

<https://doi.org/10.1001/jama.1984.03350200041018>

- Jiménez-Ruiz, C. A., Riesco Miranda, J. A., Ramos Pinedo, N., Barrueco Ferrero, M., Solano Reina, S., De Granda Orive, J. I., Guzmán, J. G., Casado, L. R., Trullén, A. P., y Fagerström, K. O. (2008). Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Propuestas de financiación. *Archivos de Bronconeumología*, 44(4), 213-219. <https://doi.org/10.1157/13119541>
- Jordan, C. J., y Xi, Z. X. (2018). Discovery and development of varenicline for smoking cessation. *Expert Opinion on Drug Discovery*, 13(7), 671-683. <https://doi.org/10.1080/17460441.2018.1458090>
- Kahende, J., Adhikari, B., Maurice, E., Rock, V., y Malarcher, A. (2009). Disparities in Health Care Utilization by Smoking Status – NHANES 1999-2004. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6(3), 1095-1106. <https://doi.org/10.3390/ijerph6031095>
- Kawasaki, Y., Li, Y. S., Ootsuyama, Y., Nagata, K., Yamato, H., y Kawai, K. (2020). Effects of smoking cessation on biological monitoring markers in urine. *Genes and Environment*, 42(1). <https://doi.org/10.1186/s41021-020-00165-z>
- Lara-Rivas, G., Ramírez-Venegas, A., Sansores-Martínez, R. H., Espinosa, A. M., y Regalado-Pineda, J. (2007). Indicadores de síntomas de abstinencia en un grupo de fumadores mexicanos. *Salud Pública de México*, 49, s257-s262. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342007000800016>
- Lee, P. N. (2018). Tar level of cigarettes smoked and risk of smoking-related diseases. *Inhalation Toxicology*, 30(1), 5-18. <https://doi.org/10.1080/08958378.2018.1443174>
- Ley 28 de 2005. De medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. 27 de diciembre de 2005. BOE. No. 309. Recuperado de: <https://www.boe.es/eli/es/l/2005/12/26/28/con>
- Ley 42 de 2010. 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. 31 de diciembre de 2010. BOE. No. 318. Recuperado de:

<https://www.boe.es/eli/es/l/2010/12/30/42>

- Lindson, N., Chepkin, S. C., Ye, W., Fanshawe, T. R., Bullen, C., y Hartmann-Boyce, J. (2019). Different doses, durations and modes of delivery of nicotine replacement therapy for smoking cessation. *The Cochrane library*, 2019(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd013308>
- Llopis-Llácer, J. J. (2001). Dependencia, intoxicación aguda y síndrome de abstinencia por cocaína. *Monografía Cocaína*, 147.
- Manzano, M., y Ayesta, F. J. A. (2009). La Adherencia Terapéutica en el Tratamiento del Tabaquismo. *Psychosocial Intervention*. <https://doi.org/10.5093/in2009v18n3a4>
- Marín, M. (2016). *Atención farmacéutica en deshabituación tabáquica*. Universidad de Granada.
- Martín-Rodríguez, R. (2019). Investigación sobre los factores relacionados con el hábito de fumar. Recuperado de: <https://hdl.handle.net/10953.1/11749>
- Martín-Sánchez, J. C., Martínez-Sánchez, J. M., Bilal, U., Cleries, R., Fu, M., Lidón-Moyano, C., Sureda, X., Franco, M., y Fernández, E. (2017). Sex and age specific projections of smoking prevalence in Spain: a Bayesian approach. *Nicotine & Tobacco Research*, 20(6):725-730. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntx120>.
- McRobbie, H., y Thornley, S. (2008). La importancia de tratar la dependencia tabáquica. *Revista Española de Cardiología*, 61(6), 620-628. <https://doi.org/10.1157/13123068>
- Mendelson, J. H., Goletiani, N., Sholar, M. B., Siegel, A. J., y Mello, N. K. (2007). Effects of Smoking Successive Low- and High-Nicotine Cigarettes on Hypothalamic–Pituitary–Adrenal Axis Hormones and Mood in Men. *Neuropsychopharmacology*, 33(4), 749-760. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1301455>
- Mendoza, A. (2014). Cesación tabáquica y promoción de la salud. *Farmacéuticos comunitarios*. [https://doi.org/10.5672/fc.2173-9218.\(2014/vol6\).004.01](https://doi.org/10.5672/fc.2173-9218.(2014/vol6).004.01)

- Mihalak, K. B., Carroll, F. I., y Luetje, C. W. (2006). Varenicline Is a Partial Agonist at $\alpha 4\beta 2$ and a Full Agonist at $\alpha 7$ Neuronal Nicotinic Receptors. *Molecular Pharmacology*, 70(3), 801-805.
<https://doi.org/10.1124/mol.106.025130>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estrategia Nacional sobre adicciones 2017-2024. Recuperado de:
https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_EST_RATEGIA_NADICCIONES_2017-2024_aprobada_CM.pdf
- Molero Chamizo, A., y Muñoz Negro, J. (2005). Psicofarmacología de la nicotina y conducta adictiva. *Trastornos Adictivos*, 7(3), 137-152.
[https://doi.org/10.1016/s1575-0973\(05\)74521-9](https://doi.org/10.1016/s1575-0973(05)74521-9)
- Moore, R. A., y Aubin, H. J. (2012). Do Placebo Response Rates from Cessation Trials Inform on Strength of Addictions? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(1), 192-211.
<https://doi.org/10.3390/ijerph9010192>
- Muñoz-Pindado, C., Muñoz-Pindado, C., Roura-Poch, P., Riesco-Miranda, J., y Muñoz-Méndez, J. (2019). Prevalencia del tabaquismo en los estudiantes de bachillerato de la Comarca de Osona (Barcelona). *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 45(4), 215-224.
<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.11.004>
- Nahvi, S., Adams, T. R., Ning, Y., Zhang, C., y Arnsten, J. H. (2020). Effect of varenicline directly observed therapy versus varenicline self-administered therapy on varenicline adherence and smoking cessation in methadone-maintained smokers: a randomized controlled trial. *Addiction*, 116(4), 902-913. <https://doi.org/10.1111/add.15240>
- Nakamura, M., Oshima, A., Fujimoto, Y., Maruyama, N., Ishibashi, T., y Reeves, K. R. (2007). Efficacy and tolerability of varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, in a 12-week, randomized, placebo-controlled, dose-response study with 40-week follow-up for smoking cessation in Japanese smokers. *Clinical Therapeutics*, 29(6), 1040-1056. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2007.06.012>
- Nolan, M. B., Borah, B. J., Moriarty, J. P., y Warner, D. O. (2019). Association between smoking cessation and post-hospitalization

- healthcare costs: a matched cohort analysis. *BMC Health Services Research*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4777-7>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (OEDA) Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2021). *Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2021*. Recuperado de: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistematnformacion/encuestas_ESTUDES.htm
 - Olano-Espinosa, E., Matilla-Pardo, B., Sánchez-Sanz, E., y Alarcón-Aramburu, E. (2005). ¿Intervención mínima en tabaquismo? El protocolo de atención al paciente fumador en atención primaria. *Atención Primaria*, 36(9), 515-523. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(05\)70555-2](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(05)70555-2)
 - Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008: Plan de medidas MPOWER*. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43897>
 - Organización Mundial de la Salud. (2010). *Convenio marco de la OMS para el control del tabaco: directrices para la aplicación: Artículo 5.3, Artículo 8, Artículo 11, Artículo 13*. Recuperado de: <https://www.who.int/fctc/es/index.html>
 - Organización Mundial de la Salud. (2019). *Informe mundial OMS sobre tendencias de la prevalencia del consume del tabaco 2000-2025, tercera edición*. Recuperado de: <https://www.who.int/publications/i/item/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition>.
 - Palmer, K. J., Buckley, M. M., y Faulds, D. (1992). Transdermal Nicotine. *Drugs*, 44(3), 498-529. <https://doi.org/10.2165/00003495-199244030-00011>
 - Pardavila-Belio, M. I., Lizarbe-Chocarro, M., y Canga-Armayor, N. (2019). Attitudes, self-efficacy and intention towards tobacco cessation in Spanish college students. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 42(1), 41-47. <https://doi.org/10.23938/assn.0588>

- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., y Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
<https://doi.org/10.1037/0003-066x.47.9.1102>
- Rábade Castedo, C. (2015). La combinación bupropión y vareniclina: ¿una alternativa terapéutica en el tratamiento del tabaquismo? *Prevención del tabaquismo*. 2(17) 83-84.
- Raw, M., McNeill, A., y West, R. (1998). Smoking Cessation Guidelines for Health Professionals---A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax*, 53(Supplement 5), S1-S18. <https://doi.org/10.1136/thx.53.2008.s1>
- Recomendaciones del Consejo de la Unión Europea, de 30 de noviembre de 2009, sobre entornos libres de humo (Diario Oficial de la Unión Europea)
- Rey, J., Pérez-Ríos, M., Santiago-Pérez, M. I., Galán, I., Schiaffino, A., Varela-Lema, L., Naveira, G., Montes, A., Lopez-Vizcaino, M., Osorio, A. G., Mourino, N., Mompart, A., y Ruano-Ravina, A. (2020). Mortalidad atribuida al consumo de tabaco en las comunidades autónomas de España, 2017. *Revista Española De Cardiología*, 75(2), 150-158.
<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.10.018>
- Richart-Martínez, M., Cabrero-García, J., García, N. J., y Reig-Ferrer, A. (1993). Variables sociodemográficas, médicas y psicológicas relacionadas con el comportamiento de fumar y con los intentos de dejar de fumar en una muestra comunitaria. *Análisis y modificación de conducta*, 19(68), 859-882. Recuperado de:
http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/24967/1/1993_Richart_etal_AMC.pdf
- Roa-Hernández, D. Y., Pérez-Atilano, Y., López-Soto, D., y Huerta-Pioquinto, A. (2022). Determinación de los efectos homeostáticos por el consumo de tabaco en adolescentes. *Uno Sapiens Boletín Científico De La Escuela Preparatoria No. 1*, 4(8), 13-15. Recuperado de:
<https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/prepa1/article/view/826>

- Rodgman, A., y Green, C. (2003). Toxic Chemicals in Cigarette Mainstream Smoke-Hazard and Hoopla. *Beiträge zur Tabakforschung International/Contributions to Tobacco Research*, 20(8), 481-545. <https://doi.org/10.2478/cttr-2013-0764>
- Rubio Herrera, M., Fernández-García, J., Corio Andújar, R., Santos Altozano, C., y Urieta Carpi, J. (2019). Tratamiento farmacológico de la obesidad para médicos de Atención Primaria. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 45(8), 559-565. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.04.005>
- Ruiz, C. J., Pinedo, A. R., Besada, N. A., Guerrero, A. C., y Mayayo, M. (2008). Vías neurofisiológicas de la dependencia a la nicotina. Oportunidades terapéuticas. *RESPIRATORIA*, 67.
- Ruiz, M., Gómez, R., I., Rubio, C., Revert, C., y Hardisson, A. (2004). Efectos tóxicos del tabaco. *Revista de Toxicología*, 21(2), 64-71. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/919/91921302.pdf>
- Sampablo Lauro, I., Lores, L., Coll, F., Carreras, J., y Quesada, M. (2002). Deshabitación tabáquica y bupropión: la ansiedad y la depresión como índices de eficacia terapéutica. *Archivos de Bronconeumología*, 38(8), 351-355. [https://doi.org/10.1016/s0300-2896\(02\)75238-1](https://doi.org/10.1016/s0300-2896(02)75238-1)
- Serecigni, J. G., Jiménez, M. A., Pascual, P., Flórez, G., y Contel, S. M. (2015). Guías Clínicas Basadas en la Evidencia Científica SOCIDROGALCOHOL. Recuperado de: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/wpcontent/uploads/2015/02/Alcoholismo-Guias-clinicas-basadas-enevidencia.pdf>
- Siahpush, M., Shaikh, R. A., McCarthy, M., Sikora Kessler, A., Tibbits, M., y Singh, G. K. (2015). Association between duration of use of pharmacotherapy and smoking cessation: findings from a national survey. *BMJ Open*, 5(1), e006229-e0066229. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006229>
- Solano Remírez, M., Álvarez Frías, M. T., González Arencibia, C., Gutiérrez Dubois, J., y Llorente Díaz, B. (2005b). Crisis convulsiva por bupropión. *Anales de Medicina Interna*, 22(8).

<https://doi.org/10.4321/s0212-71992005000800012>

- Soriano, J. B., Rojas-Rueda, D., Alonso, J. A., Antó, J. M., Cardona, P., Fernández, E., García-Basteiro, A. L., Benavides, F. G., Glenn, S., Krish, V., Lazarus, J. V., Martínez-Raga, J., Masana, M. F., Nieuwenhuijsen, M. J., Ortiz, A., Serrano-Blanco, A., Tortajada-Girbés, M., Tyrovolas, S., Haro, J. M.,...Trujillo, U. (2018). La carga de enfermedad en España: resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016. *Medicina Clínica*, 151(5), 171–190.

<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.05.011>.

- Stead, L. F., Perera, R., Bullen, C., Mant, D., Hartmann-Boyce, J., Cahill, K., y Lancaster, T. (2012). Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

<https://doi.org/10.1002/14651858.cd000146.pub4>

- Suárez-Bonel, M. P., Villaverde-Royo, M. V., Nerín, I., Sanz-Andrés, C., Mezquida-Arno, J., y Córdoba-García, R. (2015). Costes derivados del uso de servicios sanitarios y bajas laborales en pacientes fumadores: estudio en una comunidad urbana. *Archivos de Bronconeumología*, 51(12), 615-620. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2015.05.001>

- Suplemento Armas y Cuerpos nº431. (2021). (Uso interno Fuerzas Armadas). 18.

- The Health Consequences of Smoking. 50 Years of progress: A Report of the Surgeon General. (2014b). *PsycEXTRA Dataset*. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/>

- US Public Health Service. (2010). Actualización de la guía de práctica clínica. En *Guía de tratamiento del tabaquismo*. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Recuperado de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK47505/>

- Valverde, J. M., Milán, J., Girauta, H., y Uriarte., B. (2007). Guía de intervención grupal para el abordaje del tabaquismo en Atención Primaria. Conselleria de Salut i Consum de las Islas Baleares. Recuperado de:

<http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST335ZI109557&id=109557>

- Villalbí, J. R., Suelves, J. M., Martínez, C., Valverde, A., Cabezas, C., y Fernández, E. (2019). El control del tabaquismo en España: situación actual y prioridades. *Revista Española De Salud Pública*, 93(93), 8. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7676739.pdf>
- Vogeler, T., McClain, C., y Evoy, K. E. (2016). Combination bupropion SR and varenicline for smoking cessation: a systematic review. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 42(2), 129-139. <https://doi.org/10.3109/00952990.2015.1117480>
- Whincup, P., Papacosta, O., Lennon, L., y Haines, A. (2006). Carboxyhaemoglobin levels and their determinants in older British men. *BMC Public Health*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-189>
- White, A. R., Rampes, H., Liu, J. P., Stead, L. F., y Campbell, J. (2011). Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000009.pub3>
- Zhao, C., Xie, Y., Zhou, X., Zhang, Q., y Wang, N. (2020). The effect of different tobacco tar levels on DNA damage in cigarette smoking subjects. *Toxicology Research*, 9(3), 302-307. <https://doi.org/10.1093/toxres/tfaa031>

9-Anexos

ANEXO I

Dña. María González Hinojosa, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 02/06/2021, Acta Nº 11/2021 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

Título: Atención Farmacéutica en deshabituación tabáquica.

Alumno: Julián González Blanca

Tutor: Jorge Vicente Romero

Versión protocolo: v2, 26/05/2021

Versión documento de información y consentimiento: v2, 26/05/2021

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la obtención de los consentimientos informados, el adecuado tratamiento de los datos en cumplimiento de la legislación vigente y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del proyecto.**

ANEXO II

Test de Richmond:

1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?
 - ☐ Sí
 - ☐ No
2. ¿Cuánto interés tiene en dejarlo?
 - ☐ Mucho
 - ☐ Bastante
 - ☐ Algo
 - ☐ Nada
3. ¿Intentará dejar de fumar en las próximas dos semanas?
 - ☐ Sí
 - ☐ Probable
 - ☐ Dudoso
 - ☐ No
4. ¿Cree que dentro de 6 meses no fumará?
 - ☐ Sí
 - ☐ Probable
 - ☐ Dudoso
 - ☐ No

ANEXO III

Test de Fagerström:

1. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su primer cigarrillo?
 - Hasta 5 minutos
 - De 6 a 30 minutos
 - De 31 a 60 minutos
 - Más de 60 minutos
2. ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido (hospital, cine, biblioteca)?
 - Sí
 - No
3. ¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?
 - El primero de la mañana
 - Cualquier otro
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
 - Menos de 10 cigarrillos/día
 - Entre 11 y 20 cigarrillos/día
 - Entre 21 y 30 cigarrillos/día
 - 31 o más cigarrillos
5. ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?
 - Sí
 - No
6. ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?
 - Sí
 - No

ANEXO IV

Cuestionario de salud:

1. ¿Tiene o ha tenido algún problema de riñón?
 - ☐ Si
 - ☐ No
2. ¿Tiene o ha tenido algún problema hepático?
 - ☐ Si
 - ☐ No
3. ¿Tiene o ha tenido algún episodio de ansiedad o depresión?
 - ☐ Si
 - ☐ No
4. ¿Es alérgico a algún medicamento?
 - ☐ Si
 - ☐ No
5. ¿Sigue algún tipo de tratamiento en la actualidad?
 - ☐ Si
 - ☐ No
6. ¿Ha tomado alguna vez medicamentos para dejar de fumar?
 - ☐ Si
 - ☐ No
7. ¿Algún otro método para dejar de fumar?
 - ☐ Si
 - ☐ No
8. ¿Ha tenido alguna vez cambios en el comportamiento, hostilidad, agitación, estado de ánimo depresivo o pensamientos suicidas?
 - ☐ Si
 - ☐ No
9. ¿Está o podría estar embarazada?
 - ☐ Si
 - ☐ No

ANEXO V

Historia clínica del fumador:

A) Datos personales:

- Nombre y apellidos:
- Edad y fecha de nacimiento:
- ¿Toma algún tipo de medicación actualmente? (Especifique cual)
- Contacto:

B) Historial de tabaquismo:

- Edad primera vez que fumó:
- Edad de inicio de consumo habitual:
- Años que hace que fuma:
- ¿Ha dejado de fumar alguna vez?
Sí No ¿Cuántas?
- ¿Cuánto tiempo se mantuvo sin fumar?
- Motivo principal de la recaída en el último intento:
- Tiempo desde el último intento y método utilizado:

C) Valoración del consumo y del entorno:

- Tipo de tabaco más consumido y marca:
- Nº de cigarrillos consumidos al día por término medio:
- ¿Fuma además puros o pipa?
- Consume los cigarrillos: Menos de la mitad ☐ La mitad ☐ Hasta el filtro ☐
- Nº de caladas: Muchas ☐ Bastantes ☐ Pocas ☐
- Pareja fumadora:
- Padre fumador:
- Madre fumadora:
- Nº de familiares o amigos fumadores con los que convive:
- Compañeros que fuman en el entorno laboral:
- En el tiempo de ocio, pasa más tiempo con:
Fumadores ☐ No fumadores ☐
- ¿Practica algún tipo de deporte? ¿Cuál?:

ANEXO VI

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del PROYECTO: Atención Farmacéutica en deshabituación tabáquica

Yo, (nombre y apellidos del participante)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con: Julián González Blanca

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones
- 3) sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi consentimiento para participar en este estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos conforme se estipula en la hoja de información que se me ha entregado (y para que se realice el análisis genético –si procede-).

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio: sí no (marque lo que proceda)

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante:

Fecha:

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma del Investigador:

Fecha:

ANEXO VII

Autoregistro del consumo de tabaco:

AUTORREGISTRO DEL CONSUMO			
N.º de cigarrillos	Hora	Grado de apetencia*	Situación**
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

*Grado de apetencia: 1-10

**Situación:

- ☐ Estado de ánimo: A
- ☐ Social: S
- ☐ Trabajo: T
- ☐ Gustativo: G
- ☐ Premio/castigo: P/C
- ☐ Hábito: H
- ☐ Otras: O

ANEXO VIII

Encuesta sobre tabaquismo:

- 1- ¿Es usted fumador?
 - Sí
 - No
 - Solo el fin de semana
- 2- ¿Cree probable empezar a fumar con la información que tiene en la actualidad?
 - Sí
 - No lo sé
 - No
- 3- ¿Ha recibido alguna vez charlas sobre tabaquismo?
 - Sí
 - No
- 4- ¿Considera adictiva la nicotina?
 - Bastante
 - Moderada
 - Poco/casi nada
- 5- ¿Conoce las patologías que puede provocar el tabaco?
 - Cáncer y enfermedades respiratorias.
 - Cardiovasculares
 - Otras complicaciones (pre-menopausia, trastornos en la vejiga...)
 - Todas
- 6- ¿Cree que el tabaco puede influir en el rendimiento intelectual y físico?
 - Nada
 - Poco
 - Algo
 - Mucho
 - Bastante
- 7- ¿Cree que los efectos del tabaco son irreversibles?
 - Sí
 - No
 - Depende de la edad a la que lo dejes
- 8- ¿Conoce algún método para dejar de fumar?
 - Sí
 - No
- 9- ¿Cuáles?
- 10- Solo fumadores, ¿Dejaría de fumar si le resultase fácil?
 - Sí
 - No