

# DOCUMENTO DE INTERVENCIÓN EN CESACIÓN TABÁQUICA EN LA FARMACIA COMUNITARIA

Elaborado y avalado por:



Validado por:







**DOCUMENTO DE INTERVENCIÓN  
EN CESACIÓN TABÁQUICA  
EN LA FARMACIA COMUNITARIA**

## **Coordinador**

Jesús C. Gómez Martínez.  
Farmacéutico comunitario en Barcelona. Presidente de SEFAC.

## **Autores**

Mercedes Arias Puente.  
Farmacéutica comunitaria en El Burgo de Ebro (Zaragoza).

Miguel Cano Ivorra.  
Farmacéutico comunitario en La Nucia (Alicante).

Manuel Chaves Castro.  
Farmacéutico comunitario en Vilagarcía de Arousa (Pontevedra). Miembro del Grupo de Respiratorio de SEFAC.

Leire Gaztelurrutia Lavesa.  
Farmacéutica comunitaria en Getxo (Bizkaia). Miembro del Grupo de Respiratorio de SEFAC.

Juan Ramón Lladós Tirado.  
Farmacéutico comunitario en Castelldefels (Barcelona). Miembro del Grupo de Respiratorio de SEFAC.

Ana Mendoza Barbero.  
Farmacéutica comunitaria en Reus (Tarragona). Coordinadora del Grupo de Respiratorio de SEFAC.

Esperanza Muñoz Muñoz.  
Farmacéutica comunitaria en Mula (Murcia). Miembro del Grupo de Respiratorio de SEFAC.

---

El contenido de esta obra está protegido por la Ley, que establece penas de prisión y/o multas, además de las correspondientes indemnizaciones por daños y perjuicios, para quienes reprodujeren, plagieren, distribuyeren o comunicaren públicamente, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica, o su transformación, interpretación o ejecución artística fijada en cualquier tipo de soporte o comunicada a través de cualquier medio, sin la preceptiva autorización escrita de los titulares del Copyright.

Copyright: SEFAC y autores  
Todos los derechos reservados  
1.ª edición, 2014

Edita: Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC)  
ISBN: 978-84-616-9874-5  
Depósito legal: M-23522-2014  
Impreso en: Gráficas Longares

<b>Prólogo</b> .....	5
<b>Introducción</b> .....	7
<b>1. Motivos de intervención del farmacéutico comunitario en cesación tabáquica</b> .....	9
<b>2. Situaciones de intervención en la farmacia comunitaria</b> .....	11
2.1. Grupos de especial interés .....	12
2.2. Situaciones idóneas para la intervención .....	13
<b>3. Estrategias de intervención</b> .....	19
3.1. Preguntar .....	19
3.2. Aconsejar .....	21
3.3. Apreciar .....	21
3.4. Ayudar .....	23
3.5. Acordar .....	23
<b>4. Herramientas útiles en cesación tabáquica para el farmacéutico comunitario</b> .....	27
4.1. Entrevista clínica .....	27
4.2. Test de Fagerström .....	28
4.3. Test de Richmond .....	30
4.4. Funcion respiratoria (COPD-6 y cooximetría) .....	31
4.4.1. COPD-6 .....	31
4.4.2. Cooximetría .....	32

5. Consejos prácticos. Posibilidades de apoyo al paciente que quiere dejar de fumar .....	35
6. Estrategias específicas de la resolución de problemas.....	39
7. Tratamiento del tabaquismo .....	43
7.1. Tratamiento no farmacológico del tabaquismo. Estrategias psicológicas en el tratamiento de los fumadores .....	44
7.1.1. Consejo breve.....	44
7.1.2. Motivación y estrategias motivacionales.....	45
7.1.3. Factores relacionados con el abandono del tabaco y modelo teórico .....	46
7.1.4. Tratamiento psicológico .....	48
7.1.5. Formatos de la terapia .....	51
7.2. Tratamiento farmacológico .....	52
7.2.1. Diez respuestas para un tratamiento eficaz.....	52
7.2.2. Tratamientos de primera línea .....	56
8. Recomendaciones complementarias .....	71
9. Derivación informada.....	73
<b>Referencias bibliográficas</b> .....	85
<b>Bibliografía recomendada</b> .....	89

El principal objetivo del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) es la reducción del consumo de tabaco en España. Para ello utiliza varias estrategias, entre ellas, el aumento de la percepción del riesgo del consumo de tabaco en la población y promover el aumento de disponibilidad de ayuda a los fumadores que quieren dejar el tabaco.

Esta guía que edita una de las sociedades miembro del CNPT, la SEFAC, incide de un modo claro en estos dos aspectos: facilita al farmacéutico comunitario los conocimientos para poder transmitir a la población que acude a su farmacia mensajes claros de salud en relación con los riesgos del consumo de tabaco, y lo que es mucho más importante, las herramientas para poder ayudarles a dejar de fumar.

La OMS ha sido muy clara al decirnos que todos los sanitarios tenemos esta responsabilidad, y los farmacéuticos comunitarios son un ejemplo claro de ello al disponer de una situación privilegiada por su enorme cercanía a la población. Al estar presentes en todos los rincones de nuestra geografía, la labor que desarrollan para el sistema sanitario es excepcional y a veces no del todo reconocida. El que quieran formarse cada vez más y ayudar a sus vecinos a mejorar su salud es algo que toda la población les va a agradecer sin duda. Quien deje de fumar gracias a su farmacéutico, va a tener con él o ella una deuda para toda su vida.

Esta actividad encaja clara y perfectamente entre las funciones del farmacéutico comunitario, al ser el tabaquismo la primera causa de enfermedad y muerte evitable y una prioridad de salud pública en todo el mundo, y va a contribuir sin duda a mejorar el prestigio y confianza que ya se habían ganado los farmacéuticos en nuestra sociedad.

El manejo de un trastorno adictivo en algunos casos puede ser complicado y requerir la derivación a otros profesionales sanitarios, pero para una gran parte de la población pueden ser muy útiles intervenciones breves, que no requieren una gran especialización, pero sí un mínimo de capacitación que puede aportar esta publicación. Para muchos de nuestros pacientes puede ser de gran utilidad mostrarles la oportunidad y conveniencia de dejar de fumar y aportarles las indicaciones y ayudas prácticas para conseguir mantenerse abstinentes.

Deseo que la guía llegue a todos los miembros de SEFAC, que les sirva para mejorar sus conocimientos sobre la adicción al tabaco y los mecanismos para ayudar a sus pacientes a librarse de ella y que aumente la ya decidida participación de los farmacéuticos, junto con el resto de profesionales sanitarios en el movimiento de control del tabaquismo.

Mi felicitación y agradecimiento a la junta directiva de SEFAC, a su presidente y a los autores de esta guía por crear esta excepcional herramienta, de la que todos los miembros del CNPT nos sentimos orgullosos.

FRANCISCO RODRÍGUEZ LOZANO  
Presidente del Comité Nacional para  
la Prevención del Tabaquismo (CNPT)

## INTRODUCCIÓN

El farmacéutico comunitario atraviesa una etapa caracterizada por un nuevo salto en su evolución como agente sanitario. Esta evolución precisa de una apuesta decidida por el rol asistencial y los servicios cognitivos en beneficio de los pacientes. El presente documento es el resultado de la convicción de SEFAC en la importancia que para la profesión farmacéutica tienen esos servicios, entre ellos la cesación tabáquica, que ha sido el primer servicio profesional farmacéutico desarrollado por SEFAC y que ha llevado a la capacitación de diferentes farmacéuticos a través del programa *CESAR*.

El éxito de *CESAR*, por el que han pasado más de mil farmacéuticos comunitarios en un año, da buena cuenta del interés y del potencial que los farmacéuticos comunitarios tenemos para la prevención y el abordaje asistencial del tabaquismo y justifica plenamente la realización del presente documento, que pretende sentar una bases comunes de intervención en la farmacia comunitaria al realizar la cesación tabáquica.

El tabaquismo es una enfermedad con una elevada prevalencia en la población y altas tasas de morbilidad e, incluso, mortalidad, pues no se debe olvidar que es la principal causa de muerte evitable en el mundo y el principal factor de riesgo asociado a patologías como el cáncer de pulmón y la EPOC, entre otras. Además, provoca un elevado gasto sanitario que podría reducirse con una inversión eficiente de los recursos destinados al abandono del tabaco.

Es ahí donde el farmacéutico comunitario, por sus conocimientos, cercanía y accesibilidad a los pacientes, puede y debe desempeñar un papel fundamental. Con este documento SEFAC quiere ofrecer un recurso útil y práctico para consolidar este papel protagonista y convertir al farmacéutico comunitario en una referencia sanitaria en el abordaje del paciente fumador.

Quiero agradecer de forma especial la participación de expertos en cesación tabáquica de diferentes sociedades científicas que han colaborado con SEFAC en la revisión final de este documento y que permite asegurar la necesaria coordinación asistencial e incluye toda la información necesaria para una buena intervención farmacéutica, desde los grupos susceptibles de recibir este servicio hasta los tratamientos disponibles, pasando por las estrategias de intervención y las herramientas útiles como la entrevista clínica, entre otros recursos.

Desde SEFAC agradecemos a los autores farmacéuticos su participación en la elaboración de este material. Esperamos y deseamos que este documento tenga el mayor uso posible y sirva para que los farmacéuticos comunitarios podamos dar la mejor atención farmacéutica posible a todo fumador con el fin de lograr la cesación tabáquica.

JESÚS C. GÓMEZ  
Presidente de SEFAC

# Motivos de intervención del farmacéutico comunitario en cesación tabáquica

01

El tabaquismo es una enfermedad adictiva y crónica con una elevada prevalencia (24% de la población según la última Encuesta Nacional de Salud) (1), que ocasiona altas tasas de morbilidad (respiratoria, CV, cáncer...), e incluso de mortalidad (+ 150 personas/día) de las cuales el 28,8% es por cáncer de pulmón, un 20% por EPOC, un 12,4% por insuficiencia cardíaca y un 8,9% por enfermedad cerebrovascular (2, 3). El tabaco aumenta el riesgo de enfermedades en los fumadores pasivos, siendo los niños especialmente susceptibles. El tabaquismo pasivo es la tercera causa de muerte evitable.

La intervención del farmacéutico comunitario en la cesación tabáquica puede tener gran importancia en la prevención y control del tratamiento de determinadas enfermedades como las reseñadas, ya que contribuye a la disminución del riesgo de pérdida de la salud y a favorecer el control de enfermedades concomitantes en el paciente.

El coste anual por fumador se estima en unos 415 € y la intervención en cesación tabáquica es altamente coste-efectiva, ya que por cada 1 euro invertido en tabaquismo, se ahorran 55 euros en sanidad (4). Por ello, desde el punto de vista económico la intervención del farmacéutico comunitario también puede alcanzar una gran importancia siempre que éste actúe como un agente de salud dentro del SNS.

La farmacia comunitaria ha tenido siempre una gran implicación en la cesación tabáquica, siendo modélica por haber sido pionera en espacios sin humo, básica en tareas de prevención sanitaria y por su tarea educativa, así como fundamental en la eficiencia terapéutica sobre enfermedades crónicas por su labor de atención farmacéutica tanto en indicación, dispensación y seguimiento farmacoterapéutico. Además, desde el punto de vista social la farmacia comunitaria tiene una importancia relevante por su cercanía, accesibilidad y disponibilidad que hacen al profesional farmacéutico comunitario un importante agente de salud en la cesación tabáquica en coordinación con otros profesionales de la salud.

Con este documento SEFAC pretende dotar de herramientas prácticas al farmacéutico comunitario y al resto del personal de la farmacia, con el fin de facilitar su intervención en cesación tabáquica. Asimismo, como sociedad científica, SEFAC busca acordar estrategias de actuación y derivación de pacientes a los profesionales médicos a través de sus sociedades científicas que han accedido a participar y consensuar este documento.

# Situaciones de intervención en la farmacia comunitaria

02

El primer escalón en la intervención farmacéutica en la cesación tabáquica es saber si nuestros pacientes son fumadores o no. Esta tarea parece fácil de inicio, pues simplemente se debe observar o preguntar. Sin embargo, se deben tener en cuenta diferentes factores y encontrar el momento adecuado en la interacción que se tiene habitualmente con el paciente. Es decir, el farmacéutico comunitario debe aprovechar las conversaciones que tiene con el paciente y/o usuario durante el proceso de dispensación farmacéutica.

Para motivar a una persona a que deje de fumar en ocasiones basta simplemente con que se le pregunte si fuma en un contexto de salud; aunque hay situaciones especiales y concretas en el desarrollo de la labor profesional del farmacéutico en las que dicha intervención se hace necesaria e imprescindible. No se debe olvidar que el tabaquismo puede interferir:

- En la patología de base que sufre el paciente.
- En el tratamiento de dicha patología.
- En los efectos adversos de los medicamentos que está tomando.

Para ayudar a encontrar los momentos adecuados para realizar esa aparentemente fácil pregunta, ¿usted fuma o ha fumado alguna vez?, a continuación se describen algunas situaciones que favorecen el contexto

así como en qué grupos de pacientes es más recomendable y beneficioso para su salud, aunque a todo paciente fumador se ha de ofrecer al menos «el consejo breve sistematizado para dejar de fumar», dado que es el procedimiento con mejor relación coste-eficacia que se conoce. En menos de 3 minutos se puede conseguir que entre un 3 y un 10% dejen de fumar al año.



## 2.1. GRUPOS DE ESPECIAL INTERÉS

Existen grupos diana a los que el consumo de tabaco les afecta de manera especialmente grave. Son grupos numerosos y además asiduos de la farmacia comunitaria, por lo que se deben entender como una población diana sobre la que el farmacéutico comunitario se debe centrar con especial atención (1).

1. **Patologías respiratorias:** El paciente está concienciado de que el tabaco le perjudica a la salud e incluso ha sido la causa de ella y, sin embargo, el 30 % siguen fumando.
2. **Patologías cardiovasculares:** Los enfermos con patología cardiovascular no relacionan el tabaquismo con el agravamiento de la enfermedad; prueba de ello es el alto porcentaje de enfermos que fuman, un 35%.
3. **Patologías dermatológicas:** El cuidado de la piel y tratamiento de enfermedades dermatológicas evidencia que el consumo de tabaco produce un mayor deterioro del estado de la piel.

4. **Patologías psiquiátricas:** Los pacientes con patología psiquiátrica son un caso singular, no por el número de pacientes, sino por el alto porcentaje de consumo de tabaco que se sustancia en este grupo de pacientes; en la esquizofrenia puede llegar a ser de un 80%.
  
5. **Consumidoras de anticonceptivos hormonales orales:** Las mujeres que usan anticonceptivos orales (ACO) no tienen conciencia del efecto perjudicial del tabaquismo. Hay que recordar que según el Ministerio de Sanidad hay un aumento en el consumo de tabaco en mujeres y cada vez más jóvenes, un 28% (2). De éstas, según la Sociedad Española de Contracepción, un 15% usan ACO como método anticonceptivo (1.500.000 mujeres) (5). Esto significa que 525.000 mujeres fumadoras van a las farmacias comunitarias de toda España una vez al mes a retirar su ACO. Se trata, pues, de una elevada parte de la población en la que, según la Sociedad Española de Cardiología (SEC), el tabaquismo «multiplica el riesgo de tromboflebitis, embolia pulmonar, infarto agudo de miocardio e ictus» (6).

## 2.2. SITUACIONES IDÓNEAS PARA LA INTERVENCIÓN

En el desarrollo del quehacer diario del farmacéutico comunitario existen momentos en que el contacto con los pacientes es más prolongado en el tiempo y permiten el abordaje del tabaquismo:

- Indicación farmacéutica en síntomas menores, en especial los respiratorios.
- Medidas de parámetros biológicos: toma de tensión arterial, realización de MAPA, determinación de glucosa, colesterol, etc., en sangre capilar...
- Seguimiento nutricional.
- Seguimiento farmacoterapéutico.

Si bien es verdad que ante cualquier excusa el farmacéutico debe preguntar al paciente si fuma, en los grupos de pacientes y en las situa-

ciones descritas anteriormente es dónde y cuándo más hincapié debe hacer, para lo que se deben desarrollar protocolos de dispensación en los que esté incluida la pregunta sobre si el paciente fuma o no.

Según la interferencia que el tabaco esté realizando en cada paciente la actuación será diferente:

- Aquellos pacientes en los que el tabaco agrava la enfermedad o interfiere en algún aspecto del tratamiento, durante la dispensación, cuando se abordan aspectos como las dosis y posología, se debe insistir sobre estos aspectos. Es el caso de personas con patología respiratoria, cardiovascular y psiquiátricas. Durante la dispensación se puede hacer una pregunta como, por ejemplo: «como usted sabrá, el fumar puede agravar su enfermedad y/o disminuir el efecto de su tratamiento... ¿usted fuma?».
- En los casos en los que el tabaquismo aumente de forma grave los efectos secundarios de ciertos fármacos como es el caso de los ACO, en la dispensación, al hablar de los posibles efectos secundarios, se debe abordar este asunto con alguna pregunta como: ...«sabes que el consumo de los ACO se prolonga durante mucho tiempo, años, y los efectos secundarios cardiovasculares como la tromboflebitis, embolia pulmonar... si bien son raros, pueden verse aumentados al fumar... por cierto ¿fumas?».
- Existen momentos en el desarrollo de la labor profesional del farmacéutico en los que se presenta la oportunidad de mantener una entrevista con el paciente; como en el servicio de indicación farmacéutica, seguimiento dietético, medida de parámetros biológicos como toma de tensión, MAPA, determinaciones de glucosa, colesterol, etc., en sangre capilar... En estos grupos la pregunta se realiza mientras se procede a la anamnesis: edad, síntomas, alergias a medicamentos, hábito de fumar, etc.
- Otro momento importante y que implica otros usuarios adicionales a los grupos diana que han comentado anteriormente, es en

la venta de productos de dermofarmacia. Por ejemplo, en la recomendación de un protector solar se puede recordar que el tabaco provoca radicales libres que actúan a nivel de la dermis, pudiendo producir elastosis por rotura de las fibras de colágeno y elastina. El sol las provoca habitualmente en la epidermis. Puede y debe ser un gran momento para informar que las arrugas, elastosis, producidas por la radiación solar también son producidas por el tabaquismo, según confirma la Sociedad Española de Medicina Estética (SEME) (7). «El factor de protección solar, según su tipo de piel y el tiempo de exposición solar es de... por cierto ¿usted fuma? Al fumar se producen los mismos efectos que el sol ejerce sobre la elastina y el colágeno de nuestra piel...».

- Este tipo de acciones se puede extender a toda la venta de productos de parafarmacia que pueden estar relacionados con el efecto del tabaco, como gingivitis, halitosis, etc.

En cualquiera de las situaciones, los mensajes deben ser positivos, claros y sencillos: «dejar de fumar es fácil, nosotros te podemos ayudar»... «no te preocupes, piénsatelo y cuando puedas o quieras ven y hablaremos sobre el tabaco...».

En esos momentos es conveniente tener a mano trípticos o información escrita que sirvan de ayuda en la entrevista y que el usuario pueda llevarse consigo. Así, cuando llegue a su casa, tendrá otra oportunidad de volver a reflexionar sobre su consumo de tabaco.

Otras herramientas con las que cuenta el farmacéutico es la realización de cooximetrías y COPD-6, técnicas que gráficamente pueden ayudar al paciente a hacer ver que el fumar sí le está perjudicando en su salud. Estas técnicas ofrecen datos como la edad pulmonar, que impactan de tal manera en el fumador que le pueden ayudar de una manera importante en el salto de una fase del proceso de cambio a la siguiente. Más adelante se aborda el modelo de cambio transteórico de Prochaska

y Di Climenti, pero con datos como la «edad pulmonar» de un paciente, éste puede tomar la decisión de avanzar hacia la siguiente fase.

En resumen, el farmacéutico debe tener conciencia de que una simple pregunta durante su labor en la farmacia comunitaria puede tener un impacto importante en el usuario y/o paciente, pues éste puede plantearse dar el paso para tomar la decisión de dejar de fumar. Esto es aún más importante si se recuerda que el tabaco es responsable de la enfermedad evitable más grande del mundo con terribles consecuencias, entre ellas, la muerte (más de 55.000 muertes anuales relacionadas con el tabaco en España).

A continuación se detallan los efectos directos del tabaco sobre la salud, así como mensajes positivos que poder trasladar a toda persona fumadora y que se plantee la necesidad de dejar de fumar.

## Efecto del tabaco sobre la salud



Entre los **20-30 minutos** se normaliza el pulso y la TA

Entre las **8 y las 24 horas** se normaliza los niveles de CO

Entre las **48 y las 72 horas** se recupera el gusto y el olfato

En pacientes con EPOC, a los **3 meses** su función pulmonar mejora en un 5%

A los **12 meses** el riesgo de cardiopatía isquémica se reduce a la mitad

A los **10 años** el riesgo de cáncer de pulmón se reduce en una tercera parte

Entre los **10 y los 15 años** la mortalidad global se equipara a la del no fumador

## VENTAJAS DEMOSTRADAS DE DEJAR DE FUMAR

- Mejorará su estado de salud en general.
- Hará más ejercicio con menos esfuerzo y se cansará menos.
- Si tiene tos, ésta disminuirá o desaparecerá por completo.
- Respirará mucho mejor.
- Mejorará la circulación sanguínea.
- La piel recuperará el equilibrio natural y prevendrá el envejecimiento provocado por el humo.
- Mejorará su salud bucal.
- Su ropa y aliento no olerán a tabaco.
- Sus dedos dejarán de estar amarillos.
- Ahorrará dinero.
- Será un buen ejemplo para sus hijos, familiares y/o amigos.
- Disminuirá el riesgo de padecer cáncer, de enfermedades cardiovasculares y respiratorias.



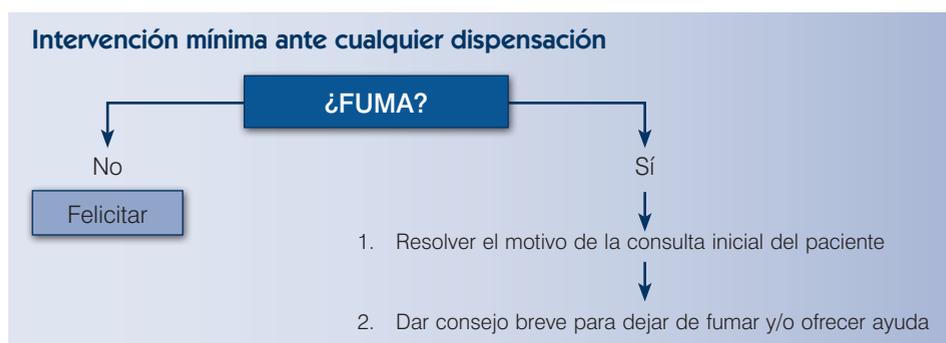
El primer paso en el abordaje del tabaquismo es identificar a los fumadores. Las intervenciones se pueden dividir en breves e intensivas.

El objetivo principal es que todos los fumadores reciban al menos una intervención mínima. Una recomendación importante es que en la farmacia comunitaria exista un ambiente favorable para promover la cesación tabáquica (rol ejemplar del farmacéutico y de su equipo, presencia de trípticos, pósters...).

La intervención farmacéutica en tabaquismo se debe reestructurar en los siguientes pasos:

## 3.1. PREGUNTAR

Consiste en averiguar o conocer el estado de fumador.



**Figura 3.1.** Intervención mínima

Fuente: Programa CESAR. Tema V. «Abordaje, derivación y seguimiento del paciente desde la farmacia comunitaria» (8).

Se ha visto que si se pregunta por el hábito tabáquico se detectan fumadores y aumenta las tasas de intervención.

**Tabla 3.1.**

*Metaanálisis (1996): efecto de tener un sistema de selección del hábito tabáquico sobre las tasas de intervención de los profesionales sanitarios con sus pacientes fumadores (n = 9 estudios).*

*Guía del tratamiento del tabaquismo*

Sistema de selección	Número de grupos	Razón de posibilidades estimada (IC del 95%)	Estimación de las tasas de intervención (IC del 95%)
Ningún sistema de selección del hábito tabáquico (grupo de referencia)	9	1,0	38,5
Sistema de selección para identificar el hábito tabáquico	9	3,1 (2,2-4,2)	65,6 (58,3-72,6)

Aunque existe relación entre la intensidad de la intervención y el resultado del abandono del hábito tabáquico, la bibliografía indica que ya una intervención mínima resulta efectiva. Si el fumador no presenta voluntad de cesación en ese momento, el farmacéutico debe realizar intervención breve a fin de motivarlo hacia el cambio.

Las intervenciones en tabaquismo son coste-efectivas (7).

El abordaje, después de preguntar la actitud de la persona sobre el hecho de dejar de fumar y evaluar la disposición de la persona para hacer un intento de cesación, se debe realizar en diferentes fases:

## 3.2. ACONSEJAR

A todas las personas fumadoras que dejen de fumar.

El consejo sanitario, sencillo y breve, debe ser:

- **Claro y positivo:** «le aconsejo que deje de fumar, sería lo mejor para su salud y nosotros podemos ayudarle».
- **Personalizado:** relacionado con la situación de cada paciente (clínica, personal, familiar...). Se debe tener en cuenta las circunstancias clínicas, intereses personales, disposición del fumador a dejar el tabaco...

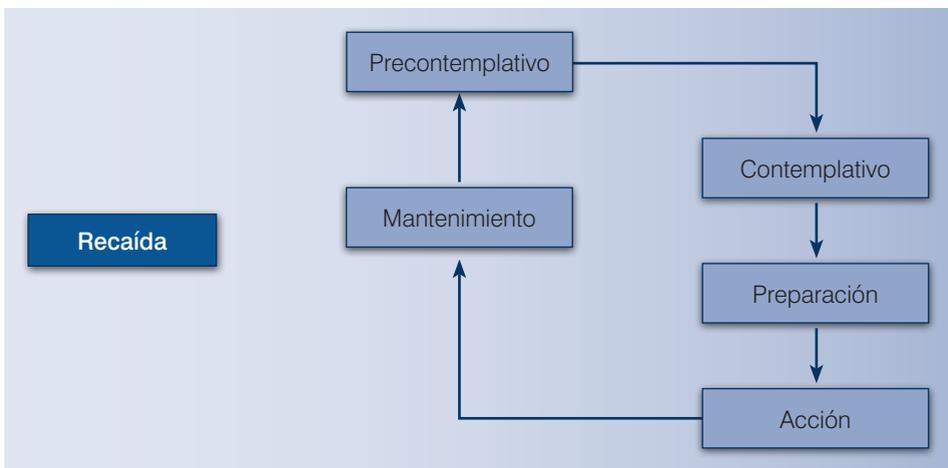
Es preciso ofrecer ayuda y promover el cambio favoreciendo el diálogo, si se aprecia que el paciente se plantea abandonar el tabaco. Todo esto debe realizarse acompañando el consejo con material informativo.

## 3.3. APRECIAR

Valorar la disposición para el cambio a fin de personalizar la intervención. El modelo transteórico del cambio, de Prochaska y Di Clemente, explica los diferentes estadios en los que se puede encontrar el paciente a la hora de desarrollar un cambio (precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento, recaída). El objetivo de las intervenciones farmacéuticas es que los pacientes pasen de la fase en que se encuentran a la posterior. Por ejemplo, se intentará que pasen de la fase precontemplativa a la contemplativa, o de la fase de contemplación a la de acción. Este modelo de cambio, llamado modelo Transteórico del Cambio, fue propuesto por Prochaska y Di Clemente y ha sido aplicado extensamente para dejar de fumar. Establece 6 categorías de pacientes, basadas fundamentalmente en la motivación para dejar de fumar. Cada una de las fases se relaciona tanto con la probabilidad de abandonar el tabaco como con los resultados del intento. Las características principales de cada una de las fases se expresan la tabla 3.2.

**Tabla 3.2.**  
*Características del Ciclo de Prochaska (9)*

Fase	Abandono	Características
Precontemplación	No previsto	Fumador no preparado ni decidido. Puede ignorar los riesgos del tabaco.
Contemplación	En 6 meses	Piensa en dejar de fumar. Valora las ventajas e inconvenientes de hacerlo.
Preparación	En menos de 1 mes	Busca un método. Intenta establecer un plan.
Acción	En tratamiento menos de 6 meses	Pone en práctica el plan.
Mantenimiento	Más de 6 meses	Esfuerzo continuado de abstinencia.
Recaída	Reinicio del consumo	Vuelve a fumar. Puede pasar a cualquier otra fase.



**Figura 3.2.** Fases del cambio. Disponibilidad del fumador para el abandono

Fuente: Programa CESAR. Tema V. «Abordaje, derivación y seguimiento del paciente desde la farmacia comunitaria» (8).

#### *Ante la pregunta obligada: ¿le gustaría dejar de fumar?*

Si el paciente se encuentra en fase precontemplativa, es decir, no desea dejar de fumar se le informará sobre los riesgos del tabaco y, sobre todo, sobre los beneficios de dejar de fumar. Seguidamente se le ofrecerá apoyo por si cambiara de actitud. Si el paciente se encuentra en fase contemplativa, se encuentra en una situación en que le gustaría dejar de fumar pero cree que todavía no ha llegado el momento. Esta fase está caracterizada por la ambivalencia. Se deben investigar las razones de esta actitud y motivar hacia el cambio. En estas dos fases se le ofrecerá entrevista motivacional.

Si el paciente está dispuesto a dejar de fumar (preparación) se le ofrecerá ayuda y, si fuera necesario, tratamiento.

### **3.4. AYUDAR**

A los fumadores que quieran dejarlo, ofreciéndoles apoyo y asesoramiento.

### **3.5. ACORDAR**

Visitas de seguimiento. Es lo que se denomina intervención intensiva.

La intervención intensiva consta de tres etapas:

- 1. Visita de preparación.** Es anterior al día D (día de inicio de no fumar). Son recomendables 2 visitas previas al día D para llevar a cabo la historia clínica del paciente, entrenar pautas de desautomatización y dar información al paciente sobre la dependencia, sintomatología de abstinencia, explicar la asociación de estímulos, como son las ganas de fumar, etc.

Se valoran:

- a) Datos y antecedentes personales.
- b) Historia del fumador (años de fumador, número cigarrillos/día, consumo acumulado de cigarrillos, intentos previos de cesación).
- c) Motivación. Test de Richmond (no es imprescindible).
- d) Dependencia. Test de Fageström (test que nos ayuda a conocer a valorar la situación del fumador pero no es de diagnóstico).
- e) Cooximetría y/o COPD-6.
- f) Medidas antropométricas y tensión arterial.
- g) Pactar día D.
- h) Explicar tratamientos farmacológicos y derivar al médico en caso de necesitar medicamento de prescripción médica.
- i) Realizar consejos para los primeros días (cambio de rutinas, síndrome de abstinencia...).

## 2. Visitas de seguimiento. Son posteriores al día D.

- 2.1. Visita 3-8 días después del día D.
- 2.2. Visita 15 días después del día D.
- 2.3. Visita 30 días después del día D.

En estas visitas se debe:

Confirmar y valorar abstinencia

Evaluar tratamiento (cumplimiento y posibles efectos adversos)\*

Afrontar situaciones difíciles

Remarcar ventajas

Informar riesgo de recaídas

Controlar peso y tensión arterial

\* En caso de modificación en el medicamento que precise prescripción médica se derivará la médico.

2.4. Visita 90 días después del día D. Igual que las anteriores con la diferencia de que, posiblemente, suponga el fin del tratamiento farmacológico de cesación tabáquica.

**3. Visitas de mantenimiento.** A los seis meses y al año post día D. Los objetivos de estas visitas son:

- a) Confirmar abstinencia.
- b) Aportar refuerzo positivo.

En las intervenciones intensivas puede identificarse que el paciente se encuentra en una fase de recaída. Forma parte natural del proceso. Nunca se debe culpabilizar al paciente y debe servir para sacar conclusiones positivas que permitan reconducir el proceso.



# Herramientas útiles en cesación tabáquica para el farmacéutico comunitario

04

## 4.1. ENTREVISTA CLÍNICA

La entrevista clínica es la principal herramienta diagnóstica y terapéutica de que se dispone para abordar las adicciones: es el principal medio con el que cuentan los terapeutas para promover el cambio de comportamiento en sus pacientes fumadores y para ayudarles a llevarlo a cabo.

Las herramientas a aplicar las dividiremos en 5 puntos:

- I. Recabar y registrar la información de si el paciente fuma en toda intervención farmacéutica.
- II. Aconsejar de forma permanente la necesidad de la cesación tabáquica en cada intervención farmacéutica.
- III. Aplicar la guía individualizada de seguimiento del paciente.
  1. Ingreso en el proceso de cesación tabáquica.
    - a) Escucha activa del paciente para identificar y registrar las causas que le impiden la cesación en este momento inicial.
  2. Plan individualizado de seguimiento del proceso con citas obligatorias.

3. Registro de eventos farmacoterapéuticos.
    - a) Establecimiento del tratamiento farmacoterapéutico\*. Pauta e información adicional sobre el uso adecuado de los fármacos.  
Motivaciones para el cambio de actitud con el tabaco.
    - b) Modificaciones en el tratamiento farmacológico\*\*.
    - c) Modificaciones en los consejos terapéuticos.  
Motivaciones para mantener la abstinencia.
  4. Registro de situación del paciente en cada momento del proceso de cesación.
    - a) Escucha activa del paciente para identificar las causas que le impiden mantener la abstinencia tabáquica.
    - b) Detección y registro de recaídas o salidas del proceso.
    - c) Confirmación y registro de reingresos en el proceso.
- IV.** Guía clínica de las alternativas farmacológicas en el tratamiento de la adicción a la nicotina.
- V.** Guía clínica de las estrategias motivacionales y cognitivo-conductuales en el abordaje del tabaquismo.

Los tests más comunes a aplicar en la farmacia son el de Fagerström que mide el grado de dependencia física y el de Richmond para evaluar el grado de motivación para dejar de fumar.

## 4.2. TEST DE FAGERSTRÖM

La realización de este test consiste en plantear 6 preguntas a cuyas respuestas se asigna una puntuación ya definida. En función del resultado final se concluye si la dependencia es baja, media o elevada. Permite valorar:

- Dependencia fisiológica de la nicotina.
- Persistencia de consumo en varias horas.
- Urgencia de consumo tras la abstinencia nocturna.
- Patrón de consumo.

---

\* Derivar al médico en caso de necesitar medicamento de prescripción médica.

\*\* En caso de modificación en el medicamento que precise prescripción médica se derivará la médico.

## TEST DE FAGERSTRÖM

### 1. ¿Cuánto tiempo transcurre desde que se despierta hasta que fuma el primer cigarrillo?

Menos de 5 minutos .....	3
De 6 a 30 minutos .....	2
De 31 a 60 minutos .....	1
Más de 60 minutos .....	0

### 2. ¿Le cuesta no fumar en un lugar prohibido?

Sí .....	1
No .....	0

### 3. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

Más de 30 .....	3
De 21 a 30 .....	2
De 11 a 20 .....	1

### 4. ¿A qué cigarrillo le cuesta más renunciar?

El primero de la mañana .....	1
Otros .....	0

### 5. ¿Fuma más por la mañana que por la tarde?

Sí .....	1
No .....	0

### 6. ¿Fuma cuando está enfermo?

Sí .....	1
No .....	0

---

#### PUNTUACIÓN TOTAL:

De 1 a 3 puntos:	BAJA
De 4 a 6 puntos:	MODERADA
De 7 a 10 puntos:	ALTA

### 4.3. TEST DE RICHMOND

• **¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?**

No ..... 0  
Sí ..... 1

• **¿Qué interés tiene?**

Nada ..... 0  
Algo ..... 1  
Bastante ..... 2  
Mucho ..... 3

• **¿Intentaría dejar de fumar en las próximas 2 semanas?**

No ..... 0  
Quizás ..... 1  
Sí ..... 2  
Seguro que sí ..... 3

• **¿Dejará de fumar en los próximos 6 meses?**

No ..... 0  
Quizás ..... 1  
Sí ..... 2  
Seguro que sí ..... 3

---

**INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS:**

Motivación baja: <6  
Motivación moderada: entre 7-9  
Motivación alta: 10  
Puntuación deseable: 9-10

Este test, aunque es sencillo de efectuar, está en desuso.

## 4.4. FUNCIÓN RESPIRATORIA (COPD-6 Y COOXIMETRÍA)

### 4.4.1. COPD-6

Aunque no es un espirómetro, el COPD-6 (figura 4.1) es un dispositivo portátil para la detección de patologías obstructivas de la vía aérea.

La función respiratoria puede evaluarse mediante una espirometría realizada con un dispositivo adecuado como el COPD-6 (figura 4.1). Las características de este dispositivo proporcionan una serie de ventajas: facilidad para el paciente, manejo sencillo, posibilidad de identificación de pacientes asintomáticos, buena sensibilidad (94%) y especificidad (93,1%).

La valoración de la función pulmonar se realiza mediante diferentes parámetros: FEV<sub>1</sub> (volumen espiratorio forzado en el primer segundo: indicador de flujo respiratorio), FEV<sub>6</sub> (volumen espiratorio forzado medio a los seis segundos de la maniobra de FVC), FVC (capacidad vital forzada: indicador de volumen pulmonar) y VEMS. Los resultados proporcionan el mejor FEV<sub>1</sub>, FEV<sub>6</sub>, el porcentaje pronosticado, el índice de obstrucción que viene calculado de la relación entre el FEV<sub>1</sub>/FEV<sub>6</sub> y la clasificación EPOC



Figura 4.1. Vitalograph-COPD-6.

calculados. Dichos valores, aunque importantes desde el punto de vista técnico, son poco comprensibles por parte del paciente y escasamente motivadores. El valor que tiene más impacto sobre el paciente es, sin duda, la edad pulmonar (que compara el FEV1/FEV6 con el que debería tener a la edad y en las condiciones del paciente); se trata de un dato orientativo pero que es impactante para el paciente al reflejarle su edad pulmonar en su situación.

#### 4.4.2. Cooximetría

Otro dispositivo que puede utilizarse para valorar el estado del paciente es el cooxímetro (figura 4.2).

Permite medir la cantidad de monóxido de carbono (CO) y el porcentaje de carboxihemoglobina (CO-Hb) en el aire espirado tras 15 segundos de apnea inspiratoria).

Sus cifras están en relación directa con el consumo de cigarrillos. Las cifras de CO se miden en partes por millón (ppm).



Figura 4.2. Cooxímetro.

**Tabla 4.1.***Consumo de cigarrillos, niveles de CO y CO-Hb*

Cigarrillos/día	Nivel CO	Nivel CO-Hb
2-6	10 ppm	2%
15-20	20 ppm	4%
20-25	30 ppm	6%
25-35	40 ppm	7%
+40	50 ppm	9%

Niveles de CO inferiores a 5 ppm identifican a personas no fumadoras, mientras que valores comprendidos entre 5 y 10 ppm corresponden a fumadores ocasionales o esporádicos. Los verdaderos fumadores presentan niveles de CO superiores a 10 ppm. Hay que tener en cuenta que si la persona no ha fumado en varias horas el valor de ppm es inferior a 5.

El COPD-6 y el cooxímetro pueden utilizarse para motivar al paciente para dejar de fumar y para valorar la abstinencia (refuerzo positivo). La normalización de los valores obtenidos tras el abandono del tabaco es mucho más rápida con el cooxímetro (48-72 horas) que con el COPD-6 (precisa que transcurran meses para su normalización).



# Consejos prácticos. Posibilidades de apoyo al paciente que quiere dejar de fumar

05

## 1. Primer mensaje a transmitir:

«Dejar de fumar **ES POSIBLE**. Millones de personas ya lo han logrado. Dejar el tabaco es una de las decisiones más importantes que personalmente puedes tomar respecto a tu salud y la de quienes te rodean.»

## 2. Buscamos consignas, **pensamientos que vas a repetir** continuamente los primeros días hasta llegar a **interiorizarlos**. Pensamientos que contrarrestan los motivos por los que fumas y refuerzan la intención de no fumar:

«NO NECESITO FUMAR PARA DIVERTIRME CON MIS AMIGOS»  
«EL TABACO NO ME SOLUCIONA EL ESTRÉS»  
«FUMAR ES UNA PÉRDIDA DE TIEMPO Y DE DINERO»

## 3. Es muy importante un refuerzo **POSITIVO** continuo, potenciando la **alegría**, el **optimismo** y la **fuerza interior** para lograr el objetivo. Dile a tus amigos, familiares, compañeros que has decidido **DEJAR DE FUMAR**. Busca ayuda de un profesional sani-

tario y fija una fecha para dejar de fumar dentro de los tres meses siguientes.

Nosotros, como farmacéuticos, te podemos acompañar, te queremos ayudar.

Concretar cómo y a quién pedir ayuda en momentos de debilidad.

**4. Cuando dejas de fumar llenas tus pulmones de aire limpio, no de humo.**

No pienses que jamás volverás a fumar. Piensa en el día a día. Realiza:

- 3 RESPIRACIONES PROFUNDAS POR LA MAÑANA, diciendo interiormente «HOY NO VOY A FUMAR».
- 3 RESPIRACIONES PROFUNDAS POR LA NOCHE, diciendo interiormente «HOY NO HE FUMADO. ME FELICITO POR ELLO».

**5. Juntos vamos a identificar qué actividades tienes asociadas al tabaco. Hay que **disociar el cigarrillo de las actividades cotidianas** y buscar y encontrar alternativas; tenerlas por escrito, hasta llegar a entender y sentir que no necesitas el tabaco para realizar esas actividades.**

«Te voy a enseñar cómo hacer el día a día sin fumar».

Eliminar de tu entorno el tabaco y aquellos objetos que lo recuerdan directamente, disminuir el consumo de café y de alcohol, facilitar cómo rehusar ofrecimientos buscando alternativas que compensen la decisión.

**6. Una vez suprimido el tabaco, buscamos ACTIVIDADES GRATIFICANTES de ocio, tiempo libre, diversión que te van a llenar de energía y optimismo, de salud.**

«Puedes salir a pasear, siendo consciente del aire puro que respiras, del oxígeno que entra en tus pulmones en cada respiración. Me empapo del sol, de la lluvia, del aroma de los árboles. Me lleno de vida.»

## 7. Trabajamos la AUTOCONFIANZA en el fumador.

«Tú puedes controlar esta situación»

Empezamos lanzando nosotros el mensaje, una y otra vez: «TÚ PUEDES HACERLO...» hasta que recibimos la respuesta deseada por el paciente: «YO PUEDO HACERLO».

## 8. Atentos siempre a cómo entra el paciente a la consulta en cada visita.

Atentos a sus palabras y a su actitud, a su estado de ánimo.

Ante el desaliento, «recuerde que dejar de fumar es un proceso y estamos en ello».

Ante momentos bajos en la terapia, que los hay, siempre transmitir tranquilidad, quitar angustias y miedos a través de una escucha activa.

## 9. Recordar continuamente los beneficios de dejar de fumar: «te sentirás más ágil, con mayor resistencia física, tu piel y aspecto mejorarán, se despertará tu sentido del olfato y el gusto, tu sexualidad recuperará vitalidad».

Muy importante es que, en cada visita, el paciente vaya refiriendo qué beneficios va notando tras el abandono del tabaco.

«Al dejar el tabaco, te sentirás MÁS LIBRE»

## 10. Recaída

Ante una recaída, felicitar al fumador por el esfuerzo realizado.

Hacerle ver que en un nuevo intento le será más fácil dejarlo.

Aprendemos de la situación. «¿Por qué no pusiste en marcha la estrategia que elegimos?; ¿qué podemos hacer la próxima vez para que esto no ocurra?».

Volvemos al inicio: **refuerzo POSITIVO**, ofreciendo nuestra colaboración para cuando se sienta preparado de nuevo. «**Ya estás más cerca de lograrlo**». Normalizar y evitar sentimientos de culpa. Convertir la recaída en una fuente de experiencia. Analizar los motivos de la recaída.

# Estrategias específicas de la resolución de problemas

06

La resolución de problemas suele basarse en el entrenamiento en determinadas estrategias y procedimientos para hacer frente a dichas situaciones y que pueden categorizarse en (10):

## 1. Aprender a identificar situaciones de riesgo y evitarlas (principalmente en las primeras semanas)

Posiblemente, en muchas situaciones, la «evitación» puede ser la mejor estrategia: si no existe el desencadenante no aparecen las ganas de fumar. Por ejemplo, si el fumador nos comenta que el consumo de café siempre lo asocia con tabaco, al no tomar café evitará un desencadenante de deseo de fumar. Sin embargo, en muchas otras ocasiones esta técnica será incompatible y se tendrá que buscar una alternativa. Por ejemplo, si al levantarse por la mañana el fumador siente un deseo intenso de fumar, evitarlo no levantándose no es una solución aceptable, por lo que será necesario tener preparadas estrategias adicionales.

## 2. Modificar situaciones desencadenantes

Existen situaciones en la vida diaria muy relacionadas con el consumo de forma rutinaria. Continuemos con el ejemplo del consumo de café

y tabaco. Si de forma rutinaria cada día el fumador toma el café en el mismo lugar, usando la misma taza y a la misma hora, se podría valorar modificar dicho hábito con una hora y lugar distinto o, incluso, un tipo de café distinto (descafeinado, de otra marca, etc.). De esta forma no se evita el café, pero sí se consigue modificar la rutina. Es decir, lo que se pretende es modificar la conducta. Sería modificar las conductas para así controlar el consumo de tabaco.

### 3. Escapar de la situación

Si ante una situación social las ganas de fumar son intensas, muchas veces es recomendable salir fuera o incluso volver a casa. Poco a poco esta situación se hará más controlable.

### 4. Sustituir

Cambiar el cigarrillo por un sustituto. Cuando se sientan deseos de fumar se puede tomar una pieza de chicle o un caramelo en la boca para romper con la oralidad y los deseos de fumar.

### 5. Distracción

Otra estrategia consiste en tratar de intentar distraerse cuando se sienten deseos de fumar. En este sentido se pueden plantear dos tipos de estrategias, la cognitiva y la comportamental.

- a) **Cognitiva:** Se trata de centrar la atención en otra materia para conseguir un cambio en la percepción de la situación a la vez que se buscan autoinstrucciones positivas.
- b) **Comportamental:** También son útiles técnicas como la relajación, la actividad física, realizar comportamientos alternativos (beber agua, comer chicle sin azúcar, llamar a un amigo, dar un paseo, realizar una actividad entretenida...).

## 6. Habilidades asertivas

Aprender a rechazar ofrecimientos de tabaco, solicitar apoyo de quienes rodean al fumador para utilizarlos en los momentos difíciles del tratamiento...

## 7. Estrategias cognitivas

Pensar y repetir las razones por las que quiero dejar de fumar; qué beneficios me aporta no fumar; devaluar los efectos positivos del tabaco, desmontar ideas erróneas...

## 8. Autoinstrucciones

Si otros lo han dejado por qué no lo puedo hacer yo; lo voy a conseguir; no es tan difícil...

## 9. Retrasar el deseo de fumar

No ceder inmediatamente al consumo, esperar 5 minutos mirando cómo pasa el tiempo en un reloj.

## 10. Recordar experiencias previas de recaídas y cómo evitar repetir las



Tanto la OMS como otras organizaciones internacionales afirman que «el consejo y tratamiento proporcionado por los profesionales de la salud puede ser un factor determinante para que una persona intente y consiga dejar de fumar». El farmacéutico comunitario, a parte de adoptar una actitud proactiva, identificando a los pacientes fumadores por iniciativa propia, debe intervenir en la ayuda psicológica para dejar de fumar.

Todo paciente que desea dejar de fumar debe recibir una intervención donde se combinen técnicas psicosociales con técnicas farmacológicas.

La última actualización de la *Guía Clínica Práctica Americana para el Tratamiento del Tabaquismo* de 2008 afirma que las estrategias de intervención psicosocial y la medicación para ayudar a dejar de fumar funcionan mejor cuando se usan conjuntamente (11).

## 7.1. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO. ESTRATEGIAS PSICOLÓGICAS EN EL TRATAMIENTO DE LOS FUMADORES

El tratamiento no farmacológico del tabaquismo incluye 3 tipos de terapias eficaces:

- Consejo práctico (resolución de problemas/entrenamiento de habilidades).
- Apoyo social como parte del tratamiento.
- Asegurar el apoyo social fuera del tratamiento.

Su eficacia aumenta con la intensidad del tratamiento (tabla 7.1).

**Tabla 7.1.**

*Eficacia del tratamiento no farmacológico para dejar de fumar en función del tipo de intervención (11)*

Nivel de contacto	Odds ratio estimada (95% IC)	Tasa de abstinencia estimada (95% IC)
Número contactos	1,0	10,9
Consejo mínimo (menos de 3 minutos)	1,3 (1,01; 1,6)	13,4 (10,9; 16,1)
Consejo poco intenso (3 a 10 minutos)	1,6 (1,2; 2,0)	16,0 (12,8; 19,2)
Consejo vehemente (más de 10 minutos)	2,3 (2,0; 2,7)	22,1 (19,4; 24,7)

### 7.1.1. Consejo breve

El consejo breve proporcionado por profesionales sanitarios para dejar de fumar supone siempre un pequeño aumento de las tasas de aban-

dono en los casos en que sea oportuno y se realice de forma verbal en una consulta personalizada, incluso en los casos en que el paciente no lo solicite. Se ha constatado que algunas de las barreras existentes en este tipo de intervención son atribuibles al propio profesional:

- Temor a dañar la relación terapeuta-paciente.
- Falta de formación.
- Creencia de que el consejo no resultará efectivo.

La programación de sesiones ulteriores de seguimiento tiene un efecto positivo sobre las tasas de abandono.

### 7.1.2. Motivación y estrategias motivacionales

La motivación es un estado de disponibilidad o deseo para iniciar un cambio que modifique la conducta con el objetivo de conseguir un determinado fin (dejar de fumar). La motivación depende tanto de factores internos como de factores externos y puede variar en cualquier momento. Las diferentes herramientas existentes para evaluar el grado de motivación se basan en «lo que dice el paciente». Aunque es cierto que las intenciones de cambio manifestadas por el fumador tienen un cierto valor predictivo y aumentan las probabilidades de éxito, ello solamente sucede en un 30% de los casos (12).

Resulta más operativo centrarse en lo que «el paciente hace» en lugar de basarse en lo que «el paciente dice». Dentro de esta estrategia la motivación, en lugar de ser una característica del paciente («estar motivado»), pasa a ser una tarea del terapeuta (tabla 7.2) que adquiere la responsabilidad de aumentar la probabilidad de que el paciente lleve a cabo determinadas acciones orientadas al cambio de conducta.

**Tabla 7.2.***Estrategias motivacionales generales (13)*

Estrategia motivacional	Acciones
Ofrecer consejo	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Identificar problema.</li> <li>– Explicar importancia del cambio.</li> <li>– Recomendar un cambio específico.</li> </ul>
Eliminar obstáculos	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Identificar y superar obstáculos (acceso al tratamiento, miedo al aumento de peso, etc.).</li> </ul>
Proponer alternativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Proponer varias alternativas.</li> <li>– Libertad de elección del paciente.</li> </ul>
Reducir la deseabilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Prevenir ansiedad.</li> <li>– Informar sobre intensidad decreciente del deseo.</li> </ul>
Practicar la empatía	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Conocer los procesos por los que pasa el paciente.</li> <li>– Saber cómo se siente.</li> </ul>
Proporcionar <i>feed-back</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Escoger parámetros que mejoren rápidamente (PA, cooximetría, espirometría COPD-6).</li> </ul>
Aclarar los objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Consolidar los progresos.</li> <li>– Poner de manifiesto el avance.</li> </ul>
Ofrecer una ayuda activa	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Disponibilidad para ayudar.</li> <li>– Informar sobre tratamientos eficaces.</li> </ul>

### 7.1.3. Factores relacionados con el abandono del tabaco y modelo teórico

La probabilidad de dejar de fumar depende de diversos factores (tabla 7.3) entre los que destacan el grado de motivación y el nivel de dependencia. La motivación para dejar de fumar presenta una importante

interacción con la dependencia por lo que todo modelo teórico para dejar de fumar debe incorporar el grado de motivación del paciente, ya que ello condiciona de forma sustancial el tipo de tratamiento.

**Tabla 7.3.**

*Factores que influyen sobre la probabilidad de dejar de fumar*

Factores positivos	Factores negativos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivación elevada</li> <li>• Autoeficacia elevada</li> <li>• Soporte social</li> <li>• Intentos previos</li> <li>• Abstinencia prolongada anterior</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependencia elevada</li> <li>• Nivel socioeconómico bajo</li> <li>• Nivel cultural bajo</li> <li>• Fumador joven</li> <li>• Pareja fumadora</li> <li>• Vivir solo</li> <li>• Enfermedad mental</li> </ul>

Los modelos teóricos más empleados para dejar de fumar son el modelo de fases del cambio (modelo transteórico) y la teoría sintética de la adicción según Robert West (teoría PRIME) (14).

### *Modelo transteórico de las fases del cambio*

Aunque el modelo de Prochaska es bastante válido desde el punto de vista teórico, su aplicación en la práctica presenta algunos inconvenientes relacionados principalmente por la rigidez de las secuencias temporales. Por ejemplo, si el fumador desea dejar de fumar en 29 días se adscribe a la fase de preparación mientras que si tiene pensado dejar el tabaco en 34 días se supone que está en fase de contemplación. También se ignoran otros factores que influyen sobre la motivación como deseos, creencias y urgencias. Este modelo tampoco contempla la posibilidad de que un fumador pueda pasar a una fase saltándose la anterior: no admite que un fumador pueda pasar de la fase de contemplación a la acción en un tiempo menor (varios días, por ejemplo). Finalmente cabe destacar que las intervenciones basadas en este modelo no han demostrado ser más efectivas que otras intervenciones.

### *Teoría sintética de la dicción (teoría PRIME)*

La teoría PRIME ([www.primetheory.com](http://www.primetheory.com)) se formula a partir de la consideración de que «para comprender por qué hacemos las cosas, tenemos que considerar las fuerzas motivacionales que actúan en el momento; los planes y las creencias sobre lo que debemos hacer, pueden competir con lo que deseamos hacer y con los impulsos procedentes de los pensamientos, los sentimientos y los estímulos externos presentes. Si consideramos todos estos elementos, no obtendremos ninguna mejora sobre el sentido común implícito». Esta teoría se basa en la organización del sistema motivacional a distintos niveles y en la importancia del momento. Las siglas del acrónimo responden a los siguientes conceptos: **preguntas, respuestas, impulsos/fuerzas inhibitoras, motivos, evaluaciones**. Las principales estrategias consisten en:

- Animar a los fumadores que se sientan preparados a pasar a la acción de forma inmediata.
- Repetir las intervenciones con frecuencia en espacios de tiempo breves.
- Reducir los impulsos.
- Crear inhibiciones frente las ocasiones de recaída.

#### **7.1.4. Tratamiento psicológico**

Fumar es una conducta y dejar de fumar supone necesariamente un cambio de conducta que requiere la participación activa del fumador. Para conseguir el abandono del tabaco, independientemente del posible tratamiento farmacológico empleado, se requiere, además, una intervención psicológica y un soporte conductual para que el fumador «desaprenda» a fumar. El tratamiento psicológico para dejar de fumar incluye todo tipo de ayuda encaminada a:

- Proporcionar conocimientos sobre el tabaquismo.
- Proporcionar conocimientos sobre la cesación tabáquica.
- Ofrecer soporte para dejar de fumar.
- Enseñar habilidades y estrategias para dejar de fumar.

Aunque no existen estudios suficientes que permitan comparar la eficacia de las diferentes estrategias, los métodos de tratamiento psicológico más empleados son:

- a) Entrevista motivacional (15).
- b) Terapia conductual cognitiva (TCC) (16).
- c) Terapia orientada a la abstinencia (17).

### a) *Entrevista motivacional*

La entrevista motivacional se centra en el paciente, siendo éste el que debe decidir. Cinco aspectos son básicos a tener en cuenta:

- Expresar empatía.
- Crear discrepancia.
- Evitar la discusión.
- Darle un giro a la resistencia.
- Fomentar la autoeficacia.

La técnica consiste en evitar la confrontación, creando un clima favorable al cambio a partir de una actitud empática, utilizando preguntas abiertas (el paciente debe hablar más que el terapeuta) y una escucha reflexiva, tratando de fomentar la autonomía del paciente para que sea éste quien tome las decisiones. En la práctica, para minimizar las resistencias del paciente, debe tenerse en cuenta las siguientes reglas:

1. Evitar la dinámica de pregunta-respuesta: no formular solamente preguntas cerradas (respuesta sí-no).
2. Huir de la confrontación, evitando la discusión con el paciente.
3. No adoptar una actitud de experto, dando demasiada información técnica.
4. No «etiquetar» al paciente («usted es...»).
5. No adelantarse a las decisiones del paciente.

Por lo que a su desarrollo se refiere, existen 2 fases diferenciadas (tabla 7.4).

**Tabla 7.4.**

*Fases de la entrevista motivacional*

<b>Fase exploratoria (motivar para el cambio)</b>	<b>Fase resolutoria (compromiso con el cambio)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntas abiertas</li> <li>• Escucha reflexiva</li> <li>• Refuerzo positivo</li> <li>• Facilitar frases automotivadoras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recapitulación</li> <li>• Preguntas abiertas</li> <li>• Información alternativas</li> <li>• Negociar un plan</li> <li>• Finalización</li> </ul>

*b) Terapia conductual cognitiva (TCC)*

Esta técnica se basa en estrategias orientadas hacia la urgencia de fumar y las situaciones «difíciles» que tienen lugar durante el intento de dejar de fumar. Debe proporcionarse ayuda al fumador para que identifique primero, y adopte después, las estrategias necesarias para afrontarlas.

Combina métodos cognitivos, para identificar los desencadenantes y las situaciones de riesgo y métodos conductuales para superarlos (distracción, evitación, relajación).

*c) Terapia orientada a la abstinencia*

Se centra en las fases iniciales del intento de abandono del tabaco, tratando de evitar la recaída temprana. Deben controlarse, por tanto, los síntomas de la abstinencia, haciendo hincapié en la brevedad de su duración: mediante un soporte conductual intensivo, supervisando la medicación y resaltando la importancia de una abstinencia total. Como en otras estrategias debe fijarse un día para dejar de fumar y mantener un contacto frecuente durante el primer mes posterior a la fecha elegida. Las principales técnicas a utilizar son:

- Identificación de situaciones susceptibles de provocar una recaída (compañía de fumadores, consumo de alcohol y café, cambios de humor).
- Capacitar para evitar dichas situaciones o para saber cómo afrontarlas.
- Información sobre el tabaco y su dependencia (síntomas de abstinencia, riesgo de una sola calada).
- Beneficios de dejar de fumar.

### 7.1.5. Formatos de la terapia

La eficacia de una **entrevista individual intensiva** es siempre superior a la obtenida con una **intervención mínima** o en comparación con una ausencia de intervención.

También puede recurrirse al **tratamiento grupal**, mucho más coste-efectiva al tratar un mayor número de fumadores por unidad de tiempo, aunque muchos fumadores son inicialmente reacios al mismo, por lo que su reclutamiento no es tarea fácil.

No debería descartarse la **ayuda telefónica** cuya eficacia, aunque menor que la conseguida en entrevista individual cara a cara, puede verse potenciada por una intervención mínima. Puede llevarse a cabo de forma reactiva (es el fumador quien inicia la llamada) o de forma proactiva (la llamada es iniciativa del terapeuta, a horas convenidas). Las intervenciones proactivas (generalmente más convincentes) permiten, además, aumentar su número al inicio del tratamiento (mayor riesgo de recaída). El contenido del consejo telefónico debe incorporar:

- Motivación para no fumar.
- Informar sobre los síntomas de abstinencia.
- Control del tratamiento farmacológico.
- Responder a todas las preguntas del paciente.

En el peor de los escenarios posibles la intervención telefónica permite un mayor seguimiento a largo plazo, reduciendo el número de per-

sonas perdidas (a los 6 o 12 meses). Permite así identificar a los que han recaído y proponerles ayuda para un nuevo intento.

El crecimiento de la utilización de las nuevas tecnologías de la comunicación por parte de muchas personas ha propiciado la aparición de programas específicos que proporcionan al usuario una ayuda individualizada para dejar de fumar. La comunicación a través de internet o del teléfono móvil permite llegar a un número elevado de fumadores. En el caso de los programas para dejar de fumar a través de internet, se obtienen mejores resultados cuanto más personalizado sea el mismo y cuando existe la posibilidad de una interacción-respuesta. Inicialmente los programas que utilizan como soporte el teléfono móvil ofrecían mensajes de voz y de texto, pero actualmente se están desarrollando sistemas innovadores específicamente diseñados para la telefonía digital.

## **7.2. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

No puede abordarse el tratamiento farmacológico del tabaquismo sin tener presente que se trata de una enfermedad adictiva crónica, con sus abandonos y sus recaídas (18).

### **7.2.1. Diez respuestas para un tratamiento eficaz**

#### **I. ¿Quiénes deben recibir tratamiento farmacológico?**

El tratamiento del tabaquismo es diferente para cada fumador: depende principalmente del grado de motivación para dejar de fumar.

Lo más práctico es preguntar directamente al paciente si está dispuesto a realizar un intento serio para dejar de fumar. En caso de respuesta afirmativa se aconseja iniciar el proceso inmediatamente.

El tratamiento farmacológico (19) debe iniciarse, por tanto, en todos aquellos fumadores que muestren deseos de dejar de fumar de forma

inmediata, salvo en los casos de mujeres embarazadas y adolescentes. En caso de contraindicación a algún tratamiento farmacológico habrá que buscar la opción posible más válida.

Aunque se considera que fumadores de menos de 10 cigarrillos al día no debería instaurárseles tratamiento farmacológico, puede que se haya generado una alta dependencia aunque el consumo sea bajo (son casos que no quedan a veces detectados por el test de Fagerström).

En cualquier caso, siempre debe motivarse positivamente para el abandono del tabaco.

El paso siguiente consiste en realizar una historia clínica para determinar qué fármaco sería el más adecuado, obtener información de las recaídas, conocer el patrón de consumo, las expectativas del paciente ante el tratamiento, conocer barreras, etc., para establecer un plan para dejar de fumar que tenga en cuenta:

- Las dificultades del proceso y las preocupaciones del fumador.
- La organización del seguimiento.
- Los consejos para abandonar el tabaco.

### **II. ¿Cuándo se debe dejar de fumar?**

Debe determinarse un día para empezar a dejar de fumar, preferiblemente con una antelación inferior a un mes.

### **III. ¿Dejarlo de golpe?**

Es lo mejor. Las estrategias espontáneas de reducción por parte del fumador sin supervisión suelen ser inefectivas. Sin embargo, en grandes fumadores (más de 40 cig/día) que no se vean capaces de dejar de fumar de forma brusca, bajo control profesional, puede resultar de utilidad llevar a cabo una reducción del consumo previa a la cesación. Sobre

todo, en aquellos pacientes que respondan SÍ – NO – SÍ – SÍ, respectivamente, a las siguientes preguntas:

- ¿Quiere dejar de fumar?
- ¿Se siente capaz de dejar de fumar de golpe y para siempre?
- ¿Quiere reducir el número de cigarrillos diarios?
- ¿Se siente capaz de reducir?

En estos casos puede establecerse la siguiente estrategia (método RHD): reducción progresiva del consumo del tabaco, utilizando chicles de nicotina como paso previo a la cesación completa:

- Reducción inicial del 50% del consumo diario de cigarrillos.
- Mantenido durante un máximo de 4 meses.
- Reducción progresiva de 2-3 cigarrillos diarios.

#### IV. ¿Qué tratamientos farmacológicos existen para dejar de fumar?

##### a) *Tratamientos de primera línea*

- Vareniclina.
- Terapia de sustitución con nicotina (TSN): parche transdérmico (PTN), chicle, comprimido para chupar, comprimido sublingual, espray nasal, inhalador.
- Bupropión.

##### b) *Tratamientos de segunda línea*

Existe evidencia científica solamente para clonidina y nortriptilina. Deben emplearse si existen contraindicaciones a los tratamientos de primera línea o en condiciones especiales. Siempre bajo estricta supervisión médica.

Advertencia: la hipnosis y el cigarrillo electrónico (con o sin nicotina) no pueden considerarse «tratamientos» para dejar de fumar.

**V. ¿Qué factores deben tenerse en cuenta para elegir un tratamiento?**

- 1) Comorbilidades del paciente: como historial de depresión o preocupación por el peso, por ejemplo.
- 2) Contraindicaciones médicas que puedan existir.
- 3) Preferencias del paciente.
- 4) Experiencia previa del paciente con un fármaco determinado (positiva o negativa).
- 5) Potenciales efectos secundarios.
- 6) Potenciales interacciones.
- 7) Familiaridad del clínico (farmacéutico o no) con el tratamiento.
- 8) No existe un algoritmo ampliamente aceptado para la elección del tratamiento farmacológico.

**VI. ¿Pueden prolongarse los tratamientos más de 3 meses?**

Siempre y cuando el paciente experimente síntomas prolongados de abstinencia. Preferiblemente con Vareniclina. El mantenimiento a largo plazo de la TSN conlleva riesgos conocidos.

**VII. ¿Qué tratamientos son más adecuados en pacientes con historial de depresión?**

En pacientes con historial de depresión deberán acudir previamente a su médico de referencia para determinar si se encuentra en un momento válido para realizar el intento de cesación.

**VIII. ¿Qué medicamentos son más adecuados en los pacientes preocupados por el aumento de peso?**

Bupropión y TSN (chicle de nicotina) pueden retrasar el aumento de peso, aunque no evitarlo.

## IX. ¿Pueden emplearse tratamientos combinados?

Pueden estar indicados en los siguientes casos:

- Fracaso de la monoterapia.
- *Craving* intenso.
- Dependencia elevada.
- Múltiples fracasos previos.

## X. ¿Qué estrategias pueden emplearse?

Las más conocidas son:

- a) Combinación de TSN:
  - PTN + chicles.
  - PTN + comprimidos.
  - Combinación de PTN.
- b) Bupropión + TSN:
  - BUP + chicles.
  - BUP + comprimidos.
  - BUP + PTN.
- c) Bupropión + antidepresivos:
  - Bupropión + paroxetina.
  - Bupropión + venlafaxina.
- d) Vareniclina + nicotina oral.

### 7.2.2. Tratamientos de primera línea

La eficacia de estos nuevos tratamientos farmacológicos supera en evidencia científica a los tratamientos anteriores, aunque unos más que otros. Un fármaco para dejar de fumar debería ser capaz de:

- Minimizar los síntomas de la abstinencia.
- Reducir la recompensa provocada por la liberación de dopamina.
- Proporcionar un refuerzo positivo distinto del cigarrillo.

Actualmente los tratamientos farmacológicos de primera línea para la dependencia de la nicotina que se emplean, tanto por especialistas en tabaquismo como por profesionales de asistencia primaria (médicos, farmacéuticos, enfermería), son: vareniclina, terapia sustitutiva con nicotina (TSN) y bupropión.

### a) *Vareniclina*

Se trata de un fármaco diseñado mediante la más sofisticada ingeniería química a partir de la estructura de la citisina, un alcaloide presente en numerosas especies vegetales. Su descubrimiento se debe a la utilización tradicional en algunos países del este de alguna de estas variedades vegetales.

Vareniclina es un fármaco diseñado específicamente para dejar de fumar al actuar como agonista parcial selectivo de los receptores «nicotínicos»  $\alpha 4\beta 2$  de las neuronas presentes en el área tegmental ventral del mesencéfalo (20). Este carácter dual de agonista-antagonista permite controlar, al mismo tiempo, el *craving* y el síndrome de abstinencia:

- Actividad agonista: reduce los síntomas de ansiedad y abandono del tabaco.
- Actividad antagonista: reduce los efectos de recompensa y refuerzo del tabaco.

Desde el punto de vista farmacocinético, la vareniclina presenta unas características muy notables:

- No existen diferencias significativas motivadas por la edad, la raza, el sexo, la condición de fumador, el uso de medicación concomitante.

- Buena absorción oral al tratarse de una base débil hidrofílica.
- Biodisponibilidad oral no afectada por los alimentos.
- Escasa unión a proteínas.
- No interacciona con el citocromo P450.
- Metabolización escasa (5% aprox.).
- Semivida ~24 horas.
- $C_{max}$  en 3-4 horas.
- Estado estacionario alcanzado en 4 días.
- Eliminación mayoritaria (92-95%) de forma inalterada a través de la orina.
- Aclaramiento renal superior a la filtración glomerular.

Tales características farmacocinéticas configuran un perfil de seguridad elevado, incluso a largo plazo (21), que facilita su empleo por la escasez de interacciones con otros fármacos. El tratamiento consiste en la administración oral de vareniclina con la siguiente dosis-pauta:

Días 1-3	0,5 mg/1 vez al día
Días 4-7	0,5 mg/2 veces al día
Días 8-final	1 mg/2 veces al día

La duración del tratamiento es de 12 semanas. El abandono del tratamiento antes de las 12 semanas, muchas veces por una falsa sensación de éxito del paciente al no tener ganas de fumar, puede facilitar una recaída. El tratamiento deberá reiniciarse lo antes posible. El abandono del tabaco debe producirse a partir del octavo día de tratamiento (1 mg/12 horas). Durante los siete primeros días de tratamiento no es necesario abandonar el tabaco. De todos modos, aproximadamente una tercera parte de aquellos fumadores que no hayan conseguido dejarlo a las 2 semanas de tratamiento son candidatos al fracaso: puede plantearse la interrupción del tratamiento, tanto en el caso de vareniclina como de otros fármacos.

No existen otras contraindicaciones que la hipersensibilidad al fármaco o a algunos de los excipientes. Son necesarias, sin embargo, ciertas advertencias y precauciones especiales de empleo a causa de los propios efectos de la cesación tabáquica:

- Los cambios fisiológicos producidos como resultado de la cesación tabáquica, con o sin tratamiento con vareniclina, pueden alterar la farmacocinética o farmacodinamia de algunos medicamentos, haciendo necesario un ajuste de dosis (por ejemplo, teofilina, warfarina e insulina, ver más adelante).
- La cesación tabáquica se ha asociado con la exacerbación de enfermedades psiquiátricas subyacentes; los pacientes con antecedentes de enfermedades psiquiátricas deben tratarse con precaución.
- No existe experiencia clínica en pacientes con epilepsia.
- La interrupción del tratamiento con vareniclina se asoció a un aumento de irritabilidad, ansias de fumar, depresión y/o insomnio hasta en el 3% de los pacientes.

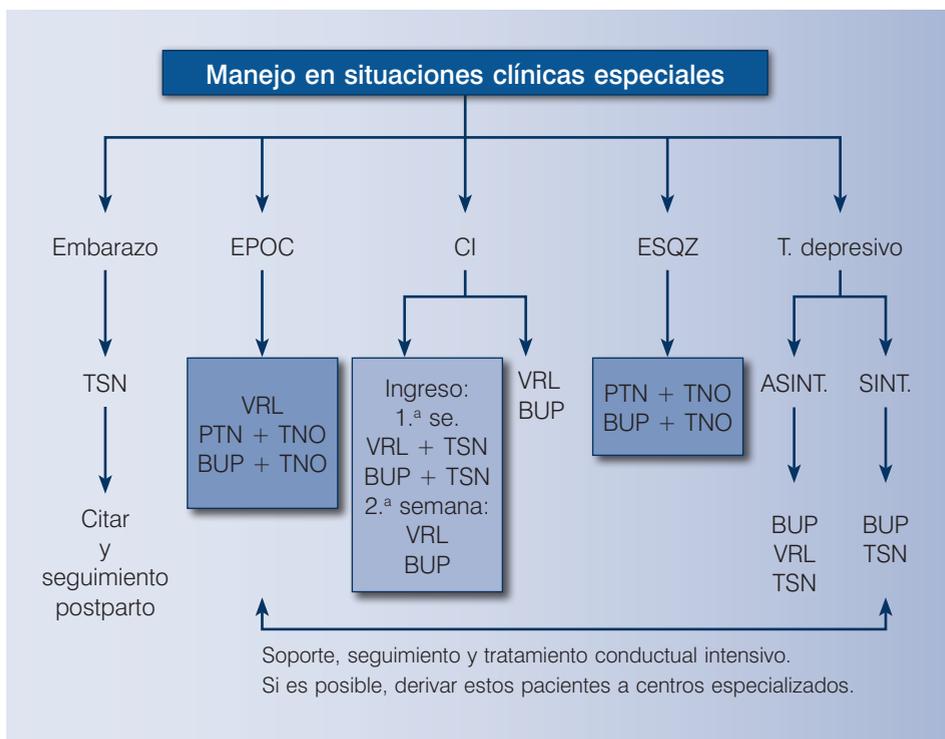
No se dispone de datos sobre el uso de vareniclina en mujeres embarazadas, por lo que la vareniclina no debe utilizarse durante el embarazo y se desconoce si se excreta en la leche materna.

Los efectos adversos más frecuentes ( $\geq 10\%$ ) asociados a vareniclina 1 mg vs placebo fueron: náuseas, sueños anormales, insomnio, cefalea.

El efecto adverso más frecuente fueron las náuseas, registradas en prácticamente el 30% de los fumadores (frente a un 9% con placebo), y descritas como leves o moderadas en la mayoría de los casos.

Las náuseas suelen minimizarse mucho ingiriendo los comprimidos con las comidas y el insomnio puede reducirse adelantando la segunda dosis diaria, aunque en este caso debe valorarse si el insomnio se debe al fármaco o al síndrome de abstinencia.

Para situaciones especiales véase el cuadro adjunto (figura 7.1).



**Figura 7.1.** Terapia farmacológica en situaciones clínicas especiales (J. M. Ramón) (22)

### b) *Terapia de sustitución con nicotina (TSN)*

La nicotina es responsable de la dependencia física producida por el tabaco: es altamente adictiva por la rapidez con la que alcanza los receptores colinérgicos «nicotínicos» (menos de 10 segundos), provocando la liberación de dopamina. La interrupción del consumo de tabaco provoca una serie de síntomas desagradables que constituyen el síndrome de abstinencia a la nicotina (ansiedad, insomnio, nerviosismo, cambios de humor, dificultad de concentración, hambre y deseo imperioso de fumar).

El objetivo de la TSN (23) consiste en suministrar nicotina de forma distinta al tabaco y a dosis decrecientes para paliar los síntomas de la

abstinencia. Las dosis de nicotina deben permitir niveles plasmáticos superiores a 5 ng/ml. Se evita así la exposición a muchas sustancias tóxicas presentes en el humo del tabaco como el monóxido de carbono, sustancias carcinógenas, oxidantes y otras. Debe advertirse al paciente de la necesidad de abandonar totalmente el consumo de tabaco.

Además, la TSN permite:

- Reducir el efecto reforzador de los cigarrillos.
- Disociar la administración de nicotina del uso del tabaco.

Para su administración existen diferentes presentaciones: parche transdérmico, comprimido para chupar, tableta sublingual, chicle, inhalador bucal y spray nasal (no comercializado en España). Todas ellas están indicadas en fumadores de más de 10 cigarrillos diarios. La elección de una forma de administración depende de varios factores:

- Rapidez de absorción de la nicotina. De mayor a menor: inhalador bucal, spray nasal, tableta sublingual, comprimido para chupar, chicle y parche.
- Adherencia al tratamiento: parche (82%), chicle (38%), spray nasal (15%), inhalador bucal (11%).
- Preferencias y experiencias previas del paciente.
- Posible existencia de contraindicaciones: todas las enfermedades cardiovasculares graves, úlcera gastroduodenal, diabetes mellitus, enfermedad psiquiátrica inestable, mujeres embarazadas o lactantes, adolescencia.

### c) *Parches transdérmicos (PTN)*

Los parches son muy apropiados para su recomendación en la farmacia comunitaria al no requerir un adiestramiento específico como en otras presentaciones. Para proceder al cálculo de la dosis del parche debe contabilizarse 1 mg de nicotina por cigarrillo. La elección de parches de 16 ó 24 horas deberá basarse en las preferencias del pa-

ciente y en la existencia previa de alteraciones del sueño. En cuanto a su eficacia (24), ya que no se han observado diferencias de eficacia entre un tipo de liberación y otro, los PTN de 24 horas parecen estar más asociados a alteraciones del sueño (insomnio y sueños vividos) que los parches de 16 horas mientras que, en el caso de los parches de 16 horas, por el contrario, pueden ser más frecuentes los deseos de fumar matutinos.

La pauta y duración del tratamiento con PTN en ambas formas de liberación podría ser la siguiente:

#### **Fumador de 10-20 cigarrillos:**

- Parche de 14 mg/21 mg durante 4 semanas.
- Parche de 7 mg/14 mg durante 2 semanas.
- Parche de 5 mg/7 mg durante 2 semanas.

#### **Fumador de 20-30 cigarrillos:**

- Parche de 15 mg/21 mg durante 4 semanas.
- Parche de 10 mg/14 mg durante 2 semanas.
- Parche de 5 mg/7 mg durante 2 semanas.

#### **Fumador de más de 30 cigarrillos:**

En el caso de utilizar PTN como monoterapia, debe ajustarse la dosis, administrando doble parche los primeros 15 días y reduciendo posteriormente, de forma progresiva, las cantidades administradas hasta completar un ciclo de 8-12 semanas.

En cualquier caso es importante recalcar la utilización correcta de los mismos. Los principales efectos adversos son:

- Reacción cutánea local (54%).
- Insomnio (12%).
- Alteración de la estructura del sueño (5%).
- Cefalea (4%).
- Otros como mialgias, parestesias, mareos o dispepsia.

#### d) *Comprimidos para chupar de nicotina*

Contienen una sal bitartárica de nicotina que se libera en su totalidad en 30 minutos sin necesidad de masticación. Esta buena absorción permite reducir un 50% la dosis de nicotina con respecto a los chicles (véase más adelante). Se recomienda la pauta de 1 comprimido cada 1-2 horas (máximo 25 al día), reduciendo progresivamente la dosis durante 8-12 semanas. La elección de la pauta posológica puede hacerse en función del consumo diario de cigarrillos:

**Menos de 10:** a demanda, 1 comprimido cuando tenga ganas de fumar (máximo 15 comprimidos/día).

**De 10 a 20:** de 8 a 12 comprimidos al día (máximo 15).

**De 20 a 40:** de 12 a 24 comprimidos al día (máximo 25).

**Más de 40:** no se recomienda monoterapia. Puede tratarse de reducir el consumo.

Los efectos adversos son leves, transitorios y generalmente limitados al inicio del tratamiento. No deben recomendarse en personas con cualquier tipo de problema bucal o faríngeo ya que los principales efectos adversos se manifiestan a nivel oro-faríngeo.

#### e) *Chicle de nicotina*

El chicle consiste en una resina de intercambio iónica impregnada de nicotina (2 mg o 4 mg) que se libera al masticar. Las ventajas e inconvenientes principales de este sistema se citan en la tabla 7.5.

La elección de la dosis puede hacerse en función de la puntuación obtenida en el test de Fagerström:

**Inferior a 5 puntos:** 2 mg.

**5 o más puntos (o tras recaídas previas):** 4 mg.

**Tabla 7.5.***Ventajas e inconvenientes de los chicles de nicotina*

Ventajas	Inconvenientes
Permite mantener la oralidad	Su absorción es más lenta que en el cigarrillo (pico de absorción a los 30 minutos).
Mejor control de la dosis por el fumador	No se aprovecha más que un 50% de la nicotina contenida en el chicle: el resto permanece en el después de su uso.

Independientemente de la dosis empleada debe recomendarse un consumo diario de 9 a 15 chicles de forma regular, con un máximo de una pieza cada hora mientras se está despierto. Es preferible recomendar una pauta regular (en función del consumo de cigarrillos declarado o de la cifra de monóxido de carbono espirado) que permitir el uso espontáneo a demanda. La duración del tratamiento debe ser de 8 semanas, sin pauta descendente. Se recomienda no pasar de 25 chicles/día de 2 mg, ni de 15 chicles/día de 4 mg. Disminuir gradualmente después de 3 meses.

Es importante informar al paciente sobre la forma correcta de utilización, evitando siempre tragar saliva con nicotina: tanto para evitar una infradosificación derivada de su paso al tubo digestivo (la nicotina debe absorberse a nivel orofaríngeo) como para minimizar las molestias iniciales.

No deberían utilizarse en personas con problemas orofaríngeos, dentales o con problemas en articulaciones mandibulares. Los efectos adversos son leves y transitorios, suelen desaparecer al cabo de unos días y afectan a un 30% de los pacientes. Los principales efectos adversos son: úlceras bucales, dolor en la articulación temporomandibular, molestias dentales, mal sabor de boca, dolor de garganta, hipo, náusea, dispepsia, ardor epigástrico, cefalea, mareos y mialgias.

### f) *Inhalador bucal de nicotina*

La nicotina administrada mediante inhalación bucal se absorbe rápidamente, permitiendo el mantenimiento de una gestualidad manual-oral para controlar la dependencia correspondiente. Se recomienda la aplicación de 1 dosis cada hora mientras se permanece despierto (máximo 40 dosis) durante 12 semanas, a las que seguirán otras 12 semanas en pauta descendente. Aunque la velocidad de absorción de la nicotina del inhalador bucal es menor que la del cigarrillo, no deja de ser bastante rápida, por lo que puede resultar fuertemente adictiva. Los efectos adversos más frecuentes son la irritación de garganta y la tos tras la inhalación.

Advertencia: las bebidas ácidas pueden disminuir la absorción oral de la nicotina, por lo que su consumo debe retrasarse hasta 15 minutos después de haber finalizado la administración de la dosis oral de TSN.

### g) *Bupropión*

Se trata de un antidepresivo monocíclico con efectos estimulantes comercializado por primera vez en EE.UU. en su forma de liberación inmediata (IR), en 1987, para el tratamiento de episodios de depresión mayor. Posteriormente se aceptó su empleo en la forma de liberación retardada (SR) como tratamiento de primera línea en fumadores de más de 10 cigarrillos diarios que estén dispuestos a intentar un abandono serio del tabaco. Se convirtió entonces en el primer tratamiento no nicotínico del tabaquismo (25). La utilización de la presentación SR se debe a que la presentación IR, al requerir 3 tomas diarias, supone un inconveniente. Además, la pauta de liberación inmediata (IR) se asoció a una mayor presencia de efectos secundarios graves. En realidad, ambas formulaciones son bioequivalentes pero el pico de concentración plasmática es un 15% inferior en la forma SR. Además, la duración del tiempo de concentración plasmática es mayor en la forma retardada (SR). El régimen posológico de bupropión SR para la deshabituación tabáquica es de 150 mg dos veces al día.

Sus principales características farmacocinéticas son las siguientes:

- No existen diferencias entre fumadores y no fumadores.
- Vida media algo inferior en hombres (17 horas) que en mujeres (20 horas), pero sin significación clínica.
- Buena absorción oral.
- Se metaboliza en el hígado por el CYP2A6.
- Presenta metabolitos activos.
- Los niveles plasmáticos máximos se alcanzan a las 6 horas de la primera dosis pero se requiere de 5 a 8 días para llegar a niveles estables.
- Eliminación a través de la orina (vida media de eliminación 21 horas).

A pesar de haberse constatado la eficacia de bupropión SR en el tratamiento del tabaquismo (26) y a pesar del conocimiento de sus características farmacológicas (inhibición selectiva de la recaptación de dopamina y noradrenalina, mínimo efecto sobre la recaptación de serotonina, no inhibe la MAO, escaso potencial de abuso), aún no se conoce el mecanismo de acción de bupropión en la cesación tabáquica. Parece lógico pensar que se deba a la similitud entre algunas de sus acciones y las de la nicotina, especialmente las relacionadas con las vías de recompensa de la dopamina, provocando así una disminución de los síntomas de la abstinencia. El tratamiento debe realizarse durante un mínimo de 7 semanas, aunque puede prolongarse a 12 semanas si es necesario. Si a las 7 semanas de tratamiento no se observa resultado alguno, éste deberá ser interrumpido.

Debe de excluirse el tratamiento en los siguientes casos (contraindicaciones):

- Hipersensibilidad a bupropión o a los excipientes.
- Embarazo o lactancia.
- Trastorno convulsivo actual o antecedentes del mismo.
- Tumor del SNC.
- Dependencia alcohólica o benzodiazepínica.
- Bulimia, anorexia o antecedentes de las mismas.

- Trastorno bipolar.
- Cirrosis hepática grave.
- Uso de IMAO (iniciar bupropión 14 días después del abandono del IMAO irreversibles, y a las 24 horas en caso de IMAO reversible).

Empleado de la forma adecuada bupropión SR para el tratamiento del tabaquismo es un fármaco bastante seguro, siempre teniendo en cuenta las recomendaciones de la ficha técnica. Los principales efectos adversos son: insomnio (30-40%), cefalea, inestabilidad, sequedad de boca, sabor metálico y náuseas. La mayoría ceden con una reducción de la dosis a 150 mg/día. En el caso del insomnio, puede minimizarse incluso con 300 mg/día, siempre que se tome el primer comprimido a las 8 de la mañana y el segundo 8 horas después. En algunos casos (ancianos, insuficiencia hepática o renal, peso inferior a 45 kilos) es recomendable reducir la dosis a 150 mg/día.

Sin embargo, el efecto adverso más preocupante son las crisis comiciales que afectan a 1/1.000 a las dosis recomendadas (150 mg/12 horas). Para minimizar el riesgo (que es dosis-dependiente) se recomienda iniciar el tratamiento 8 días antes de dejar el tabaco y aumentar la dosis de forma progresiva (150 mg/día los 6 primeros días). Aún así, debe prestarse especial atención a aquellas condiciones que puedan favorecer la aparición de crisis comiciales:

- Patologías que favorezcan la aparición de crisis comiciales (contraindicaciones).
- Administración concomitante de fármacos que disminuyen el umbral convulsivo (antidepresivos, antipsicóticos, antipalúdicos, teofilina, tramadol, quinolonas, corticoides sistémicos y antihistamínicos sedantes).
- Diabéticos con riesgo de hipoglucemia.
- Consumo de alcohol, estimulantes, cocaína, opiáceos.

También debe tenerse en cuenta las numerosas interacciones de bupropión (BU) con otros fármacos (tabla 7.6), aunque no siempre la significación clínica es demasiado clara.

**Tabla 7.6.**

*Interacciones de bupropión (BU) con otros fármacos (F)*

Mecanismo	Fármacos (F)	Consecuencias (BU + F)
Fármacos metabolizados por CYP2A6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antidepresivos (desipramina, imipramina, clomipramina, nortriptilina, amitriptilina)</li> <li>• ISRS (fluoxetina, paroxetina)</li> <li>• Venlafaxina</li> <li>• Antipsicóticos (risperidona, trazodona, tioridazina, haloperidol)</li> <li>• <math>\beta</math>-bloqueantes (carvedilol, timolol, metoprolol)</li> <li>• Antiarrítmicos (propafenona, flecainida)</li> <li>• Codeína</li> </ul>	Aumentan las concentraciones de ambos fármacos con un mayor riesgo de toxicidad. Vigilar si se trata de un fármaco de estrecho margen terapéutico.
Fármacos que inducen la CYP2B6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carbamazepina</li> <li>• Fenitoina</li> </ul>	Aumento del metabolismo de bupropión con acumulación de metabolitos activos (posible toxicidad).
Fármacos que inhiben la CYP2B6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cimetidina</li> </ul>	Disminuye el metabolismo de bupropión.
Fármacos que inhiben la CYP2D6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fluoxetina</li> <li>• Paroxetina</li> <li>• Ritonavir</li> </ul>	Inhibición de la degradación de metabolitos activos que ven aumentados sus niveles.
Fármacos que disminuyen el umbral convulsivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antipsicóticos</li> <li>• Antidepresivos</li> <li>• Antipalúdicos</li> <li>• Teofilina</li> <li>• Tramadol</li> <li>• Quinolonas</li> <li>• Corticoides sistémicos</li> <li>• Antihistamínicos sedantes</li> </ul>	Controlar el riesgo de convulsiones.

**Tabla 7.6.**  
(continuación)

Mecanismo	Fármacos (F)	Consecuencias (BU + F)
IMAO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fenelzina</li> <li>• Moclobemida</li> </ul>	Aumento de efectos agudos tóxicos de bupropión (agitación, cambios psicóticos, convulsiones).
Mecanismo desconocido	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Levodopa</li> <li>• Zolpidem</li> </ul>	Toxicidad aumentada de levodopa. Alucinaciones.

La elección de bupropión como tratamiento farmacológico del tabaquismo está especialmente recomendada en algunos casos: EPOC, enfermedades CV, esquizofrenia y depresión.

Tanto vareniclina como bupropión son de prescripción por lo que si lo consideramos el tratamiento más adecuado para el fumador tendremos que derivarle al médico.



El tratamiento farmacológico, a pesar de ser una herramienta potente para controlar la dependencia física y los síntomas de la abstinencia, no puede ser utilizado sin disponer de apoyo psicológico, de estrategias conductuales (para «desaprender» a fumar) y de medidas para modificar el entorno social, ya que fumar supone adicción y conducta aprendida.

- 1.** Fumar produce determinados cambios susceptibles de provocar interacciones farmacocinéticas o farmacodinámicas con algunos medicamentos. Puede ser necesario un ajuste de dosis, ya que al dejar de fumar se produce el fenómeno inverso. Los fármacos que pueden verse afectados son:
  - Anticoagulantes: heparina, warfarina.
  - Analgésicos: paracetamol, codeína, propoxifeno.
  - Betabloqueantes, flecainida.
  - Hormonas: insulina, estradiol.
  - Antidepresivos: tricíclicos, ISRS.
  - Benzodiacepinas.
  - Neurolépticos: clorpromazina, clozapina, haloperidol, olanzapina, risperidona.
  - Otros: teofilina, cafeína, alcohol.

**2.** El seguimiento de los fumadores que realizan tratamiento farmacológico para dejar de fumar incrementa las tasas de éxito. El régimen de visitas puede ajustarse a las necesidades del paciente. Puede usarse el siguiente:

- A los 7 y/o 15 días después del inicio.
- Al primer mes.
- Al segundo mes.
- Al tercer mes.
- A los 6 meses.
- Al año.

**3.** Recordar que los abandonos y las recaídas, como en toda adicción, son frecuentes. Ante un fracaso terapéutico:

- No culpabilizar al paciente, felicitándole por el esfuerzo realizado y explicándole que el próximo intento tiene mayores posibilidades de éxito.
- Proponer el inicio de un nuevo tratamiento lo antes posible o, si es rechazado, manifestar nuestra disposición para apoyarle cuando desee llevar a cabo un nuevo intento.
- Analizar las posibles causas del fracaso relativas al propio paciente (estrés elevado, escaso apoyo del entorno, dependencia, motivación) o al tratamiento (efectos adversos, escasa adherencia).

La atención farmacéutica (AF) ha supuesto un nuevo reto en la práctica de los farmacéuticos comunitarios que han debido de orientar aún más su actividad hacia el paciente con una actividad farmacéutica de manera más individualizada. Para ello se debe recoger toda la información necesaria, analizarla, valorar las diferentes opciones y tomar así la decisión más acertada.

Con el fin de llevar a cabo este objetivo, todos los servicios de AF de la farmacia deben de estar bien coordinados e interconectados. De esta manera se facilita la detección de una incidencia en los servicios de dispensación o indicación y la derivación del paciente al servicio de seguimiento farmacoterapéutico (SFT) se convierte en algo mucho más ágil y rutinario para estos profesionales.

## ¿Por qué derivar?

Por su propia naturaleza, el SFT necesita de la colaboración de otros profesionales sanitarios. Por ello, una de las principales decisiones en la **farmacia comunitaria** es decidir qué pacientes deben ser derivados al médico.

Así, se derivarán aquellos casos en los que, tras ser analizados minuciosamente, sea necesaria la actuación del médico por tratarse de funciones que no se encuentran dentro de las competencias del farmacéutico como diagnosticar, prescribir medicamentos en los que sea necesaria la receta médica, así como modificar dosis y pautas prescritas.

En cesación tabáquica la comunicación con el médico se hace necesaria cuando se vaya a iniciar la deshabituación de un paciente que esté bajo terapia de ciertos medicamentos susceptibles de que con el abandono del tabaco puedan ver alterado su perfil farmacocinético o también en aquellos con tratamientos psiquiátricos o, simplemente, con ciertos problemas de salud como se verá posteriormente.

Tanto el propio SFT como la realización de una correcta derivación, exigen dos pilares fundamentales por parte del farmacéutico:

- Actualización continua a lo largo de toda nuestra carrera profesional.
- Implantación de un protocolo normalizado de actuación que asegure evitar errores y detectar qué casos debemos derivar con toda seguridad, ofreciendo un servicio de calidad con mayor agilidad y unificando criterios entre los diferentes profesionales, haciendo posible la continuidad del servicio en la farmacia.

## ¿Cuándo derivar?

En el mismo momento en el que un paciente entra a formar parte de un servicio de cesación tabáquica, uno de los primeros pasos es realizar la entrevista inicial, como se ha visto en capítulos anteriores. Se trata de un paso de vital importancia ya que ayudará en la decisión tanto de la estrategia a seguir, como en la necesidad o no de derivación previa al inicio de la deshabituación.

De la misma manera, en entrevistas sucesivas, se debe seguir en alerta pues la situación del paciente puede cambiar o pueden generarse

nuevas situaciones en las que el farmacéutico deba retomar fases anteriores.

A continuación se destacan cuatro situaciones en las que es necesario derivar:

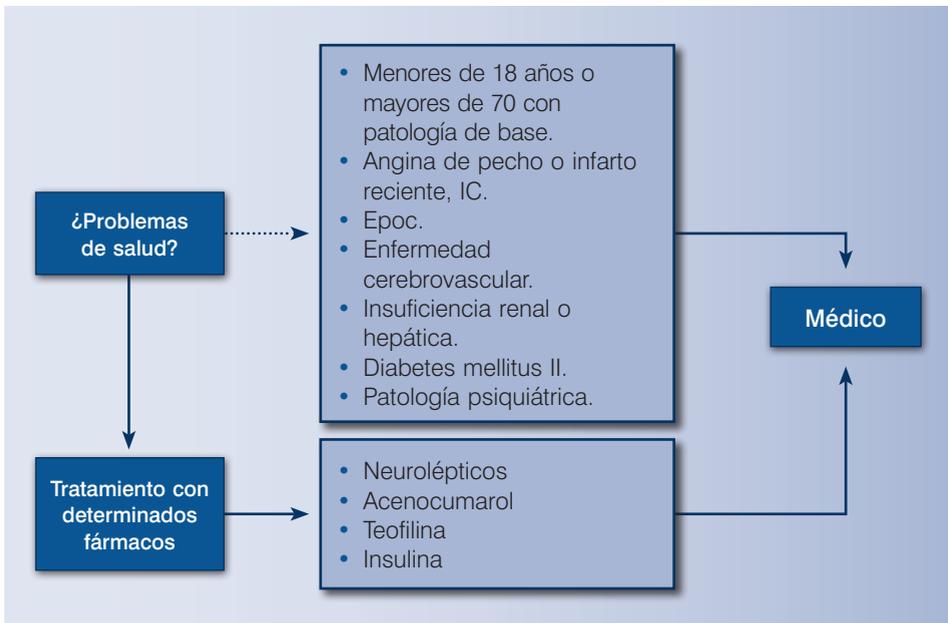
1. Cuando el paciente tiene ciertos **problemas de salud** como:
  - Menores de 18 o mayores de 70 años con patología de base.
  - Angina de pecho o infarto reciente.
  - Insuficiencia cardíaca.
  - EPOC.
  - Enfermedad cerebrovascular.
  - Insuficiencia renal o hepática.
  - Diabetes mellitus.
  - Patología psiquiátrica.
  - Embarazo o lactancia.

Es evidente que en todas ellas el abandono del consumo de tabaco es beneficioso, pero es igualmente recomendable que su médico esté debidamente informado. Por tanto, deberemos explicar la inclusión del paciente en el servicio y su intención de comenzar la cesación tabáquica.

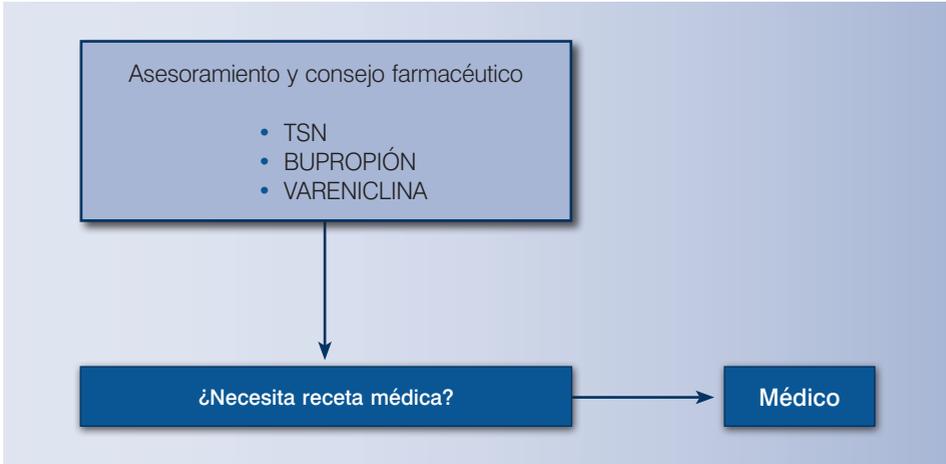
2. Paciente en tratamiento con **determinados medicamentos**. Existen medicamentos que tras el abandono del tabaco pueden ver alterado su perfil farmacocinético y, en ocasiones, requiera ajuste de dosis, especialmente los medicamentos con un estrecho margen terapéutico como:
  - Acenocumarol y la warfarina. El tabaco tiene un alto contenido en vitamina K, por lo que su abandono puede dar lugar a variaciones en el INR.
  - Teofilina. Los fumadores pueden necesitar entre 30% y 50% más de dosis de teofilina que un no fumador. Por ello al

abandonar el hábito tabáquico pueden ser necesarias dosis menores de fármaco.

- Los individuos fumadores sufren concentraciones plasmáticas menores y un aclaramiento aumentado en el caso de los neurolépticos como haloperidol, risperidona, clozapina... Así que el abandono brusco del tabaco necesita de ajustes de dosis en los tratamientos.
- Insulina. Los diabéticos que abandonan el tabaco pueden necesitar dosis menores de insulina ya que el tabaco causa resistencia insulínica.

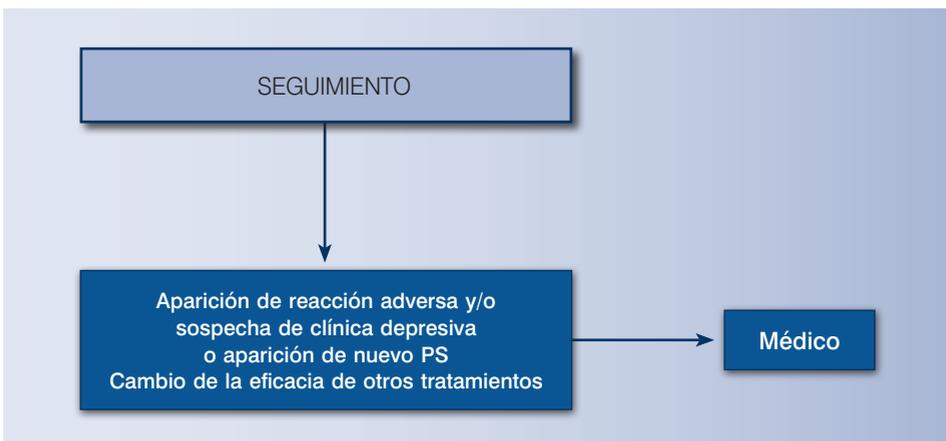


3. Cuando el tratamiento que se considera de elección para la cesación **necesita de prescripción médica**. Se debe exponer y explicar que el paciente está incluido en un servicio de cesación tabáquica de la farmacia y que tras la entrevista inicial, el análisis de su caso y la comprobación de ausencia de incompatibilidades para el inicio del mismo, se ha seleccionado un tratamiento que, a juicio del farmacéutico, es el que más puede beneficiar al paciente, pero que necesita prescripción.



4. Ante un paciente incluido en el servicio de seguimiento farmacoterapéutico, el farmacéutico no debe despistarse ante la posibilidad de que surjan **nuevas situaciones** en las que pueda ser necesaria la derivación al médico. Estas nuevas situaciones pueden ser:

- Aparición de una reacción adversa o interacción farmacológica.
- Clínica depresiva.
- Nuevo problema de salud que requiera derivación.
- Cambio en la respuesta de salud a otros medicamentos que tome el paciente por otras patologías.



<p>1. El paciente tenga ciertos problemas de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angina de pecho o infarto reciente</li> <li>• Insuficiencia cardíaca</li> <li>• Epoc</li> <li>• Enfermedad cerebrovascular</li> <li>• Insuficiencia renal o hepática</li> <li>• Diabetes mellitus II</li> <li>• Patología psiquiátrica</li> <li>• Embarazo o lactancia</li> </ul>
<p>2. Tratamiento con algunos medicamentos que con el abandono del tabaco puedan ver alterado su perfil</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antipsicóticos</li> <li>• Acenocumarol</li> <li>• Teofilina</li> <li>• Insulina</li> </ul>
<p>3. El tratamiento consideramos de elección necesita prescripción médica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vareniclina</li> <li>• Bupropión</li> </ul>
<p>4. Paciente en SFT nuevas situaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PRM</li> <li>• Clínica depresiva</li> <li>• Nuevos PS</li> <li>• Cambio en la eficacia del tratamiento</li> </ul>

## ¿Cómo derivar?

Los farmacéuticos comunitarios por su formación, conocimiento, situación y accesibilidad, muchas veces son el primer profesional sanitario al que consulta el paciente, a la vez que es un profesional con mucha facilidad para realizar el servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico. Todo ello da al farmacéutico comunitario un papel fundamental y estratégico para ser el enlace entre el médico y el paciente, asesorando a este último en aspectos de su salud y su terapia, así como para detectar señales de alarma ante las que el farmacéutico tenga que derivar al paciente al médico.

Como ya se ha visto, la comunicación entre profesionales de la salud, en beneficio del paciente, es necesaria y ha de ser lo más fluida posible.

Cuando se ha tomado la decisión sobre la necesidad de derivar al paciente al médico, éste debe ser partícipe en todo momento y conocer

perfectamente el motivo y contenido de la comunicación, lo que asegurará la continuidad del proceso.

La información se transmitirá de forma escrita. El lenguaje debe ser claro y conciso, siendo importante utilizar técnicas de comunicación adecuadas, tanto para el correcto entendimiento del paciente como para que el mensaje llegue de manera adecuada al receptor (médico) sin que exista la posibilidad de malas interpretaciones por parte del receptor del mismo.

En el documento de derivación aparecerá como mínimo la siguiente información:

- Identidad del farmacéutico y farmacia:
- Fecha.
- Médico receptor.
- Datos e información básica del paciente recogida por el farmacéutico que pueda ser de utilidad:
  - Resultados obtenidos en test de Fagerström y Richmond.
  - Problemas de salud.
  - Medicación y pauta posológica.
- Motivo de derivación:
  - Problema de salud.
  - Tratamiento con algunos medicamentos que con el abandono del tabaco puedan ver alterado su perfil.
  - Necesidad de receta médica.
  - Aparición de nuevas situaciones: PRM, clínica depresiva, nuevos PS.

Otra información que se puede incluir:

- Correo electrónico: hará la comunicación más fluida.
- Espacio para que el médico anote la respuesta que considere oportuna que reciba el farmacéutico.

Es conveniente guardar una copia de la derivación con el fin de que se puedan archivar las derivaciones emitidas y comprobar después el resultado de la misma.

Es importante aclarar la idea de que la derivación no conlleva una transmisión del problema a otro profesional sanitario, sino la inclusión de otro profesional complementario a las competencias de los farmacéuticos. Por ello es preciso que exista la convicción de que la derivación es un paso más en el seguimiento del paciente que continuará con etapas posteriores.

## CARTA DE DERIVACIÓN AL MÉDICO

D..... farmacéutico comunitario

Farmacia:.....

Dirección:.....

Tel.:..... E-mail:.....

En ....., a ..... de ..... 20 .....

A la atención de Dr./Dra.:.....

El paciente,..... de ..... años, acude a la farmacia, expresa su deseo y solicita ayuda para de dejar de fumar. Se declara fumador de ..... cigarrillos/día durante ..... años. En ..... ocasión/es estuvo ..... meses sin fumar.

Tiene una dependencia ..... (Fagerström ..... ) y una motivación..... (Richmond .....).

Su tratamiento actual incluye:

Fármaco	Dosis	Pauta

Creo que , salvo tu mejor criterio, el medicamento ..... podría ser una buena opción y, si estás de acuerdo, te solicito que extiendas la prescripción correspondiente.

Puedes contar con mi colaboración para apoyar las medidas terapéuticas que estimes oportunas.

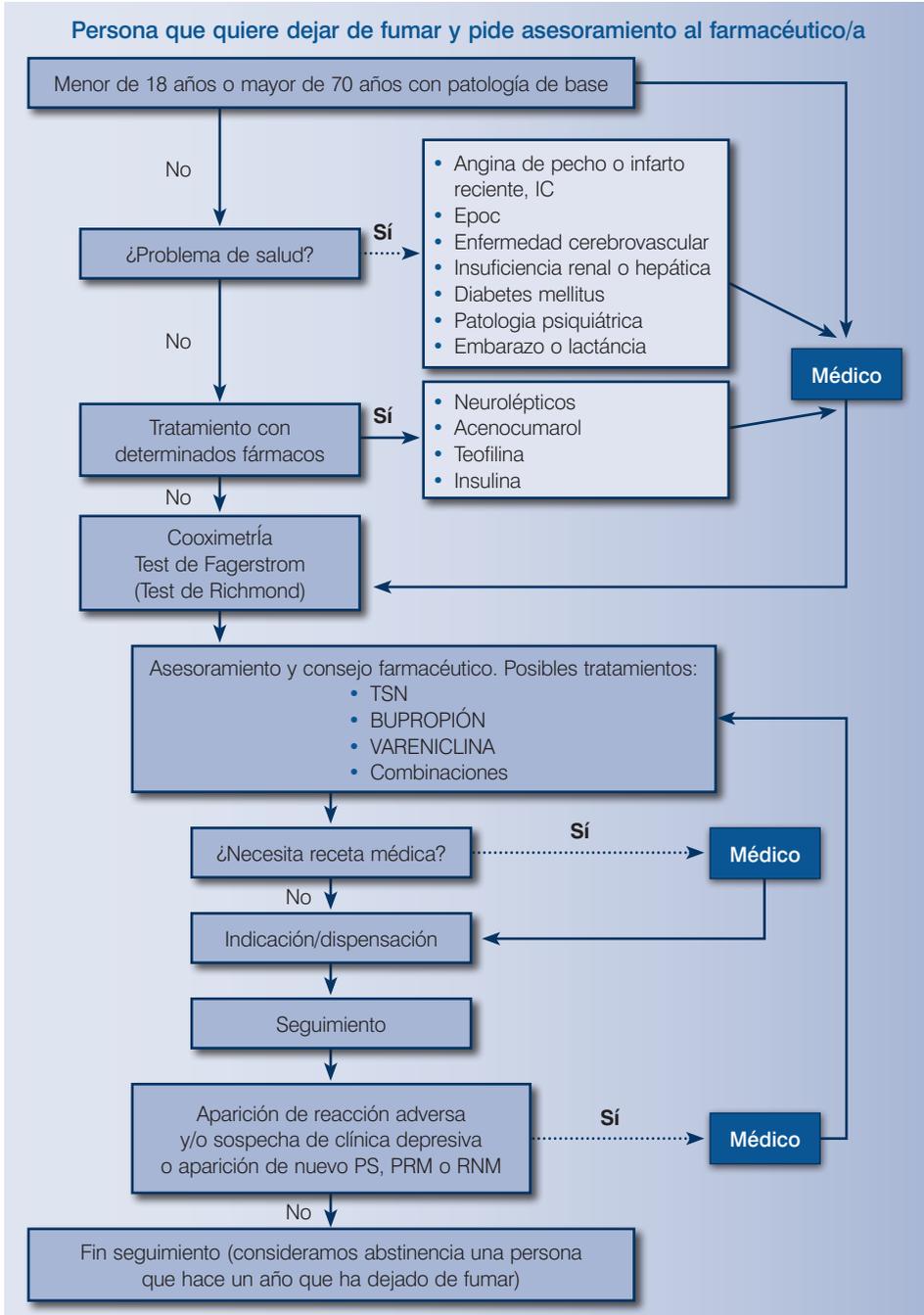
Recibe un cordial saludo

Fdo: .....

Farmacéutico colegiado n.º .....



## ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN CESACIÓN TABÁQUICA EN LA FARMACIA COMUNITARIA





## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Baixauli Fernández, V. J., Satué de Velasco, E., Gil García, M.I., Roig Sena, J. C., Villasuso Cores, B. y Sáenz de Buruaga Pérez de Atxa, S. (2013): «Propuesta de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC) sobre servicios profesionales farmacéuticos en farmacia comunitaria». *Farmacéuticos Comunitarios*, 5(3): 119-126.
- (2) U.S. Department of Health and Human Services (2010): «How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General». Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- (3) U.S. Department of Health and Human Services (2004): «The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General». Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- (4) Comité para el control del tabaco de California. [www.plosone.org](http://www.plosone.org)
- (5) Sociedad Española de la Contracepción 2014. Acceso: marzo de 2014. Disponible [Http://www.sec.es/informacion/anticonceptivos\\_comercializados/\\_articulo.php?id=5](http://www.sec.es/informacion/anticonceptivos_comercializados/_articulo.php?id=5)
- (6) Sociedad Española de cardiología 2014. Acceso: marzo de 2014. Disponible en: <http://www.secardiologia.es/actualidad/notas-de-prensa/1022-el-uso-de-anticonceptivos-obliga-a-suprimir-el-consumo-de-tabaco>
- (7) Sociedad Española de Estética SEME. Acceso: marzo de 2014. Disponible en: [http://www.seme.org/area\\_pro/textos\\_articulo.php?id=5](http://www.seme.org/area_pro/textos_articulo.php?id=5)

- (8) Curso online del programa CESAR de SEFAC. Acceso: marzo de 2014 disponible en: [www.abordajeavanzadodeltabaquismo.com](http://www.abordajeavanzadodeltabaquismo.com)
- (9) Prochaska, J. y Di Clemente, C. C. (1983): «Stages and processes of self change of smoking: toward an integrative model of change». *J Consul Clin. Psychol*, 51: 390-5.
- (10) Jiménez Ruiz, C. A, Barrueco Ferrero, M., Solano Reina, S., Torrecilla García, M., Domínguez Grandal, F., Díaz-Maroto Muñoz, J. L. et al. (2003): «Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso». *Arch Bronconeumol*, 39 (1): 35-41.
- (11) Bader, P, McDonald, P. y Selby, P. (2009): «An algorithm for tailoring pharmacotherapy for smoking cessation: results from a Delphi panel of international experts». *Tob Control*, 18:34-42.
- (12) Marteau, T. M. y Lerman, C. (2001): «Genetic risk and behavioural change». *Br Med J*, 322: 1056-9
- (13) Elaboración propia a partir de Nerin de la Puerta I, Álvarez-Sala Walther et al. (2009): «Aplicación clínica práctica de la entrevista motivacional». En Barrueco, M., Hernández-Mezquita, M. y Torrecilla, M. (eds.). *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Barcelona: Euromedice, Ediciones Médicas.
- (14) West, R. (2006): *Theory of addiction*. Oxford: Blackwell Publishing (también disponible en [www.primetheory.com](http://www.primetheory.com)).
- (15) Miller, C. E. y Johnson, J. L. (2001): «Motivational interviewing». *Can nurse*, 97: 32-3.
- (16) Lancaster, T. y Stead, L. F. (2006): «Individual behavioural counselling for smoking cessation». *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- (17) USDHHS (2000): «Treating tobacco Use and dependence». En Rockville, M. D. (ed.). United States Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research Quality 2000.
- (18) Fagerström, K. O. y Balfour, D. (2006): «Neuropharmacology and potential efficacy of new treatments for tobacco dependence». *Expert Opin Investig Drugs*, 15 (2): 107-16.
- (19) Fiore, M., Jaen, C. R., Baket, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., Curry, S. J. et al. (2008): *Smoking cessation. Treating Tobacco Use and Dependence: Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- (20) Jorenby, D., Hays, J. T., Rigotti, N. A. et al. (2006): «Efficacy of varenicline, an  $\alpha 4\beta 2$  nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion for smoking cessation. A randomized controlled trial». *JAMA*, vol 296 (1): 56-63.

- (21) Tonstad, S., Tonnesen, P., Hajek, P. et al. (2006): «Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation». *JAMA*, vol 296 (1): 64-71.
- (22) Ramón, J. M. (2010): «Cómo tratar el tabaquismo». En *Curso on-line de Abordaje del Tabaquismo desde la Farmacia Comunitaria*. SEFAC.
- (23) Stead, L. F., Perera, R., Bullen, C., Mand, D. y Lancaster, T. (2008): «Nicotine replacement therapy for smoking cessation». *Cochrane Database System Review*, 23 (1): CD000146.
- (24) Shiffman, S. y Fergusson, S. G. (2008): «Nicotine patch therapy prior to quitting smoking: a meta-analyses». *Addiction*, 103 (4): 557-63.
- (25) Foley, K. F., DeSanty, K. P. y Kast, R. E. (2006): «Bupropion: Pharmacology and therapeutics Applications». *Expert Rev Neurother*, 6: 1249-65
- (26) McCarthy, D. E., Piasecki, T. M., Lawrence, D. L., Jorenby, D. E., Shiffman, S., Fiore, M. C. et al. (2008): «A randomized controlled clinical trial of bupropion SR and individual smoking cessation counseling». *Nicotine Tob Res*, 10 (4): 717-29.

Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT): [www.cnpt.es](http://www.cnpt.es)

- Ministerio de Sanidad y Consumo: [www.msc.es](http://www.msc.es)
- Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR): [www.separ.es](http://www.separ.es)
- Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET): [www.sedet.es](http://www.sedet.es)
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC): [www.papps.org](http://www.papps.org)
- Organización Mundial de la Salud (OMS): [www.who.org](http://www.who.org)
- Sociedad Científica Española de Estudios del Alcohol, el Alcoholismo y otras Toxicomanías (Socidrogalcohol): [www.socidrogalcohol.org](http://www.socidrogalcohol.org)



## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Guía tratamiento del tabaquismo*. SEPAR. 2010. Acceso: marzo 2014. Disponible en: [http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/clinicians/treating\\_tobacco\\_use08\\_sp.pdf](http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/clinicians/treating_tobacco_use08_sp.pdf)
- Programa CESAR*. Capacitación para implantar servicios de cesación tabáquica en la farmacia comunitaria.
- Guía del tabaquismo*. Fisterra. Acceso: marzo 2014. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/guia-tabaquismo/>
- Guies de pràctica clínica. Detecció i tractament del consum de tabac*. Institut Català de la Salut. Acceso: marzo 2014. Disponible en: [http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/docs/guia\\_tabac.pdf](http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/docs/guia_tabac.pdf)
- Foro de Atención Farmacéutica*. Documento de consenso. Enero 2008.
- Ministerio de sanidad y consumo. Agencia española del medicamento. Consulta de fichas técnicas de especialidades farmacéuticas: Champix®, Sintrom®. Información actualizada el 8 marzo de 2014. Disponible en <http://www.aemps.gob.es/cima/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm>
- Repositorio digital de la Universidad de Belgrano: Tabaco y medicamentos: posibles interacciones farmacológicas [Internet] [citado: 9 de marzo de 2014]. Recuperado a partir de: <http://184.168.109.199:8080/jspui/handle/123456789/>
- Gaudoneix-Taieb, M.; Beauveire, P., y Poisson, N. (2001). «Tabaco y medicamentos: ¿amistades peligrosas?». *Adicciones*, 13(2): 229-234.
- García Delgado, P.; Martínez Martínez, F.; Gastelurrutia Garralda, M. A., y Faus Dader, M.J. (2009). *Dispensación de medicamentos*. Madrid: Ergon.
- Bader, P.; McDonald, P., y Selby, P. (2009). «An algorithm for tailoring pharmacotherapy for smoking cessation: results from a Delphi panel of international experts». *Tob Control*, 18: 34-42.

- Fagerström, K. O., y Balfour, D. (2006). «Neuropharmacology and potential efficacy of new treatments for tobacco dependence». *Expert Opin Investig Drugs*, 15 (2): 107-16.
- Foley, K. F.; DeSanty, K. P., y Kast, R. E. (2006). «Bupropion: Pharmacology and therapeutics Applications». *Expert Rev Neurother*, 6: 1249-65.
- Fiore, M.; Jaen, C. R.; Baket, T. B.; Bailey, W. C.; Benowitz, N. L.; Curry, S. J. et al. (2008). *Smoking cessation. Treating Tobacco Use and Dependence: Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- Barrueco, M.; Hernández-Mezquita, M., y Torrecilla, M (eds.) (2009). *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Barcelona: Euromedice, Ediciones Médicas.
- Jorenby, D.; Hays, J. T.; Rigotti, N. A. et al. (2006). «Efficacy of varenicline, an  $\alpha 4\beta 2$  nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion for smoking cessation. A randomized controlled trial». *JAMA*, vol. 296 (1): 56-63.
- Tonstad, S.; Tonnesen, P.; Hajek, P. et al. (2006). «Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation». *JAMA*, vol. 296 (1): 64-71.
- Stead, L. F.; Perera, R.; Bullen, C.; Mand, D., y Lancaster, T. (2008). «Nicotine replacement therapy for smoking cessation». *Cochrane Database System Review*, 23 (1): CD000146.
- Shiffman, S., y Fergusson, S. G. (2008). «Nicotine patch therapy prior to quitting smoking: a meta-analyses». *Addiction*, 103 (4): 557-63.
- McCarthy, D. E.; Piasecki, T. M.; Lawrence, D. L.; Jorenby, D. E.; Shiffman, S.; Fiore, M. C. et al. (2008). «A randomized controlled clinical trial of bupropion SR and individual smoking cessation counseling». *Nicotine Tob Res*, 10 (4): 717-29.
- Prochaska, J., y Di Clemente, C. C. (1983). «Stages and processes of self change of smoking: toward an integrative model of change». *J Consul Clin. Psychol*, 51: 390-5.
- Hepler, C. D., y Grainger-Rousseau, T. J. (1995). «Pharmaceutical care versus traditional drug treatment. Is there a difference?». *Drugs*, 49: 1-10.
- Barbero González, J. A.; Quintas Rodríguez, A. M., y Camacho, J. E. (2000). «Deshabitación tabáquica desde la Farmacia Comunitaria». *Aten Primaria*, 26: 693-6.
- Díaz-Maroto Muñoz, J. L.; Jiménez Ruiz, C. A.; Alonso Fernández, M.; J. Alonso Moreno, J.; Iglesias Dorado, P. P., y Bassa Massanasa, A. (2009). «Recomendaciones de buena práctica clínica en tabaquismo». *SEMERGEN*, 35 (1): 29-38.



Con la colaboración de:

