

## ORIGINALES BREVES

# Deshabitación tabáquica desde la farmacia comunitaria

J.A. Barbero González<sup>a</sup>, A.M. Quintas Rodríguez<sup>b</sup> y J.E. Camacho<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Farmacéutico Comunitario. Red Española de Atención Primaria (REAP). <sup>b</sup>Farmacéutico Comunitario. FACOR.

**Objetivo.** Evaluar la efectividad de la intervención del farmacéutico comunitario en la deshabitación tabáquica.

**Diseño.** Estudio observacional, prospectivo, durante un año.

**Emplazamiento.** Dos oficinas de farmacia de la Comunidad de Madrid.

**Participantes.** Un total de 77 pacientes que voluntariamente quisieron participar en el programa de deshabitación tabáquica. El seguimiento de pacientes se realizó durante un año. La edad media de los pacientes fue de  $41,6 \pm 10,8$ , siendo un 51,9% varones frente a un 48,1% de mujeres.

**Mediciones y resultados principales.** El seguimiento exhaustivo originó la deshabitación en el primer mes del 80,5%, tercer mes del 54,5%, sexto mes del 45,5% y al año del 42,8% de los fumadores que participaron. La adhesión al tratamiento sustitutivo de nicotina recomendado, de al menos 2 meses, dio más probabilidades de deshabitación tabáquica, siendo las diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones.** La farmacia comunitaria es un centro adecuado para llevar a cabo programas de deshabitación tabáquica, pudiéndose incorporar a la actividad diaria del farmacéutico.

**Palabras clave:** Deshabitación tabáquica. Farmacia comunitaria. Farmacéutico. Terapia sustitutiva de nicotina.

## SMOKING CESSATION PROGRAM FROM COMMUNITY PHARMACY

**Objectives.** To evaluate the efectivity of the intervention of the community pharmacist in a smoking-cessation program.

**Design.** A descriptive prospective study.

**Setting.** Two pharmacies of the Community of Madrid.

**Participants.** 77 patients who wanted to participate in the smoking-cessation program. The middle age of the participants were  $41.6 \pm 10.8$ ; 51.9% were male and 42.8% female.

**Measurements and main results.** The quit rates of the smoking-cessation program were: 1st. month 80.5%; 3rd. month 54.5%; 6th month 45.5% and 1st. year 42.8%. The patient who use the nicotine treatment at least two months, have more probability to quit smoking successfully ( $p < 0,05$ ).

**Conclusions.** The community pharmacy could be a good place to help people to give up smoking. Results of this study show that pharmacists who counsel patients in an intensive smoking-cessation program can improve outcomes.

**Key-words:** Smoking-cessation. Community pharmacy. Pharmacist. Nicotine-therapeutic use.

(Aten Primaria 2000; 26: 693-696)

## Introducción

El tabaquismo es el principal factor de riesgo cardiovascular evitable en los países desarrollados, además de considerarse la causa aislada más importante de muerte prematura en estos mismos países. Datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1995 muestran que un 36,9% de la población mayor de 15 años es fumadora, lo que indica que nos encontramos antes un verdadero problema de salud. Por otro lado, se ha estimado que para el año 2025 morirán anualmente 10 millones de personas en todo el mundo a causa del tabaco<sup>1</sup>.

La disminución del consumo de tabaco se ha convertido, desde hace tiempo, en uno de los objetivos principales de los sistemas sanitarios de los países desarrollados. Además, las intervenciones en los programas de deshabitación tabáquica son mucho más coste-efectivas que otras intervenciones, como la de hipertensión arterial<sup>2</sup>.

Existen numerosos trabajos publicados sobre la intervención del médico de atención primaria<sup>3-5</sup>. Una intervención de 3-5 minutos de los médicos de familia puede conseguir que un 4,5% de sus pacientes deje de fumar durante 3 años<sup>6</sup>.

Asimismo, el personal de enfermería también ha tenido éxito en este tipo de intervenciones<sup>7-9</sup>. Sin embargo, a pesar de que se han realizado estudios sobre la intervención del farmacéutico en el tabaquismo en Estados Unidos<sup>10,11</sup>, en España no disponemos de suficiente información sobre el papel de los farmacéuticos comunitarios desarrollando programas de deshabitación tabáquica. La farmacia comunitaria es un centro sanitario que se encuentra cercano a la población y con un horario muy amplio, lo que le permitiría ser un punto ideal en este tipo de programas.

El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad de la intervención

Correspondencia: José Antonio Barbero González.  
P.º Extremadura, 170 (Farmacia). 28011 Madrid.  
Correo electrónico: a.barbero@jet.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 26-VI-2000.

del farmacéutico comunitario en programas de deshabituación tabáquica.

## Material y métodos

Este trabajo se llevó a cabo en 2 farmacias de la Comunidad de Madrid. La captación de pacientes comenzó en febrero de 1997 y finalizó en enero de 1998. El seguimiento terminó en febrero de 1999. Para captar sujetos que querían dejar de fumar, se expusieron carteles en las farmacias para mostrar la existencia del programa. Los autores del estudio no proponían directamente participar a ningún paciente en el programa, sino que eran estos últimos los que libremente tenían que demandarlo.

Los sujetos del estudio correspondieron con pacientes que libremente expresaban su deseo de entrar en el programa, «pacientes disonantes» según la clasificación de Prochaska 1983<sup>12</sup>.

El programa constaba de varias visitas o consultas (9) a lo largo de los 6 primeros meses. Al completar un año se realizaba la última visita. Las tres primeras visitas tenían una periodicidad de una semana; posteriormente, cada 15 días hasta terminar los tres primeros meses, y finalmente cada mes hasta completar los 6 meses. En la primera visita, se realizaba una historia completa sobre el hábito tabáquico (edad, número y marca de cigarrillos que fumaba, intentos anteriores de dejar de fumar, importancia del peso corporal en su vida, patrón tabáquico de los progenitores, otros familiares que fumaban en su casa, etc.) medida del monóxido de carbono espirado (CO), grado de dependencia mediante el test de Fagerström (medida del grado de dependencia en puntos del 0 al 10, que es la máxima dependencia). Se le pedía que durante la semana siguiente anotara las situaciones en las que fumaba, las situaciones difíciles en las que el cigarrillo se consideraba fundamental y que escribiera los motivos que tenía para dejar de fumar.

En la segunda visita se estudiaba todo el material anterior, se le proporcionaba información verbal y escrita de cómo afrontar los primeros días de abstinencia y se fijaba un día para dejar de fumar. En todas las visitas se medía el CO espirado. Las visitas eran programadas y, cuando el paciente no acudía, se contactaba con él telefónicamente para saber la causa y citarle para otro día si así era su deseo. Al paciente se le avisaba al inicio del programa de esta actuación. Se consideraron pérdidas aquellos pacientes que no acudieron a las citas programadas y con los que no se pudo contactar telefónicamente en 3 ocasiones en diferentes días. A todos ellos se les consideró asimismo que habían recaído, independientemente de si realmente eran abstinentes o no.

En todas las visitas, aparte de la información verbal, se daba información escrita. Las visitas tenían una duración aproximada de 10-15 minutos. Se recomendó uti-

TABLA 1. Características de los pacientes participantes en el estudio

VARIABLES	N (%)	
Sexo		
Varones	40 (51,9)	
Mujeres	37 (48,1)	
	Media (desviación estándar)	Rango
Edad (años)	41,6 (10,8)	19-68
N.º cigarrillos inicial	30,3 (13,8)	7-80
Test de Fagerström	6,6 (1,8)	1-10
Años fumando	25,3 (10,5)	6-50

TABLA 2. Éxito en la deshabituación tabáquica según cumplen o no con la TSN recomendada al menos 2 meses

Período de evaluación	Cumplidores	No cumplidores
	% abstinencia (abstinentes cumplidores/ total cumplidores)	% abstinencia (abstinentes no cumplidores/ total no cumplidores)
Tercer mes	75 (36/48)	16 (4/25)*
Sexto mes	62,5 (30/48)	12 (3/25)*
Un año	60,4 (29/48)	8 (2/25)*

\*Para todos los períodos las diferencias fueron estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ).

lizar terapia sustitutiva de nicotina (TSN), aunque era el propio paciente el que elegía la forma farmacéutica (chicles o parches) y su utilización. El coste del tratamiento corría íntegramente a cargo del propio paciente. La TSN se recomendaba durante los tres primeros meses, disminuyendo la dosis paulatinamente a partir del segundo mes. Se definió «buen cumplimiento» cuando el paciente declaraba que utilizaba el tratamiento recomendado al menos 2 meses.

Los niveles de CO espirado se midieron con un monitor Micro II Smokerlyzer® (Bedfont, Scientific, LTD). Se consideró «pacientes abstinentes» a aquellos que declararon no haber fumado ningún cigarrillo y obtuvieron una medida del CO espirado  $\leq 8$  ppm.

Los resultados se expresaron en medias  $\pm$  desviación estándar junto con sus rangos. Para el análisis de los datos se utilizó la ji-cuadrado y se consideraron estadísticamente significativos datos de  $p < 0,05$ .

## Resultados

Setenta y siete fumadores participaron en el programa de deshabituación tabáquica. Las características de estos pacientes se muestran en la tabla 1. El grado de dependencia era de  $6,6 \pm 1,8$  (1-10) según el test de Fagerström.

El número de pérdidas a lo largo de todo el período de estudio fue de 4 (5,2%) pacientes. Es decir, pacientes que en algún momento del estudio

decidieron no volver. Por lo tanto, 73 pacientes terminaron todo el programa.

Tres pacientes (3,9%) no utilizaron ningún sustitutivo de nicotina; 74 (96,1%) sujetos usaron algún sustitutivo de nicotina a lo largo del programa, siendo la distribución la siguiente: 41 pacientes (53,2%), parches de nicotina; 13 (16,9%), chicles de nicotina, y 20 (26%), parches junto con chicles de nicotina. Dos pacientes (2,59%) tuvieron que abandonar el tratamiento debido a efectos secundarios (dispepsia, náuseas y vómitos), aunque continuaron en el programa de deshabituación tabáquica. Según la clasificación establecida de pacientes cumplidores con la terapia recomendada, un 65,8% tuvo buen cumplimiento. La utilización de estos sustitutos de nicotina para el éxito de la deshabituación fue muy importante, ya que los pacientes con buena adhesión al tratamiento presentan más probabilidades de tener más éxito de abstinencia en todos los períodos estudiados, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ), tal y como se puede observar en la tabla 2. Los porcentajes de abstinencia en los períodos evaluados fueron los siguientes: primer mes, 80,5%; tercer mes, 54,5%; sexto mes, 45,5%, y un año, 42,8%.

TABLA 3. Comparación entre estudios de deshabituación tabáquica

Estudio	Pacientes			Método de control	Deshabitación		Grado de dependencia a la nicotina (media)
	N	Tipo	Visitas (media)		Porcentaje al año	Técnica	
Córdoba, 1990 <sup>4</sup>	93	Disonante	4	Medida del CO	26,9	TSN	6
Martín Cantero, 1997 <sup>3</sup>	343	Todos*	5,3	NE	24,3	NE	NE
Aleixandre 1998 <sup>5</sup>	27	NE	4	Sin marcadores biológicos	22,2	NE	5,67
Barbero 2000	77	Disonante	9	Medida del CO	42,8	TSN	6,6

NE: no especificado; TSN: tratamiento sustitutivo con nicotina, y disonante: paciente que previamente ha decidido dejar de fumar.

\*Estos autores trabajaron con pacientes, aunque no fueran disonantes.

## Discusión

Entre las limitaciones del estudio se encuentra la de que se ha llevado a cabo en sólo 2 farmacias comunitarias, lo que impide la extrapolación de los resultados a todas las farmacias comunitarias. Sin embargo, creemos que puede ser un buen estudio piloto para en el futuro desarrollarlo en otras farmacias. Otra de las limitaciones del estudio es el número bajo de pacientes que se evaluaron. Se requerirán estudios con un número mucho mayor de pacientes para que puedan obtenerse unos resultados más robustos. Y, por último, somos conscientes del poco tiempo de seguimiento (un año) de los pacientes. En el futuro, creemos que es necesario plantearse estudios a 2-3 años, ya que sabemos que las recaídas se dan con bastante frecuencia a partir del primer año.

Todos los sujetos que entraron en el programa de deshabituación lo hicieron motivados para dejar de fumar, se encontraban en la etapa disonante y decidieron libremente, sin que nadie se lo propusiera, participar en el estudio. Como ya se ha demostrado en otros estudios, los sustitutivos de nicotina son una buena estrategia para conseguir la deshabituación en los pacientes fumadores que deseen dejarlo<sup>13</sup>. Por eso, a la mayoría de nuestros pacientes les propusimos este tratamiento durante los tres primeros meses, pero como les ha ocurrido a otros autores<sup>14</sup> el cumplimiento es bajo y un 34,2% de nuestros pacientes abandonó el tratamiento antes de terminar los dos primeros meses. Clemente Jiménez observa que, si se prescribe el tratamiento sustitutivo de nicotina a todos los pacientes (100%), un 35% se lo compra y el 6,5% cumple el tratamiento al menos 2 meses<sup>14</sup>. Esto puede influir en las recaídas futuras, según los datos de nuestro estudio,

ya que aquellos que siguen la recomendación de utilizar los sustitutivos de nicotina durante los dos primeros meses tienen más probabilidades de alcanzar la abstinencia en todos los períodos del estudio. Este autor cita como principal causa del bajo cumplimiento el coste del medicamento. Sin embargo, esto es algo que requiere futuros estudios, ya que en nuestra opinión es algo más que el mero tema económico, ya que algunos pacientes consideran que utilizar estos medicamentos es estar todavía «enganchados» al tabaco y no asumen la idea de que es un tratamiento que les permitirá dejar el tabaco de una manera más efectiva. Si tenemos en cuenta que el precio medio de un paquete de cigarrillos rubios cuesta al usuario 319 pts., y si el consumo medio de nuestros pacientes era de aproximadamente 30 cigarrillos/día, entonces el coste a los 2 meses sería de 28.740 pts. Por otro lado, si al paciente se le recomienda utilizar durante el primer mes parches de 15 mg (5.454 pts. 14 unidades) y el segundo mes parches de 10 mg (5.164 pts. 14 unidades), el coste total a los 2 meses sería de 21.236 pts. Es decir, 7.504 pts. más barato realizar el tratamiento sustitutivo con nicotina que seguir fumando durante el mismo período de tiempo. Si tenemos en cuenta el tratamiento con chicles de nicotina de 4 mg durante 2 meses y con una dosis diaria de 8 chicles, el coste sería de 20.355 pts. Lo que indica que la dificultad para conseguir la deshabituación tabáquica es algo más que el coste del medicamento.

Nuestros pacientes tenían un grado medio de dependencia de 6,6, según el test de Fageström<sup>15</sup>. Aleixandre<sup>5</sup> trabajó con pacientes con una dependencia de 5,67 para pacientes a los que se les realizaba una intervención avanzada (citas de seguimiento cada cierto tiempo) y Córdoba<sup>4</sup> con 6,0 ±

1,9 para pacientes con una intervención parecida a los nuestros. Esto hace que las características de estos trabajos sean muy similares, y por ello comparables (tabla 3). Considerando las diferencias metodológicas de los estudios, al realizar programas de seguimiento se obtienen tasas de éxito al año de 20-42% (tabla 3). Aleixandre<sup>5</sup> no utilizó ninguna prueba de marcadores biológicos para comprobar la abstinencia, aunque obtiene un porcentaje de éxito al año de 22,2%, valor que se encuentra próximo a los de otros autores. En un estudio realizado por farmacéuticos comunitarios norteamericanos<sup>11</sup>, comparan la realización de un programa de deshabituación (con visitas a lo largo del tiempo) y TSN frente a sólo consejo y TSN. Obtienen porcentajes de éxito a las 5 semanas del 37% en los pacientes que reciben consejo y TSN frente al 62% de los pacientes que participan en el programa. A los 10 meses los porcentajes de abstinencia fueron del 33% frente al 45%, respectivamente. Resultados, por otro lado, que se acercan bastante a los obtenidos por nosotros. Esto viene a corroborar que el seguimiento exhaustivo a lo largo del tiempo es fundamental. Según Kottke<sup>13</sup>, después de realizar un meta-análisis con los estudios publicados hasta entonces, llega a la conclusión de que los mejores resultados se obtienen con programas que se basen en lo siguiente: mayor número de contactos o visitas, mayor número y variedad de estrategias e intervención de diversos profesionales. Esa es la razón por la que creemos que nuestro programa obtiene mejores resultados desde el inicio, ya que la media de contactos con cada paciente es de 9 durante los 6 primeros meses. Utilizamos parches o chicles de nicotina según el paciente y damos material escrito en la mayoría de las visitas. Además sólo trabajamos con

pacientes disonantes (pacientes que previamente han decidido dejar de fumar) a los que realizamos un seguimiento exhaustivo, ya que si no vienen a las consultas programadas se les contacta por teléfono.

En conclusión, implantar un programa de deshabituación tabáquica con la intervención del farmacéutico mediante TSN fue factible realizarlo desde la farmacia comunitaria, y puede integrarse dentro del trabajo habitual, consiguiendo altos porcentajes (42%) de deshabituación tabáquica al año de seguimiento.

### Agradecimientos

Tenemos que agradecer efusivamente al Dr. Raimundo Pastor Sánchez la revisión del manuscrito y la aportación de ideas que decididamente han mejorado profundamente el artículo.

### Bibliografía

1. Córdoba García R. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Tabaquismo. Evidencia científica. *Aten Primaria* 1997; 20 (Supl 2): 95-100.
2. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation: evidence based recommendations for the healthcare system. *BMJ* 1999; 318: 182-185.
3. Martín Cantera C, Córdoba García R, Jane Julio C, Nebot Adell M, Galán Herrera S, Aliaga M et al. Evaluación a medio plazo de un programa de ayuda a los fumadores. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 744-748.
4. Córdoba García R, Martín Moros JM, Aznar Tejero P, Die Martínez S, Sanz Andrés MC, Forés Catalá MD. Efecto de la oferta de seguimiento versus consejo aislado en una muestra de fumadores disonantes. *Aten Primaria* 1990; 7: 350-354.
5. Aleixandre i Martí E, Casanova Matutano MA, Mitjans Lafont J, Sánchez Monfort J, Sanmartín Almenar A. Ensayo clínico de dos intervenciones de deshabituación tabáquica en atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 22: 424-428.
6. Comas A, Suárez R, López ML, Cueto A. Efectividad a largo plazo del consejo antitabaco en atención primaria: el proceso de recaída. *Rev Esp Salud Pública* 1996; 70: 283-293.
7. Román Santos P, Cristauro Greco A, Muñoz Cobos. Intervención antitabaco en pacientes crónicos seguidos en consulta de enfermería. *Aten Primaria* 1996; 18: 123-126.
8. Ribas J, Correas F, Fité E, Ulldemolins MJ. Utilidad de una consulta monográfica extrahospitalaria de enfermería en el tratamiento del tabaquismo. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 157-158.
9. Lancaster T, Dobbie W, Vos K, Yudkin P, Murphy M, Fowler G. Randomized trial of nurse-assisted strategies for smoking cessation in primary care. *Br J Gen Pract* 1999; 49: 191-194.
10. McGhan WF, Smith MD. Pharmacoeconomic analysis of smoking-cessation interventions. *Am J Health Syst Pharm* 1996; 53: 45-52.
11. Smith MD, McGhan WF, Lauger G. Pharmacist counseling and outcomes of smoking cessation. *Am Pharm* 1995; 35: 20-29.
12. Prochaska JO, Di Clemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward and integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51: 390-395.
13. Kottke TE, Battista RN, DeFriesse GH, Brekke ML. Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice. *JAMA* 1988; 259: 2882-2889.
14. Clemente Jiménez ML, Córdoba García R. Aceptación del tratamiento con sustitutivos de la nicotina. *Aten Primaria* 1997; 20: 339.
15. Healtherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991; 86: 1119-1127.