

Prevención del Tabaquismo

Área de Tabaquismo
de la Sociedad Española
de Neumología y Cirugía Torácica

Volumen 12 · Número 03 · Julio / Septiembre 2010

sumario

Editoriales

El proceso de adhesión a la ENSH

José L. Alcázar Serrano

Tabaco y cáncer: una vieja historia

Daniel Buljubasich, Susana Lühning, Rogelio Pendino

Originales

Factores predisponentes, facilitadores y reforzantes respecto al tabaquismo entrabajadores sanitarios

C. Moret Tatay, D. Bautista Rentero, C. González Steinbauer, P. Moliner Doménech, R. Guaita Calatrava, V. Zanón Víguer

Diseño de una herramienta para describir la actitud, el conocimiento del tabaco y los métodos de deshabituación tabáquica en estudiantes de farmacia

E. Muñoz Muñoz, E. García-Jiménez, F. Martínez Martínez

Artículo especial

Guía Separ para la acreditación de unidades especializadas en tabaquismo

Carlos A. Jiménez Ruiz, Segismundo Solano Reina, José Carlos Rebollo Serrano, Cristina Esquinas

Cartas al Director

Guía de tratamiento del tabaquismo

A. García-Tenorio Damasceno

Estrategias para dejar de fumar: el valor de la propia experiencia

Jorge Bello Mayoraz, Gabriel Martín Pueyo

Tabaquismo: el problema de la financiación

MA. Martínez Muñoz, F. Álvarez Navascués, MA. Villanueva Montes



Editorial **Respira**

Revista incluida en el **Índice Médico Español (IME)**
y en el **Índice Bibliográfico Español en**
Ciencias de la Salud (IBECS)

¿No consigues
dejar de fumar?
Prueba nicorette®

¡Conseguido!

nicorette®

nicorette®
ayuda eficaz
para dejar de fumar

La fuerza de voluntad es necesaria.

Nicorette 15, 10 y 5 mg / 16 h parches transdérmicos. Nicorette 2 mg y 4 mg chicles medicamentosos. Nicorette freshmint 2mg y 4mg chicles medicamentosos. Nicorette freshfruit 2mg y 4mg chicles medicamentosos.

Contiene nicotina. Lea las instrucciones de este medicamento y consulte al farmacéutico. CPS: M-08559

McNeil
Consumer Healthcare S.L.U.

barcelona
world race

Junta Directiva

Presidente

J. Ruiz Manzano (Barcelona)

Vicepresidente Cirujano Torácico

J.J. Rivas de Andrés (Zaragoza)

Vicepresidente Neumólogo

F. Rodríguez de Castro (Las Palmas)

Secretario General

F. Barbé Illa (Lleida)

Vicesecretario-Tesorero

M. Blanco Aparicio (A Coruña)

Coordinadores Áreas

Asma

V. Plaza Moral (Barcelona)

Circulación pulmonar

A. Balloira Villar (Pontevedra)

Cirugía Torácica

J.M. Borro (A Coruña)

Enfermería y fisioterapia

E. Sánchez Gómez (Cáceres)

EROM

C. Martínez González (Oviedo)

TRS-VM-CRC

J. Terán Santos (Burgos)

EPOC

M. Calle Rubio (Madrid)

Oncología

M. García Yuste (Valladolid)

Tabaquismo

C.A. Jiménez-Ruiz (Madrid)

Técnicas y trasplantes

C. Disdier Vicente (Cáceres)

TIR

J. Blanquer Olivas (Valencia)

Área Tabaquismo

Coordinador

C.A. Jiménez-Ruiz

Secretario

S. Solano Reina

Vocales

C. Esquinas López

J.C. Serrano Rebollo

Prevención del Tabaquismo

Director

C.A. Jiménez Ruiz

Director Adjunto

M. Barrueco Ferrero

Comité de Redacción

I. Granda Orive

S. Solano Reina

A. Pérez Trullén

Comité Asesor

N. Altet Gómez

F. Álvarez Gutiérrez

C. Ariza Cardenal

J.R. Banegas Banegas

C. Bartolomé Moreno

F. Camaralles Guillem

T. Casamitjà Sot

J.M. Carreras Castellet

F. Carrión Valero

A. Cascales Garccía

M.L. Clemente Jiménez

E. de La Cruz Amorós

J.L. Díaz-Maroto Muñoz

F. Domínguez Grandal

M. García Rueda

L. Lázaro Asegurado

J.J. Lorza Blasco

M.A. Martínez Muñiz

I. Nerín de La Puerta

J.F. Pascual Lledó

P. Plaza Valía

J.A. Riesco Miranda

J.L. Rodríguez Hermosa

P.J. Romero Palacios

J. Signes-Costa Miñana

J. Tabara Rodríguez

J. Toledo Pallarés

M. Torrecilla García

Coordinación Editorial

N. Tomàs Castelltort

Comité Científico

R. Abengozar Muela (Toledo)

J.R. Aguirre Martín-Gil (Madrid)

B. Alonso de la Iglesia (S. Compostela)

J.L. Álvarez-Sala Walther (Madrid)

N. Amor Besada (Madrid)

J. Astray Mochales (Madrid)

F.J. Ayesta Ayesta (Santander)

J. Bartol Nieto (Salamanca)

M^a.P. Cascan Herrero (Zaragoza)

A. Cicero Guerrero (Madrid)

M. I. Cristobal Fernández (Madrid)

P. de Lucas Ramos (Madrid)

J.M. Díez Piña (Madrid)

L. Escosa Royo (Zaragoza)

C. Escudero Bueno (Oviedo)

E. Fernández (Barcelona)

S. Flórez Martín (Madrid)

A. García Hidalgo (Cádiz)

I. García Merino (Madrid)

J.M. González de Vega (Granada)

J. Grávalos Guzmán (Huelva)

A. Guirao García (Madrid)

I. Hernández del Rey (Barcelona)

M.A. Hernández Mezquita (Cáceres)

B. Jara Chinarro (Madrid)

A. Khalaf Ayash (Castellón)

J. López García (Las Palmas)

D. Marín Tuyà (Barcelona)

F.L. Márquez Pérez (Badajoz)

J.M. Martín Moreno (Alicante)

F. Martínez (Valladolid)

M. Mayayo Ulibarri (Madrid)

E. Monsó Molas (Barcelona)

M^a.D. Plaza Martín (Salamanca)

M^a.J. Pont Martínez (Valencia)

A.M^a. Quintas Rodríguez (Madrid)

A. Ramos Pinedo (Madrid)

F. B. Ramos Postigo (Murcia)

F. Rodríguez de Fonseca (Málaga)

E. Ruiz de Gordejuela (Bilbao)

J. Sala Felis (Oviedo)

E. Saltó i Cerezuela (Barcelona)

L. Sánchez Agudo (Madrid)

A. Sánchez Rodríguez (Salamanca)

A. Santacruz Siminiami (Murcia)

J.C. Serrano Rebollo (Toledo)

V. Sobradillo Peña (Bilbao)

B. Steen (Madrid)

P. Vaquero Lozano (Madrid)

A. Vellisco García (Sevilla)

H. Vereza Hernando (La Coruña)

J.L. Viejo Bañuelos (Burgos)

F. Villar Alvarez (Madrid)

Edita:

Respira - Fundación Española del Pulmón SEPAR

Calle Provenza 108, bajos 2^a. 08029 Barcelona

www.separ.es - separ@separ.es

ISSN (Internet): 2013-6854

D.L. (Internet): B-7935-2010

Título clave: Prevención del tabaquismo (Internet)

Título abreviado: Prev.tab. (Internet)

Consultores Internacionales

L. Dale (EE.UU.)
J.F. Etter (Suiza)
M. Fiore (EE.UU.)
C. Gratiou (Grecia)

R. Hurt (EE.UU.)
K.O. Fagerström (Suecia)
P. Hajek (Reino Unido)
J.E. Henningfield (EE.UU.)
C.R. Jaen (EE.UU.)

A. Johnston (EE.UU.)
M. Kunze (Austria)
S. Nardini (Italia)
J. Precioso (Portugal)
P. Tonnesen (Dinamarca)

Foro Autonómico de Tabaquismo de la SEPAR

Presidente

J. Ruiz Manzano (Barcelona)

Sociedades científicas integrantes AIRE

A. Cascales García (Ibiza)

ASTURPAR

M.A. Martínez Muñiz (Asturias)

NEUMOCAN

L. Pérez Negrín (S.C. Tenerife)

NEUMOMADRID

J.L. Rodríguez Hermosa (Madrid)

NEUMOSUR

P.J. Romero Palacios (Granada)

SADAR

A. Pérez Trullén (Zaragoza)

SEAR

F.L. Márquez Pérez (Badajoz)

SOCALPAR

M. Barrueco Ferrero (Salamanca)

SOCAMPAR

J.M. Ruiz de Oña Lacasta (Toledo)

SOCAP

M.N. Altet Gómez (Barcelona)

SOGAPAR

J. Tabara Rodríguez (A Coruña)

SOMUPAR

A. Santacruz Siminiani (Murcia)

SVNEUMO

J. Signes-Costa Miñana (Alicante)

SVNPR

E. Ruiz de Gordejuela Sáenz-Navarrete
(Vizcaya)

Comité ejecutivo Área de Tabaquismo de la SEPAR

Coordinador

C.A. Jiménez-Ruiz

Secretario

S. Solano Reina

Vocales

C. Esquinas
J.C. Serrano Rebollo

Representantes de la Revista Prevención del Tabaquismo

C.A. Jiménez-Ruiz (Madrid)
S. Solano Reina (Madrid)

Representante de la SEPAR en el CNPT

J.A. Riesco Miranda (Cáceres)

Prevención del Tabaquismo

Área de Tabaquismo
de la Sociedad Española
de Neumología y Cirugía Torácica

Volumen 12 · Número 3 · Julio/Septiembre

sumario

Editoriales

- 84 El proceso de adhesión a la ENSH

El process to adhere ENSH

José L. Alcázar Serrano

- 87 Tabaco y cáncer: una vieja historia

Tobacco and cancer: The old same history

Daniel Buljubasich, Susana Lühning, Rogelio Pendino

Originales

- 89 Factores predisponentes, facilitadores y reforzantes respecto al tabaquismo
entrajadores sanitarios

*Predisposing, enabling and reinforcing factors regarding smoking in
healthcare workers*

C. Moret Tatay, D. Bautista Rentero, C. González Steinbauer, P. Moliner Doménech,
R. Guaita Calatrava, V. Zanón Viguer

- 98 Diseño de una herramienta para describir la actitud, el conocimiento del tabaco
y los métodos de deshabituación tabáquica en estudiantes de farmacia

*To desing the tool for finding out attitude and knowledges about tobacco
and methods of smoking cessation among pharmacists students*

E. Muñoz Muñoz, E. García-Jiménez, F. Martínez Martínez

Artículo especial

- 109 Guía Separ para la acreditación de unidades especializadas en tabaquismo

SEPAR's Guideline to accreditation of Smoking Cessation Services

Carlos A. Jiménez Ruiz, Seguismundo Solano Reina, José Carlos Rebollo Serrano,
Cristina Esquinas

Cartas al Director

- 119 Guía de tratamiento del tabaquismo

A. García-Tenorio Damasceno

- 121 Estrategias para dejar de fumar: el valor de la propia experiencia

Jorge Bello Mayoraz, Gabriel Martín Pueyo

- 123 Tabaquismo: el problema de la financiación

MA. Martínez Muñiz, F. Álvarez Navascués, MA. Villanueva Montes

El proceso de adhesión a la ENSH

José L. Alcázar Serrano

Unidad de Tabaquismo. Instituto Nacional de Silicosis (HUCA). Oviedo. Servicios Sanitarios del Principado de Asturias

84

Si aceptamos que “El Tabaquismo es la primera causa de enfermedad evitable y muerte prematura en nuestra sociedad,”^{1,2} y que el consumo de tabaco es un factor de riesgo de seis de las ocho causas principales de mortalidad en el mundo³, como profesionales sanitarios, debemos ofrecer una respuesta terapéutica ante esta nueva epidemia que recorre el mundo.

Esta actitud se encuentra amparada por una amplia panoplia de Legislación⁴⁻⁷, Convenios⁸ y Estrategias⁹ aunque, como señala Riesco Miranda¹⁰ y evidencia la propia Área de Tabaquismo de la SEPAR¹¹, su impacto en nuestro país es muy limitado.

Conscientes de esta deficiencia, una vez más abordamos un nuevo intento de implantar una política hospitalaria de espacios sanitarios sin humos, amparándonos en la estructura de la Red Global de Servicios Sanitarios Libres de Tabaco (ENSH)¹². Esta organización, independiente, internacional y sin ánimo de lucro, comenzó

a promover el control del tabaco en los hospitales en 1999, transformándose más tarde en Red Europea y, finalmente, en Red Global en 2009. Su principal objetivo lo constituye el desarrollo de una estrategia común activa en la prevención y cese del tabaquismo en los servicios sanitarios y se rige por un Código basado en 10 puntos que sirven de pauta de actuación para la consecución del objetivo final. El decálogo es el siguiente:

- Implicar a los responsables de la toma de decisiones. Designar un grupo de trabajo y rechazar el patrocinio de la industria tabacalera.
- Desarrollar una estrategia y un plan de acción para implantar las políticas sin tabaco. Informar a todo el personal, pacientes/residentes y a toda la comunidad.
- Establecer un plan de formación para instruir a todo el personal sobre el abordaje del paciente fumador.
- Proporcionar medios para la deshabituación tabáquica de pacientes y personal, y garantizar el seguimiento y apoyo después del alta.
- Trabajar en la consecución de una organización sin tabaco. Si se mantienen áreas de fumadores, deberían estar claramente indicadas.
- Adoptar una señalización apropiada, que indique que es una organización sin tabaco. Suprimir cualquier elemento incitador del consumo de tabaco (ceniceros, venta de tabaco, etc.).

Correspondencia:

José L. Alcázar Serrano
Unidad de Tabaquismo. Hospital Universitario
Central de Asturias.
Instituto Nacional de Silicosis
C/ Dr. Bellmunt, s/n. 33006-Oviedo
E-mail: joseluis.alcazar@sespa.princast.es

Recibido: 18 de octubre de 2010. *Aceptado:* 8 de noviembre de 2010
Prev Tab 2010;12(3):84-86

- Designar recursos humanos y sistemas de apoyo para proteger y promover la salud de los trabajadores de la organización.
- Promover actividades de control del tabaquismo a nivel comunitario.
- Actualizar y ampliar la información de acuerdo con el desarrollo de las políticas libres de tabaco. Asegurar la continuidad y garantizar la calidad.
- Primero convencer, luego persuadir y por último recurrir a la sanción y las normas sólo si es necesario.

La pertenencia a dicha Red implica el cumplimiento progresivo de 10 Estándares preestablecidos y en la actualidad forman parte de esta organización más de 70 hospitales españoles, bien como miembros asociados (individualmente), bien como miembros corporativos (comunidades autónomas).

Recientemente el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) ha firmado el compromiso de adhesión a la Red Global de Servicios Sanitarios Libres de Tabaco (ENSH) avanzando en el desarrollo de la política sanitaria auspiciada en el *Programa de Prevención y Control del Tabaquismo de la Conserjería de Salud del Principado de Asturias (2009-2012)*. La Unidad de Tabaquismo ubicada en la actualidad en el Instituto Nacional de Silicosis (INS) se ha constituido en el centro de referencia técnico para el desarrollo de toda la estrategia de implantación en el HUCA, siendo por tanto la Unidad encargada de elaborar las estrategias, indicadores y documentación de apoyo al proceso, así como de atender las demandas de pacientes derivados de cualquier servicio o consulta del HUCA.

El primer paso en la elaboración del proyecto consistió en el debate y maduración de la idea con el Director del Área del Pulmón (denominación actual del anterior Jefe de Servicio) para presentar a la Gerencia del Hospital el *Documento de Compromiso de Adhesión*, explicitando de manera franca que este compromiso, firmado por la Gerencia, es una declaración por la que la organización ha de contribuir a promover los principios de la *European Network for Tobacco Free Healthcare Services* (ENSH), y trabajar en la implementación del Código de servicios sanitarios sin tabaco y de los estándares de la ENSH, compartiendo información y experiencias dentro de su comunidad autónoma o país y con los miembros de la Red. Este compromiso, que no conlleva coste en forma de cuota inicial, supone la aceptación implícita por parte de la gerencia de un proceso de “reingeniería de recursos”, tanto humanos como materiales, existentes en la

actualidad en el propio hospital y por tanto sin gasto adicional.

El segundo eslabón en la cadena fue la remisión del *Cuestionario de Autoevaluación* de la ENSH, completamente cumplimentado, junto con un *Plan de Desarrollo* con acciones específicas para la implementación de los estándares de la ENSH dentro de su organización. Para la confección de dicho cuestionario fue preciso establecer un consenso entre varios miembros del hospital, implicados en la política de cesación tabáquica, acerca del grado de cumplimiento (No desarrollado / Menos de la mitad desarrollado / Más de la mitad desarrollado / Completamente desarrollado) de los 10 Estándares del cuestionario. Se trató de decidir con realismo cuál era el punto de partida en el momento actual, olvidando posibles logros de antaño coincidentes con planes previos, publicitados a todo bombo, que el tiempo y la miope falta de implicación de algunos “directivos del sistema” devinieron en “normas” en desuso y en dejación de “obligaciones legales”.

Actualmente nos encontramos inmersos en el desarrollo del proyecto en nuestro hospital y como miembro asociado de la ENSH consideramos parte de nuestros objetivos prioritarios: “4. Defender y apoyar el establecimiento de una red nacional o regional de servicios de salud libres de tabaco que implemente los objetivos, estándares y política de la ENSH dentro de su región o país”.

Animamos pues a los lectores de la revista *Prevención del Tabaquismo* a contactar con la Red e impulsar la adhesión a la misma como vía para la consecución de un Hospital Libre de Tabaco.

BIBLIOGRAFÍA

1. Centers for Disease Control and Prevention. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses—United States, 1997-2001. *MMWR* 2005;54:625-8.
2. McGinnis JM, Foege WH. Actual causes of death in the United States. *JAMA* 1993;270:2207-12.
3. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006;3(11): e442.
4. Ley 20/1985, de 25 de julio, de prevención y asistencia en materia de sustancias que puedan generar dependencia. BOE 1993/09084.
5. Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población. BOE-A-1988-5966.

6. Ley Foral 6/2003, de 14 de febrero, de prevención del consumo de tabaco, de protección del aire respirable y de la promoción de la salud en relación al tabaco. BOE-A-2005-21261.
7. Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE-A-2005-21261.
8. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, OMS-2003,(reimpresión actualizada 2004, 2005).
9. MPOWER: un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. OMS, 2008
10. Riesco Miranda JA.¿Por qué necesitamos una nueva ley antitabaco en España?. *Prev Tab* 2008;10(3):123-4.
11. Jiménez Ruiz C, Riesco Miranda JA, Hurt RD, Ramos Pinedo,A, Solano Reina S, Carrión Valero F. Study of the impact of laws, regulating tobacco consumption on the prevalence of passive,smoking in Spain. *Eur J Public Health* 2008;18:622-5.
12. <http://www.ensh.eu/ensh/racine/>. <http://www.xchsf.com/> (E-mail:ensh@iconcologia.net)

Tabaco y cáncer: una vieja historia

Daniel Buljubasich¹, Susana Lühning², Rogelio Pendino³

¹Neumólogo Sanatorio Nuestra Señora del Rosario, Argentina. ²Hospital Nacional de Clínicas, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina. ³Neumólogo, Sanatorio Parque, Rosario, Argentina

87

Revisando la literatura respecto al potencial carcinogénico de la nicotina de reemplazo encuentro un artículo reciente, publicado en el 2009 por Murray en *Nicotine & Tobacco Research*, en el que concluye que no existe evidencia suficiente de que la TRN provoque cáncer¹.

Casi por casualidad tengo acceso a un artículo, no tan nuevo (del año 1940) publicado en una revista alemana. El autor es un médico argentino, el Dr. Angel Roffo, que sugiere más o menos lo mismo pero simplemente - y no es un dato menor - hace 70 años. Me resultó sumamente interesante el artículo y el hecho de que haya sido escrito en un momento en que poco se sabía de esto.

A raíz de este verdadero hallazgo, quiero hacer algunos comentarios respecto a la historia tan particular del Dr. Angel Roffo, para algunos “el padre olvidado de la carcinogénesis experimental del tabaco”².

Nacido en Buenos Aires en 1882, se graduó en medicina en 1909 con la tesis: “El cáncer, contribución a su estudio”.

Fue a partir de 1920 que realizó numerosos viajes a Europa donde se relacionó con científicos importantes, como Madame Curie por ejemplo. Junto con su esposa fundó el Instituto de Medicina Experimental (hoy Instituto Oncológico que lleva su nombre) y la Liga Argentina de Lucha Contra el Cáncer (LALCEC) entidad señera en nuestro país, aún en vigencia y que lleva según su propio slogan “89 años luchando contra el cáncer”

Durante la década de los '30 y principios de los '40 publicó una serie de trabajos que fueron, sin lugar a dudas, pioneros en el campo de la carcinogénesis experimental debida al tabaco, y que fueron los primeros que generaron el concepto de que muchos de los cánceres más conocidos en el mundo podían prevenirse.

Usando diferentes métodos experimentales, Roffo demostró que los cánceres a lo largo de la “vía del humo del tabaco” (labios, lengua, garganta, carrillo, bronquios) debían ser causados por la exposición a los alquitranes liberados en el humo del tabaco. Fue todavía mas allá, relacionó por primera vez el cáncer de vejiga con el tabaco.

Publicó sus trabajos experimentales en 1931 en “El rol del tabaco en el cáncer de vejiga. En ellos ya decía que, si bien por observación clínica era evidente la re-

Correspondencia:

Daniel Buljubasich.

Sanatorio Nuestra Señora del Rosario, Rosario, Argentina.

Sarmiento 3125. 2000 Rosario Argentina

E-mail: dbulju@gmail.com

Recibido: 11 de noviembre de 2010. Aceptado: 15 de noviembre de 2010
Prev Tab 2010;12(3):87-88

lación cáncer-tabaco en muchos casos, era necesario documentar el fenómeno a través de experimentos en animales. Así fue que separó el humo del tabaco por destilación en 3 productos que frotó en las orejas de 3 grupos de 10 conejos y encontró que las fracciones que contenían alquitranes eran capaces de producir cáncer, que no se desarrollaba cuando se aplicaba nicotina sola o componentes inorgánicos como el cloruro de amonio o monóxido o dióxido de carbono aún cuando se prolongara el tiempo de la exposición.

Realizó varios experimentos más con conclusiones trascendentales como: “el tabaco es altamente carcinogénico y esto es una propiedad del alquitrán obtenido a temperaturas de 350° C, la nicotina en cambio, se descompone a menos de 100° C”. Describió también el efecto de las sustancias que contienen bencenos: benzopirenos, benzantracene y dibenzanthracene, y demostró que el tabaco rubio era igual de cancerígeno que el tabaco negro. Por eso decía: “hay que tomar medidas preventivas contra los cánceres causados por el tabaco, particularmente en mujeres que han comenzado a fumar tabaco rubio”.

En otro párrafo advierte: “si solo 100 gramos de alquitrán son necesarios para causar varios tumores en conejos en un tiempo de 10 meses, es fácil saber lo que le pasaría a un ser humano que consuma, fumando, 700 ml de alquitrán en ese tiempo, considerando además que la mucosa humana es menos resistente que la piel de los conejos.

En una publicación del año 1939 “Benzopirenos carcinogénicos en el Alquitrán del Tabaco” llega a la conclusión que el alquitrán es responsable de carcinomas agresivos y metastásicos al observar que la mayoría de los animales morían en un lapso de 1 a 2 años. Basados en su modelo experimental comprobó que el fuerte efecto carcinogénico del tabaco depende fundamentalmente de los benzopirenos.

Continúa su artículo diciendo que es absolutamente necesario, dados los resultados de sus trabajos experimentales, *una enérgica campaña contra el mal hábito de fumar, como una manera de prevenir el cáncer.*

Vuelve a sorprender con otro enunciado: “nuestros experimentos proveen la respuesta a la frecuente pre-

gunta de por qué no todos los fumadores contraen cáncer: es que el segundo factor necesario para desarrollar cáncer es la *predisposición genética*, la cual, afortunadamente, no está presente en todas las personas como tampoco en todos los animales, pero una predisposición genética pueden ser influenciada por muchas cosas y tan pronto como la condición se ha cumplido, un fumador muere de cáncer”³.

Hoy no uno, sino millones de fumadores mueren a causa del tabaco, y el tiempo transcurrido (70 años!!) nos hace pensar que algo no hemos hecho bien. Estoy seguro que los números serían muy distintos si hubiéramos oído los dichos casi proféticos de verdaderos científicos que supieron adelantarse a su época.

Este es nuestro humilde reconocimiento a Angel Roffo, un gran hombre y excelente investigador que no merece de ninguna manera ser el padre olvidado sino permanecer en nuestro recuerdo como aquel que se adelantó a su tiempo.

Tomamos de él una frase que usaba: “*El alquitrán del tabaco produce cáncer. No fume, SEA HOMBRE DE CARÁCTER*”, palabras absolutamente impensadas en una época donde el fumar daba status definitivo de hombre.

BIBLIOGRAFÍA

1. Robert P Murray, John E. Connect, Lisa M Zapawa. Does nicotine replacement therapy cause cáncer? Evidence of the lung health study. Nicotine & Tobacco Research July 1 2009.
2. Angel H Roffo: el padre olvidado de la carcinogénesis experimental del tabaco. Bull World Health Organ vol.84 no.6 Ginebra June 2006 Public Health Classics. Disponible en: <http://www.tabacoysalud.com.ar/oms1/angelroffo.html>.
3. Roffo . A. H. The carcinogenic effects of tobacco. Monatsschrift für Krebsbekämpfung Vol. 8, Issue 5, 1940. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2627372>.

Factores predisponentes, facilitadores y reforzantes respecto al tabaquismo en trabajadores sanitarios

C. Moret Tatay, D. Bautista Rentero, C. González Steinbauer, P. Moliner Doménech,
R. Guaita Calatrava, V. Zanón Viguer

Servicio de Medicina Preventiva Hospital "Dr. Peset"

RESUMEN

Objetivos: Ante la elevada prevalencia de tabaquismo que continúa existiendo entre el personal sanitario, se ha llevado a cabo este estudio a fin de identificar y analizar los Factores Predisponentes, Facilitadores y Reforzantes (PRECEDE) respecto al tabaquismo en trabajadores de un Hospital Universitario Valenciano.

Métodos: Se ha realizado un estudio cualitativo transversal, basado en un cuestionario no estructurado sobre los factores que motivan el consumo de tabaco en una muestra aleatoria de 120 trabajadores del Hospital Universitario Dr. Peset, diferenciándose cuatro categorías (n=30): Nunca fumadores, Fumadores habituales, Ex Fumadores sin recaída y Fumadores tras recaída.

Resultados: Los principales factores PRECEDE identificados en cada grupo fueron:

Nunca Fumadores: Predisponentes (Conocimiento, "sé que es perjudicial"), Facilitadores (entorno familiar no fu-

mador) y Reforzantes (Experiencia, "lo probé y no me gustó").

Fumadores: Predisponentes ("fumar es mi vicio"), Facilitadores (situaciones de estrés) y Reforzantes ("me hace sentir bien").

Ex Fumadores sin Recaídas: Predisponentes (problemas de salud), Facilitadores (deporte, presión familiar y social) y Reforzantes (ahorro económico).

Fumadores tras Recaída: Predisponentes (creencia "por uno no pasa nada"), Facilitadores (entorno de fumadores) y Reforzantes (sensación de calma).

Conclusiones: Según el estudio realizado, es recomendable que los programas de educación sanitaria contra el tabaquismo en el ámbito hospitalario presten especial atención a los factores relacionados con falsas creencias todavía existentes en el personal sanitario, así como a los entornos de los fumadores.

Palabras clave: Modelo PRECEDE. Tabaquismo. Trabajadores Sanitarios. Investigación cualitativa.

SUMMARY

Objectives: Since a high prevalence of tobacco addiction continues existing among healthcare workers, this study has been carried out in order to identify and to analyze Predisposing, Enabling and Reinforcing factors (PRECEDE) regarding smoking habits in healthcare workers at a Valencian University Hospital.

Methods: We performed a qualitative cross-sectional study based on a non-structured questionnaire about factors that motivate smoking habit. A random sample of 120 health-

Correspondencia:

Daniel Bautista Rentero
Servicio de Medicina Preventiva. Hospital "Dr. Peset"
Gaspar Aguilar, 90. 46017 Valencia
E-mail: bautista_dan@gva.es

Recibido: 5 de mayo de 2010. *Aceptado:* 13 de julio de 2010
Prev Tab 2010;12(2):89-97

care workers from Dr Peset University Hospital were interviewed and distributed among four categories (n=30): Non-smokers, Smokers, Ex- Smokers without relapses and Smokers with relapse.

Results: The most important PRECEDE factor for each group was:

Never-smokers: Predisposing (Knowledge, "I know that smoking is detrimental to health"), Enabling (non-smoker's family environments) and Reinforcing (Experience, "I tried it and I did not like it").

Smokers: Predisposing ("smoking is my vice") Enabling (stressful situations) and Reinforcing ("it makes me feel good").

Ex-Smokers without Relapses: Predisposing (Health problems), Enabling (Sport, family Pressure and social Perception) and Reinforcing (Cost).

Smokers after Relapse: Predisposing (Belief It's just one cigarette), Enabling (smoker's environment) and Reinforcing (sensation of calm).

Conclusions: According to this study, health promotion programs against smoking in hospitals should pay special attention to factors related to false beliefs among healthcare workers and smoker's settings.

Key words: PRECEDE model. Smoking. Healthcare workers. Qualitative research.

INTRODUCCIÓN

La actitud del personal sanitario respecto al tabaquismo ejerce una importante influencia sobre la población general, por lo que este colectivo puede desempeñar un papel modélico, de apoyo y educador en la sociedad¹⁻³. Uno de los principales motivos que refieren los ex fumadores para haber dejado de fumar es el consejo médico, consejo cuya práctica depende directamente de la actitud personal del médico ante el tabaco^{4,5}. Se han realizado múltiples estudios sobre tabaquismo en el personal sanitario; sin embargo, la prevalencia de tabaquismo en este colectivo continúa siendo elevada^{4,6-8}, siendo en los hospitales más frecuente que en la atención primaria⁹.

Cuando un paciente recibe consejo médico para el abandono del tabaco, bien sea solicitado de forma activa o recibido pasivamente, la efectividad de éste disminuye cuando el sanitario que lo facilita es también fumador. La reducción de fumadores dentro de este personal transmitiría a la población un modelo de estilo de vida saludable, repercutiendo muy positivamente sobre el consejo de abandono del consumo de tabaco a los fumadores, el cual, sería mucho más poderoso, creíble y efectivo.

Una mejor identificación de los factores determinantes respecto al tabaquismo en los trabajadores sanitarios

ayudaría a desarrollar programas de deshabituación tabáquica más efectivos. El modelo PRECEDE^{10,11} puede proporcionar un marco para dicha identificación. Este modelo propone que los comportamientos de salud están influidos por factores predisponentes (características que motivan o conducen a un comportamiento, incluyendo los conocimientos y creencias), factores facilitadores (características que facilitan o son necesarias para llevar a cabo el comportamiento, tales como las aptitudes personales o recursos del medio) y factores reforzantes (las recompensas o castigos).

Se ha llevado a cabo este estudio con el propósito de identificar, describir y analizar cualitativamente los factores predisponentes, facilitadores y reforzantes respecto al consumo de tabaco en trabajadores de un Hospital Universitario Valenciano.

MÉTODOS

Se ha realizado un trabajo de investigación cualitativa basado en un diseño transversal mediante un cuestionario no estructurado sobre los factores que motivan la conducta respecto al consumo de tabaco en un total de 120 trabajadores sanitarios del Hospital Dr. Peset de Valencia, incluyendo personal de enfermería, médicos, técnicos y celadores. El Hospital Dr. Peset es un hospital público, docente, de tercer nivel, con 529 camas de agudos y aproximadamente 1900 trabajadores. Se seleccionaron aleatoriamente cuatro muestras de 30 trabajadores, agrupados según su relación actual con el tabaquismo. Estas categorías se adaptaron a partir de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud¹², quedando definidas de la siguiente manera:

Nunca fumador (NF). Aquel sujeto que nunca ha fumado de modo habitual.

Fumador habitual (FH). Persona que fumaba diariamente en el momento de la encuesta y que nunca había estado más de 6 meses sin fumar.

Fumador tras recaída (FR). Aquella persona que ha vuelto a fumar diariamente tras haber estado sin fumar un período mínimo de 6 meses.

Ex Fumador sin recaída (EF). Persona que era fumador habitual y actualmente lleva sin fumar más de 6 meses.

Se excluyeron del estudio a los fumadores ocasionales que no consumen tabaco diariamente y a los que están en proceso de deshabituación con abstinencia menor de 6 meses.

A partir del registro de historias clínicas laborales del Servicio de Medicina Preventiva, se seleccionaron aleatoriamente números de historia hasta completar 30 trabajadores por cada grupo, los cuales, participaron de forma voluntaria y desinteresada en el estudio. Los cuestionarios fueron cumplimentados por personal entrenado durante el primer semestre de 2009, sin registrar datos de identificación de los trabajadores entrevistados.

Se recogió información sobre edad, sexo, tiempo de consumo de tabaco y/o tiempo sin fumar. De acuerdo con el modelo PRECEDE, a los encuestados se les pidió que citaran los motivos, circunstancias o situaciones que hubieran influido en su conducta actual respecto al tabaquismo (abandono, recaída, seguir fumando o sin fumar). También, se les preguntó sobre las consecuencias, ventajas e inconvenientes de haber llevado a cabo esa conducta.

RESULTADOS

Se entrevistaron a 36 hombres y 84 mujeres, con una mediana de edad de 42 años y un rango comprendido entre 23 y 66 años.

Los trabajadores estudiados refirieron un total de 335 motivos respecto al tabaquismo (Tabla 1). Globalmente, podemos observar el predominio de los factores Predisponentes, excepto en el grupo de fumadores.

Los entrevistados del grupo de NF (Tabla 2) refirieron más comúnmente factores predisponentes, por lo general relacionados con los conocimientos sobre los efectos nocivos del tabaco. En cuanto a los factores facilitadores, estos se asociaron principalmente a entornos de No fumadores y los factores Reforzantes, a experiencias negativas previas.

Respecto a la categoría de FH (Tabla 3), los factores reforzantes fueron los principales. Un alto número de respuestas obtenidas en este grupo de factores estaban relacionadas con los efectos del tabaco, por ejemplo “Me hace sentir bien”. En cuanto a los factores facilitadores, los trabajadores sanitarios refirieron fundamentalmente el estrés, las reuniones sociales y el café. También se encontraron algunos factores predisponentes, identificándose sobre todo falsas creencias.

Entre las respuestas del grupo EF (Tabla 4) destacaron los factores predisponentes, manifestando los problemas de salud como consecuencia del tabaquismo. También, refirieron el ahorro económico como principal factor reforzante. Respecto a los factores facilitadores, predominaron respuestas relacionadas con el deporte, la nueva percepción social y la presión familiar.

Finalmente los sujetos FR (Tabla 5) refirieron factores predisponentes, en su mayoría relacionados con falsas creencias (ejemplo: “Por uno no pasa nada”). A su vez en los factores reforzantes se obtuvieron, y como ya se percibió en sujetos del grupo FH, respuestas relacionadas con los efectos del fumar (por ejemplo, “el tabaco me relaja”). Entre los factores facilitadores, se identificaron principalmente las situaciones estresantes.

DISCUSIÓN

El presente estudio cualitativo muestra los principales motivos que provocan el hábito de fumar o no fumar, partiendo de un análisis muy detallado del problema mediante la incorporación del modelo PRECEDE. No obstante, existen aún algunos interrogantes fundamentales sobre las variables que han sido objeto de análisis en nuestro estudio, tanto en lo referente a su papel en el proceso como a la interrelación entre los diferentes factores. Esto podría marcar nuevas líneas de investigación en el futuro. Con los factores predis-

Tabla 1. Distribución (recuento) de Factores PRECEDE en No Fumadores, Fumadores, Ex Fumadores sin recaídas y Fumadores tras recaída

Factores	No fumador	Fumador	Ex fumador (sin recaída)	Fumador (tras recaída)
Predisponentes	56	6	38	41
Facilitadores	9	34	10	36
Reforzantes	25	49	17	14
Total	90	89	65	91

Tabla 2. Factores PRECEDE en Nunca Fumadores

Factor precede	Recuento
Predisponentes	
Sé que es perjudicial	13
No me gustan los ambientes con humo	11
Es un hábito sin sentido	7
Nunca me ha apetecido	7
Es un hábito molesto	3
No quiero adquirir adicciones	2
Me Molesta el olor de la casa de un fumador	2
No me gusta el sabor	2
Me desagradan los dientes amarillos de los fumadores	1
Factor de riesgo diabetes	1
Factor de riesgo asma	1
Factor de riesgo bronquitis	1
Por la educación que he recibido	1
Pérdida de tiempo	1
Provoca enfermedades	1
Porque quiero	1
Porque soy una persona sana	1
Facilitadores	
Entorno Familiar no Fumador	6
Nadie fuma en el Trabajo	1
La sociedad percibe a los fumadores como viciosos	1
Entorno de amigos es fumador	1
Reforzantes	
Experiencia: Lo probé y no me gustó	13
Ahorro económico	10
Familiar fallecido como consecuencia	1
Apoyo médico	1

ponentes, facilitadores y reforzantes identificados, se pretende elaborar un cuestionario estructurado que pueda ser usado en una próxima investigación cuantitativa sobre tabaquismo mediante un diseño de casos y controles.

Respecto a los conocimientos y actitudes de los trabajadores entrevistados, el análisis por grupos nos muestra un alarmante número de falsas creencias dentro del personal sanitario. Es necesario puntualizar que estas falsas creencias suelen encontrarse en los factores predisponentes de grupos de FH y FR, mientras que en los grupos NF y EF manifestaron muchos conocimientos sobre los efectos perjudiciales del hábito,

pudiendo ser éste el motivo para no fumar, o en su caso, para no volver al hábito. Sin embargo, llama la atención el poco peso de los factores predisponentes en el grupo de FH, tal vez por no querer reconocer sus creencias sobre el tabaco o por no recordar o no querer recordar los factores que les iniciaron a fumar y que les motivan para seguir fumando.

Según Fiore¹³ menos de un 10% de los sujetos que desea dejar de fumar lo consigue al cabo de un año, por ello los programas de deshabituación tabáquica han prestado especial interés al proceso de recaídas. En cuanto a los resultados obtenidos en nuestro estudio, por un lado, los sujetos FR apenas manifestaron el

Tabla 3. Factores PRECEDE en Fumadores

Factor precede	Recuento
Predisponentes	
Fumar es mi vicio	3
Desconocimiento	1
Porque quiero	1
Porque soy fumador y eso no se puede cambiar	1
Facilitadores	
Estrés	9
Situaciones sociales	6
Con el café	5
Después de comer	4
Situaciones de ansiedad	2
Otros modelos fumadores en el trabajo	2
Momentos de mucha actividad	1
Momentos de ocio	1
Cuando estoy aburrido	1
Donde sabes que puedes fumar	1
Situaciones especiales y personales	1
Salir de fiesta	1
Reforzantes	
Me hace sentir bien	10
Por hábito / costumbre	9
Me gusta el sabor y olor	9
Mejor relación con amigos fumadores	5
Para evitar ponerme nervioso si no tengo tabaco	4
Me gusta el efecto	4
Mejor relación con familiares fumadores	2
Ocasiones especiales como premio	1
Me gusta el hecho de encenderme un cigarrillo	1
Me gusta tener algo en las manos	1
Me da sensación de tranquilidad	1
Me gusta que el tabaco se consuma en el cenicero	1
Me gusta estéticamente	1

deseo intenso de fumar o craving como motivo, pero sí un alto número de factores predisponentes como falsas creencias y estados motivacionales. En cuanto a los factores facilitadores de este mismo grupo se identificó el entorno, las celebraciones y reuniones sociales como situaciones que facilitan la conducta de fumar. Esto se correspondería con el modelo del aprendizaje social¹⁴, en el que se propone una fuerte asociación

entre la conducta y el ambiente. Adicionalmente, las situaciones de estrés referidas en este grupo de factores podrían deberse a la percepción de falta de habilidades descritas por Marlatt y Gordon^{15,16}. Según estos autores existen determinantes situacionales o situaciones de alto riesgo en las que es mayor la probabilidad de que se produzca la recaída, y donde el modo en el que se enfrente la persona juega un papel crucial.

Tabla 4. Factores PRECEDE en Ex Fumadores sin recaídas

Factor precede	Recuento
Predisponentes	
Problemas de Salud	12
Decisión propia	5
No quiero ser dependiente	4
Es perjudicial en el embarazo	4
Me estaba enganchando	3
Olor desagradable	2
Amor propio	1
Me molestaba en los ojos	1
Madurez	1
Hábito asqueroso	1
No tenía ninguna necesidad	1
Hábito inútil	1
Llevaba mucho tiempo	1
Porque quería	1
Facilitadores	
Deporte	2
Presión familiar	2
Percepción social	2
Normativa de no fumar	1
No molestar a los no fumadores	1
Por el trabajo	1
Otra gente que lo estaba dejando me presionaban	1
Reforzantes	
Coste Económico	6
Mi Pareja no fuma	3
Amigos dejaron de fumar	3
Me sentaba mal a veces	2
No me resultaba placentero	1
Familiar fallecido a causa del tabaco	1
Mal modelo para mis hijos	1

Por otro lado, la mayoría de sujetos ex-fumadores sin recaídas coincidieron en un motivo principal para no volver al hábito de fumar: los efectos perjudiciales del tabaquismo sobre la salud. Aunque se supone que los profesionales sanitarios poseen suficientes conocimientos sobre los efectos del tabaco (con variaciones según la categoría profesional o especialidad), una mayor sensibilización sobre estos efectos podría

contribuir a evitar las recaídas. Respecto a los factores facilitadores de este mismo grupo, se hizo referencia a la adquisición de nuevos hábitos como el deporte, a la presión familiar y a variables ambientales que pueden incluir características comunitarias como la percepción de la normativa respecto al tabaco. Finalmente en los factores reforzantes queda reflejada la importancia del apoyo de la pareja.

Tabla 5. Factores PRECEDE en Fumadores tras recaída

Factores Precede	Recuento
Predisponentes	
Por uno no pasa nada	7
Me apetecía	5
Pensaba que podía controlarlo	5
Porque ser fumador social no es perjudicial	4
Fumar es mi vicio	3
Me gusta fumar	3
Lo necesitaba	2
Soy una persona ansiosa	2
Podía dejarlo cuando quisiera	1
Me acordaba de los buenos momentos	1
Echaba de menos el hábito	1
Nunca lo dejé para siempre	1
Siempre recuerdas el hábito	1
Me siento decaído	1
No pensaba que pudiera engancharme	1
Soy fumador y eso no se puede cambiar	1
Dependencia psicológica	1
Sé que voy a recaer porque ya había recaído antes	1
Facilitadores	
Entorno de fumadores	6
Situaciones de Estrés	5
Celebraciones	5
Reunión social	3
Con un café	3
Fiesta con amigos	2
Situaciones de nervios	2
Momento de ocio	2
Con una copa	2
Ese día estaba susceptible	1
Discusión pareja	1
Pareja que es fumadora me ofreció	1
Exámenes	1
Problemas de trabajo	1
Compañeros fumadores en el trabajo	1
Reforzantes	
Sensación de Calma	2
Me gusta el sabor	2
Sensación de tranquilidad	2
Me gusta el olor	1
Me gusta la sensación de tener algo en las manos	1
Fumar es mi Recompensa	1
Me gusta el efecto	1
Entorno de fumadores	1
Sensación de Evasión	1
Me ayuda a concentrarme	1
Me relaja	1

Se han realizado pocos estudios sobre los motivos y conocimientos con respecto al tabaco en personal sanitario. En un estudio¹⁷, se identificaron como principales motivos para no fumar la salud y ejemplo para los hijos. Sin embargo, en otro trabajo¹⁸ no se encontraron diferencias significativas entre los motivos de las personas que con éxito abandonaron el hábito tabáquico y los que no lo consiguieron.

En diversos trabajos¹⁹⁻²² se identificaron factores “predisponentes” y “precipitantes” enfocados al proceso de recaídas en población general. En ellos se describen factores predisponentes como la edad, profesión, nivel socioeconómico, estado civil, habilidades de afrontamiento, estado de ánimo, actitudes, consumo de otras sustancias, salud, años de consumo, intentos previos de abandono o síntomas de abstinencia, mientras que como factores precipitantes se identificaron factores ambientales, situaciones de riesgo, situaciones de estrés y otras situaciones sociales. Cabe resaltar que los factores predisponentes y precipitantes de estos estudios se asemejan a los factores predisponentes y facilitadores del modelo PRECEDE obtenidos en nuestro estudio.

Ante la gravedad del problema del tabaquismo y la conveniencia de orientarse hacia grupos de alta influencia como son los profesionales de la salud, resulta de gran interés planificar intervenciones para reducir el consumo de tabaco entre el personal sanitario. El primer paso en el diseño de las estrategias de deshabitación tabáquica dirigidas al colectivo de profesionales sanitarios debería basarse en un diagnóstico comportamental como el establecido por el modelo PRECEDE, con el propósito de adaptar dichas estrategias a las peculiaridades de esta población y obtener más éxito para motivar este cambio de conducta.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. El papel del médico. Europa sin tabaco. Programa “Europa contra el cáncer”. Oficina Regional Europea de la OMS y Comisión de las Comunidades Europeas; 1988. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/euro/sfe/sfe_1_spa.pdf. Consultada: Enero - marzo de 2010.
2. Nerín I, Guillén D, Mas A, Crucelaegui A. Evaluación de la influencia que ejerce la facultad de medicina en los futuros médicos respecto al tabaquismo. *Arch Bronconeumol*. 2004;40: 341-7.
3. Pederson LL, Wanklin JM, Baskerville JC. The role of health beliefs in compliance with physician advice to quit smoking. *Soc Sci Med*. 1984; 19: 573-80.
4. Rodríguez E. Consumo y actitudes sobre el tabaco entre el personal sanitario del Principado de Asturias (España). *Trastornos adictivos*. 2004;6: 34-9.
5. Nerín I, Guillén D, Más A, Sánchez Agudo L. Estudio de tabaquismo en una Facultad de Medicina: Prevalencia y actitudes en estudiantes y profesores. *Prev Tab*. 2000;2: 166-72.
6. Gil E, Robledo T, Rubio JM, Bris MR, Espiga I, Saiz I. Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del Insalud 1998, España. *Prev Tab*. 2000;2:22-31.
7. Nieto ML. Epidemiología del Tabaquismo. En: Tabaquismo. Una perspectiva desde la Comunidad Valenciana. Valencia: Conselleria de Sanitat; 2000;29-36.
8. Alonso Fernández M, Pérez Vidal MS, García Clemente M, Díaz Ruisánchez E, García Barrio I. Prevalencia del tabaquismo y actitud frente al mismo entre los médicos de Atención Primaria. *Prev Tab*. 2009;11:4-9.
9. Fernández Ruiz ML, Sánchez Bayle M. Evolución de la prevalencia de tabaquismo entre las médicas y enfermeras de la Comunidad de Madrid. *Gac Sanit*. 2003;17:5-10.
10. Green LW, Kreuter MW. Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach, 2nd edition. Palo Alto: Mayfield Publishing Co.; 1991.
11. Green LW, Kreuter MW. Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach, 4th edition. NY: McGraw-Hill Higher Education; 2005.
12. World Health Organization. Guidelines for Controlling and monitoring the tobacco epidemic. Geneva: WHO library; 1998.
13. Fiore MC, Novotny TC, Pierce JP, Giobino GA, Hatzianandreu EJ, Newcomb PA, et al. Methods used to quit smoking in the United States. Do cessation programs help? *JAMA*. 1990; 263: 2760-5.
14. Bandura A. Social Foundations of thoughts and Actions. Englewood Cliff, NJ: Prentice Hall; 1986.
15. Marlatt GA, Gordon JR. Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. En: Davidson PO & Davidson SM (Eds) Behavioral Medicine: Changing health lifestyles. Elmsford, NY: Pergamon; 1980;410-452.
16. Marlatt GA, Gordon JR. Relapse prevention: maintenance strategies in addictive behavior change. New York: Guilford, 1985.
17. Shiffman S. Relapse following smoking cessation: A situational analytic. *J Consult Clin Psychol*. 1982; 50: 71-86.
18. Shiffman S. A cluster analytic classification of smoking relapse episodes. *Addict Behav*. 1986; 11: 295-307.

19. Shiffman S, Paty JA, Gnys M, Kassel JA y Hickox M. Progression of a smoking lapse and relapse: prediction from abstinence violation effects, nicotine dependence, and lapse characteristics. *J Consult Clin Psychol*. 1996; 64: 993-1002.
20. Shiffman S, Hickcox M, Paty J, Gnys M, Richards T, Kassel JD. Individual differences in the context of smoking relapse episodes. *Addict Behav*. 1997; 22:797-811.
21. Halpern MT, Carner KE. Motivations for smoking cessations: a comparison of successful quitters and failures. *J Subst Abuse*. 1993;5:47-56.
22. Hymowitz N, Cummings KM, Hyland A, Lynn WR, Pechacek TF, Hartwell TD. Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. *Tob Control*. 1997; 6 Suppl 2: S57-62.

Diseño de una herramienta para describir la actitud, el conocimiento del tabaco y los métodos de deshabituación tabáquica en estudiantes de farmacia

E. Muñoz Muñoz¹, E. García-Jiménez², F. Martínez Martínez³

¹Licenciada en Farmacia. Máster en Tabaquismo Madrid. Farmacéutica comunitaria. Mula, Murcia. ²Doctor en Farmacia. Miembro Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (CTS-131). Universidad de Granada.

³Doctor en Farmacia. Responsable del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (CTS-131). Universidad de Granada

RESUMEN

Se han realizado estudios sobre el comportamiento y actitud frente al tabaco en estudiantes de Medicina a través de cuestionarios validados, sin embargo, entre los estudiantes de Farmacia, no existe una herramienta que permita identificar como es la actitud y conocimientos sobre el tabaco y métodos de deshabituación, además de la prevalencia y características de estos alumnos.

Objetivo: Diseñar y consensuar un cuestionario que permita describir la prevalencia, actitud y conocimiento del tabaco y métodos de deshabituación del estudiante de Farmacia.

Métodos: Estudio realizado con metodología cualitativa Delphi³ con un panel de expertos constituido por trece personas de diferentes disciplinas de la salud, con conocimiento sobre el tabaco y la práctica en deshabituación. Éste grupo de expertos incluía a farmacéuticos y un médico (especialista en neumología). Los farmacéuticos integrantes del panel, desarrollaban su actividad profesional en oficina de

farmacia, docencia, industria y calidad. La vía de comunicación utilizada fue por correo de forma individualizada para que no hubiera contacto entre los expertos y mantener la confidencialidad. El período de estudio comprendió desde mayo de 2008 a marzo del 2009.

Los participantes del Delphi, a lo largo de las rondas necesarias para alcanzar el consenso, evaluaron (mediante una escala de liker de 5 puntos) los distintos ítems que componían categorías definidas para: a) la prevalencia y características sociodemográficas del alumno, b) actitud del alumno de farmacia frente al tabaco, c) conocimiento sobre el mismo, y d) conocimiento sobre los métodos de deshabituación tabáquica.

El grupo de expertos también tuvo que consensuar y evaluar la valoración propuesta por los investigadores sobre el conocimiento global de los diferentes alumnos.

Resultados: El listado de ítems para cada categoría propuesta para su evaluación y consenso por parte de los expertos, se elaboró a partir de cuestionarios publicados en otros sectores de la salud. Tal y como muestra esta metodología, con las opiniones de los expertos tras el Delphi, se rediseñaron los cuatro bloques de ítems del cuestionario, obteniéndose el consenso definitivo después de dos rondas, quedándose estructurado cada categoría en:

Prevalencia y características del alumno, de los 17 ítems propuestos, se modificaron ocho de ellos, en el enunciado o en las posibles respuestas a la pregunta, y se añadió un ítem nuevo, por tanto quedó definitivamente con 18; los ítems de actitud, que contaba de 12 ítems, se modificaron tres de ellos, bien en el enunciado, bien en las contestaciones y se añade un ítem nuevo; los ítems sobre conocimiento del ta-

Correspondencia:

Emilio García-Jiménez

Doctor en Farmacia. Miembro Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (CTS-131).

Universidad de Granada.

E-mail: emiliogarciajimenez@gmail.com

Recibido: 21.08.2010. Aceptado: 16.09.2010

Prev Tab 2010;12(2):98-108

baco había 11 ítems, y, aunque no se modificó ninguno, sí se añadieron dos y se eliminó uno, por tanto, quedó con 12 ítems; y la última categoría, de los 5 los ítems que medían conocimiento de los métodos de deshabituación pero se añadió uno más y se modificó una de las preguntas con una posible respuesta más, por tanto, quedaron 6 ítems en este apartado.

Finalmente, según las respuestas aportadas por los alumnos, la actitud del alumnos frente al tabaco quedó consensuada en 3 categorías: actitud positiva, moderada o nula; y para el conocimiento sobre el tabaco y las terapias de deshabituación, las opciones consensuadas incluían, conocimiento bueno, moderado o bajo.

Conclusión: los ítems obtenidos según las categorías de prevalencia y actitud, conocimiento del tabaco y sus técnicas de deshabituación, han sido diseñados, valorados y evaluados por un grupo de 13 expertos en tabaquismo, convirtiéndose en una herramienta útil que permite su aplicación en estudiantes de la licenciatura en farmacia, pudiendo medir cada categoría bien por separado o bien conjuntamente, dependiendo de las necesidades y objetivos establecidos en el estudio a desarrollar.

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es uno de los problemas de salud pública a nivel mundial a los que se enfrenta nuestra sociedad, no sólo por su magnitud, sino también por las consecuencias sociosanitarias que conlleva, considerándose en la actualidad una auténtica epidemia mundial⁶. Definido como la primera causa aislada de enfermedad y muerte prematura, se le atribuyen cada año 1,2 millones de muertes (14% de todos los fallecimientos) en la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y se prevé que, a menos que se adopten medidas más estrictas, los productos del tabaco serán responsables de 2 millones de muertes anuales (20% de todos los fallecimientos) en el año 2020. En España el número de muertes atribuidas al consumo de tabaco asciende a 55.000 personas al año⁶.

A pesar del conocimiento del daño que produce, su consumo no es fácil de erradicar, porque está muy arraigado en las costumbres sociales de la mayoría de los países y por la severa adicción que causa en sus consumidores. Al ser un problema “global”, requiere una respuesta “global”. Por ello la OMS propuso a la Asamblea Mundial de la Salud, el desarrollo de un tratado mundial para abordar este problema, llamado “Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT)”, y a través de éste, pueden diseñarse estrategias y herramientas extremadamente efectivas para frenar la evolución actual de la epidemia de tabaquismo, si se logra que cada país aplique las medidas más fuer-

tes desde el punto de vista de la protección de la salud pública, y se implementa su aplicación adecuadamente. Para ello es necesario que se impliquen debidamente los estamentos y personal sanitario que tienen competencias para ello, jugando así un papel muy importante los profesionales de la salud.

Por otro lado, existen estudios realizados en alumnos de Medicina y otras Ciencias de la Salud, que ponen de manifiesto una prevalencia de tabaquismo menor entre los estudiantes de los primeros cursos que la encontrada en personal sanitario^{1,7}, pero también demuestran que el número de fumadores es mayor cuando terminan su formación que al principio de ésta, es decir, parece que en las facultades y ambientes universitarios, además de formarse profesionales de la salud, se hacen fumadores^{1,8}. También se ha comprobado^{1,2,4} que existe una buena predisposición por parte de los alumnos para incrementar los conocimientos sobre tabaquismo, durante la Licenciatura de Medicina², por ello, se han de potenciar estos conocimientos, actitudes y habilidades al respecto durante el período de formación. Entre los estudiantes de la licenciatura de Farmacia no hay publicaciones sobre cómo es la información y formación adquirida y necesaria para afrontar el tabaquismo, siendo un componente muy importante, ya que tras su formación curricular, el farmacéutico deberá desde su lugar de trabajo, tomar decisiones e implicarse en ofrecer ayudas a los fumadores en la deshabituación, ya que como profesionales de la salud que serán, formarán parte del equipo multidisciplinar del sistema sanitario.

En los trabajos publicados que miden la actitud, conocimiento^{1,2,4} sobre el tabaquismo, no hay publicaciones sobre los estudiantes de la licenciatura de Farmacia en el territorio español. Por este motivo sería interesante conocer entre estos alumnos, cómo es su entorno, comprobando actitudes y conocimientos que tiene el estudiante de farmacia ante el tabaco.

OBJETIVO

Diseñar y consensuar un cuestionario que permita describir la prevalencia, actitud y conocimiento del tabaco y métodos de deshabituación del estudiante de Farmacia.

METODOLOGÍA

Para el desarrollo del cuestionario, se utilizó el método Delphi^{3,9}, basado en la interrogación a expertos de la

materia estudiada, a través de cuestionarios sucesivos, con el objetivo de poner de manifiesto convergencias de opiniones, y alcanzar consensos, cuando no existen antecedentes concretos al tema estudiado. Finalmente esta metodología muestra los acuerdos que se ha obtenido de la participación de expertos de determinadas sectores de actividad sobre las mismas bases, y de una forma ágil, consultándoles de forma individualizada y a través de la interacción sucesiva, se van clasificando y ponderación las variables-ítems o categorías objeto del estudio, todo esto apoyado por los resultados promedio de las rondas anteriores a fin de generar convergencia de opiniones³.

PERIODO DE REALIZACIÓN

Las rondas del Delphi necesarias para consensuar este cuestionario, se realizaron entre los meses de diciembre de 2008 y marzo de 2009, usando comunicación vía e-mail y telefónica en algunos casos con los expertos que conformaban el panel.

Panel de expertos: Para confeccionar el grupo que iba a constituir el panel de expertos, se seleccionaron distintos profesionales de la salud cuyo perfil profesional incluyese actividades sanitarias que fuesen desempeña-

das en sectores distintos y/o relacionadas con el tabaquismo en España. Inicialmente se pensó en incluir a un médico especialista en neumología, medicina de familia, farmacéuticos de distintos ámbitos, y, en general, profesiones que tuvieran contacto con las patologías que involucra al tabaco.

Fueron invitados quince miembros para participar en panel de expertos, respondiendo de forma anónima a los distintos ítems que conformaba cada categoría propuesta trece debido a que dos de ellos no tenían disponibilidad en las fechas en las que se desarrolló el consenso. El perfil y actividad profesional vinculada al tabaquismo y su deshabituación de los trece integrantes que finalmente conformaron el panel de expertos, se muestra en la Tabla 1.

Se contactó con los expertos mediante una carta de presentación por e-mail en la que se solicitaba su colaboración en este estudio para definir los ítems que incluiría cada categoría. Una vez que obtenida su conformidad para formar parte del panel de expertos, se les enviaron, vía e-mail, los ítems distribuidos según las categorías, junto a una tabla en Excel donde debían puntuar cada ítem desde 1 (muy incorrecto) hasta 5 (muy correcto), siguiendo una escala Liker de 5 puntos. Además junto a cada ítem y su valoración, existía un

Tabla 1. Grupo de expertos integrantes del Delphi

Experto	Actividad profesional relacionada con el tabaquismo
Nº 1	Farmacéutica Comunitaria. Realiza deshabituación tabaco en farmacia comunitaria.
Nº 2	Farmacéutico Comunitario. Realiza Deshabituación tabáquica en Farmacia. Máster en Tabaquismo (PIUFET). Vocal de Atención Farmacéutica del Colegio de farmacéuticos de su Comunidad.
Nº 3	Farmacéutico Comunitario. Docente en temas de Deshabituación tabáquica
Nº 4	Farmacéutico. Profesor titular de una Facultad de Farmacia
Nº 5	Farmacéutica Comunitaria.
Nº 6	Farmacéutica Comunitaria. Realiza deshabituación de tabaco en farmacia
Nº 7	Farmacéutico Comunitario. Realiza deshabituación de tabaco en farmacia
Nº 8	Farmacéutica Responsable de Calidad en atención farmacéutica de un Colegio de Farmacéuticos en España.
Nº 9	Farmacéutica Comunitaria. Experta en tabaquismo.
Nº 10	Farmacéutica Comunitaria. Realiza deshabituación tabáquica en farmacia
Nº 11	Farmacéutico. Empresa privada dedicada a docencia y consultoría en deshabituación tabáquica
Nº 12	Médica Neumóloga de un Hospital con unidad de deshabituación del tabaco
Nº 13	Farmacéutico comunitario. Experto en tabaquismo. Realiza deshabituación tabáquica en farmacia

campo abierto para incorporar alguna modificación, aportación o advertencia para mejorarlo, así como también otras propuestas que estimasen oportunas.

A este grupo de expertos, también se les enviaron las valoraciones propuestas por el equipo investigador sobre como categorizar el conocimiento y la actitud de los alumnos tras las respuestas obtenidas de cada bloque de ítems por categorías, desarrolladas a partir de la experiencia piloto con los estudiantes de farmacia.

Para todo este proceso de evaluación y consenso, los expertos contaron con un plazo de quince días para responder desde su recepción vía e-mail.

Metodológicamente, con las opiniones individualizadas de los expertos, se rediseñaron los ítems del cuestionario, sometiénndose nuevamente a valoración, hasta que se llegó al consenso de todo el cuestionario en su totalidad. Se realizaron cuantas rondas fueron necesarias hasta llegar al consenso, con un mínimo de dos, que establece esta metodología³.

Con el anonimato entre los expertos, se pretendía minimizar la presión del grupo y mejorar la libre circulación de ideas. Así entonces, y, teniendo el consenso y las aportaciones de todos los expertos, se daría por finalizado el cuestionario definitivo que se convertiría en una herramienta que podría utilizarse posteriormente entre los estudiantes de las facultades de farmacia.

Diseño detallado de las Categorías del Cuestionario:

En una primera etapa, tras una revisión bibliográfica, el equipo investigador, elaboró los primeros ítems, englobados en categorías, a partir de las preguntas que contenían los cuestionarios de Nerín^{2,4} y colaboradores (diseñados y validados para estudiantes de medicina), y el de Cremades⁵ y colaboradores (realizado entre profesionales de farmacia en ejercicio, sin validar).

Los ítems incluidos estaban divididos en cuatro categorías:

- *Categoría a:* contenía los ítems que permitirían describir la prevalencia y características del alumno de Farmacia con respecto al consumo de tabaco.
- *Categoría b:* contenía los ítems que describirían la actitud del estudiante de farmacia frente al tabaco-tabaquismo.
- *Categoría c:* contenía los ítems que aportarían la información sobre conocimiento del tabaco y sus consecuencias para la salud.
- *Categoría d:* contenía los ítems que permitirían medir el conocimiento sobre métodos para la cesación tabáquica.

COMPRESIÓN DE LOS ÍTEMS DEFINITIVOS POR CATEGORÍAS

Una vez que se dio por finalizado las diferentes rondas del Delphi, las diferentes categorías y preguntas-ítems, fueron unificados en un solo cuestionario, y pasado a una muestra de diez alumnos de farmacia, con el objetivo de comprobar la comprensión y lectura del mismo, utilizándose para este fin la herramientas-cuestionario propuesto por García-Delgado P¹⁰, y que consta de diez preguntas.

101

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El análisis realizado por estos expertos de cada ítem por categorías, alcanzó consenso tras dos rondas de evaluación. A continuación se resumen las aportaciones realizadas por los miembros del panel según las categorías sometidas a valoración:

- *Categoría a.* Se correspondía con los ítems que describirían la prevalencia y características del alumno de Farmacia con respecto al consumo de tabaco. Inicialmente comprendía 17 ítems que fueron modificados de la siguiente forma:
- Al 1 se le añadió "País de origen".
- El 4 se reformuló y, en cuanto a sus posibles contestaciones, se modificaron y añadieron.
- En el 6 se eliminó una palabra de su enunciado.
- En las posibles respuestas del 7, se añadió "esporádicamente".
- En el enunciado de la 8, se cambió "día" por "semana".
- En el 9 se añadió una respuesta más: "Fumador social".
- En el 11 se eliminó de su enunciado la palabra "físico".
- En el 12 se añadió "alcohol" como otra posible respuesta.
- Se añadió un nuevo ítem (llamado 13).

El resto de los ítems propuesto quedó igual. En la Figura 1, se muestran los 18 ítems que definitivamente conformaron este apartado con las modificaciones efectuadas.

- *Categoría b.* Se correspondía con las preguntas que describirían la actitud del estudiante de farmacia frente al tabaco-tabaquismo. De los 12 ítems que había inicialmente, el grupo de expertos indicó

Figura 1. Ítems que conformaban la categoría sobre prevalencia y características del alumno

1. Género: ☐ Hombre ☐ Mujer Fecha de nacimiento: País de origen:
 2. ¿Ha fumado alguna vez?: ☐ Si ☐ No (Si ha contestado NO, pase a la pregunta n° 10)
 3. ¿Qué edad tenía cuando probó por primera vez el tabaco? años (edad en años)
 4. Indique el lugar o circunstancia cuando comenzó a fumar
☐ De fiesta ☐ En vacaciones ☐ Celebraciones familiares ☐ Otros:
 5. ¿Cuándo comenzó a fumar regularmente? años (edad en años)
 6. ¿Ha fumado durante 6 meses o más? ☐ Si ☐ No
 7. ¿Actualmente fuma? ☐ Nunca ☐ Fines de semana ☐ Diariamente ☐ Esporádicamente
 8. Cantidad que fuma a la semana (Consumo nulo 0)
☐ Cigarrillos. Número:
☐ Pipas. Número:
☐ Puros. Número:
 9. ¿Por qué fuma? Ponga sólo un motivo ☐ Le relaja ☐ Tiene adicción ☐ Soy fumador/a social
☐ Por estrés ☐ Otros motivos:
 10. ¿A su juicio, cuál es el principal motivo por el que se empieza a fumar? (marque una respuesta)
☐ Curiosidad ☐ Ambiente social ☐ Aburrimiento ☐ Imitación
 11. El aspecto del fumador: ☐ Mejora ☐ Empeora ☐ No varía ☐ Ns/Nc
 12. ¿Consume cualquier otra sustancia?:
☐ Porros ☐ Cocaína ☐ Heroína ☐ Pastillas ☐ Alcohol
☐ Otras sustancias:..... ☐ No Consume
 13. ¿Cree que prohibir las “zonas para fumadores” puede retrasar el hábito tabáquico?
☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc
- Ambiente Familiar**
14. ¿En su familia (padre, madre, hermanos), se fuma habitualmente?
☐ Sí ☐ No
 15. Nivel de estudios del padre:
☐ Sin estudios ☐ Primarios ☐ Secundarios/técnicos ☐ Universitarios
 16. ¿Es el padre profesional de la salud?
☐ Sí ☐ No
 17. Nivel de estudios de la madre:
☐ Sin estudios ☐ Primarios ☐ Secundarios/técnicos ☐ Universitarios
 18. ¿Es la madre profesional de la salud?
☐ Sí ☐ No

que se debería añadir uno más, quedando 13 ítems relativos a este apartado. En la Figura 2, se muestran los ítems que definitivamente conformaron esta categoría.

– *Categoría c.* Contení los ítems que aportarían la información sobre el conocimiento del tabaco y sus consecuencias para la salud. En esta categoría, de los 10 ítems propuestos por el equipo investi-

Figura 2. Ítems que conformaban la categoría sobre Actitud del alumno frente al tabaco:

Si es fumador o lo ha sido conteste a las preguntas siguientes

1. ¿Desearía dejar de fumar? ☐ Si ☐ No ☐ Indiferente

2. ¿Ha intentado alguna vez seriamente dejar de fumar?

☐ No ☐ Si ¿Cuántas veces? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 o más

A Si lo ha intentado, ¿Utilizó algún método o tratamiento para ayudarse en su deshabituación tabáquica?

☐ Si ☐ No En caso afirmativo indique el/los métodos:

4. Indique un único motivo por el que desearía dejar de fumar.

☐ Proteger su salud ☐ Prescripción facultativa ☐ Dar buen ejemplo

☐ Presión amigos y/o familiares ☐ Económico ☐ Estética

☐ Sensación de dependencia ☐ Otras razones

5. Si no fuma actualmente, ¿Cuánto tiempo hace que lo dejó? N° de meses o años:

A continuación encontrará una serie de afirmaciones; señale el grado de acuerdo según la siguiente escala donde:
(1= totalmente en desacuerdo; 2= desacuerdo; 3= indiferente; 4= más bien de acuerdo; 5= totalmente de acuerdo)

6. Considera que el comportamiento del profesional de la salud (farmacéutico...), como fumador y como no fumador, puede influir en que los pacientes fumen o no

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

7. Se debería ampliar los conocimientos de tabaquismo y deshabituación tabáquica durante el periodo de formación del estudiante de farmacia:

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

8. El personal docente debería abstenerse de fumar para dar buen ejemplo:

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

9. Es una buena medida no permitir que se fume en las instalaciones de las Facultades de Farmacia de España:

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

10. Todos los profesionales de la salud (médico, farmacéutico, enfermero) ¿deberían abstenerse de fumar para dar un buen ejemplo?:

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

11. Nunca se debería volver a permitir fumar en las farmacias, hospitales y/o centros de salud:

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

12. La mayoría de los fumadores podrían abandonar el hábito si se lo propusieran:

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

13. Los pacientes observan y valoran el estilo de vida del médico y farmacéutico, tomándolo como modelo:

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Figura 3. Ítems que conformaban la categoría sobre Conocimiento del tabaco por parte del alumno

Que sabes sobre el tabaquismo?

Marque con una (x) las afirmaciones que considere ciertas:

- ☐ Generalmente los fumadores mueren más jóvenes que los que no lo son
- ☐ La mayoría de los pacientes con cáncer de pulmón son o han sido fumadores
- ☐ Hay cigarrillos que son menos peligrosos
- ☐ El tabaco sólo es malo para personas que ya tienen alguna enfermedad
- ☐ El daño producido por el tabaco es reparable (reversible), si se deja de fumar
- ☐ El tabaquismo pasivo constituye un riesgo para la salud.

Elija una de las siguientes afirmaciones

- ☐ El tabaco no es tan nocivo como dicen
- ☐ Fumar menos de 10 cigarrillos/día no es perjudicial
- ☐ Fumar perjudica seriamente la salud

Marque con una (x) las enfermedades de la lista siguiente que considere que están relacionadas con el consumo de tabaco:

- | | |
|--|--|
| ☐ Insuficiencia coronaria | ☐ Enfermedad pulmonar |
| ☐ Úlcera gastroduodenal | ☐ Menopausia precoz |
| ☐ Hipertensión | ☐ Osteoporosis |
| ☐ Cáncer de vejiga | ☐ Cáncer de esófago |

El riesgo de sufrir un infarto respecto a una persona que no fuma es:

- | | |
|--------------------------------|------------------------------------|
| ☐ Menor | ☐ Semejante |
| ☐ Mayor | ☐ Ns/Nc |

Indique la influencia del tabaco en las siguientes situaciones:

Si se fuma durante el embarazo:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Riesgo de sufrir abortos | ☐ Sí | ☐ No |
| Bajo peso del niño en nacer | ☐ Sí | ☐ No |
| Problemas en la piel del bebé | ☐ Sí | ☐ No |
| Fibrosis quística del bebé | ☐ Sí | ☐ No |
| Trastorno de la conducta en la adolescencia | ☐ Sí | ☐ No |

Si se fuma durante la edad adulta:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Riesgo de padecer impotencia en el hombre | ☐ Sí | ☐ No |
| Riesgo de cáncer de cuello y cabeza | ☐ Sí | ☐ No |
| Riesgo de infarto de miocardio | ☐ Sí | ☐ No |
| Riesgo de cáncer de pulmón | ☐ Sí | ☐ No |
| Riesgo de cáncer de hígado | ☐ Sí | ☐ No |

Si se fuma durante la adolescencia:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Se enferma y falta más a clase | ☐ Sí | ☐ No |
| Aparece acné | ☐ Sí | ☐ No |
| Se estrechan las arterias | ☐ Sí | ☐ No |
| Aparecen problemas de nivel cardiovascular | ☐ Sí | ☐ No |
| La piel se vuelve más estirada y tersa | ☐ Sí | ☐ No |

Considera el hecho de fumar como (sólo una respuesta):

- ☐ Un hábito ☐ Un vicio ☐ Una drogodependencia

Cree que el tabaco es capaz de producir adicción? ☐ Sí ☐ No

Te han hablado alguna vez sobre el tabaco y los efectos para la salud? ☐ Sí ☐ No

gador, tras las rondas de expertos, se quedaron en 11:

- En el ítem 5, de los tres bloques de respuestas que contenía, se eliminó una de cada apartado.
- Se añadieron dos nuevos ítem: el 9 y el ítem 10, suprimiéndose el que inicialmente era el último de esta categoría.

En la Figura 3, se muestran los 11 ítems que definitivamente conformaron esta categoría.

- *Categoría d:* contenía los ítems que permitirían medir el conocimiento sobre métodos para la cesación tabáquica. Tras el consenso de expertos, el resultado de los 5 ítems que contenía quedó de la siguiente manera:
 - Se añadió el ítem 2.
 - Se añadió una posible respuesta, “ex fumador”, en el ítem 5 que pasó a ser el 6.

En la Figura 4, se muestran los 6 ítems que definitivamente conformaron esta categoría.

Las valoraciones propuestas por el equipo investigador tras el estudio piloto, para describir el conocimiento, la actitud del alumno, y métodos de Deshabituación tabáquica también fueron enviadas a los expertos para

su evaluación y consenso, quedando de la siguiente forma:

- Valoración de la actitud del alumno frente al tabaco: Puntuaciones:
 - Ronda 1: Media: 4,66 (DE: 0,50), mín: 4, máx: 5;
 - Ronda 2: Media: 4,66 (DE: 0,52), mín: 4, máx: 5]. Tabla 2.
- Valoración del conocimiento del alumno sobre el tabaco y sus efectos: Puntuaciones:
 - Ronda 1: Media: 4,55 (DE: 0,73), mín: 3, máx: 5;
 - Ronda 2: Media: 4,83 (DE: 0,41), mín.: 4, máx.: 5. Tabla 3.
- Valoración del conocimiento del alumno sobre métodos y terapias de deshabituación tabáquica: Puntuaciones:
 - Ronda 1: Media: 4,66 (DE: 0,50) mín: 4, max: 5;
 - Ronda 2: Media: 4,66 (DE: 0,52), mín.: 4, máx.: 5. Tabla 4.

La valoración del perfil del alumno no fue necesario realizarla, ya que como anteriormente se indicó, sólo

105

Figura 4. Ítems que conformaban la categoría sobre Conocimiento sobre métodos de deshabituación tabáquica del alumno

Información sobre la deshabituación o cesación tabáquica
1. Indique los métodos y tratamientos de cesación tabáquica que conoce:
.....
.....
.....
2. Dónde obtuvo información sobre los tratamientos de deshabituación del tabaquismo?
☐ Publicidad ☐ TV ☐ Estudios de farmacia ☐ Otros:
3. ¿Qué método/tratamientos considera más eficaz?
.....
4. Conoce los tests que se emplean en la ayuda hacia la cesación tabáquica? ☐ Sí ☐ No
Señale los que recuerda ahora:
5. Indique que test o formas de motivación conoce para dejar el tabaco?
.....
6. ¿A quién pediría consejo si quisiera dejar de fumar?
☐ Médico ☐ Farmacéutico ☐ Familiar ☐ Amigo ☐ Ex fumador ☐ Otros:

Tabla 2. Valoración de los ítems de actitud

La actitud del alumno se valoraría mediante 13 preguntas que van divididas en dos bloques diferentes. Así:	
-	Respuesta afirmativa (Sí) a las preguntas 1 y 2 se asigna 1 punto, y el NO (o también respuesta “indiferente” en caso del ítem 2), serían 2 puntos en total y si lo ha intentado 3 o más veces, 3 puntos en total a esta pregunta.
-	Con respecto a la 3, si contesta que utilizó algún método coherente de deshabituación tabáquica se le adjudicará 1 punto. De no ser así, no tendría puntuación en esta pregunta.
-	Con respecto a la pregunta 4, cualquier motivo del primer bloque serían 3 puntos, cualquier motivo del 2º, 2 puntos y los dos últimos motivos, 1 punto.
-	Con respecto a la pregunta 5, si hace menos de 6 meses que lo dejó, se valoraría con 4 puntos y si hace más de 6 meses, 5. Si no es fumador y no rellena este apartado (de la 1 a la 5, le sumaremos 10 puntos, ya que si no, se quedaría en inferioridad de condiciones con respecto a los que fuman).
-	Las preguntas que van desde la 6 hasta la 13 se valoran dependiendo de si se contesta “totalmente de acuerdo”, 5 puntos, “más bien de acuerdo”, 4 puntos, “indiferente”, 3 puntos, “desacuerdo”, 2 puntos, y “totalmente en desacuerdo”, 1 punto.
Por tanto, la valoración total en cuanto a actitud sería:	
-	Actitud positiva: si la puntuación total es igual o mayor que 34 puntos.
-	Actitud moderada: Si la puntuación total oscila entre 33-23 puntos.
-	Actitud nula (o sin actitud): Si la puntuación es de 22 puntos o menos.

Tabla 3. Valoración de los ítems del conocimiento del alumno acerca del tabaco

Los conocimientos que tiene el alumno con respecto al tabaco se valoran por medio de 11 preguntas. Así:	
-	Se le asignará 1 punto a cada una de las afirmaciones correctas de la pregunta 1: máximo 4 ya que hay dos afirmaciones inciertas.
-	Para la pregunta 2, solo se obtiene 1 punto si se señala la 3ª afirmación.
-	Cada una de las afirmaciones de la pregunta 3 señaladas, será 1 punto, así que se pueden conseguir un máximo de 8 porque todas son ciertas.
-	En la pregunta 4, sólo si se contesta “mayor”, se obtiene 1 punto.
-	En la pregunta 5, cada afirmación del primero y el segundo bloque tienen un punto, así que se irían sumando las afirmaciones señaladas. En caso del tercer bloque de esta pregunta, sólo la afirmación “la piel se vuelve más estirada y tersa” es incierta, así que el tercer bloque tendría un máximo de 4 afirmaciones correctas. Se valorará esta pregunta sumando las afirmaciones señaladas correctas de cada bloque que lo compone.
-	En la 6, sólo si se contesta “drogodependencia” se le adjudicará un punto.
-	En la 7 y en la 8, sólo si se contesta “Sí” es 1 punto en cada una.
-	En la 9, si se contesta “estudios de farmacia” se le adjudicará 1 punto.
-	En la 10, sólo si se señala alguna interacción entre el tabaco y los fármacos que sea cierta, adjudicaremos 1 punto, si señala dos, 2 puntos, tres, 3 puntos...
Así entonces, la valoración total de los conocimientos del tabaco sería:	
-	Nivel bueno de conocimientos: Si la puntuación total es igual o mayor que 31.
-	Nivel moderado de conocimientos: Si oscila entre 18-30.
-	Nivel bajo de conocimientos: Si es igual o menor que 17.

Tabla 4. Valoración de los ítems sobre Métodos de Deshabituación tabáquica

En el cuestionario aparece como información sobre Deshabituación tabáquica y se valoran mediante 6 preguntas. Así:	
-	Se le asignará 1 punto a cada una de las afirmaciones correctas de la pregunta 1: máximo 4 ya que hay dos afirmaciones inciertas.
-	Para la pregunta 2, solo se obtiene 1 punto si se señala la 3ª afirmación.
-	Cada una de las afirmaciones de la pregunta 3 señaladas, será 1 punto, así que se pueden conseguir un máximo de 8 porque todas son ciertas.
-	En la pregunta 4, sólo si se contesta “mayor”, se obtiene 1 punto.
-	En la pregunta 5, cada afirmación del primero y el segundo bloque tienen un punto, así que se irían sumando las afirmaciones señaladas. En caso del tercer bloque de esta pregunta, sólo la afirmación “la piel se vuelve más estirada y tersa” es incierta, así que el tercer bloque tendría un máximo de 4 afirmaciones correctas. Se valorará esta pregunta sumando las afirmaciones señaladas correctas de cada bloque que lo compone.
-	En la 6, sólo si se contesta “drogodependencia” se le adjudicará un punto.
-	En la 7 y en la 8, sólo si se contesta “Sí” es 1 punto en cada una.
-	En la 9, si se contesta “estudios de farmacia” se le adjudicará 1 punto.
-	En la 10, sólo si se señala alguna interacción entre el tabaco y los fármacos que sea cierta, adjudicaremos 1 punto, si señala dos, 2 puntos, tres, 3 puntos...
Así entonces, la valoración total de los conocimientos del tabaco sería:	
-	Nivel bueno de conocimientos: Si la puntuación total es igual o mayor que 31.
-	Nivel moderado de conocimientos: Si oscila entre 18-30.
-	Nivel bajo de conocimientos: Si es igual o menor que 17.

107

definía características sociodemográficas del individuo y su prevalencia entre otras.

Después de dos rondas, se dio por alcanzado el consenso. Todos los ítems presentaban una media superior a 4,5 puntos sobre el máximo de la escala Likert utilizada que era de 5, y por esta razón no fue necesaria ninguna más: el objetivo estaba alcanzado, ya que la puntuación era muy aceptable.

Resultados de la prueba de comprensión: Completada la prueba de comprensión por parte de los diez alumnos estudiantes de farmacia, se comprobó que el único ítem que resultaba complicado para los alumnos era el número 5 de la categoría c (Tabla 3), que aportaría información sobre el conocimiento de los problemas de salud que producía el tabaco. El motivo indicado por éstos no era porque no estuviera claro y comprensible, sino que las preguntas eran muy específicas-técnicas en sus distintos apartados, pudiendo resultar difícil a ellos como estudiantes contestarlas, debido a que no dispusiesen de los conocimientos sobre el tabaco. El equipo investigador llegó a la conclusión de que precisamente ese era el objetivo de esta categoría del cuestionario, por lo que decidió no eliminarla del mismo.

El panel de expertos del Delphi integrado por profesionales dedicados a la docencia, investigación y deshabituación del tabaquismo, ha permitido, desde un punto de vista cualitativo, evaluar y consensuar los

Otro resultado de esta prueba de comprensión fue que a algunos estudiantes les pareció largo en tiempo para cumplimentar todo el cuestionario (“unos 10 minutos”). Esto se debe a que se les entregó para comprobar su comprensión todos los ítems de las 4 categorías, si se tenía en cuenta estas premisas, el equipo investigador consideró que era un tiempo suficiente y razonable para poder responder a cada bloque de categorías y obtener la información necesaria del objetivo planteado inicialmente en el diseño del cuestionario, indicando que en futuras investigaciones, se puede emplear solamente una de las categorías, reduciéndose el tiempo en 4 veces aproximadamente.

CONCLUSIÓN

El panel de expertos del Delphi integrado por profesionales dedicados a la docencia, investigación y deshabituación del tabaquismo, ha permitido, desde un punto de vista cualitativo, evaluar y consensuar los

ítems necesarios para poder conocer y describir la actitud, conocimiento del tabaco y sus efectos sobre la salud, así como las terapias y técnicas de deshabituación que el alumno de la licenciatura en farmacia posee.

El cuestionario consensuado, bien de global, es decir, completo con sus cuatro bloques de preguntas clasificados en categorías, o bien de forma independiente, es decir, categoría por categoría, puede considerarse una herramienta fiable para llevar a cabo estudios en estudiantes de Farmacia que permitan medir desde la actitud y el conocimiento del tabaco y sus efectos sobre la salud, hasta las terapias y técnicas de deshabituación del tabaquismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nerín I, Guillén D, Mas A, y Crucelaegui A. "Evaluación de la influencia que ejerce la facultad de medicina en los futuros médicos respecto al tabaquismo". *Arch Bronconeumol*. 2004;40(8):341-7.
2. Nerín I, Guillén A, Más A, Sánchez Agudo L." Estudio de tabaquismo realizado en una Facultad de Medicina. Prevalencia y actitudes en estudiantes y profesores". *Prev Tab*. Vol 2 nº 3, Diciembre 2000;2:166-172.
3. Landeta, Jon. (1999) El método Delphi. Una Técnica de previsión para la incertidumbre. Ariel. Barcelona; Godet, Michel (1996) Manuel de Prospective Strategique. Dunod. Paris
4. Guillén D, Nerín I, Mas A, y Crucelaegui A. "Estudio de la fiabilidad de una encuesta utilizada para valorar la prevalencia, los conocimientos y las actitudes sobre el tabaquismo en estudiantes de medicina" *Arch Bronconeumol*. 2003;39(4):159-66.
5. Cremades A, *et al*. "Conocimiento sobre tabaco de los usuarios de varias farmacias de Zaragoza". Proyecto fin de Máster Atención Farmacéutica Universidad de Granada. 2006.
6. Moreno Arnedillo, JJ; Herrero García de Osma, FJ; Rivero García, A. "Tabaquismo. Programa para dejar de fumar". 2ª edición, 2003. Ayuntamiento de Madrid. Área de Salud y Consumo.
7. Montero A, Gómez CJ, López JA, Linares E, Pinel MD, Maldonado JA."Estudio comparativo sobre el consumo de tabaco entre médicos y estudiantes de medicina". *Prev Tab*. 2001;3:224-31.
8. Nerín I. Fumando espero. *Arch Bronconeumol*. 2000;36: 115-7.
9. Astigarraga E. Universidad de Deusto (San Sebastián), ESTE, Facultad de CC.EE. y empresariales. "El método Delphi".
10. García Delgado P. "Conocimiento del paciente sobre sus medicamentos". Tesis doctoral Universidad de Granada 2008 disponible: <http://www.atencionfarmaceutica-ugr.es>. Consultado: enero 2009.
11. Marks G. Designing a research Project. The basic of biomedical research methodology. Lifetime learning publications. 1982.
12. Sellitz C, Wrightsman LS, Cook SW. Research methods in social relations. Nueva York, Holt, Rinehart and Winston. Edición 1976.

Guía separ para la acreditación de unidades especializadas en tabaquismo

Carlos A. Jiménez Ruiz, Segismundo Solano Reina, José Carlos Rebollo Serrano, Cristina Esquinas*

Comité Ejecutivo Área de Tabaquismo. SEPAR

JUSTIFICACIÓN

El tabaquismo es una enfermedad crónica que afecta al 30% de la población general española mayor de 16 años de edad y que causa 56.000 muertes cada año¹. Una gran mayoría de esta mortalidad es atribuida a enfermedades respiratorias. Se puede asegurar que el consumo de tabaco es causante de un buen número de procesos respiratorios y que agrava la práctica totalidad de los mismos. La relación etiológica entre dos procesos eminentemente neumológicos como son la EPOC y el cáncer de pulmón, con el consumo del tabaco es directa e indiscutible. Pero el consumo de tabaco no sólo es relevante para el padecimiento de estos dos procesos sino, que también juega un papel destacado en otras enfermedades respiratorias, como son: los procesos infecciosos de las vías respiratorias, la tuberculosis, el asma bronquial, etc. El consumo de

tabaco es causante de múltiples enfermedades respiratorias, tanto es así, que no se comprendería una correcta atención terapéutica a los portadores de estas enfermedades sin que se acompañase de una adecuada intervención terapéutica sobre el tabaquismo que la mayoría de ellos padece. Se entiende, así, el tabaquismo como una enfermedad que forma parte integrante del conjunto de patologías que deben ser atendidas por los especialistas en Neumología y Cirugía Torácica.

A lo largo de los últimos años, los neumólogos y cirujanos torácicos españoles han ejercido un papel clave en el control y el tratamiento del tabaquismo en nuestro país. Por un lado han sido los primeros en reducir sensiblemente su prevalencia de consumo de tabaco. Además, hasta el 98% de ellos se muestra dispuesto a dar consejo de abandono de consumo de tabaco a todos los fumadores, cifra esta que es más reducida en otras especialidades². Por otro lado, también han sido los neumólogos y cirujanos torácicos españoles, los primeros en dar recomendaciones científicas basadas en la evidencia sobre el tratamiento del tabaquismo³⁻⁵ y en dar las recomendaciones sobre la organización y funcionamiento de las Unidades Especializadas en Tabaquismo⁶. Además han jugado un papel de liderazgo indiscutible en la obtención del documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento del tabaquismo que ha sido suscrito por las más importantes sociedades

Correspondencia: Carlos A. Jiménez-Ruiz
Unidad especializada en Tabaquismo
Santa Cruz del Marcenado 9, piso 2. 28015 Madrid
E-mail: victorina@ctv.es

Recibido: 21 de junio de 2010. *Aceptado:* 1 julio de 2010
Prev Tab 2010;12(3):109-118

científicas interesadas en el tabaquismo. (SEPAR, SEMFyC, SEMERGEN y SEDET)⁷.

Además, la producción científica de los neumólogos y cirujanos torácicos españoles en relación con el control y el tratamiento del tabaquismo ha sido muy intensa e importante en los últimos años y sería prolijo enumerar las distintas publicaciones llevadas a cabo por este grupo de profesionales. Para ratificar y argumentar esta información podemos referirnos al trabajo del Dr. González Alcalde, *et al*⁸. Se trata de un trabajo de revisión dónde el grupo de estudios bibliométricos de la Universidad de Valencia, uno de los más prestigiosos de España, totalmente al margen de SEPAR, concluye que los dos autores más productivos entre los años 1999 al 2004 en materia de adicciones (no sólo en referencia a tabaco) fueron el Dr. Jiménez Ruiz (28 trabajos) y el Dr. Barrueco Ferrero (26 trabajos) ambos neumólogos y pertenecientes al Área de Tabaquismo de la SEPAR.

El actual Programa formativo de la Especialidad de Neumología especifica claramente que los especialistas en neumología deben adquirir un alto nivel de competencia en todo lo relacionado con la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del tabaquismo. Además establece que las unidades de tabaquismo son las estructuras adecuadas para desarrollar la asistencia, la docencia y la investigación en esta área⁹.

Teniendo en cuenta todas estas razones parece justificado que la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica en colaboración con las Sociedades Autonómicas de Neumología de toda España acuerden el establecimiento de una guía que sirva para la acreditación de Unidades de Tabaquismo.

Es importante reseñar que el principal objetivo de esta guía no es otro que buscar un consenso amplio, integrador y flexible que sirva para crear un marco común reconocido por todas las instituciones científicas firmantes para la acreditación de las Unidades de Tabaquismo. Además, queremos dejar expresa constancia de que todos los centros, independientemente del nivel de acreditación que tengan, están prestando un servicio sanitario muy necesario para todos los fumadores y con altos niveles de calidad.

NIVELES DE ACREDITACIÓN

Teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos humanos y materiales, así como las actividades que en este tipo de centros se realicen, se establecen tres niveles de acreditación: Unidad Especializada en Tabaquis-

mo, Unidad de Tabaquismo y Consulta Especializada en Tabaquismo. Estos niveles de acreditación, no suponen en modo alguno, categorías de mayor o menor rango. Todos estos centros, independientemente del nivel de acreditación que tengan, están prestando un servicio sanitario necesario y de alta calidad.

UNIDAD ESPECIALIZADA EN TABAQUISMO

Se trata de centros dotados con suficientes recursos materiales y humanos que les capacitan para realizar cualquier tipo de actividad asistencial, docente o de investigación relacionada con la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del tabaquismo.

Desde el punto de vista de los recursos, tanto humanos como materiales, este tipo de centros debe cumplir con los requisitos que a continuación se exponen.

El centro estará constituido por una sala de consulta, una sala de exploración, una sala de espera, una secretaría y una sala de reuniones donde poder realizar sesiones grupales u otro tipo de actividades docentes. Idealmente, estas salas serán propias de la Unidad y estarán disponibles, a tiempo completo, para realizar cualquier actividad asistencial, docente o de investigación. Igualmente, el centro dispondrá del material clínico y ofimático necesario para poder realizar esas actividades. Es muy recomendable que se disponga de: materiales para proyección audio-visual, fonendoscopio, tensiómetro, cooxímetro, espirómetro, electrocardiógrafo, tallímetro, báscula con medidor de índice de grasa corporal, centrifugadora, congelador y posibilidad para la medición de nicotina o cotinina en líquidos corporales. El centro dispondrá, además, de sistemas informáticos de base de datos y de archivos de documentos específicos de tabaquismo. Así, se dispondrá de historia clínica específica de tabaquismo, cuestionarios de procedimientos específicos de tabaquismo, protocolos clínicos de intervención y materiales de autoayuda de confección propia⁶.

El centro será atendido por un grupo multidisciplinar de profesionales sanitarios especializados en tabaquismo. Se define profesional sanitario especializado en tabaquismo como aquel profesional sanitario altamente cualificado en esta disciplina, experto y capacitado para prevenir, diagnosticar y tratar el tabaquismo, que trabaja con dedicación completa a este aspecto y que es remunerado por ello¹⁰. Es imprescindible que estos centros estén atendidos por al menos tres tipos de profesionales sanitarios: profesionales de la medicina (se valorará específicamente que este profesional sea un especialista en Neumología), profesionales de

la enfermería y profesionales de la psicología y que cumplan los requisitos antes expuestos. Es necesario que los profesionales sanitarios que se encarguen del funcionamiento de la Unidad Especializada en Tabaquismo puedan acreditar una adecuada formación en prevención, diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. Estar en posesión del título de experto en tabaquismo que otorga la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, SEPAR o de el que es otorgado por otras sociedades autonómicas de neumología, será especialmente valorado. El centro estará liderado o co-liderado por un médico especialista en Neumología. El centro debe estar atendido, también, por personal administrativo que sirva para dar respuesta y canalizar las llamadas de los pacientes, así como para mantener los registros de los mismos y responsabilizarse de su atención administrativa.

Este tipo de centros debe estar capacitado para poder llevar a cabo de forma adecuada y cumpliendo con criterios de excelencia las siguientes actividades: asistenciales, docentes y de investigación.

Una de las principales actividades que deben desarrollar estos centros es proporcionar asistencia sanitaria para ayudar a dejar de fumar a todos los fumadores que a ellos acuden. La asistencia debe ser proporcionada en tres tipos de formato: individualizada, grupal y telefónica. Los centros deben disponer de protocolos asistenciales individualizados, grupales y telefónicos. Dichos protocolos deben contemplar un mínimo de consultas a lo largo del proceso de seguimiento que debe durar al menos 12 meses después del día de abandono. En el caso de consultas individualizadas los pacientes serán vistos en no menos de 7 ocasiones y cada una de ellas durará no menos de 15 minutos¹¹. Las consultas individuales basales deberán tener una duración de al menos 20 minutos y las consultas de revisión de al menos 15 minutos. En el caso de consulta grupal, los pacientes serán atendidos a lo largo de 7 a 9 sesiones de grupo que tendrán una duración de entre 45 a 90 minutos. La asistencia telefónica debería prestarse en aquellos casos en los que el paciente tiene dificultades para acudir a la consulta, en aquellos en los que sólo es necesaria una intervención menos intensa, o en aquellos en los que una intervención puntual y directa se hace necesaria. La actividad asistencial realizada por estas unidades no sólo se debe circunscribir a la llevada a cabo dentro de su recinto sino que también, sus profesionales estarán dispuestos y capacitados para poder atender y resolver las consultas procedentes de otros profesionales sanitarios que atienden a fumadores con los que han tenido específicas dificultades^{6,11}.

Este tipo de centros, también, debe llevar a cabo actividades docentes. Dichas actividades se realizarán en dos ámbitos: pre-grado y post-grado. Es importante que los profesionales sanitarios de las Unidades Especializadas en Tabaquismo dispongan de la titulación y acreditación suficientes que les permita realizar actividades docentes, relacionadas con la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del tabaquismo en las facultades de medicina, psicología y ciencias de la salud; así como en las escuelas de enfermería. Estas unidades estarán capacitadas, también, para poder atender las demandas de formación procedentes de otros servicios sanitarios cercanos a la misma o de su misma área sanitaria. Sus profesionales podrán impartir cursos de formación en prevención y control del tabaquismo dirigido a otros profesionales sanitarios con menor formación en estos aspectos. Las Unidades Especializadas en Tabaquismo deben estar preparadas para asumir la responsabilidad de proporcionar formación en prevención, diagnóstico y tratamiento del tabaquismo de los médicos internos residentes de las especialidades de Neumología, de Medicina Familiar y Comunitaria, de Medicina Preventiva y Salud Pública o de otras especialidades médico-quirúrgicas, así como de los psicólogos internos residentes^{6,11}.

La Unidad Especializada en Tabaquismo también, debe estar preparada para asumir una adecuada actividad de investigación. Dicha actividad la puede llevar a cabo mediante la realización de estudios epidemiológicos sobre prevalencia y actitudes en tabaquismo en la población general o en la población de profesionales sanitarios del ámbito geográfico en el que la Unidad desempeña sus funciones. Igualmente, la investigación clínica que trate de optimizar los recursos materiales y humanos con los que la unidad cuenta, así como la que trate de incrementar la efectividad de los tratamientos disponibles también será muy necesaria. Por último, la realización de un tipo de investigación más básica que proporcione conocimientos, no sólo en diagnóstico del tabaquismo, sino también en eficacia de nuevos tratamientos del tabaquismo será una actividad complementaria para la cual este tipo de unidades debe estar preparada^{6,11}.

UNIDAD DE TABAQUISMO

Se trata de centros de menor complejidad que las Unidades especializadas en Tabaquismo, que disponen de recursos humanos y materiales que les posibilitan brindar una atención especializada a los fumadores que a ellas acuden pidiendo ayuda para dejar de fumar. Son centros dispuestos para llevar a cabo actividad asisten-

cial, docente y de investigación en los aspectos relacionados con la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del tabaquismo. A continuación comentamos sus características específicas.

El centro deberá estar constituido por una sala de consulta, una sala de exploración, una sala de espera, y una sala de reuniones donde poder realizar sesiones grupales u otro tipo de actividades docentes. Estas salas estarán disponibles, a tiempo parcial coincidiendo con la realización de las actividades de la Unidad. El centro dispondrá del material clínico y ofimático necesario para poder realizar las actividades que le son propias. Es imprescindible que se disponga de: fonendoscopio, tensiómetro, cooxímetro, espirómetro, tallímetro y báscula con medidor de índice de grasa corporal. La disponibilidad de centrifugadora, congelador o posibilidad para la medición de nicotina o cotinina en líquidos corporales no será imprescindible para estos centros. Las unidades de tabaquismo deben disponer de historia clínica específica de tabaquismo, cuestionarios de procedimientos específicos de tabaquismo, protocolos clínicos de intervención y materiales de autoayuda. Es muy conveniente, aunque no imprescindible, que el centro disponga de sistemas informáticos de base de datos y de archivos de documentos específicos de tabaquismo.

La unidad será atendida por al menos dos profesionales sanitarios expertos en tabaquismo, al menos uno de ellos será un licenciado en medicina y el otro estará titulado en alguna de estas disciplinas: enfermería o psicología. El centro estará liderado o co-liderado por un especialista en neumología. No será necesario que estos profesionales sanitarios estén trabajando en la Unidad a tiempo completo, aunque sí muy conveniente que puedan ofertar servicio asistencial de forma diaria. Será muy valorado que un especialista en Neumología lidere la organización y funcionamiento del centro. Es necesario que los profesionales sanitarios que se encarguen del funcionamiento de la Unidad puedan acreditar una adecuada formación en prevención, diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. Estar en posesión del título de experto en tabaquismo que otorga la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, SEPAR o que es otorgado por otras sociedades neumológicas autonómicas será especialmente valorado.

La principal actividad que deben desarrollar estas unidades es proporcionar asistencia sanitaria para ayudar a dejar de fumar a todos los fumadores que a ellas acuden. La asistencia puede ser proporcionada en tres tipos de formato: individualizada, grupal y telefónica. No es necesario que los centros ofrezcan los tres tipos

de formato, basta con que, al menos dos de ellos estén disponibles y protocolizados. Dichos protocolos deben contemplar un mínimo de consultas a lo largo del proceso de seguimiento, que debe durar al menos 6 meses después del día de abandono. En el caso de consultas individualizadas los pacientes serán vistos en 4 a 7 ocasiones y cada una de ellas durará no menos de 10 minutos¹¹. En el caso de consultas grupales, los pacientes serán atendidos a lo largo de 4 a 7 sesiones de grupo que tendrán una duración de entre 30 a 60 minutos^{6,11}.

La realización de actividades docentes y de investigación por parte de este tipo de Unidades será muy conveniente y especialmente valorada, aunque no imprescindible para su acreditación.

CONSULTA ESPECIALIZADA EN TABAQUISMO

Se trata de una consulta, cuyo responsable es un profesional de la medicina, idealmente un especialista en neumología, aunque puede disponer de otro tipo de calificación profesional que le permita la prescripción médica. Su responsable trabajará a tiempo parcial compartiendo su actividad asistencial a los fumadores con otras actividades. Es necesario que este responsable pueda acreditar una adecuada formación en prevención, diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. Estar en posesión del título de experto en tabaquismo que otorga la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, SEPAR o el que otorgan cualquiera de las sociedades de neumología autonómicas será especialmente valorado.

La consulta dispondrá del material clínico y ofimático necesario para poder realizar las actividades que le son propias. Es imprescindible que se disponga de: fonendoscopio, tensiómetro, cooxímetro, y báscula. La consulta debe disponer de historia clínica específica de tabaquismo, cuestionarios de procedimientos específicos de tabaquismo y materiales de autoayuda. No será necesario que la consulta este funcionando diariamente, será imprescindible que al menos un día a la semana se muestre disponible para atender a los fumadores con deseos de abandonar el tabaco.

La principal actividad que deben desarrollar estas consultas especializadas en tabaquismo es proporcionar asistencia sanitaria para ayudar a dejar de fumar a todos los fumadores que a ellas acuden. La asistencia puede ser proporcionada en cualquiera de estos formatos: individualizada, grupal y telefónica. No es necesario que la consulta ofrezca los tres tipos de formato, basta con que, al menos uno de ellos (individualizada o grupal)

esté disponible y protocolizado. Dichos protocolos deben contemplar un mínimo de consultas a lo largo del proceso de seguimiento, que debe durar al menos 6 meses después del día de abandono. En el caso de consultas individualizadas los pacientes serán vistos en al menos 4 ocasiones y cada una de ellas durará no menos de 10 minutos^{11,12}. En el caso de consultas grupales, los pacientes serán atendidos a lo largo de, al menos, 4 sesiones de grupo que tendrán una duración de entre 30 a 60 minutos^{6,11,12}.

Este tipo de consultas no requiere realizar actividades docentes y de investigación para su acreditación.

PROCESO DE ACREDITACIÓN

El proceso de acreditación se realizará utilizando como medio la web de SEPAR y los datos serán analizados por un Comité de Expertos de Acreditación de SEPAR. Será necesario aportar la documentación que se especifica en cada caso para acreditar la veracidad de los datos aportados. El Comité de expertos podrá corroborar los datos de manera presencial.

El Comité de Expertos de Acreditación de SEPAR estará constituido por 11 miembros: 3 de ellos pertenecerán al Comité Ejecutivo del Área de Tabaquismo de la SEPAR, 1 de ellos será designado por el Comité de Calidad Asistencial de SEPAR, 3 serán designados por la Junta Directiva de la Sociedad Neumológica Autonómica en la que el centro que pide la acreditación vaya a estar operativo, otro será designado por el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT), otro será designado por la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET), otro será designado por la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma donde el centro ejerza sus servicios y otro será designado por el Ministerio de Sanidad. El Coordinador del Área de Tabaquismo de la SEPAR presidirá el Comité.

La decisión inicial de acreditación en los diferentes niveles será adoptada por el Comité de Expertos y será refrendada y expedida por la Junta Directiva de SEPAR a petición del Área de Tabaquismo una vez vista la resolución del Comité de Expertos. La decisión final del Comité de Expertos sobre la acreditación de un determinado centro será realizada valorando estrictamente los requisitos necesarios que se especifican mas adelante para cada uno de los niveles de acreditación.

La validez de la certificación es de 4 años, independientemente de las comunicaciones, que pueden modificar el nivel de acreditación.

Periódicamente SEPAR hará públicos los centros acreditados y comunicará esta acreditación al Ministerio de Sanidad, a las diferentes Consejerías autonómicas de Sanidad, a los Centros Hospitalarios, a las Sociedades del Foro Autonómico de Tabaquismo de la SEPAR, la SEDET, el CNPT, la ERS y a la ALAT. Las Organizaciones de Consumidores y Usuarios y otras organizaciones científicas y sociales relacionadas con la prevención y el control del tabaquismo podrían ser informadas del nivel de acreditación de un determinado centro si así lo solicitan.

Los centros acreditados tendrán la obligación de remitir al área de tabaquismo de SEPAR y a la Junta Directiva de la Sociedad Neumológica de la Autonomía en la que realizan sus actividades, una memoria de actividades: asistencial, docente e investigadora, cada dos años o cuando estas instituciones así se lo soliciten.

REQUISITOS PARA LA ACREDITACIÓN. DOCUMENTACIÓN

Para obtener la acreditación como *Unidad Especializada en Tabaquismo* será imprescindible cumplir los requisitos que a continuación se exponen.

Los centros acreditados como Unidad Especializada en Tabaquismo es muy recomendable que dispongan de los siguientes recursos materiales, aunque no todos son imprescindibles:

RECURSOS MATERIALES:

- Salas propias disponibles a tiempo completo: Sala de consulta, sala de exploración, secretaría, sala de espera y sala de reuniones. No imprescindible.
- Sistemas informáticos de base de datos y de archivos de documentos específicos de tabaquismo.
- Historia clínica específica de tabaquismo, cuestionarios de procedimientos específicos de tabaquismo.
- Protocolos clínicos de intervención.
- Materiales de autoayuda propios.
- Material ofimático propio. No imprescindible.
- Materiales para proyección audio-visual. No imprescindible.
- Material clínico: fonendoscopio, tensiómetro, cooxímetro, espirómetro, electrocardiógrafo, tallímetro, báscula con medidor de índice de grasa corporal, centrifugadora, congelador. Los dos últimos no son imprescindibles.

- Posibilidad para la medición de nicotina o cotinina en líquidos corporales

La disponibilidad de estos recursos debe estar adecuadamente documentada. Se exigirá certificación de cualquier autoridad competente que demuestre la disponibilidad para uso propio de material clínico y sistemas informáticos de base de datos y archivos de documentos específicos de tabaquismo. La posibilidad para realizar medición de nicotina y cotinina en líquidos corporales también debe ser documentada.

Se exigirá la presentación de la historia clínica específica de tabaquismo, de los cuestionarios específicos y de los protocolos clínicos de intervención así como de los materiales de autoayuda propios.

RECURSOS HUMANOS

- El centro será atendido por un grupo multidisciplinar de profesionales sanitarios especializados en tabaquismo. Se define profesional sanitario especializado en tabaquismo como aquel profesional sanitario altamente cualificado en esta disciplina, experto y capacitado para prevenir, diagnosticar y tratar el tabaquismo, que trabaja con dedicación completa a este aspecto y que es remunerado por ello.
- Equipo multidisciplinar formado por: profesionales de la medicina (se valorará específicamente que este profesional sea un especialista en Neumología), profesionales de la enfermería y profesionales de la psicología. Es necesario que los profesionales sanitarios que se encarguen del funcionamiento de la Unidad Especializada en Tabaquismo puedan acreditar una adecuada formación en prevención, diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. Estar en posesión del título de experto en tabaquismo que otorga la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, SEPAR ó de cualquiera de las titulaciones en esta disciplina que otorgan el resto de sociedades neumológicas españolas, será especialmente valorado.
- Idealmente, el centro debería estar atendido por personal administrativo que sirva para dar respuesta y canalizar las llamadas de los pacientes, así como para mantener los registros de los mismos y responsabilizarse de su atención administrativa. No obstante, este aspecto no es imprescindible para la acreditación.

La disponibilidad de estos recursos debe estar adecuadamente documentada. Se exigirá certificación de cualquier autoridad competente que demuestre la exis-

tencia de un equipo multidisciplinar de las características especificadas y que trabaje a tiempo completo en el centro. En aquellos casos en los que se disponga del Título de Experto en Tabaquismo por SEPAR este debe ser presentado. Igualmente será necesario presentar una titulación adecuada que justifique la específica formación en prevención, diagnóstico y tratamiento del tabaquismo.

Los centros acreditados como Unidad Especializada en Tabaquismo deben cumplir con criterios de excelencia las siguientes actividades: asistenciales, docentes y de investigación.

ACTIVIDADES ASISTENCIALES

La acreditación como Unidad Especializada en Tabaquismo se basará fundamentalmente en criterios de calidad asistencial. Los criterios que marcan la calidad asistencial en Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Tabaquismo son los siguientes:

- La asistencia debe ser proporcionada en tres tipos de formato: individualizada, grupal y telefónica. Los centros deben disponer de protocolos asistenciales individualizados, grupales y telefónicos. Dichos protocolos deben contemplar un mínimo de consultas a lo largo del proceso de seguimiento que debe durar al menos 12 meses después del día de abandono.
- En el caso de consultas individualizadas los pacientes serán vistos en no menos de 7 ocasiones y cada una de ellas durará no menos de 15 minutos.
- En el caso de consultas grupales, los pacientes serán atendidos a lo largo de 7 a 9 sesiones de grupo que tendrán una duración de entre 45 a 90 minutos.
- La asistencia telefónica debería prestarse en aquellos casos en los que el paciente tiene dificultades para acudir a la consulta, en aquellos en los que sólo es necesario una intervención menos intensa, o en aquellos en los que una intervención puntual y directa se hace necesaria.
- La actividad asistencial debe estar proporcionada por un equipo multidisciplinar de profesionales de la medicina, profesionales de la enfermería y profesionales de la psicología. Todos ellos debe ser cualificados expertos en Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Tabaquismo.
- La actividad asistencial realizada por estas unidades no sólo se debe circunscribir a la llevada a cabo dentro de su recinto sino que también, sus profesionales estarán dispuestos y capacitados

para poder atender y resolver las consultas procedentes de otros profesionales sanitarios que atienden a fumadores con los que han tenido específicas dificultades.

Se presentará la documentación necesaria que demuestre la existencia de protocolos asistenciales que cumplan las características comentadas. Se presentará documentación expedida por la autoridad competente en la que se expongan los siguientes datos: número de pacientes nuevos atendidos por año (se requerirá un mínimo de 500), número de revisiones realizadas por año (se requerirá un mínimo de 3000), número de coximetrías realizadas por año (se requerirá un mínimo de 3000), número de determinaciones de nicotina y/o cotinina en líquidos corporales realizadas por año (se requerirá un mínimo de 100), número de espirometrías realizadas por año (se requerirá un mínimo de 250) y número de ECG realizados por año (se requerirá un mínimo de 200).

Igualmente se requerirá documentación expedida por la autoridad competente que justifique que el centro realiza labores de coordinación en aspectos relacionados con la prevención y el tratamiento del tabaquismo con otros centros o servicios asistenciales.

ACTIVIDADES DOCENTES

- Se valorará muy positivamente que los profesionales sanitarios de las Unidades Especializadas en Tabaquismo dispongan de la titulación y acreditación suficientes que les permita realizar actividades docentes, relacionadas con la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del tabaquismo en las facultades de medicina, psicología y ciencias de la salud; así como en las escuelas de enfermería.
- Estas unidades deben estar capacitadas para poder atender las demandas de formación procedentes de otros servicios sanitarios. Sus profesionales estarán capacitados para impartir cursos de formación en prevención y control del tabaquismo dirigidos a otros profesionales sanitarios con menor formación en estos aspectos.
- Las Unidades Especializadas en Tabaquismo deben estar preparadas para asumir la responsabilidad de proporcionar formación en prevención, diagnóstico y tratamiento del tabaquismo de los médicos internos residentes de las especialidades de Neumología, de Medicina Familiar y Comunitaria, de Medicina Preventiva y Salud Pública o de otras especialidades medico-quirúrgicas, así como de los psicólogos internos residentes.

Se presentará la documentación necesaria que demuestre que alguno de los profesionales sanitarios que trabaja en el centro a tiempo completo tiene la acreditación académica necesaria para realizar labores docentes en el pre-grado. Las titulaciones de colaborador docente honorífico, profesor doctor de universidad privada, profesor contratado doctor, profesor ayudante doctor, profesor titular universitario, profesor titular de escuela universitaria, catedrático de universidad y catedrático de escuela universitaria serán especialmente valoradas.

Se valorará especialmente la presentación de documentación expedida por la autoridad competente en la que conste que el centro realiza de forma habitual labores docentes dirigidas a la formación continuada de los profesionales sanitarios en aspectos relacionados con la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del tabaquismo. Es necesario hacer constar el número de cursos, conferencias y otras reuniones docentes que han realizado los miembros del centro en los últimos dos años. Será necesario haber realizado, al menos, cuatro actividades docentes dirigidas a la formación continuada en cada uno de los años, para obtener la acreditación como Unidad Especializada en Tabaquismo.

Se valorará especialmente que el centro disponga de un certificado de la Comisión de docencia de un centro sanitario u hospital en el que se haga constar que los médicos o psicólogos residentes en periodo de formación cumplen un periodo de rotación por dicho centro.

ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN

La Unidad Especializada en Tabaquismo debe estar preparada para asumir una adecuada actividad de investigación. Dicha actividad la puede llevar a cabo mediante la realización de estudios epidemiológicos, estudios de investigación clínica o estudios de investigación básica.

Se presentará la documentación necesaria que demuestre la actividad investigadora que el centro ha tenido en los últimos cinco años. Se requerirá la presentación de la siguiente documentación: publicaciones científicas (al menos 3 en revistas nacionales o internacionales incluidas en el SCR), comunicaciones a congresos internacionales (al menos 3), comunicaciones a congresos nacionales (al menos 6).

Se valorará especialmente que alguno de los miembros del centro pertenezca a redes de investigaciones nacionales o internacionales en aspectos relacionados con el

tabaquismo. Igualmente, las ayudas para la investigación que hayan sido recibidas por el equipo multidisciplinar serán muy valoradas.

Para obtener la acreditación como *Unidad de Tabaquismo* será imprescindible cumplir los requisitos que a continuación se exponen.

Los centros acreditados como Unidad de Tabaquismo deben disponer de los siguientes recursos materiales y humanos.

RECURSOS MATERIALES:

- Salas disponibles no necesariamente propias y no necesariamente a tiempo completo: Sala de consulta, sala de exploración, secretaría, sala de espera y sala de reuniones.
- Historia clínica específica de tabaquismo, cuestionarios de procedimientos específicos de tabaquismo.
- Protocolos clínicos de intervención.
- Materiales de autoayuda.
- Material ofimático.
- Material clínico: fonendoscopio, tensiómetro, co-oxímetro, espirómetro, tallímetro y báscula con medidor de índice de grasa corporal.

La disponibilidad de estos recursos debe estar adecuadamente documentada. Se exigirá certificación de cualquier autoridad competente que demuestre la disponibilidad de salas, material ofimático y material clínico. Se exigirá la presentación de la historia clínica específica de tabaquismo, de los cuestionarios específicos y de los protocolos clínicos de intervención así como de los materiales de autoayuda.

RECURSOS HUMANOS

- El centro debe ser atendido por al menos dos profesionales sanitarios expertos en tabaquismo. Cada uno de ellos estará titulado en alguna de estas disciplinas: medicina, enfermería o psicología. La combinación de, al menos dos de ellas, será imprescindible.
- No será necesario que estos profesionales sanitarios estén trabajando en el centro a tiempo completo, aunque sí muy conveniente que puedan ofertar servicio asistencial de forma diaria.
- Será muy valorado que un especialista en Neumología lidere la organización y funcionamiento del centro.

- Es necesario que los profesionales sanitarios que se encarguen del funcionamiento del centro puedan acreditar una adecuada formación en prevención, diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. Estar en posesión del título de experto en tabaquismo que otorga la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, SEPAR o que es otorgado por otras sociedades neumológicas autonómicas será especialmente valorado.

La disponibilidad de estos recursos debe estar adecuadamente documentada. Se exigirá certificación de cualquier autoridad competente que demuestre la existencia de un equipo multidisciplinar de las características especificadas. En aquellos casos en los que se disponga del Título de Experto en Tabaquismo por SEPAR o por cualquier otra Sociedad Neumológica autonómica, este debe ser presentado. Igualmente será necesario presentar una titulación adecuada que justifique la específica formación en prevención, diagnóstico y tratamiento del tabaquismo.

La principal actividad que deben desarrollar los centros acreditados como Unidad de Tabaquismo es proporcionar asistencia sanitaria para ayudar a dejar de fumar a todos los fumadores que a ellas acuden. La realización de actividades docentes y de investigación por parte de este tipo de centros será muy conveniente y especialmente valorada, aunque no imprescindible para su acreditación.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL

- La asistencia puede ser proporcionada en tres tipos de formato: individualizada, grupal y telefónica. No es necesario que los centros ofrezcan los tres tipos de formato, basta con que, al menos dos de ellos estén disponibles y protocolizados.
- Dichos protocolos deben contemplar un mínimo de consultas a lo largo del proceso de seguimiento, que debe durar al menos 6 meses después del día de abandono. En el caso de consultas individualizadas los pacientes serán vistos en 4 a 7 ocasiones y cada una de ellas durará no menos de 10 minutos. En el caso de consultas grupales, los pacientes serán atendidos a lo largo de 4 a 7 sesiones de grupo que tendrán una duración de entre 30 a 60 minutos.

Se presentará la documentación necesaria que demuestre la existencia de protocolos asistenciales que cumplan las características comentadas. Se presentará documentación expedida por la autoridad competente en la que se expongan los siguientes datos: número de pacientes nuevos atendidos por año (se requerirá un

mínimo de 200), número de revisiones realizadas por año (se requerirá un mínimo de 600), número de co-oximetrías realizadas por año (se requerirá un mínimo de 600), número de espirometrías realizadas por año (se requerirá un mínimo de 50).

Para obtener la acreditación como *Consulta Especializada en Tabaquismo* será imprescindible cumplir los requisitos que a continuación se exponen.

Los centros acreditados como Consulta Especializada en Tabaquismo deben disponer de los siguientes recursos materiales y humanos.

RECURSOS MATERIALES:

- Historia clínica específica de tabaquismo, cuestionarios de procedimientos específicos de tabaquismo.
- Materiales de autoayuda.
- Material ofimático.
- Material clínico: fonendoscopio, tensiómetro, co-oxímetro y báscula.

La disponibilidad de estos recursos debe estar adecuadamente documentada. Se exigirá certificación de cualquier autoridad competente que demuestre la disponibilidad de material ofimático y material clínico. Se exigirá la presentación de la historia clínica específica de tabaquismo, de los cuestionarios específicos, así como de los materiales de autoayuda.

RECURSOS HUMANOS

- Se trata de una consulta cuyo responsable es un profesional sanitario, idealmente especialista en neumología, aunque puede disponer de otro tipo de calificación profesional. Su responsable trabajará a tiempo parcial compartiendo su actividad asistencial a los fumadores con otras actividades.
- No será necesario que la consulta este funcionando diariamente, será imprescindible que al menos un día a la semana se muestre disponible para atender a los fumadores con deseos de abandonar el tabaco.
- Será muy valorado que un especialista en Neumología lidere la organización y funcionamiento del centro.
- Es necesario que el profesional sanitario que lidera la consulta pueda acreditar una adecuada formación en prevención, diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. Estar en posesión del título de experto en tabaquismo que otorga la Sociedad Es-

pañola de Neumología y Cirugía Torácica, SEPAR o el que otorgan cualquiera de las sociedades de neumología autonómicas será especialmente valorado.

La disponibilidad de estos recursos debe estar adecuadamente documentada. Se exigirá certificación de cualquier autoridad competente que demuestre la existencia de un profesional sanitario dedicado a este trabajo cumpliendo las características antes especificadas. En aquellos casos en los que se disponga del Título de Experto en Tabaquismo por SEPAR o por cualquier otra Sociedad Neumológica autonómica, este debe ser presentado. Igualmente será necesario presentar una titulación adecuada que justifique la específica formación en prevención, diagnóstico y tratamiento del tabaquismo.

La principal actividad que deben desarrollar los centros acreditados como Consultas Especializadas en Tabaquismo es proporcionar asistencia sanitaria para ayudar a dejar de fumar a todos los fumadores que a ellas acuden. Este tipo de consultas no requiere realizar actividades docentes y de investigación para su acreditación.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL

- La asistencia puede ser proporcionada en cualquiera de estos formatos: individualizada, grupal y telefónica. No es necesario que la consulta ofrezca los tres tipos de formato, basta con que, al menos uno de ellos esté disponible y protocolizado.
- Dichos protocolos deben contemplar un mínimo de consultas a lo largo del proceso de seguimiento, que debe durar al menos 6 meses después del día de abandono. En el caso de consultas individualizadas los pacientes serán vistos en al menos 4 ocasiones y cada una de ellas durará no menos de 10 minutos. En el caso de consultas grupales, los pacientes serán atendidos a lo largo de 4 sesiones de grupo que tendrán una duración de entre 30 a 60 minutos.

Se presentará la documentación necesaria que demuestre la existencia de protocolos asistenciales que cumplan las características comentadas. Se presentará documentación expedida por la autoridad competente en la que se expongan los siguientes datos: número de pacientes nuevos atendidos por año (se requerirá un mínimo de 100), número de revisiones realizadas por año (se requerirá un mínimo de 200) y número de co-oximetrías realizadas por año (se requerirá un mínimo de 200).

BIBLIOGRAFÍA

118

1. Banegas Banegas JF, Díez Gañan, Gonzalez Enriquez, Villar Alvarez, Rodríguez Artalejo. Disminución de la mortalidad atribuible al consumo del tabaco en España *Med Clin* 2005;124(20):769-71.
2. El tabaquismo entre los miembros de SEPAR. Hacia un futuro mejor. Romero JP, Solano S, Jiménez Ruiz CA, M. Barrueco *et al.* *Prev Tab* 2000;3:151-65.
3. Jiménez Ruiz CA, Solano Reina S, González de Vega JM, Ruiz Pardo M, Flórez Martín S, Ramos Pinedo A *et al.* Normativa para el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 1999;335:499-506.
4. Jiménez Ruiz, Granda, Solano, Carrión Valero, Romero, Barrueco *et al.* Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2003;39:409-18.
5. Jiménez Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Ramos Pinedo A, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, de Granda Orive JI, Grávalos Guzmán J, Ramos Casado L, Pérez Trullen A, Fagerström KO. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Propuesta de financiación. *Arch Bronconeumol* 2008;44(4):213-9.
6. Jiménez Ruiz CA, Solano Reina S, Barrueco Ferrero M, de Granda Orive JI, Lorza Blasco JJ, Alonso Viteri S *et al.* Recomendaciones para la organización y funcionamiento de las unidades especializadas en tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2001;37:382-7.
7. Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Torrecilla Garcia M, Domínguez Grandal F, Díaz-Maroto Muñoz JL *et al.* Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso: SEPAR; SEMERGEN; SEMFyC y SEDT. *Arch Bronconeumol*. 2003;39:35-41.
8. Gonzalez Alcaide G, Valderrama Zurian JC, Alexandre Benavent R, Alonso Arroyo R, de Granda Orive JI, Villanueva Serrano S. Redes de co-autoría y colaboración de las instituciones españolas en la producción científica sobre drogodependencias en biomedicina 1999-2004. *Trastornos Adictivos* 2006;8:78-114.
9. BOE N° 223 15 Septiembre 2008
10. Hughes J. Tobacco Treatment specialists: A new profession. *J Smoking Cess.* 2008;2:2-7.
11. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB *et al.* Treating tobacco use and dependence : 2008 update. Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services; May 2008. <http://www.ahrq.gov/path/tobacco.htm#Clinic>
12. Solano Reina S, Jiménez Ruiz CA. Las unidades especializadas de tabaquismo y sus Áreas de influencia. *Prev Tab* 2001;3:55-7.

Carta al Director

Guía de tratamiento del tabaquismo

119

Sr Director:

El tabaco es la causa singular de mortalidad mas prevenible en el mundo de hoy. Este año el tabaco matará a más de 5 millones de personas, más que la Tuberculosis, el SIDA y el Paludismo combinados. Para el 2030, sus victimas mortales serán más de ocho millones por año. A menos que se adopten medidas urgentes, este siglo del tabaco podría matar a 1.000 millones de personas¹.

El tabaco es el único producto de consumo legal que puede dañar a todos los fumadores, y causa la muerte de hasta la mitad de quienes lo consumen. Sin embargo, ese consumo, desgraciadamente es frecuente en todo el mundo, aproximadamente un tercio de la población fuma, debido en parte a los precios bajos, la comercialización agresiva, la falta de conocimiento de sus peligros y las incoherencia de las políticas sanitarias contra ese consumo.

En al año 1996 el U.S. Department of Health and Human Services, publicaba la primera Guía² sobre el tratamiento del tabaquismo. Este documento revisaba alrededor de 3.000 artículos que sobre esta enfermedad crónica habían sido publicados entre los años 1975 y 1994, la Guía tuvo un éxito arrollador y fueron muchos los profesionales sanitarios que se iniciaron en el manejo diagnóstico y terapéutico del tabaquismo, tras la lectura de ese manual. En el año 2000 se analizaron 3.000 artículos más que se habían publicado entre los años 1995 y 1999, a la vez que se llevó a cabo una actualización³ de la guía publicada por primera vez en 1996. En el año 2008 se publicó la Guía Treating Tobacco Use and dependence: 2008 Update⁴, siendo está última una actualización de la del 2000, para incluir las nuevas intervenciones clinico-terapéuticas eficaces en el tabaquismo que han estado listas para ser utilizadas posteriormente a la publicación del año 2000³. La actualización de la Guia de 2008⁴ ha supuesto una recopilación y análisis de 2.700 artículos adicionales, por tanto, la presente actualización de la Guía refleja una

destilación de una literatura de más de 8.700 artículos de investigación.

He leído con agrado y esmero la recientemente publicada Guía de tratamiento del tabaquismo⁵, versión traducida al español de la Guía Americana actualizada⁴. La actual Guía de tratamiento de tabaquismo⁵, contribuye con nuevas recomendaciones de indiscutible valor, no únicamente para la práctica clinico-asistencial del tabaquismo, sino que también incluye valiosas proposiciones para la docencia y la investigación. Y además no solamente van dirigidas hacia los profesionales sanitarios, sino también para los Gestores de los Sistemas Sanitarios tanto públicos, como privados.

Esta Guía incluye generalidades, información de cómo se debe investigar el tabaquismo en todos los pacientes que acuden a un Centro Sanitario, cómo evaluar la motivación, intervenciones clínicas de cómo abordar a los pacientes que están *preparados*, para realizar un intento, para los que *no están preparados* ("estrategia motivacional") y para aquellos que lo han dejado recientemente. También incluye intervenciones intensivas, mostrando que el tratamiento intensivo es más efectivo que el tratamiento breve; intervenciones mas apropiadas, según los diferentes Sistemas sanitarios, estas estrategias ofrecen la posibilidad de incrementar de forma sustancial las tasas de abstinencia de la población, de modo que no haya ningún fumador que no sea diagnosticado y tratado de modo correcto; revisión de los tratamientos o prácticas mas efectivos, cómo se deben utilizar, y como se deben aplicar en un Sistema Asistencial. La guía también aborda los factores que podrían afectar a la aceptabilidad, el uso y la eficacia de los tratamientos del tabaquismo en poblaciones específicas (VIH, hospitalizados, nivel socioeconómico bajo, comorbilidades médicas, ancianos, trastornos psiquiátricos, niños y adolescentes fumadores, embarazadas y consumidores de productos derivados del tabaco

distinto del cigarrillo). La Guía detalla una serie de recomendaciones de gran utilidad: el tabaquismo está considerado como una enfermedad crónica, la importancia en que todos los profesionales sanitarios identifiquen a todos los fumadores y le ofrezcan su ayuda, la Intervención mínima es eficaz y debe ser ofrecida a todos los fumadores, pues los tratamientos breves han demostrado su efectividad, el soporte individual, grupal y telefónico es eficiente, y su efectividad se incrementa con la intensidad de la intervención. El uso combinado del asesoramiento psicológico y el tratamiento farmacológico, se ha demostrado más eficaz que cualquiera de ellos por separado. Se destaca la importancia de la estrategia motivacional en los fumadores que *no están preparados*, que ha demostrado ampliamente su eficacia y que los tratamientos dirigidos al tabaquismo presentan una mejor relación coste/eficacia que otras enfermedades crónicas (Diabetes, HTA, Dislipemias).

Aprovecho esta oportunidad para felicitar a la SEPAR y a los colaboradores que han participado en el documento, por esta brillante idea de traducir la Guía Americana. Sería conveniente que esta Guía de tratamiento del tabaquismo tenga una difusión apropiada y con toda probabilidad va a ejercer un gran impacto en la sensibilización y concienciación de los profesionales sanitarios hispano parlantes interesados en el tabaquismo, facilitando el acceso a este importante documento, en la seguridad que se van a mejorar los conocimientos gracias a esta información actualizada disponible con la finalidad de conseguir un correcto y eficaz tratamiento a los fumadores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006;3(11):e442.
2. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, *et al.* *Smoking cessation. Clinical practice guideline n° 18*. Rockville: US. Department of Health and Human Services. Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR. Publication n° 96-0692, 1996.
3. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, *et al.* *Treating Tobacco Use and Dependence*. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, June 2000.
4. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, *et al.* *Treating Tobacco Use Dependence: 2008 Update*. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public. May 2008.
5. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, *et al.* *Treating Tobacco Use Dependence: 2008 Update*. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public. May 2008. Traducción al español: *Guía de tratamiento del tabaquismo*. Jiménez Ruiz CA, Jaén CR (Coordinadores de la traducción). Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. SEPAR. Editorial Respira, Mayo 2010.

A. Garcia-Tenorio Damasceno
 Médico de Familia. C.S. Los Yébenes. Madrid
 E-mail: auroragarciatenorio@gmail.com

Prev Tab 2010;12(3):119-120

Carta al Director

Estrategias para dejar de fumar: el valor de la propia experiencia

121

Sr Director:

Dejar de fumar y mantenerse sin fumar durante años es tan difícil como conseguir que lo haga un paciente. Los médicos tenemos la obligación de convidar una y otra vez al paciente fumador a que deje de fumar, y debemos ayudarlo en su intento, aun sabiendo que la probabilidad de éxito es pequeña y grande la posibilidad de recaída, pero vale la pena. En este contexto puede resultar útil el antecedente del médico haber sido fumador, de haber conseguido dejar de fumar y de mantenerse sin tabaco durante años. Esta experiencia es una herramienta poderosa para inducir al paciente a dejar de fumar.

Tal vez sea un arma de doble filo, y el paciente rechace el consejo de dejar de fumar con el argumento de que el médico antes fumaba. Es un riesgo que vale la pena correr, es un riesgo pequeño. Lo más probable, y así lo indica la experiencia clínica, es que el paciente acepte la referencia del médico antes fumador como un indicio claro y elocuente de que es posible dejar de fumar, y que luego es posible mantenerse sin tabaco durante un tiempo indefinido.

Transmitir la propia experiencia para beneficio de los demás es una forma de capitalizar esta experiencia, de darle más sentido, de sacarle buen partido. Al fin y al cabo, lo más valioso del corpus profesional de un médico es su experiencia. Un paciente no daría gran crédito a la palabra del médico si éste huele a tabaco o si el paciente sabe que su médico es fumador. Pero resulta sumamente creíble la palabra de quien superó el obstáculo y da fe de ello en todas las actividades cotidianas y a lo largo del tiempo.

Mi experiencia como médico fumador es valiosa para mis pacientes. Dejé de fumar gracias a los parches de nicotina y a los consejos sabiamente administrados por el personal de la *Unitat de Deshabitació Tabàquica*, de Medicina Preventiva del Hospital de Bellvitge, en Barcelona. Ya no recuerdo la sensación visceral del

humo del cigarrillo, pero sí recuerdo la magnífica sensación de triunfo que me produjo el comprobar que vencía al enemigo que consideraba invencible.

La experiencia de dejar de fumar es poderosa, y trae aparejada una poderosa sensación de triunfo, de victoria, de que «yo puedo». Al transmitir esta experiencia en el entorno cómplice de la consulta, las palabras dejan un poco el paso al lenguaje no verbal, y es éste, más que aquéllas, quien transmite mejor el mensaje para dejar de fumar. Requiere un tiempo, seguramente varias visitas, algunas de preparación y varias de seguimiento, pero resultará tan gratificante como fue de gratificante la propia experiencia de dejar de fumar.

El médico y la enfermera de la citada unidad llevaban para con este paciente un control frecuente al principio y luego más esporádico. La evidente presión asistencial permitía comprender que las visitas fueran cada vez más rápidas. Al mismo tiempo, las visitas al médico de cabecera, el médico del médico, fueron adquiriendo un gran valor, puesto que el apoyo humano y profesional durante los días y las semanas siguientes al dejar de fumar, sin duda los más difíciles, resulta trascendental para sobrellevar la pesada carga que significa la ausencia de la nicotina, aun con parches.

La propia experiencia ayuda a entender por qué les resulta difícil el dejar de fumar a nuestros pacientes. Y al ver que les ayudaba, me permití plasmarla en papel para multiplicar su efecto. Escribí un libro que los editores titularon *Deje de fumar sin darse cuenta*¹. Pero a poco de verlo en las librerías comprendí que son más efectivas las palabras y ese lenguaje no verbal que fluye entre médico y paciente, cómplices así de una misma y fascinante aventura.

Desde luego que esta práctica, profundamente personal, no es extrapolable a la consulta de otros médicos, o tal vez sí que lo sea. Ni tendrá igual eficacia en jóvenes que en adultos. Pero es una aportación más, y no pretende más.

Al ser sólo otra aportación, esta experiencia no quita que las autoridades sanitarias deban asumir las obligaciones competenciales que les corresponden: deben apoyar de manera explícita a los profesionales que ayudan a sus pacientes a dejar de fumar, y a las unidades contra el tabaquismo que deberían funcionar en todos los centros de salud. El ámbito de la asistencia primaria es sin duda el más adecuado para conseguir que el fumador deje de serlo.

Según comenta Ramos Pinedo², la autoridad sanitaria no responde ante el problema con la magnitud que éste requiere, y debe cambiar de actitud. Debe financiar los recursos que demuestran ser costo-efectivos^{3,4}, ya sea bupropión, vareniclina o la terapia sustitutiva con nicotina⁵, ya sea aceptando a todos los efectos la evidencia de que un paciente fumador, en cuanto que enfermo de tabaquismo, necesita mucho más que los cinco o diez minutos que le concede una agenda médica que con frecuencia está sobrecargada. Así, esta enfermedad requiere un trato diferencial en la asistencia primaria⁶. Para ello, como quedo dicho, la propia experiencia puede ser una estrategia más, y de insospechada eficacia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bello J. Deje de fumar sin darse cuenta. Barcelona: Robin Book, 2001.
2. Ramos Pinedo A. Tabaquismo: de la teoría a la práctica clínica. *Prev Tab* 2010;12(2):85-6.
3. Jiménez Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Ramos Pinedo A, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, de Granda Orive JI et al. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Propuestas de financiación. *Arch Bronconeumol* 2008;44(4): 213-9.
4. Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Herrada García JA, Riesco Miranda JA. Documento de consenso entre sociedades científicas y asociaciones de pacientes sobre la financiación de los tratamientos farmacológicos para el tabaquismo. *Prev Tab* 2009;11:19-24.
5. Jiménez Ruiz CA, Cicero Guerrero A, Mayayo Ulibarri ML, López González G, Amor Besada N, Cristóbal Fernández M. Resultados de un programa de tratamiento combinado vareniclina más chicles de nicotina. *Prev Tab* 2010;12(2):64-9.
6. Deixar de fumar. En: Consens sobre les activitats preventives a l'edat adulta dins l'atenció primària. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut 2006;237-45.

Jorge Bello Mayoraz

Gabriel Martín Pueyo

Centre d'atenció primària Navàs (Navàs, Barcelona)

E-mail: jordibell@gmail.com

Prev Tab 2010;12(3):121-122

Tabaquismo: el problema de la financiación

Sr Director:

En el anterior número de esta publicación la Dra. Ramos Pinedo publica una carta al Director¹, muy bien argumentada, haciendo nuevamente hincapié, entre otros aspectos, sobre la necesidad de desarrollar la puesta en marcha de Consultas y/o Unidades Especializadas en Tabaquismo de forma generalizada, con el fin de enfrentarse a esta verdadera epidemia de una forma eficaz y coordinada, proporcionando los recursos necesarios para su implantación y así mismo dotar de la financiación para ello y para los tratamientos que la ciencia actual ha mostrado claramente como eficaces^{2,3}. A día de hoy no existen dudas de que los tratamientos son costo-efectivos (evidencia A) y lo mismo que otras enfermedades crónicas como la HTA, el Asma, la EPOC, la Diabetes, etc, algunas de ellas producidas o agravadas por el tabaquismo, están incluidas en el catálogo de prestaciones, incluido su tratamiento farmacológico, que generalmente será durante toda la vida restante de la persona que las padece, resulta chocante que la mayor causa prevenible de morbi-mortalidad conocida y que solo requerirá un tratamiento temporal, tenga tantos problemas para su financiación.

Uno de los motivos que podría justificar esta situación de reticencia, a emplear los recursos económicos necesarios, es que los réditos positivos de atajar este problema tardan unos años en objetivarse y para nuestras autoridades sanitarias, me refiero fundamentalmente a los políticos, parece que todo lo que no demuestre su beneficio en lo que dura su mandato no tiene el mismo interés que otras cuestiones, así que deberíamos insistir y presionar en este aspecto para hacerles ver las bondades de determinadas decisiones, aunque sean otros los que recojan más tarde los buenos resultados, ya que la salud es el bien máspreciado de los ciudadanos y una de las formas de lograrlo sería que la reforma de la ley 28/2005 sobre tabaquismo, recoja y desarrolle los aspectos que en la anterior han quedado cojos como, las restricciones al consumo en los lugares públicos, incre-

mentar las tasas impositivas al tabaco y la financiación a los tratamientos.

En España los impuestos recaudados por la venta de los productos del tabaco no cubren el gasto sanitario producido por las enfermedades relacionadas con su consumo, solo 6 de esas enfermedades consumen el 78% de la citada recaudación⁴ y eso sin entrar a valorar los daños producidos por su exposición pasiva y lo que se conoce como otras externalidades asociadas al consumo de tabaco (costes laborales, daños materiales como incendios, etc). En un artículo publicado recientemente en la Revista Española de Salud Pública⁵ se expone un interesante estudio en el que se demuestra que el coste de la mortalidad asociada al consumo de tabaco, en relación con el Valor Estadístico de la Vida, en nuestro país es muy elevado y que expresado en cifras supone 78 euros por paquete, en hombres y 54 euros por paquete, en mujeres, siendo evidente que es muy superior al valor de su venta al público.

Por otra parte somos uno de los países de Europa donde más barato es el tabaco por lo que el margen del aumento de precios es amplio; si esto se llevase a cabo, lo que sería altamente recomendable, permitiría, en parte, mejorar dos cuestiones: la primera que dificultaría el acceso al consumo por parte de los jóvenes, desarrollando la acción preventiva más importante y la segunda incrementar los recursos económicos estatales que contribuirían a paliar el citado gasto sanitario y una parte de ese incremento en la recaudación se podría destinar a financiar las Consultas/Unidades de tabaquismo y los tratamientos farmacológicos.

Creemos que la comunidad científica, sensibilizada con este tema, entre la cual los neumólogos han sido pioneros, ha puesto de manifiesto con meridiana claridad la magnitud del problema y cuales son las soluciones; ahora compete a nuestras autoridades poner los medios necesarios para comenzar a resolverlo de una forma seria y rigurosa, teniendo en cuenta que lo

que hoy se invierta, aunque parezca caro, a largo plazo resultará, sin lugar a dudas, muy barato.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramos Pinedo A. Tabaquismo: de la teoría a la práctica clínica. *Prev Tab* 2010;12(2):85-86.
2. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, *et al.* Treating Tobacco Use Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public. May 2008. <http://www.ahrq.gov/path/tobaco.htm>
3. Jiménez Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Ramos Pinedo A, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, De Granda Orive JI, *et al.* Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Propuestas de financiación. *Arch Bronconeumol* 2008;44(4):213-219.
4. López Nicolás A. El Convenio Marco para el control del tabaquismo y la economía pública: reflexiones para el desarrollo de medidas fiscales en España. *Prev Tab* 2003;5(2):87-91.
5. Corbacho Tornel MB, López Nicolás A, Ramos Parreño JM. El coste de mortalidad asociado al consumo de tabaco en España. *Rev Esp Salud Pública* 2010;84(3):271-80.

MA. Martínez Muñoz, F. Álvarez Navascués,

MA. Villanueva Montes

Unidad de Gestión Clínica de Neumología. Hospital San Agustín-
Avilés(Asturias). E-mail: mmm01as@saludalia.com

Prev Tab 2010;12(3):123-124

nicorette® 2mg chicles medicamentosos

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO Nicorette 2 mg chicles medicamentosos **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** Cada chiclo contiene: Nicotina.....2 mg (correspondiente a 10 mg de complejo resinoso al 20%) Excipientes: Sorbitol (E-420), butilhidroxitolueno (E-321). Para la lista completa de excipientes ver sección 6.1 **3. FORMA FARMACÉUTICA** Chicles medicamentosos. Los chicles son de color beige y forma cuadrada. **4. DATOS CLÍNICOS 4.1 Indicaciones terapéuticas** Nicorette 2 mg chicles medicamentosos está indicado para aliviar los síntomas de abstinencia de nicotina en personas que están motivadas para dejar de fumar. **4.2 Posología y forma de administración** Vía bucal. Es muy importante que durante el tratamiento con Nicorette chicles medicamentosos no se utilice simultáneamente ningún otro medicamento con nicotina. Adultos y ancianos Supresión drástica del consumo de tabaco. La dosis inicial debe ser individualizada en base a la dependencia a la nicotina del paciente. Los fumadores con baja dependencia (dependencia a nicotina según Test Fagerström¹ < 6 o que fumen ≤ 20 cigarrillos/día) deben empezar el tratamiento con chicles de 2 mg y los fumadores altamente dependientes deben utilizar la dosis de 4 mg. La cantidad de 8-12 chicles por día suele ser apropiada. No se debe superar la cantidad de 24 chicles al día. La duración del tratamiento depende de las necesidades de cada fumador, y no resulta conveniente su supresión brusca, ya que esto podría favorecer la vuelta a la adicción al tabaco. Es preferible reducir la dosis de forma paulatina. Por ejemplo: Cada 4 ó 5 días, disminuir el consumo diario en uno o dos chicles, hasta que se llegue a consumir únicamente 1 ó 2 chicles al día. Esto puede conseguirse en 2 ó 3 meses. No debe abandonarse el tratamiento definitivamente hasta que se establezca la dosis en 1 ó 2 chicles diarios. No se recomienda el uso regular del chiclo durante más de 6 meses. Si el paciente no ha conseguido dejar el tratamiento definitivamente después de 6 meses, deberá consultar con su médico. El médico podrá aconsejar en función de la situación del paciente, el uso de un chiclo de forma puntual en caso de presentarse ganas repentinas de fumar. Supresión progresiva del consumo de tabaco: En el caso de optar por la reducción progresiva el paciente sustituirá, en la medida de lo posible, los cigarrillos por Nicorette 2 mg chicles medicamentosos, con la finalidad de prolongar los periodos en los que no se fuma ningún cigarrillo, consiguiendo así que se reduzca el consumo

Número de Cigarrillos/día	A las 6 semanas: sustitución de al menos el 50% del número de cigarrillos por chicles	A los 4 meses: sustitución total del número de cigarrillos hasta utilizar como máximo (nº de chicles)	Pauta para el abandono del uso del chiclo
10	5 cigarrillos + 5 chicles	10 chicles	Reducción de 1 chiclo cada 5 días
20	10 cigarrillos + 10 chicles	20 chicles	Reducción de 1 chiclo cada 3 días
Mayor o igual a 30	50 % cigarrillos + máximo 24 chicles	Máximo 24 chicles	Reducción de 1 chiclo cada 2 ó 3 días

de tabaco. El número de chicles por día varía y depende de las necesidades del paciente. No se debe superar la cantidad de 24 chicles al día. A las 6 semanas del tratamiento, el fumador debe haber reducido al menos a la mitad el número de cigarrillos que fuma; en caso contrario el paciente deberá consultar con su médico. Se debe hacer un intento de dejar de fumar definitivamente en 4 meses, de no conseguirlo el paciente debe consultar con su médico. A partir del cuarto mes de tratamiento y hasta el sexto mes, el paciente reducirá la cantidad de chicles que toma de forma paulatina. Pauta orientativa de sustitución del número de cigarrillos diarios por chicles. No se recomienda el uso regular del chiclo durante más de 6 meses. Si el fumador no ha conseguido dejar el tratamiento definitivamente después de 6 meses, deberá consultar con su médico. El médico podrá aconsejar en función de la situación del paciente, el uso de un chiclo de forma puntual en caso de presentarse ganas repentinas de fumar. El asesoramiento y el apoyo al fumador normalmente aumentan las posibilidades

de éxito. **Normas para la correcta administración** Solo se utilizará un chiclo cada vez. Cada pieza de chiclo deberá ser masticada suave y lentamente durante 30 minutos, para liberar de forma gradual su contenido en nicotina. No se debe masticar el chiclo mientras se está bebiendo o comiendo, ya que perdería su efecto. Atendiendo cuidadosamente a las indicaciones dadas a continuación, se obtendrá un ritmo de masticación correcto que favorecerá la absorción de nicotina a través de la mucosa bucal y se evitarán los efectos secundarios ocasionados por una masticación excesivamente rápida: 1º.- Introducir cada vez una sola pieza de chiclo en la boca y masticarla lentamente, esperando algunos segundos entre cada masticación. Masticar de esta forma unas 10 veces, a continuación deslizar el chiclo durante 1 ó 2 minutos a un lado de la boca sin masticarlo. 2º.- Masticar el chiclo siguiendo el ritmo indicado, durante unos 30 minutos. Niños y adolescentes Nicorette chicles medicamentosos no debe administrarse a personas menores de 18 años sin recomendación de un médico. Hay una limitada experiencia de tratamiento en este grupo de edad con Nicorette chicles.

4.3 Contraindicaciones Hipersensibilidad a cualquier componente del chiclo. No fumadores. Trastornos articulación de la mandíbula. **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo** Los fumadores con dentadura postiza pueden tener dificultades para masticar Nicorette chicles. El chiclo se puede pegar y en casos raros puede dañar la dentadura. Los chicles Nicorette solo deben utilizarse después de consultar al médico en casos particulares en los siguientes grupos de pacientes: Aquellos que han experimentado acontecimientos cardiovasculares graves u hospitalización por motivos cardiovasculares (por ejemplo: infarto de miocardio, angina de pecho inestable o agravamiento de la misma, angina de Prinzmetal, arritmia cardíaca, bypass arterial coronario y angioplastia) o si padecen hipertensión arterial no controlada. Pacientes con accidente cerebrovascular reciente o enfermedad vascular periférica. Pacientes con insuficiencia hepática severa o moderada, insuficiencia renal severa, úlcera duodenal activa y úlcera gástrica. La nicotina, tanto procedente del tabaco como de terapia sustitutiva con nicotina, produce la liberación de catecolaminas de la médula adrenal. Por tanto Nicorette chicles debe ser utilizado con precaución en pacientes con hipertiroidismo no controlado o feocromocitoma. Los pacientes con diabetes mellitus pueden necesitar dosis más bajas de insulina como resultado de la cesación tabáquica. Advertencias sobre excipientes: Este medicamento contiene 0,2 mg de sorbitol (E-420). Los pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa no deben tomar este medicamento. Este medicamento contiene 11,42 mg de sodio por chiclo, lo que debe ser tenido en cuenta en pacientes con dietas pobres en sodio. Por contener butilhidroxitolueno (E-321) puede provocar reacciones locales, como dermatitis de contacto, en las membranas mucosas. **4.5. Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción** Fumar (no la nicotina) se asocia con un aumento en la actividad de la enzima CYP1A2. Después de dejar de fumar, puede ocurrir que se reduzca el aclaramiento de sustratos de esta enzima. Esto puede conducir a un aumento de los niveles en plasma de algunos de los medicamentos con potencial importancia clínica por ser productos con una estrecha ventana terapéutica, por ejemplo: teofilina, tacrina, clozapina y ropinorol. La concentración plasmática de otros productos metabolizados en parte por CYP1A2, por ejemplo: cafeína, imipramina, olanzapina, clomipramina y fluvoxamina pueden aumentar cuando se deja de fumar. Datos limitados indican que el metabolismo de flecaína y pentazocina pueden ser inducidos por el hecho de fumar. En la tabla siguiente se indican las posibles interacciones de fármacos con la adicción de fumar. **Interacciones con el tabaco** Alcohol Puede disminuir la fracción de dosis absorbida y el pico de concentración sérica. Benzodiazepinas (diazepam, clordiazepóxido, oxazepam, desmetildiazepam) Puede disminuir la sedación y la somnolencia, probablemente por estimulación del SNC. Bloqueantes beta adrenérgicos La activación simpática por nicotina puede disminuir la respuesta en los órganos diana. La efectividad de estos fármacos puede reducirse en fumadores, en lo que se refiere al control de la presión sanguínea y de la frecuencia cardíaca. Cafeína, clozapina, fluvoxamina, olanzapina, tacrina, teofilina, paracetamol, warfarina, vitamina B12 El tabaquismo es un inductor del CYP1A2. Esto puede incrementar el aclaramiento y disminuir el área bajo la curva, la concentración plasmática, semi-vida de eliminación y volumen de distribución. Clorazepato, lidocaína (vía oral) Puede disminuir el área bajo la curva. Estradiol (anticonceptivos orales) Puede aumentar la 2-hidroxilación con posibles efectos antiestrogénicos y disminución del efecto anticonceptivo. Flecaína, imipramina, clomipramina Puede aumentar el aclaramiento y disminuir las concentraciones séricas. Heparina Puede aumentar el aclaramiento y el disminuir la semi-vida de eliminación. El fumador puede requerir altas dosis de heparina. Insulina Puede provocar una disminución de la absorción subcutánea, siendo necesario incrementar los requerimientos de insulina en los fumadores. Mexiletina Puede incrementar el aclaramiento oral y disminuir la semi-vida plasmática. Furosemida Puede reducir el efecto diurético. Opiáceos (dextropropoxifeno, pentazocina) Puede disminuir el efecto analgésico de estos fármacos, por lo que puede ser necesario incrementar la dosis de éstos en los fumadores. Propanolol Puede producirse un incremento del aclaramiento oral. Catecolaminas, cortisol Puede producirse un aumento del cortisol y las catecolaminas circulantes. Puede que resulte necesario ajustar la terapia con nifedipina, o con agonistas o bloqueantes adrenérgicos en los fumadores. En todos estos casos, se deberá reajustar la dosis de dichos medicamentos, cuando se utilice terapia sustitutiva con nicotina. **4.6 Embarazo y lactancia** Embarazo La nicotina pasa al feto y afecta sus movimientos respiratorios y circulatorios. El efecto en la circulación es dosis dependiente. Estudios realizados en animales durante el periodo

Trastornos del sistema nervioso	Muy frecuentes (>1/10): Dolor de cabeza Frecuentes (>1/100, <1/10): Mareos
Trastornos cardíacos y vasculares	Poco frecuentes (>1/1 000, <1/100): Palpitaciones Muy raras (<1/10 000): Fibrilación atrial reversible
Trastornos gastrointestinales	Muy frecuentes (>1/10): Alteraciones gastrointestinales, hipo, náuseas. Frecuentes (>1/100, <1/10): Vómitos
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:	Poco frecuentes (>1/1 000, <1/100): Eritema y urticaria.
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	Muy frecuentes (>1/10): Úlceras en boca y garganta, dolor mandibular Raras (>1/10 000, <1/1 000): Reacciones alérgicas incluyendo angioedema

de gestación han mostrado que la nicotina es tóxica tanto para la madre como para el feto. Se ha podido evaluar un retraso en el crecimiento pre y post natal, así como un retraso post natal en el desarrollo del Sistema Nervioso Central. Por consiguiente, siempre debe aconsejarse a la fumadora en estado de gestación que abandone el consumo de tabaco completamente, sin utilizar una terapia sustitutiva de nicotina. En el tercer trimestre la nicotina produce efectos hemodinámicos que pueden afectar al feto cerca del parto. Por tanto sería aconsejable que la embarazada fumadora abandonara el hábito tabáquico antes del tercer trimestre del embarazo, debido al riesgo perinatal. En el caso de mujeres fumadoras embarazadas que no han conseguido dejar de fumar, el hecho de continuar fumando puede suponer mayor riesgo para el feto que el uso de productos sustitutivos con nicotina en un programa controlado para dejar de fumar. A pesar de ello, y dado los efectos de la nicotina sobre el feto, la fumadora altamente dependiente del tabaco en estado de gestación únicamente debe recurrir al tratamiento en caso de que el médico se lo recomiende. Lactancia La nicotina se excreta por la leche materna en cantidades que pueden afectar al bebé, incluso cuando se administran dosis terapéuticas. En consecuencia, la toma de chicles Nicorette, al igual que el fumar en sí mismo, debe ser evitado durante el periodo de lactancia. Si no se ha conseguido dejar de fumar, la toma de chicles Nicorette durante la lactancia sólo debe iniciarse después de haber consultado a un médico. Cuando se siga la terapia de sustitución con nicotina durante la lactancia, Nicorette chicles deberá tomarse justo después de amamantar y no durante las dos horas previas. **4.7 Efectos sobre la capacidad de conducir y de usar maquinaria.** Los chicles Nicorette no modifican la capacidad para conducir ni para utilizar maquinaria peligrosa, aunque se debe tener en cuenta que dejar de fumar provoca efectos en el comportamiento. **4.8 Reacciones adversas** Nicorette chicles pueden causar reacciones adversas similares a las asociadas a nicotina administradas por otras vías y son principalmente dosis dependiente. La mayoría de los acontecimientos adversos informados por los pacientes ocurren las primeras 3-4 semanas de inicio del tratamiento. Algunos síntomas, tales como mareo, trastornos del sueño, dolor de cabeza, descritos en relación con el uso de los chicles de nicotina, pueden ser debidos a los síntomas de abstinencia a nicotina. Se ha descrito un aumento de la frecuencia de aftas bucales al dejar de fumar. Los chicles se pueden quedar pegados y pueden, en raras ocasiones, dañar la dentadura. En el caso de observarse la aparición de reacciones adversas se deben notificar a los sistemas de farmacovigilancia y, si fuera necesario, suspender el tratamiento. **4.9 Sobredosis** El uso excesivo de nicotina procedente de la terapia sustitutiva con nicotina y/o por fumar puede causar síntomas de sobredosis. El riesgo de intoxicación como resultado de tragarse el chiclo es muy pequeño, ya que la absorción en ausencia del masticado es lenta e incompleta. Los síntomas de la sobredosis son los de una intoxicación aguda de nicotina e incluye náuseas, aumento de la salivación, dolor abdominal, diarrea, sudoración, cefalea, mareo, hipertensión, alteraciones auditivas, alteraciones de la vista y debilidad marcada. Estos síntomas pueden estar seguidos de hipotensión, alteraciones del ritmo cardíaco, debilidad y pulso irregular, dificultades en la respiración, postración, colapso circulatorio, convulsiones generales y coma. Las dosis de nicotina toleradas por un fumador adulto durante el tratamiento puede producir síntomas graves de envenenamiento en niños y menores que pueden llegar a ser mortales. **Tratamiento de la sobredosis:** Se debe dejar de administrar nicotina inmediatamente y el paciente debe ser tratado sintomáticamente. El carbón activado reduce la absorción intestinal de la nicotina. Si fuera necesario debe instaurarse la respiración artificial con oxígeno. **6. DATOS FARMACÉUTICOS 6.1 Lista de excipientes** Goma base de mascar (que contiene butilhidroxitolueno (E-321)), sorbitol (E-420), hidrogenocarbonato de sodio, carbonato sódico anhidro, aroma Haverstroo, aroma de tabaco, glicerol 85% (E-422). **6.2 Incompatibilidades** No existen. **6.3 Periodo de validez** 30 meses. **6.4 Precauciones especiales de conservación** No conservar a temperatura superior a 25°C **6.5 Naturaleza y contenido del envase** Envases conteniendo 30 chicles, 105 chicles y 210 chicles. Los chicles se envasan en blísters incluidos en una caja de cartón. **6.6 Precauciones especiales de eliminación** No se requieren. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Mc Neil Consumer Healthcare, Pº de las Doce estrellas, 5-7. 28042 Madrid. **8. NÚMERO DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** 57.455.9. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN** Julio 1997/Noviembre 2001 **10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO** Junio 2006 **PRESENTACIONES Y PRECIOS** Nicorette Chiclo 2mg/210ch PVP IVA 42,15€ Nicorette Chiclo 2mg/105ch PVP IVA 23,50€ Nicorette Chiclo 2mg/30ch PVP IVA 8,76€ **CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:** Sin receta médica. Especialidad Farmacéutica Publicitaria.

Normas de Publicación

126

PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO considerará para su publicación aquellos trabajos relacionados directamente con el tabaquismo, en su aspecto clínico médico experimental. Fundamentalmente la Revista consta de las siguientes secciones:

EDITORIAL

Comentario crítico que realiza un experto sobre un trabajo original que se publica en el mismo número de la Revista o por encargo desde el Comité de Redacción, sobre un tema de actualidad. Extensión máxima de cuatro páginas DIN A4 en letra cuerpo 12 a doble espacio.

El contenido del artículo puede estar apoyado en un máximo de 7 citas bibliográficas.

ORIGINALES

Trabajos preferentemente prospectivos, con una extensión máxima de 12 DIN A4 a doble espacio y hasta 6 figuras y 6 tablas. Es aconsejable que el número de firmantes no sea superior a seis.

CARTAS AL DIRECTOR

La Revista tiene especial interés en estimular el comentario u objeciones relativas a artículos publicados recientemente en ella y en las observaciones o experiencias concretas que permitan resumirse en forma de carta. La extensión máxima será de 2 DIN A4 a doble espacio, un máximo de 6 citas bibliográficas y una figura o una tabla. El número de firmantes no podrá ser superior a tres.

OTRAS SECCIONES

Los comentarios editoriales, revisiones, temas de actualidad, números monográficos u otros, son encargos expresos del Comité de Redacción. Los autores que deseen colaborar espontáneamente en algunas de estas secciones deberán consultar con anterioridad con el mencionado Comité.

ENVIO DE MANUSCRITOS

Se escribirán en hojas DIN A4 mecanografiadas a doble espacio (máximo 30 líneas de 70 pulsaciones), numeradas consecutivamente en el ángulo superior derecho. Los trabajos se remitirán en papel acompañados del CD indicando para la Revista *Prevención del Tabaquismo*, a la siguiente dirección: Avenida Maresme 44-46, 1º, 08918 Badalona (Barcelona), o por e-mail a: redaccion@nexusmedica.com.

Deben ir acompañados de una carta de presentación en la que se solicite el examen de los mismos, indicando en qué sección deben incluirse, y haciendo constar expresamente que se trata de un trabajo original, no remitido simultáneamente a otra publicación. Asimismo, se incluirá cesión del Copyright a la Revista firmada por la totalidad de los autores.

El Comité de Redacción acusará recibo de los trabajos que le sean remitidos y se reserva el derecho de rechazar los trabajos que no considere adecuados para su publicación, así como de proponer las modificaciones de los mismos cuando lo considere necesario.

El primer autor recibirá las galeras para su corrección, debiendo devolverlas al Director de la Revista a la dirección reseñada dentro de las 48 horas siguientes a la recepción.

ESTRUCTURA

Como norma se adoptará el esquema convencional de un trabajo científico. Cada parte comenzará con una nueva página en el siguiente orden:

1. En la primera página se indicará por el orden en que se citan: título del trabajo, nombre y apellidos de los autores, centro y servicio (s) donde se ha realizado, nombre y dirección para correspondencia, y otras especificaciones consideradas necesarias.
2. En la segunda página constará: a) el resumen, de aproximadamente 200 palabras, con los puntos esenciales del trabajo, comprensibles sin necesidad de recurrir al artículo; y b) palabras clave en número de tres, de acuerdo con las incluidas en el Medical Subject Headings, del Index Medicus. El Comité Editorial recomienda la presentación estructurada del resumen, siguiendo el esquema

siguiente: 1) objetivos; 2) pacientes y método; 3) resultados y 4) conclusiones.

3. En la tercera página y siguientes constarán los diferentes apartados del trabajo científico: introducción, pacientes y métodos, resultados, discusión y conclusiones y bibliografía. La introducción será breve y proporcionará únicamente la explicación necesaria para la comprensión del texto que sigue. Los objetivos del estudio se expresarán de manera clara y específica. En él se describirán el diseño y el lugar donde se realizó el estudio. Además se detallará el procedimiento seguido, con los datos necesarios para permitir la reproducción por otros investigadores. Los métodos estadísticos utilizados se harán constar con detalle. En los resultados se expondrán las observaciones, sin interpretarlas, describiéndolas en el texto y complementándolas mediante tablas o figuras. La discusión recogerá la opinión de los autores sobre sus observaciones y el significado de las mismas, las situará en el contexto de conocimientos relacionados y debatirá las similitudes o diferencias con los hallazgos de otros autores. El texto terminará con una breve descripción de las conclusiones del trabajo.

AGRADECIMIENTO

Si se considera oportuno se citará a las personas o entidades que hayan colaborado en el trabajo. Este apartado se ubicará al final de la discusión del artículo.

TABLAS Y FIGURAS

La tablas se presentarán en hojas aparte que incluirán: a) numeración de la tabla con números romanos y de las figuras con números arábigos; b) enunciado o título correspondiente; c) una sola tabla por cada hoja de papel. Se procurará que sean claras y sin rectificaciones. Las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa al pie.

Las figuras se presentarán también en hoja aparte, numeradas por orden correlativo de aparición, que se señalará en el texto. Se procurará utilizar papel fotográfico en blanco y negro, de buena calidad para permitir

una correcta reproducción y con un tamaño de 9 x 12 cm o un múltiplo. Las fotografías irán numeradas al dorso mediante una etiqueta adhesiva, indicando el nombre del primer autor y el título del trabajo, además de una señal para mostrar la orientación de la figura. Las ilustraciones se presentarán por triplicado y los pies de las mismas se presentarán en hoja aparte. Los gráficos realizados por ordenador deberán también fotografiarse para facilitar la reproducción.

BIBLIOGRAFÍA

La bibliografía deberá contener únicamente las citas más pertinentes, presentadas por orden de aparición en el texto y numeradas consecutivamente. Cuando se mencionan autores en el texto se incluirán los nombres si son uno o dos. Cuando sean más, se citará tan sólo al primero, seguido de la expresión et al. y en ambos casos, el número de la cita correspondiente. Los originales aceptados, pero aún no publicados, pueden incluirse entre las citas, con el nombre de la revista, seguido por "en prensa", entre paréntesis. Las citas bibliográficas deberán estar correctamente redactadas y se comprobarán siempre con su publicación original. Los nombres de las revistas deberán abreviarse de acuerdo con el estilo utilizado en el *Index Medicus* y para la confección detallada de las citas se seguirán estrictamente las normas de Vancouver, publicadas en nuestro país por *Medicina Clínica* (Med Clin (Bar) 1997, 109: 756-763).

NOTAS FINALES

El Comité de Redacción acusará recibo de los trabajos enviados a la Revista, que serán valorados por revisores anónimos y por el mismo Comité de Redacción, que informará acerca de su aceptación. Es necesario adjuntar las adecuadas autorizaciones para la reproducción de material ya publicado, en especial en las secciones por encargo. Se recomienda utilizar sobres que protejan adecuadamente el material y citar el número de referencia de cada trabajo en la correspondencia con la Editorial.

El autor recibirá las pruebas de imprenta del trabajo para su corrección antes de la publicación, debiendo devolverlas a la Editorial en el plazo de 48 horas.

FICHA TÉCNICA REDUCIDA - CHAMPIX. NOMBRE DEL MEDICAMENTO:  CHAMPIX 0,5 mg comprimidos recubiertos con película o CHAMPIX 1 mg comprimidos recubiertos con película. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada comprimido recubierto con película contiene 0,5 mg o 1 mg de vareniclina (como tartrato). Para consultar la lista completa de excipientes ver sección lista de excipientes. **FORMA FARMACÉUTICA:** *Comprimidos recubiertos con película de 0,5 mg:* Comprimidos biconvexos, con forma capsular, y de color azul pálido, grabados con “Pfizer” en una cara y “CHX 0.5” en la otra. *Comprimidos recubiertos con película de 1 mg:* Comprimidos biconvexos, con forma capsular, y de color azul pálido, grabados con “Pfizer” en una cara y “CHX 1.0” en la otra. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** CHAMPIX está indicado en adultos para dejar de fumar. **Posología y forma de administración:** Las terapias de deshabituación tabáquica tienen más posibilidades de éxito en los pacientes que están motivados a dejar de fumar y que tienen asesoramiento y apoyo adicional. CHAMPIX se administra por vía oral. La dosis recomendada es 1 mg de vareniclina dos veces al día después de una titulación semanal tal y como se lista a continuación:

Días 1 – 3:	0,5 mg una vez al día
Días 4 – 7:	0,5 mg dos veces al día
Día 8 – Fin del tratamiento:	1 mg dos veces al día

El paciente debe fijar una fecha para dejar de fumar. La dosificación con CHAMPIX debe iniciarse 1-2 semanas antes de esta fecha. En aquellos pacientes que no puedan tolerar los efectos adversos de CHAMPIX, deberá reducirse la dosis de forma temporal o permanente a 0,5 mg dos veces al día. Los comprimidos de CHAMPIX deben tragarse enteros con agua. CHAMPIX puede tomarse con o sin alimentos. Los pacientes deben ser tratados con CHAMPIX durante 12 semanas. En los pacientes que al final de las 12 semanas hayan conseguido dejar de fumar con éxito, puede considerarse un tratamiento adicional de 12 semanas con CHAMPIX a una dosis de 1 mg dos veces al día. No hay datos disponibles de la eficacia del tratamiento adicional de 12 semanas en los pacientes que no consiguen dejar de fumar durante la terapia inicial o que tienen una recaída después del tratamiento. En la terapia de deshabituación tabáquica, el riesgo de recaída es elevado en el periodo inmediatamente siguiente al fin del tratamiento. Se puede considerar una reducción de

la dosis en pacientes con un riesgo elevado de recaída (ver sección Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Pacientes con insuficiencia renal:** No es necesario un ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia renal de leve (aclaramiento de creatinina estimado ≥ 50 ml/min y ≤ 80 ml/min) a moderada (aclaramiento de creatinina estimado ≥ 30 ml/min y ≤ 50 ml/min). En los pacientes con insuficiencia renal moderada que sufran acontecimientos adversos no tolerables, puede reducirse la dosis a 1 mg una vez al día. En los pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina estimado < 30 ml/min), la dosis recomendada de CHAMPIX es 1 mg una vez al día. La dosis debe iniciarse con 0,5 mg una vez al día durante los tres primeros días y ser aumentada a 1 mg una vez al día. En base a la experiencia clínica limitada con CHAMPIX en pacientes con enfermedad renal en estadio terminal, no se recomienda el tratamiento en esta población de pacientes. **Pacientes con insuficiencia hepática:** No es necesario un ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia hepática. **Dosis en pacientes de edad avanzada:** No es necesario un ajuste de dosis en pacientes de edad avanzada. Dado que es más probable que los pacientes de edad avanzada tengan una función renal disminuida, los médicos deben considerar el estado renal de un paciente de edad avanzada. **Población pediátrica:** Debido a los insuficientes datos de seguridad y eficacia, no se recomienda el uso de CHAMPIX en niños o adolescentes menores de 18 años. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad al principio activo o a cualquiera de los excipientes. **Advertencias y precauciones especiales de empleo: Efecto de deshabituación tabáquica:** Los cambios fisiológicos producidos como resultado de la deshabituación tabáquica, con o sin el tratamiento con CHAMPIX, pueden alterar la farmacocinética o la farmacodinamia de algunos medicamentos, haciendo necesario un ajuste de dosis (como ejemplos se incluyen teofilina, warfarina e insulina). Como el tabaquismo induce el CYP1A2, la deshabituación tabáquica puede producir un aumento de los niveles plasmáticos de los sustratos del CYP1A2. Durante el periodo post-comercialización, se han notificado casos de alteraciones del comportamiento o de la forma de pensar, ansiedad, psicosis, cambios de humor, comportamiento agresivo, depresión, ideación y comportamiento suicida e intento de suicidio en pacientes sometidos a deshabituación tabáquica con CHAMPIX. No todos los pacientes habían dejado de fumar en el momento en que se iniciaron los síntomas y no todos los pacientes tenían una enfermedad psiquiátrica preexistente conocida. Los médicos deben ser conscientes de la posible aparición de sintomatología depresiva en pacientes sometidos a deshabituación tabáquica y deben informar a sus pacientes en consecuencia. Se debe interrumpir inmediatamente el tratamiento con CHAMPIX si la agitación, estado depresivo o los cambios de comportamiento o de forma de pensar preocupan al médico, paciente, familia o cuidadores, o si el paciente desarrollara una ideación o comportamiento suicida. En muchos de los casos notificados durante el periodo post-comercialización, se comunicó la resolución de los síntomas tras la interrupción de vareniclina pero como en algunos de ellos los síntomas persistieron, debe mantenerse el seguimiento de los pacientes hasta la resolución de los síntomas. El estado depresivo, incluyendo con rara frecuencia ideación suicida e intento de suicidio, puede ser un síntoma de la retirada de la nicotina. Además, la deshabituación tabáquica, con o sin tratamiento farmacológico, se ha asociado con la exacerbación de enfermedades psiquiátricas subyacentes (por ejemplo, depresión). No se ha establecido la seguridad y eficacia de CHAMPIX en pacientes con enfermedades psiquiátricas graves tales como esquizofrenia, trastorno bipolar y trastorno depresivo grave. Debe tratarse con precaución a los pacientes con antecedentes de enfermedad psiquiátrica y se les debe advertir adecuadamente. No se dispone de experiencia clínica con CHAMPIX en pacientes con epilepsia. Al final del tratamiento, la interrupción del tratamiento con CHAMPIX se asoció a un aumento en la irritabilidad, ansias de fumar, depresión y/o insomnio en hasta el 3% de los pacientes. El médico debe informar al paciente en consecuencia y valorar o considerar la necesidad de reducir la dosis. Durante el periodo post-comercialización se han notificado casos de reacciones de hipersensibilidad incluyendo angioedema en pacientes tratados con vareniclina. Los signos clínicos incluyen hinchazón de la cara, boca (lengua, labios y encías), cuello (garganta y laringe) y extremidades. Se notificaron, de forma rara, casos de angioedema potencialmente mortales y que necesitaron atención

Clasificación por órganos y sistemas	Reacciones Adversas al Fármaco
Infecciones e Infestaciones	
Poco frecuentes	Bronquitis, nasofaringitis, sinusitis, infección fúngica, infección viral
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	
Frecuentes	Aumento del apetito
Poco frecuentes	Anorexia, disminución del apetito, polidipsia
Trastornos psiquiátricos	
Muy frecuentes	Sueños anormales, insomnio
Poco frecuentes	Reacción de pánico, bradifrenia, pensamiento anormal, cambios de humor
Desconocida*	Ideación suicida, depresión, psicosis, alucinaciones, ansiedad, comportamiento agresivo e irracional
Trastornos del sistema nervioso	
Muy frecuentes	Dolor de cabeza
Frecuentes	Somnolencia, mareos, disgeusia
Poco frecuentes	Temblor, coordinación anormal, disartria, hipertonía, inquietud, disforia, hipoestesia, hipogeusia, letargo, libido aumentado, libido disminuido
Trastornos cardíacos	
Poco frecuentes	Fibrilación auricular, palpitaciones
Desconocida*	Infarto de miocardio
Trastornos oculares	
Poco frecuentes	Escotoma, decoloración escleral, dolor ocular, miđriasis, fotofobia, miopia, aumento de lagrimeo
Trastornos del oído y del laberinto	
Poco frecuentes	Tinnitus
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	
Poco frecuentes	Disnea, tos, ronquera, dolor faringolaríngeo, irritación de garganta, congestión del tracto respiratorio, congestión de los senos, goteo postnasal, rinorrea, ronquido
Trastornos gastrointestinales	
Muy frecuentes	Náuseas
Frecuentes	Vómitos, estreñimiento, diarrea, distensión abdominal, molestias estomacales, dispepsia, flatulencia, sequedad bucal
Poco frecuentes	Hematemesis, hematomeqesia, gastritis, enfermedad de reflujo gastroesofágico, dolor abdominal, cambios en los hábitos intestinales, heces anormales, eructación, estomatitis aftosa, dolor gingival, lengua saburral
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	
Poco frecuentes	Erupción cutánea generalizada, eritema, prurito, acné, hiperhidrosis, sudores nocturnos
Desconocida*	Reacciones cutáneas graves, incluyendo Síndrome de Stevens Johnson y eritema multiforme, angioedema
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	
Poco frecuentes	Rigidez de articulaciones, espasmos musculares, dolor de la pared torácica, costocondritis
Trastornos renales y urinarios	
Poco frecuentes	Glucosuria, nocturia, poliuria
Trastornos del aparato reproductor y de la mama	
Poco frecuentes	Menorragia, secreción vaginal, disfunción sexual
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	
Frecuentes	Fatiga
Poco frecuentes	Molestias de pecho, dolor de pecho, pirexia, sensación de frío, astenia, trastorno del ritmo de sueño circadiano, malestar, quiste
Exploraciones complementarias	
Poco frecuentes	Aumento en presión arterial, depresión segmento S-T electrocardiograma, amplitud disminuida de la onda T del electrocardiograma, frecuencia cardíaca aumentada, prueba normal de función hepática, recuento de plaquetas disminuido, aumento del peso corporal, semen anormal, proteína C-reativa aumentada, calcio en sangre disminuido
* Se incluyen también los efectos adversos notificados durante el periodo post-comercialización cuya frecuencia es desconocida	

médica urgente debido a compromiso respiratorio. Los pacientes que presenten estos síntomas deben interrumpir el tratamiento con vareniclina y ponerse inmediatamente en contacto con un profesional sanitario. Durante el periodo post-comercialización, también se han notificado de forma rara, casos de reacciones cutáneas graves, incluyendo síndrome de Stevens-Johnson y eritema multiforme en pacientes que toman vareniclina. Como estas reacciones cutáneas pueden ser potencialmente mortales, los pacientes deben interrumpir el tratamiento a la primera señal de erupción o reacción cutánea y ponerse inmediatamente en contacto con un profesional sanitario. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Basándose en las características de vareniclina y en la experiencia clínica hasta la fecha, CHAMPIX no tiene ninguna interacción con otros medicamentos que sea clínicamente significativa. No se recomienda ningún ajuste de dosis de CHAMPIX ni de los medicamentos administrados concomitantemente que se listan a continuación. Los estudios *in vitro* indican que no es probable que vareniclina modifique la farmacocinética de los compuestos que son metabolizados principalmente por las enzimas del citocromo P450. Más aún, como el metabolismo de vareniclina supone menos del 10% de su aclaramiento es poco probable que los principios activos que afectan al sistema del citocromo P450, alteren la farmacocinética de vareniclina y por tanto no debería ser necesario un ajuste de la dosis de CHAMPIX. Los estudios *in vitro* demuestran que vareniclina no inhibe las proteínas renales humanas transportadoras a concentraciones terapéuticas. Por lo tanto, es improbable que los principios activos que se eliminan por secreción renal (por ejemplo, metformina – ver a continuación) estén afectados por vareniclina. **Metformina:** Vareniclina no afectó la farmacocinética de metformina. Metformina no tuvo ningún efecto sobre la farmacocinética de vareniclina. **Cimetidina:** La administración concomitante de cimetidina, con vareniclina incrementó la exposición sistémica de vareniclina en un 29%, debido a la reducción en la eliminación renal de vareniclina. En sujetos con la función renal normal o en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada no se recomienda ningún ajuste de dosis basado en la administración concomitante de cimetidina. En pacientes con insuficiencia renal grave, debe evitarse el uso concomitante de cimetidina y vareniclina. **Digoxina:** Vareniclina no alteró la farmacocinética en estado estacionario de digoxina. **Warfarina:** Vareniclina no alteró la farmacocinética de warfarina. El tiempo de protrombina (INR) no fue afectado por vareniclina. La propia deshabituación tabáquica puede producir cambios en la farmacocinética de warfarina (ver sección Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Alcohol:** No existen datos suficientes sobre cualquier interacción potencial entre el alcohol y vareniclina. **Uso con otras terapias para la deshabituación tabáquica:** **Bupropión:** Vareniclina no alteró la farmacocinética en estado estacionario de bupropión. **Terapia sustitutiva con nicotina (TSN):** Cuando se administró concomitantemente vareniclina y TSN transdérmico a los fumadores durante 12 días, se observó una disminución estadísticamente significativa del promedio de la presión arterial sistólica (media 2,6 mmHg) medida en el último día del estudio. En este estudio, la incidencia de náuseas, dolor de cabeza, vómitos, mareos, dispepsia y fatiga fue mayor para la combinación que para la administración única de TSN. No se ha estudiado la seguridad y la eficacia de CHAMPIX en combinación con otras terapias distintas para la deshabituación tabáquica. **Embarazo y lactancia:** No se dispone de datos adecuados sobre el uso de CHAMPIX en mujeres embarazadas. Los estudios en animales han mostrado toxicidad sobre la reproducción. Se desconoce el riesgo potencial para seres humanos. CHAMPIX no debe utilizarse durante el embarazo. Se desconoce si vareniclina se excreta en la leche humana. Los estudios en animales sugieren que vareniclina se excreta en la leche. La decisión de continuar/discontinuar la lactancia o continuar/discontinuar el tratamiento con CHAMPIX debe tomarse considerando el beneficio de la lactancia materna para el lactante y el beneficio del tratamiento con CHAMPIX para la madre. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** CHAMPIX puede tener un efecto pequeño o moderado sobre la capacidad para conducir y utilizar maquinaria. CHAMPIX puede producir mareos y somnolencia y por tanto puede afectar la capacidad para conducir y utilizar maquinaria. Deberá indicarse a los pacientes que no conduzcan, manejen maquinaria compleja o realicen actividades potencialmente peligrosas hasta que conozcan si este medicamento afecta a su capacidad para realizar estas actividades. **Reacciones adversas:** La deshabituación tabáquica, ya sea con o sin tratamiento, se asocia con varios síntomas. Por ejemplo, se han descrito disforia o depresión; insomnio; irritabilidad, frustración o ira; ansiedad; dificultades para concentrarse; inquietud; disminución en el ritmo cardíaco; aumento del apetito o aumento del peso corporal en pacientes que intentan dejar de fumar. No se ha intentado, ni en el diseño ni en el análisis de los estudios de CHAMPIX, diferenciar entre los acontecimientos adversos asociados al tratamiento con el fármaco en estudio o los que están asociados a la retirada de nicotina. Los ensayos clínicos incluyeron aproximadamente 4.000 pacientes tratados con CHAMPIX durante un periodo de hasta un año (exposición media de 84 días). En general, cuando ocurrieron reacciones adversas, éstas se iniciaron durante la primera semana de tratamiento, tuvieron generalmente una gravedad de leve a moderada y no hubo diferencias por edad, raza o sexo con respecto a la incidencia de las reacciones adversas. En los pacientes tratados con la dosis recomendada de 1 mg dos veces al día BID tras un periodo de titulación inicial, el efecto adverso comunicado más frecuentemente fue náuseas (28,6%). En la mayoría de los casos las náuseas se produjeron de forma temprana en el periodo de tratamiento, tuvieron una intensidad de leve a moderada y raramente llevaron a retirada. La tasa de discontinuación de tratamiento por los acontecimientos adversos fue el 11,4% para vareniclina comparado con el 9,7% para placebo. En este grupo, la tasa de discontinuación de tratamiento para los acontecimientos más frecuentes en los pacientes tratados con vareniclina fueron tal y como se listan a continuación: náuseas (2,7% frente a 0,6% para placebo), dolor de cabeza (0,6% frente a 1,0% para placebo), insomnio (1,3% frente a 1,2% para placebo), y sueños anormales (0,2% frente a 0,2% para placebo). En la tabla a continuación, se listan todas las reacciones adversas que ocurrieron con una incidencia mayor que placebo de acuerdo con la clasificación por órganos y sistemas y por frecuencia (muy frecuentes ($\geq 1/100$), frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/100$), poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$) y raras ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$). También se incluyen los efectos adversos notificados durante el periodo post-comercialización, cuya frecuencia se desconoce. Los efectos adversos se presentan por orden decreciente de gravedad dentro de cada grupo de frecuencias. **Sobredosis:** No se describió ningún caso de sobredosis en los ensayos clínicos previos a la comercialización. En caso de sobredosis, se debe instaurar las medidas de apoyo estándares según las necesidades. En pacientes con enfermedad renal en estadio terminal se ha demostrado que vareniclina es dializable. Sin embargo, no hay ninguna experiencia en diálisis después de sobredosis. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes:** Núcleo del comprimido: Celulosa microcristalina, hidrogenofosfato de calcio anhidro, croscarmelosa sódica, sílice coloidal anhidra y estearato de magnesio. **Recubrimiento para CHAMPIX 0,5 mg:** Hipromelosa, dióxido de titanio (E171), macrogoles y triacetina. **Recubrimiento para CHAMPIX 1 mg:** Hipromelosa, dióxido de titanio (E171), laca aluminica de carmin de indigo (E132), macrogoles y triacetina. **Incompatibilidades:** No procede. **Periodo de validez:** 2 años. **Precauciones especiales de conservación:** Este medicamento no requiere condiciones especiales de conservación. **Naturaleza y contenido del recipiente:** **Envases para el inicio del tratamiento:** Blisters de Aclar/PVC con una parte posterior de lámina de aluminio que contienen un blister transparente con 11 comprimidos recubiertos con película de 0,5 mg y un segundo blister transparente con 14 comprimidos recubiertos con película de 1 mg en un acondicionamiento exterior de cartón termosellado o en una caja. Blisters de Aclar/ PVC con una parte posterior de lámina de aluminio que contienen un blister transparente con 11 comprimidos recubiertos con película de 0,5 mg y 14 comprimidos recubiertos con película de 1 mg y un segundo blister transparente con 28 comprimidos recubiertos con película de 1 mg en un acondicionamiento exterior de cartón termosellado. **Envases de 0,5 mg para el mantenimiento:** Blisters de Aclar/PVC con una parte posterior de lámina de aluminio en un envase que contiene 28 ó 56 comprimidos recubiertos con película de 0,5 mg en un acondicionamiento exterior de cartón termosellado. Frasco blanco azulado de polietileno de alta densidad (HDPE) con cierre de seguridad a prueba de niños de polipropileno y un sello de inducción de lámina de aluminio/polietileno que contiene 56 comprimidos recubiertos con película de 0,5 mg. **Envases de 1 mg para el mantenimiento:** Blisters de Aclar/PVC con una parte posterior de lámina de aluminio en un envase que contiene 28 ó 56 ó 112 ó 140 comprimidos recubiertos con película de 1 mg en un acondicionamiento exterior de cartón termosellado o en una caja. Frasco blanco azulado de polietileno de alta densidad (HDPE) con cierre de seguridad a prueba de niños de polipropileno y un sello de inducción de lámina de aluminio/polietileno que contiene 56 comprimidos recubiertos con película de 1 mg. Posible comercialización solamente de algunos tamaños de envases. **Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones:** Ninguna especial. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Pfizer Limited, Ramsgate Road, Sandwich, Kent CT13 9NU - Reino Unido. **NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** EU/1/06/360/001-13. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:** 26/09/2006. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** 12/2009. **PRESENTACIONES Y PVP (IVA):** CHAMPIX® 0,5 mg x 11 comprimidos y 1 mg x 14 comprimidos: 54,64 €. CHAMPIX® 0,5 mg x 11 comprimidos y 1 mg x 42 comprimidos: 115,83 €. CHAMPIX 1 mg x 28 comprimidos: 61,19 €. CHAMPIX 1 mg x 56 comprimidos: 122,39 €. CHAMPIX 1 mg x 112 comprimidos: 210,82 €. CHAMPIX 0,5 mg x 56 comprimidos: 122,39 €. **CONDICIONES DE DISPENSACIÓN:** Medicamento sujeto a prescripción médica. Sin financiación. *Consulte la ficha técnica completa antes de prescribir. Para información adicional, por favor, contacte con el Centro de Información Médico-Farmacéutica de Pfizer en www.pfizer.es o llamando al 900 354 321.* **Bibliografía:** 1. Ficha técnica de Champix. 2. Coe JW, et al. Vareniclina: An $\alpha 4 \beta 2$ nicotinic receptor partial agonist for smoking cessation. J Med Chem 2005; 48: 3474-3477. 3. Jorenby DE, et al. Efficacy of vareniclina, an $\alpha 4 \beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation. A randomized, controlled trial. JAMA 2006; 296: 56-63. 4. Gonzales D, et al. Vareniclina, an $\alpha 4 \beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation. A randomized, controlled trial. JAMA 2006; 296:47-55. 5. Aubin HJ, et al. Vareniclina versus transdermal nicotine patch for smoking cessation:Results from a randomised, open-label trial. Thorax 2008; 63: 717-24. 6. Cahill K, et al. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane database of systematic reviews 2008; issue art. n° CD006103.



Trabajando juntos
por un mundo más sano™

PARA DEJAR DE FUMAR, **su apoyo es necesario**

Y el tratamiento de Champix® durante 12 semanas¹ puede ayudar a sus pacientes a hacer frente a su adicción al tabaco.

- Champix®, mecanismo de acción específico para dejar de fumar.²⁻⁴
- Champix®, consigue tasas de abstinencia superiores frente a bupropión SR, parches de nicotina y placebo.^{4,5}
- Champix®, contribuye a prevenir las recaídas a largo plazo.⁶



CHAMPIX®
vareniclina

FRENTE A LA ADICCIÓN AL TABACO