

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

FACULTAD DE FARMACIA

INFORME FINAL DE PRÁCTICA DIRIGIDA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS,  
CON EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN TITULADO:

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES FUMADORES: ANÁLISIS DE 4  
CASOS DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON VARENICLINA EN LA  
CLÍNICA DE CESACIÓN DE FUMADO DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS,  
SAN JOSÉ. COSTA RICA. 2017.

JOSE ANTONIO MÉNDEZ PEÑA

B14109

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2017

“Esta Práctica Dirigida de Graduación fue aceptada por la Comisión de Trabajos Finales de Graduación de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Licenciatura en Farmacia.”

---

Dr Luis Esteban Hernández Soto  
**Coordinador de la Práctica Dirigida de Graduación**

---

Dra Angie León Salas  
**Tutora académico**

---

Dra Mariana Delgado González  
**Tutor en el centro de práctica**

---

Dra Wendy Montoya Vargas  
**Lector**

---

Dra Alejandra Fernández Jimenez  
**Lector**

---

Jose Antonio Méndez Peña  
**Sustentante**

## Índice General

Marco teórico de referencia.....	2
Antecedentes.....	4
Objetivos de la práctica.....	6
Registro de actividades.....	7
Anexo 1, Trabajo de investigación.....	13
Anexo 2. Artículo.....	81
Anexo 3. Materiales elaborados.....	96
Anexo 4. Resumen del informe.....	102

## **Marco de Referencia Teórico de la Práctica**

En la mayoría de los países la contribución de los farmacéuticos a la atención en salud se basa en los conocimientos, habilidades y actitudes adquiridos con la formación universitaria, seguida de un período oficialmente designado de práctica supervisada antes de su incorporación al ejercicio profesional (1).

La Universidad de Costa Rica, en el artículo 1 del Reglamento de Trabajos Finales de Graduación (RTFG), establece que para obtener el grado de Licenciado es necesario cumplir con todos los requisitos contemplados en el Estatuto Orgánico, en los planes de estudio correspondientes, y realizar un trabajo final de graduación (2).

Según el artículo 2 del RTFG, con el trabajo final de graduación se pretende que el graduando sea capaz de utilizar los conocimientos adquiridos durante su carrera para plantear soluciones a problemas específicos, emplear técnicas y métodos de investigación relativos a su disciplina, y demostrar capacidad creativa, científica y su capacidad para la investigación (2).

El Plan de Práctica Dirigida en Farmacia Clínica y de Hospital se desarrolla en la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). La CCSS es una Institución creada en Costa Rica el 1º de noviembre de 1941, mediante la Ley Nº 17, durante la administración del Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Concebida inicialmente como una Institución Semiautónoma, que en 1943 fue reformada y constituida como Institución Autónoma destinada a la atención del sector de la población obrera y mediante un sistema tripartito de financiamiento (3).

Para la realización de la Práctica Dirigida se cuenta con las Unidades Docentes, que son Unidades de la CCSS en donde se realizan actividades de enseñanza-aprendizaje en las diferentes disciplinas (4).

La Farmacia Clínica es un marco de trabajo y de ejercicio profesional de la farmacia hacia una intervención farmacéutica orientada al paciente. Anteriormente, la práctica farmacéutica hacía énfasis en el medicamento como producto y no prestaba especial atención a los efectos que el fármaco podía tener para los pacientes, a los errores de medicación, a los problemas del mal uso de medicamentos y mucho menos a los resultados obtenidos de los tratamientos farmacológicos (5).

Con la introducción del concepto de Farmacia Clínica, los farmacéuticos empiezan a responsabilizarse de cómo se utilizan los medicamentos en los pacientes y con ello, cambian la orientación profesional que anteriormente ponía su énfasis en el producto farmacéutico, por el énfasis colocado en el paciente como sujeto que consume los medicamentos y que sufre problemas de salud relacionados con el fármaco (5).

La Facultad de Farmacia de la Universidad de Costa Rica empezó a implementar en su currículo cursos y contenidos en Atención Farmacéutica que permitieron al graduado incursionar en actividades profesionales orientadas al paciente y al uso adecuado de los medicamentos. Asimismo, los profesionales en ejercicio empezaron a capacitarse de manera que en el país empezaron a desarrollarse programas de Atención Farmacéutica orientados a que el paciente lograra el mayor beneficio de su tratamiento medicamentoso y la detección y prevención de problemas relacionados con medicamentos.

La Farmacia Clínica se ha desarrollado casi exclusivamente en los hospitales, en donde la relación con el médico es mucho más intensa y donde el farmacéutico tiene fácil acceso a los datos clínicos de los pacientes (5).

El farmacéutico de hospital es un profesional capacitado en un área del conocimiento específico y que es útil para apoyar e intervenir en los procesos de toma de decisiones en farmacoterapia (5).

Los farmacéuticos de hospital tienen más oportunidad de interactuar de forma más cercana con los prescriptores y, por lo tanto, pueden promover las prescripciones racionales y el uso racional de los medicamentos. En hospitales grandes, hay oportunidad de interactuar con uno o más colegas, hay oportunidad de especializarse y ganar mayor experiencia en un área determinada (1).

La práctica dirigida en Farmacia Clínica y de Hospital contempla rotaciones en el Servicio de Farmacia y Servicios Médicos del Hospital, con el fin de tener un panorama general de esta área de estudio y se emplean los conocimientos adquiridos durante la formación académica.

Este plan de Práctica Dirigida pretende no solo la integración y reforzamiento de los conocimientos que los estudiantes han adquirido durante sus años de carrera, sino también pretende promover la capacidad investigativa por medio de un trabajo de investigación que se presenta al final de la práctica, como parte del informe final.

### Antecedentes

El Hospital San Juan de Dios es un hospital clase A localizado en la provincia de San José, Costa Rica. Es uno de los principales hospitales tanto de San José como del país en general. Pertenece a la Caja Costarricense del Seguro Social y es una de las instituciones beneméritas del país. El nosocomio se encuentra ubicado en la intersección entre la Avenida Segunda y el Paseo Colón, en el distrito 3 (Hospital) de la provincia de San José. (6-7)

La creación del nosocomio se remonta al 27 de junio de 1845 durante el gobierno de Jose Rafael Gallegos. En esta época el Dr. Jose María Castro Madriz presento ante la cámara de diputados, donde era representante, un proyecto para fundar la Junta de Caridad (hoy Junta de Protección Social) y además donde se planteaba la construcción de un hospital, debido a que en el país no se contaba con ningún nosocomio. El proyecto presentado fue aprobado como ley el 3 de julio del mismo año, donde se nombró el hospital como San Juan de Dios. (6-7)

No fue sino hasta 1852, donde durante el gobierno de Juan Rafael Mora Porras, quien nombra protector del Hospital de esta ciudad al Ilustrísimo Señor Obispo don Anselmo Llorente y La Fuente, terminándose la construcción del mismo en 1855. Para el año 1865 el presidente de la Junta acordó que el hospital quedará bajo la dirección de las Hermanas de la Caridad, sin embargo, no tomar el control sino hasta 1871 cuando las primeras hermanas llegaron al país. En el año 1885 se crea el sistema de lotería, gracias al Dr. Carlos Durán Cartín, para así financiar el nosocomio. No fue sino hasta 1943, cuando la Caja Costarricense del Seguro Social y el Hospital San Juan de Dios firmaron un contrato para que los asegurados de la CCSS mientras ellos construían un nuevo hospital. (6-7)

A través del tiempo el hospital fue incorporando las distintas especialidades al país. De esta manera, el Hospital San Juan de Dios es un hospital general clase A que cuenta con todas las especialidades médico-quirúrgicas para atender patologías del tercer nivel de atención de la CCS, a donde los pacientes llegan por referencia de los otros niveles, o bien, por admisión a través del Servicio de Emergencias. (6-7)

En cuanto al área de atracción del Hospital San Juan de Dios, el hospital se encarga de la Red Sur de la CCSS, donde se tiene un hospital regional (el Hospital Escalante Pradilla del cantón de Pérez Zeledón) y 5 hospitales periféricos (Hospital de Ciudad Neilly,

Hospital de San Vito de Coto Brus, Hospital Max Terán Vals de Quepos, Hospital de Golfito y Hospital Tomás Casas Casajús de Ciudad Cortés). Asimismo, se encuentra dividido en 98 áreas de salud. Lo anterior se traduce en un total de personas adscritas a la red que cubre el San Juan de Dios de aproximadamente un millón de personas. (6-7)

#### Referencias bibliográficas:

1. Fundación Española de la Farmacia Hospitalaria. Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica. Farmacia Hospitalaria. 3a ed. 2004
2. Caja Costarricense de Seguro Social [página en Internet]. Costa Rica: CCSS; 2006 [actualizado año 2017; consultado mayo 2017]. Disponible en: <http://portal.ccss.sa.cr>
3. The role of the pharmacist in the health care system: report of a WHO consultative Group. New Delhi, India: 1988 Dec. 13 – 16.
4. Junta Directiva de la Caja Costarricense del Seguro Social. Reglamento de la Actividad Clínica Docente en la Caja Costarricense del Seguro Social. 2004
5. Reglamento de Trabajos Finales de Graduación. Compendio de Normas Universitarias Usuales. 2 ed. San José Costa Rica: Universidad de Costa Rica. Oficina Jurídica, 2010.
6. Caja Costarricense de Seguro Social [página en Internet]. Costa Rica: CCSS; 2006 [actualizado año 2017; consultado 20 junio 2017]. Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/hospitales?v=25>
7. Carmona A. Reseña Histórica Hospital San Juan de Dios. Hospitales de Costa Rica. 1994;28(1). pp. 12-20. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/hospitales/art72.pdf>

## Objetivos de práctica

1. Reconocer los elementos básicos de la gestión de los medicamentos y otros insumos hospitalarios, incluyendo la selección, compra, almacenamiento y distribución.
2. Identificar los métodos de distribución del medicamento a pacientes ambulatorios y hospitalizados, con énfasis en el Sistema de Distribución de Medicamentos por Dosis Unitarias (SDMDU).
3. Aplicar los conocimientos adquiridos sobre información de medicamentos y atención farmacéutica tanto a pacientes como personal de salud.
4. Participar en actividades de monitorización farmacoterapéutica tanto en pacientes ambulatorios como hospitalizados.
5. Adquirir destrezas técnico-científicas para la preparación de formulaciones magistrales, radiofármacos y mezclas de uso intravenoso, con énfasis las preparaciones nutricionales parenterales y citostáticos.
6. Emplear técnicas y métodos de investigación para el diagnóstico, análisis y resolución de problemas.

## Registro de actividades

<p><b>Objetivo:</b> Reconocer los elementos básicos de la gestión de los medicamentos y otros insumos hospitalarios, incluyendo la selección, compra, almacenamiento y distribución.</p>	
<p><b>Actividades</b></p>	<p>En el Almacén de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión de nuevos contratos a demandas o compras de caja chica de los medicamentos de compra</li> <li>• Ajustes al presupuesto de cada medicamento</li> <li>• Adendas a los contratos</li> <li>• Extra pedidos de medicamentos</li> <li>• Garantías de reposición con las distribuidoras</li> <li>• Cotizaciones de medicamentos para montar un proceso de compra del hospital</li> <li>• Búsqueda de disponibilidad en el mercado de medicamentos que se requieran y no se hayan adquirido antes</li> <li>• Negociación con los distribuidores y proveeduría para agilizar compras con carácter de urgencia</li> <li>• Búsqueda de registro de medicamentos</li> <li>• Utilización del programa SIGES</li> <li>• Recepción de pedidos de medicamentos de compra</li> <li>• Monitorización de fechas de expira</li> <li>• Realización de inventarios y pedidos</li> <li>• Proceso de préstamo y devolución de expedientes</li> <li>• Revisión de temperaturas máximas de almacenaje de los medicamentos</li> <li>• Destrucción de medicamentos y proceso para modificar el programa SIFA y no afectar el inventario</li> <li>• Procesos para la aplicación de pedidos de las farmacias del servicio</li> <li>• Proceso para la solicitud de préstamo de medicamentos a otros hospitales y para el préstamo de medicamentos a otros hospitales</li> <li>• Proceso de alistado de pedidos a farmacias del servicio</li> </ul> <p>En los otros servicios de farmacia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Correcto almacenamiento de medicamentos</li> <li>• Cuidados de la cadena de frio al momento para el retiro de un medicamento.</li> </ul>
<p><b>Conclusiones de aprendizaje</b></p>	<p>Se realizó práctica sobre las distintas responsabilidades que tiene el farmacéutico en su trabajo día a día en el ámbito institucional o público. Asimismo, durante la práctica dirigida se exploró terminología y acciones legales que se deben de manejar para poder realizar una adecuada gestión de los medicamentos. De la misma manera, se integra el conocimiento que se tienen acerca de manejo y</p>

	<p>almacenamiento de medicamentos en un almacén de medicamentos para poder educar al personal técnico en cuanto a distintas acciones que parecen insignificantes y además instruir en una correcta priorización de labores</p> <p>Por otra parte, se fomenta la responsabilidad del farmacéutico en la adherencia terapéutica, ya que debe de asegurar que el medicamento se encuentre disponible para el paciente ya que las implicaciones o consecuencias que esto puede tener en la salud pueden ser devastadoras dependiendo de la patología que presente. Asimismo, el farmacéutico debe de tener una adecuada formación en cuanto a comunicación interpersonal para la realización de los distintos tramites, ya sea telefónicos o bien escritos como una carta o un correo electrónico.</p> <p>Igualmente se genera consciencia acerca de la importancia del cuidado de los medicamentos que se adquieren por medio de los fondos públicos no solo por el precio sino por el efecto que pueden generar en el paciente.</p>
<p><b>Objetivo:</b> Identificar los métodos de distribución del medicamento a pacientes ambulatorios y hospitalizados, con énfasis en el Sistema de Distribución de Medicamentos por Dosis Unitarias (SDMDU).</p>	
<p><b>Actividades</b></p>	<p>En las rotaciones en la farmacia central, en las satélites de medicinas, cirugías, sala de operaciones, emergencias, consulta externa y en el segundo turno y guardias de fin de semana. Se realizan actividades dirigidas tanto a paciente ambulatorio como hospitalizado (SDMDU), por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comparación de perfil farmacoterapéutico con el kardex de enfermería de cada paciente</li> <li>• Generación del carro de medicación de cada salón con ayuda del personal técnico y revisión de carro de medicación con ayuda de un farmacéutico</li> <li>• Revisión inicial de recetas</li> <li>• Perfilado de recetas</li> <li>• Proceso de acopio de medicamentos</li> <li>• Digitación de recetas</li> <li>• Revisión final de recetas con ayuda de un farmacéutico</li> <li>• Recepción y organización de encomiendas</li> <li>• Despacho de medicamentos antirretrovirales</li> <li>• Revisión en base de datos del comité de farmacoterapia para corroborar la autorización de medicamentos de compra</li> <li>• Tramite de salidas de pacientes y realización de la entrega de salidas con información a pacientes acerca de su correcto uso y almacenamiento correcto y posibles efectos secundarios</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solución de inconsistencias con enfermería en cuanto a la entrega de medicamentos</li> <li>• Recepción de recetas en consulta externa y las distintas farmacias del servicio</li> <li>• Despacho de medicamentos</li> </ul>
<b>Conclusiones de aprendizaje</b>	<p>En la totalidad del proceso del medicamento, desde la recepción de la receta hasta el despacho del mismo se asimila desde la correcta comunicación con el paciente, profesionales de salud, revisión de dosis máximas, indicaciones, frecuencias (posología), así como las interacciones medicamentosas al realizar la revisión inicial y no solo ser una máquina que se encarga de realizar el proceso. Además de la revisión del médico que realiza la prescripción sea el autorizado por la CCSS en la Lista Oficial de Medicamentos. Asimismo, como la revisión correcta de expedientes, desde la revisión de los datos básicos del paciente hasta las alergias, indicaciones y exámenes que puedan influir en el tratamiento. Además, resulta importante conocer los protocolos de prescripción de la CCSS no solo de manera sistemática, sino con razonamiento lógico para entender el porqué de lo establecido por la CCSS en los protocolos de medicación.</p>
<b>Objetivo:</b> Aplicar los conocimientos adquiridos sobre información de medicamentos y atención farmacéutica tanto a pacientes como personal de salud	
<b>Actividades</b>	<p>En las rotaciones de atención farmacéutica, centro de información de medicamentos y atención domiciliar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realización de entrevistas a los pacientes “Valoración de Factores Predictivos de la Adherencia Terapéutica”</li> <li>• Elaboración de horarios de medicación</li> <li>• Elaboración de carnés de medicación</li> <li>• Elaboración de horarios de toma de warfarina para pacientes anticoagulados</li> <li>• Elaboración de cajas o bolsas de medicamentos haciendo uso de pictogramas para evitar la confusión de medicamentos del paciente</li> <li>• Acomodo de medicamentos</li> <li>• Destrucción de medicamentos acumulados por los pacientes en casa</li> <li>• Acomodo de recetas para asegurar que el paciente tiene la cantidad justa de medicamentos y recetas hasta la próxima cita</li> <li>• Explicación de generalidades de VIH, diabetes, hipertensión, dislipidemias y enfermedad renal a los pacientes</li> <li>• Definición e importancia de efectos secundarios y adherencia</li> <li>• Explicación de los trámites administrativos para el correcto trámite de recetas con la ayuda visual de los módulos de la Caja costarricense de Seguro Social (CCSS)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de consultas recibidas en la farmacia, tanto por pacientes como por personal de salud</li> <li>• Entrega de salidas con información de calidad al paciente</li> <li>• Educación acerca del correcto uso de insulina, como cargar las jeringas</li> <li>• Educación en el correcto uso de inhaladores</li> <li>• Educación acerca del correcto uso de medicamentos que requieran ser reconstituidos</li> </ul>
<b>Conclusiones de aprendizaje</b>	<p>El control de la enfermedad de un paciente no solo depende de la cantidad de medicamentos prescritos, sino que muchas veces se requiere que el farmacéutico intervenga para que el paciente logre una administración correcta de medicamentos y así evitar su uso incorrecto. Asimismo, resulta importante no asumir nada, sino que por más simple que parezca consultarlo al paciente para evitar problemas con el tiempo. Por otra parte, resulta importante que se debe de adaptar la medicación a la vida del paciente y no el paciente a la medicación, ya que así se puede lograr un impacto positivo en la adherencia terapéutica. Por último, se debe resaltar el trabajo interdisciplinario que se realiza en la atención domiciliar, de manera que se logre un impacto positivo en la salud del paciente.</p>
<b>Objetivo:</b> Participar en actividades de monitorización farmacoterapéutica tanto en pacientes ambulatorios como hospitalizados.	
<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión inicial de una receta</li> <li>• Actualización del perfil farmacoterapéutico del paciente</li> <li>• Visita a los pacientes en salón con médicos</li> <li>• Revisión de expedientes</li> <li>• Revisión del tratamiento del paciente en el perfil farmacoterapéutico</li> <li>• Visita a salón por las mañanas en comparación del perfil farmacoterapéutico con el kardex de enfermería</li> </ul>
<b>Conclusiones de aprendizaje</b>	<p>Un farmacéutico, se encuentra realizando durante todo el proceso de la receta un adecuado seguimiento y análisis de la medicación, desde las interacciones hasta los posibles efectos adversos que se pueden presentar. Asimismo, en la revisión de expediente, no se debe de solo revisar que el medicamento se encuentre anotado, sino que se debe de realizar un análisis integral de la situación clínica del paciente, el medico prescriptos, los exámenes pertinentes (función renal, hepática, entre otros), comorbilidades para asegurar un medicamento adecuado para el paciente.</p>
<b>Objetivo:</b> Adquirir destrezas técnico-científicas para la preparación de formulaciones magistrales, radiofármacos y mezclas de uso intravenoso, con énfasis las preparaciones nutricionales parenterales y citostáticos.	

<b>Actividades</b>	<p>En farmacotécnia, farmacia oncológica y soporte nutricional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparación de preparaciones oncológicas utilizando la técnica aséptica.</li> <li>• Preparación de medicamentos para neonatos utilizando la técnica aséptica.</li> <li>• Preparación de nutriciones parenterales utilizando la técnica aséptica,</li> <li>• Correcta conservación de medicamentos (protección de la luz y temperatura)</li> <li>• Manejo de filtros en el área estéril</li> <li>• Manejo de presiones en las áreas de preparación</li> <li>• Manejo de inventarios de preparaciones magistrales</li> <li>• Correcta preparación de colirios</li> <li>• Preparación de pruebas de penicilinas</li> </ul>
<b>Conclusiones de aprendizaje</b>	<p>Resulta importante tener un conocimiento general acerca del manejo de las áreas estériles, para así asegurar una correcta esterilidad del área y por consiguiente una esterilidad adecuada en los medicamentos. Asimismo, se requiere de conocimientos básicos para la preparación de medicamento para neonatos y nutriciones parenterales ya que las dosis en este tipo de pacientes son muy delicadas y se debe de asegurar que el medicamento ejerza su función sin resultar tóxico. Por otra parte, la preparación de medicamentos citotóxicos requiere de un cuidado especial debido al potencial efecto tóxico que puede generar en los preparadores.</p>
<b>Objetivo:</b> Emplear técnicas y métodos de investigación para el diagnóstico, análisis y resolución de problemas.	
<b>Actividades</b>	<p>En todas las rotaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención farmacéutica en pacientes fumadores: análisis de 4 casos de pacientes en tratamiento con vareniclina en la clínica de cesación de fumado del Hospital San Juan de Dios, San José, Costa Rica, 2017.</li> <li>• Múltiples tareas que estarán adjuntas al finalizar el presente informe dentro de las cuales se pueden mencionar: 1. Uso de inhibidores de la tirosin-kinasa, 2. Información para pacientes acerca de Lupus Eritematoso Sistémico. 3. Usos del Ursodiol y levosimendan. 4. Tratamiento de malaria resistente a cloroquina. 5. Uso de omeprazol IV. 6. Tratamiento de infecciones de tejidos blandos 7. Usos de tretinoína y trióxido de arsénico en hematología. 8. Usos de oxitocina y metilergotamina en atonía uterina 9. Protocolo en Ruptura Prematura de Membranas. 10. Tratamiento de fistulas. Se revisaron muchos otros temas de manera informal que fueron asignadas como trabajos cortos.</li> </ul>

	<p>En el Centro de Información de Medicamentos (CIM),</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución de consultas como intercambiabilidad metadona oral-parenteral, disolución de vancomicina para uso oral</li> <li>• Preparación de boletines como cambio de presentación del latanoprost, trientina, recordatorio de hielera para el transporte de medicamentos</li> <li>• Preparación de una sesión clínica acerca de eco farmacovigilancia</li> <li>• Preparación de pizarras educativas acerca del día del medio ambiente</li> <li>• Preparación de la feria de salud de recolección de medicamentos</li> </ul>
<p><b>Conclusiones de aprendizaje</b></p>	<p>La investigación es una rama de la ciencia que se debe de practicar de manera periódica y nunca dejarlo de lado. En las ciencias de la salud y especialmente en la industria farmacéutica se realizan investigaciones de manera periódica para mantener la información adecuada para el manejo de las distintas patologías, por lo que resulta importante la investigación periódica para observar los cambios. Mas en el ámbito de la salud se deben de tener actualizaciones periódicas para tener siempre presente la perspectiva actual de la situación.</p>

## Anexos

### ANEXO 1. Trabajo de Investigación

#### Contenido

Justificación del Análisis.....	15
Objetivo general y específicos.....	17
Objetivo General.....	17
Objetivos Específicos.....	17
Marco teórico y antecedentes .....	18
1. El consumo de tabaco como problema de salud pública.....	18
2. El consumo de tabaco como dependencia.....	20
3. Prevalencia del consumo de tabaco.....	21
4. El papel de la atención primaria de salud en la atención a la persona fumadora y su funcionamiento en el Hospital San Juan de Dios, San José, Costa Rica.....	22
5. Intervenciones para dejar de fumar .....	24
a. Materiales de autoayuda .....	25
b. Intervenciones breves.....	26
c. “Asesoramiento” (counseling) individual, grupal y telefónico .....	27
d. Intervenciones psicológicas.....	29
e. Intervenciones farmacológicas.....	31
6. Adherencia al Tratamiento.....	36
7. Características socio- demográficas relacionadas con la Adherencia al tratamiento Farmacológico. ....	38
a. Edad .....	38
b. Sexo.....	38
c. Estrato Socio-económico .....	39
d. Nivel Educativo .....	39
e. Estado Civil o Marital .....	39
f. Domicilio Fijo y soporte social .....	40
g. Falta de Ingresos.....	40
8. Factores Relacionados con la toma del medicamento.....	40
a. Duración del tratamiento .....	40
b. Número de Fármacos .....	41
c. Efectos adversos de la vereniclina .....	41
9. Factores derivados de los Servicios de Salud.....	43
a. Organización de los Servicios de Salud. ....	43
b. Distancia al centro de Salud.....	43

10. Factores Relacionados con el Personal Sanitario.....	44
11. Otros Factores .....	44
a. Déficit Sensorial.....	44
b. Deterioro Cognitivo.....	44
c. Factores derivados del Ambiente .....	44
i. Ambiente Familiar.....	45
ii. Ambiente Laboral .....	45
iii. Ambiente Social.....	45
12. Mecanismo de acción de la vareniclina .....	45
13. Pacientes con vareniclina con uso concomitante de tabaco y marihuana .....	46
Metodología.....	46
1. Tipo de Estudio .....	46
2. Población .....	47
3. Criterios de Inclusión.....	47
4. Procedimiento .....	47
Resultados.....	50
Paciente 1: Fumado en paciente portador del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) .....	50
Paciente 2: Paciente co-consumidora de otras drogas de abuso .....	52
Paciente 3: Fumador de 3 cajas de cigarros al día.....	53
Paciente 4: Con baja escolaridad .....	54
Conclusiones.....	64
Recomendaciones.....	65
Bibliografía.....	65
Cronograma.....	80

### **Justificación del Análisis**

Resulta de vital importancia conocer la efectividad de la terapia con vareniclina para la cesación de fumado en el Hospital San Juan de Dios dado que la adherencia terapéutica a las indicaciones proporcionadas, en los ensayos clínicos ha demostrado ser mayor que la presentada en los estudios poblacionales, esto debido a que los sujetos participantes de los ensayos clínicos pueden o no ser representativos de los pacientes fumadores que utilizarán el medicamento una vez en el mercado (1).

Por otra parte, resulta de vital importancia complementar la información obtenida en los ensayos clínicos con estudios de tipo observacional que evidencien la realidad de la utilización de la vareniclina dentro de las Clínicas de Cesación de la Caja Costarricense de Seguro Social. Dentro de estos estudios observacionales, uno que resulta de vital importancia es la identificación de factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico con Vareniclina, esto con el fin de lograr identificar los factores relacionados con la adherencia que se adecuen a los pacientes que atiende específicamente el Hospital San Juan de Dios.

En la actualidad, los estudios orientados a determinar los factores predictivos de la adherencia terapéutica en la cesación del consumo de tabaco en las condiciones más habituales de aplicación (intervención temporal por profesionales de Atención Primaria en salud) son escasos. Por lo anterior, resulta ineludible la realización de nuevos estudios que robustezcan la seguridad de los resultados en la práctica clínica usual. Patnode y colaboradores (2015) indican que son necesarios los estudios donde se mida la efectividad de las intervenciones farmacológicas en pacientes de edades adultas, específicamente realizando una comparación entre los diversos tratamientos disponibles, tomando en consideración la realidad de cada país (terapia de remplazo de nicotina y vareniclina, ya que el bupropión en Costa Rica no posee la registro para su uso en cesación del hábito tabáquico) (2). Este trabajo no sólo generará aportes a los resultados de los factores que afectan la adherencia terapéutica a la vareniclina como primera línea en la cesación tabáquica en una situación de práctica clínica habitual en las Clínicas de Cesación de fumado de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), sino que además revelará resultados de una intervención integral por parte de los profesionales que integran esta clínica.

Con este análisis de casos lo que se busca es hacer una descripción de los factores predictivos de la adherencia terapéutica en los pacientes que asisten a la clínica de cesación de fumado del Hospital San Juan de Dios (HSJD) y que requieren de

tratamiento farmacológico. Los factores que desean determinar pueden ser relacionados con el paciente, con el tratamiento, con el personal sanitario o los servicios de salud o socio económicos. De esta manera los profesionales de la clínica podrán orientar a sus pacientes sobre su enfermedad y tratamiento lo que les permitirá tener una mejor adherencia a los fármacos y así disminuir los daños generados por el hábito del fumado, los costos a nivel social y económico, nuevas hospitalizaciones y recaídas. Lo anterior lleva a señalar que la adherencia al tratamiento en los pacientes de la Clínica de Cesación de Fumado es un reto que involucra la competencia profesional, y es por esto por lo que surge la siguiente pregunta ¿QUÉ DIFERENCIAS EN LA ATECIÓN FARMACÉUTICA BRINDADA A LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DE CESACIÓN DE FUMADO SON NECESARIAS PARA UN CORRECTO ABORDAJE DEL MISMO?

## **Objetivo general y específicos**

### **Objetivo General**

Integrar el análisis de cuatro casos clínicos para la identificación de factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico con Vareniclina en pacientes de la Clínica de Cesación de Fumado del Hospital San Juan de Dios.

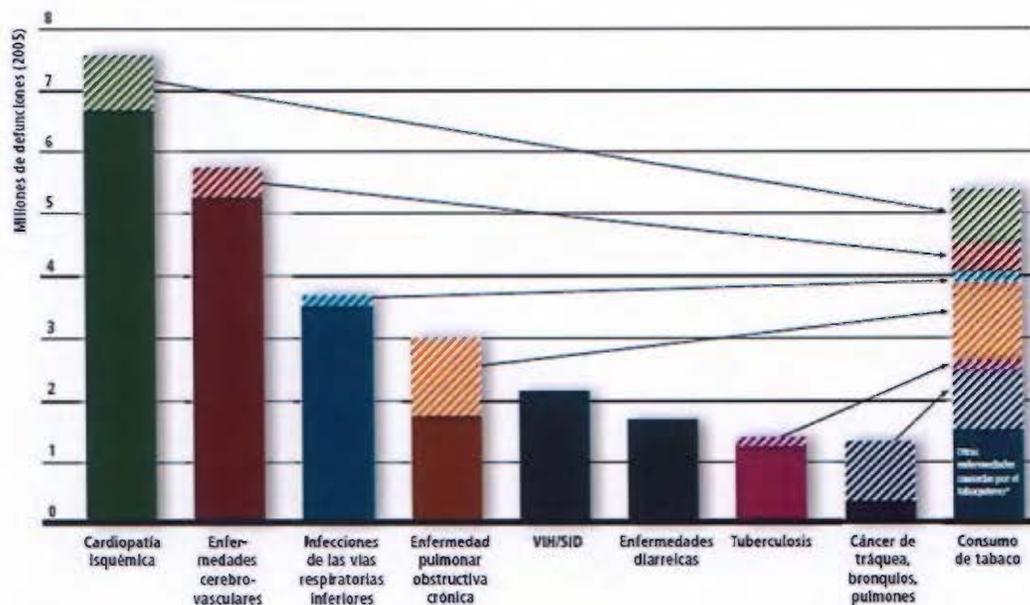
### **Objetivos Específicos**

1. Documentar el nivel de adherencia y los factores predictivos de la adherencia al tratamiento farmacológico en cuatro pacientes de la Clínica de Cesación de Fumado del Hospital San Juan de Dios.
2. Implementar estrategias que favorezcan la adherencia al tratamiento farmacológico en cuatro pacientes de la Clínica de Cesación de Fumado del Hospital San Juan de Dios con el fin de ejemplificar el aporte del profesional en farmacia dentro de estos grupos.
3. Generar recomendaciones para el tratamiento de pacientes HIV positivos, co-consumidores de otras drogas de abuso y de baja escolaridad dentro de las clínicas de cesación de fumado del HSJD.

## Marco teórico y antecedentes

### 1. El consumo de tabaco como problema de salud pública

El tabaquismo, es considerado uno de los problemas de salud más importantes a nivel mundial que tiene consecuencias tanto económicas, sociales y de salud. (3) Adicionalmente, el consumo de tabaco es un factor de riesgo de seis de las ocho principales causas de mortalidad a nivel mundial. (3) Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaquismo es la causa de mortalidad a nivel mundial que tiene más probabilidad de prevenirse. (3)



**Figura 1.** Principales causas de mortalidad en el mundo. En rayado se muestran las muertes atribuibles al tabaco (OMS, 2008).

Fuente: Tomado de (3)

Para el 2008 se estimaba que el tabaco generaba la muerte a más de cinco millones de personas, cifra que resulta más elevada que en otras enfermedades (3) Asimismo, se estima que para el año 2030, la cifra de mortalidad se elevará a valores cercanos a ocho millones de personas por año a causa del tabaco. (3)

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud considera que el tabaco debe de ser una de las líneas de prevención a las que se le debe de dar prioridad, debido a que se ha observado que, si los patrones de consumo de tabaco no varían en los próximos

años, se verá una mortalidad, debido al consumo de tabaco, de mil millones de personas durante el siglo XXI, especialmente en países en vía de desarrollo. (4) Los datos anteriores se tornan alarmantes al saber que si no se aplican políticas en este tema se verán la mitad de estas muertes se darán antes que el paciente cumpla setenta años. (4) Otros datos de vital importancia son que, si los pacientes no abandonan el consumo de tabaco, uno de cada dos fumadores tendrá una muerte prematura debido a enfermedades que son causadas por el consumo de tabaco. (5, 6) La esperanza de vida de una persona que consume tabaco es en promedio 10 años menor que la de un paciente que no consume tabaco con las mismas características. (6) En el caso de pacientes que cesaron el consumo de tabaco se empieza a ver una disminución del riesgo de mortalidad y de morbilidad a partir de los primeros días luego de dejar el hábito, mientras que a los diez años de cesar el hábito ya no hay diferencias entre las tasas de mortalidad que se observan en pacientes exfumadores y no fumadores. (5, 6)

Por otra parte, el consumo de tabaco no es seguro, ni exento de riesgo: aunque gran parte de la toxicidad que genera la dependencia al tabaco es dependiente de la dosis y del tiempo, se ha visto que niveles de exposición bajos se encuentran asociados a un aumento significativo del riesgo a nivel cardiovascular. (7)

El consumo de tabaco por vía pulmonar (inhalatoria) posee varias particularidades que si se viera de manera aislada no poseen gran interés, sin embargo, al presentarse conjuntamente se genera un grave problema de salud pública: elevada toxicidad, elevada adictividad, gran difusión y evitabilidad. (6) Por lo anterior, se generó el tratado mundial de Salud Pública acerca de este tema, el Convenio Marco sobre el Control del Tabaco y entro en vigor en el mes de febrero del año 2005. (8)

Sin embargo, el problema de la dependencia al tabaco no puede verse me manera unidimensional, por lo que resulta de vital importancia hacer un análisis del consumo de tabaco desde otros puntos de vista como es el caso del aspecto sociosanitario del cual se pueden delimitar 2 problemas principales que son: la alta regresividad que se observa de manera más marcada en los sectores más desfavorecidos de la sociedad (9-11) y por otra parte el tabaquismo pasivo. (12-14)

Cabe destacar que el tabaquismo como problema de salud pública requiere de un abordaje de tipo multidisciplinario. Asimismo, la evidencia científica resalta que para observar una disminución en el consumo de tabaco se tienen varias medidas como: aumento de los impuestos al tabaco, restricción de publicidad, patrocinio y promoción, protección de la población a la exposición al humo del tabaco en el medio ambiente,

ayuda para la cesación del fumado y promoción de los peligros del consumo de tabaco.

(3)

## 2. El consumo de tabaco como dependencia

En la gran mayoría de las personas que consumen tabaco de manera regular se observa un grado importante de dependencia y además presentan dificultades para poder cesar el consumo de tabaco cuando quieren dejarlo. Se ha observado en distintos estudios que el 50% de la población que la dependencia al tabaco desea dejar de hacerlo. Pero, solamente algunas de estas personas lo intentan y son muy pocos los que consiguen dejarlo al primer intento. (15) Muchas de las personas fumadoras durante el proceso de cesación de fumado tienen altos y bajos, en los que se pueden dar varios intentos por dejarlo y tener varias recaídas. (15)

La sustancia que es la responsable de la adicción al tabaco es la nicotina. La nicotina puede ser la responsable de la adicción al tabaco en gran parte de las personas que la consumen debido al carácter altamente adictivo de la misma, sin embargo, no todas las personas que tienen la dependencia al tabaco poseen una dependencia a la nicotina. Pero, la mayoría de las personas que consumen tabaco sí poseen una dependencia a la nicotina. (15-17) Lo que caracteriza el patrón adictivo, es que, a pesar del deseo de abandonar el consumo de tabaco, presentan grandes dificultades para lograrlo. (18)

Para considerar que el consumo de tabaco por una persona debido a que existe una dependencia o trastorno adictivo, se deben de presentar ciertas características que se definen en el DSM-V (Manual diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales) (19) y el CIE-11 (Clasificación internacional de enfermedades, undécima versión) (20). A manera de resumen se pueden definir como criterios: consumo regular, por encima del deseado o con dificultad para controlarlo y deseo o compulsión de consumir precipitado o desencadenado por estímulos (internos o externos), previamente condicionados (incentivados) al consumo. Asimismo, de manera frecuente se pueden observar mecanismos de habituación o repetición, funcionalidad de la sustancia y síndrome de abstinencia. (15-16, 21)

Tomar en cuenta la conducta del paciente con dependencia al tabaco, en especial por el componente adictivo, cuando el paciente fuma, con lleva a comprender que al dejar de fumar se debe de realizar una modificación de dicha conducta, y en ocasiones requiere de múltiples intervenciones (psicológicas, médicas y farmacológicas) y además se debe

de ver como un proceso crónico lo cual conlleva tiempo para poder tener una resolución.  
(17, 22)

### 3. Prevalencia del consumo de tabaco

Es importante recalcar que en Costa Rica el único fármaco que se encuentra registrado para el tratamiento de la dependencia a la nicotina además de la terapia de remplazo de nicotina es la vareniclina. Sin embargo, a nivel mundial se utilizan tanto la vareniclina como el bupropión. Sin embargo, se señala que la vareniclina resulta ser el tratamiento más eficaz para este uso. (2)

#### Costa Rica

En la encuesta GATS realizada por el Ministerio de Salud de Costa Rica en el 2015 se determinó que un 9,1 % de la población (325,8 miles de adultos) de Costa Rica consumía tabaco activamente. Dentro de los consumidores activos un 13,6% fueron hombres, mientras que el solamente el 4,5% de las mujeres reporta consumo de tabaco. Si se habla de fumado de tabaco las cifras tienen un pequeño cambio, 4,4% de las mujeres y 13,4% de los hombres para un total de 8,9%. Asimismo, se ha visto que la dependencia al tabaco en zonas rurales es menor que en zonas urbanas (7,1% vs 9,6%). De los fumadores el 45,1% fumaba su primer cigarrillo durante los primeros 30 minutos luego de despertarse. Por otra parte, el 5,8% de los fumadores lo hacían diariamente, mientras que el 3,1% lo consumían de manera ocasional. Si hablamos de la edad promedio a la que empiezan con el consumo del tabaco la encuesta señala un promedio de 16,1 años.  
(23)

En la encuesta también se incluyen datos de cesación, lo que señalan que 6 de cada 10 fumadores (58,6%) intentaron dejar fumar el año anterior. Y de los pacientes que intentaron dejar de fumar el 3,6% lo intentaron por medio de farmacoterapia, el 6,7% utilizaron la consejería/asesoramiento y el 64,7% lo intentaron sin ninguna ayuda. Por otra parte, del total de fumadores que visitaron a algún proveedor de salud durante el último año a solo el 64% se le recomendó dejar de fumar. Además de las personas entrevistadas el 73% tenía en sus planes dejar de fumar. (23)

Otro de los datos que arrojó la encuesta estuvo relacionado con la exposición al humo de segunda mano, ya que no solo hay un problema de salud para el fumador, sino que las personas que se encuentran expuestas al humo de tabaco, ya sea el humo que se

desprende de la combustión de cigarro o bien el humo exhalado por el fumador. (23) Los datos resultan realmente alarmantes, y específicamente al verlo a luz de la Ley 9028, publicada en el año 2012 (Ley General de Control de Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud) ya que el 6,3% de los adultos que se encuentran en ambientes cerrados habían estado expuestos al humo del tabaco en los últimos 30 días, el 4,9% de los adultos estuvo expuesto al humo de segunda mano en el hogar una vez al mes, el 7,9% estuvieron expuestos al humo de segunda mano en restaurantes en los últimos 30 días y el 23% estuvo expuesto al humo de segunda mano en bares o clubes nocturnos durante el último mes. Por otra parte, el apoyo a la ley antitabaco es bastante alto en los lugares públicos como se observa en la siguiente tabla: (23)

**Tabla 1.** Apoyo a la aplicación de la ley antitabaco en lugares públicos

<i>Lugar</i>	<i>Apoyo a la ley antitabaco / %</i>
<i>Hospitales</i>	99,2
<i>Lugares de trabajo</i>	98,5
<i>Restaurantes</i>	98,6
<i>Bares</i>	94,6
<i>Transporte público</i>	99,1%
<i>Centros educativos</i>	94,4
<i>Universidades</i>	98,9
<i>Lugares de culto</i>	99,1
<i>Total</i>	93,1

Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta GATS del Ministerio de Salud de Costa Rica, 2015

En los anexos de este documento se pueden observar todos los datos arrojados por la encuesta GATS del Ministerio de Salud de Costa Rica en 2015, a modo de resumen en una tabla de indicadores MPOWER. (23)

#### 4. El papel de la atención primaria de salud en la atención a la persona fumadora y su funcionamiento en el Hospital San Juan de Dios, San José, Costa Rica.

La Red de Atención Primaria en Salud tiene un papel fundamental para poder abordar a los pacientes que consumen tabaco ya que, por medio de este tipo de atención en salud, los pacientes entran al sistema sanitario público (Caja Costarricense del Seguro Social) que es una manera accesible para la población para cesar el hábito del fumado del

tabaco y además permite el seguimiento del paciente a largo plazo. En diversos estudios de costo-efectividad que se han realizado se puede concluir que la detección y tratamiento del consumo del tabaco a través de servicios de salud es considerada una acción costo-efectiva al realizar una determinación de costos por año de vida ganados al compararlo con otras intervenciones. (24). Por lo anterior, se considera que la Atención Primaria de Salud resulta ser el nivel de intervención más adecuado para intervenir en la cesación del hábito tabáquico, ya que el 70 % de la población con el hábito asiste a este tipo de centro por distintas consultas (se estima que el 90% de la población visita estos centros luego de 5 años) y además se describe que los consejos brindados por los médicos como una de las intervenciones más motivadoras para poder dejar el consumo de tabaco. (25).

Debido a la Atención Primaria en Salud resulta ser más accesible, posee un enfoque integrado y continua de los pacientes, además que posee un gran prestigio a nivel de la población, este ocupa un lugar primordial para el abordaje y tratamiento de los pacientes con el hábito del tabaco. (26).

Las clínicas de cesación de la CCSS empezaron su funcionamiento a partir del mes de julio del año 2013, abrieron nuevas sesiones de terapia grupal para facilitarle a los fumadores el abandono de la adicción al tabaco, la cual pone en riesgo la calidad de vida del paciente y de las personas que se encuentran a su alrededor. De acuerdo con datos de la CCSS, el tabaco tiene una relación directa con los dos grupos de enfermedades que para el año 2013 causaban aproximadamente el 50% de las muertes en Costa Rica: enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Las terapias grupales para la cesación de fumado comenzaron sus funciones en el Hospital San Juan de Dios, el Hospital Calderón Guardia, el Hospital México y el Hospital San Rafael de Alajuela durante el año 2013. Sin embargo para el año 2017 se tienen clínicas de cesación de fumado en el Centro Nacional de Rehabilitación Humberto Araya Rojas, Clínica Dr. Ricardo Jiménez Núñez (Guadalupe), Hospital Carlos Luis Valverde Vega (San Ramón), Hospital de Ciudad Neily, Hospital de Guápiles, Hospital de la Mujer Adolfo Carit Eva, Hospital de Osa Tomas Casas Casajús, Hospital de San Carlos, Hospital Escalante Pradilla, Hospital Enrique Baltodano Briceño (Liberia), Hospital La Anexión, Hospital Los Chiles, Hospital Manuel Mora Valverde (Golfito), Hospital Maximiliano Peralta Jiménez (Cartago), Hospital Maximiliano Terán Valls (Quepos), Hospital Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera, Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres, Hospital Nacional Psiquiátrico Roberto Chacón Paut, Hospital San Francisco de Asís (Grecia), Hospital San

Vicente de Paul (Heredia), Hospital San Vito, Hospital Tony Facio Castro, Hospital Víctor Manuel Sanabria Martínez (Puntarenas), Hospital de Upala y el Hospital William Allen Taylor (Turrialba). (27)

En estas clínicas se tratan de terapias en las que participan un promedio de 15 personas con el hábito del fumado de tabaco y con ellas un grupo de profesionales en distintas áreas (medicina, psicología, farmacia, entre otras) en las que se ofrece información acerca de las consecuencias del tabaco y el impacto de la adicción al tabaco sobre la salud. Asimismo, se les practica una prueba que se conoce como espirometría, que permite verificar cómo está la función pulmonar de cada fumador y además reciben información sobre nutrición y hábitos saludables de vida. (27)

En estas clínicas participan médicos, enfermeras, psicólogos, nutricionistas, trabajadores sociales, farmacéuticos, entre otros especialistas. Las sesiones que se ofrecen en estas clínicas duran 9 semanas y cada una de ellas tiene un promedio de duración de tres horas. (27)

Las personas que participan en estas clínicas deben cumplir una serie de requisitos que se detallan a continuación: (27)

- Ser asegurados de la CCSS
- Mayores de 18 años
- Tener deseos de dejar de fumar
- Que estén dentro del área de atracción de cada centro médico.

La dinámica de la Clínica de forma general es conformar grupos de aproximadamente 25 fumadores, los cuales tienen una reunión una vez por semana, ya sea con especialistas médicos y charlistas o bien con otros fumadores que lograron vencer la adicción. El grupo de profesionales que atiende a los pacientes es interdisciplinario, que ha sido capacitados por personal del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). Las reuniones semanales consisten en charlas sobre los efectos del fumado tanto en la salud física como en aspectos familiares, económicos y sociales. (27)

Por otra parte, si el grupo de profesionales de la Clínica considera que alguno de los pacientes posee una adicción de tipo física pueden tomar la decisión de tratar al paciente con vareniclina como tratamiento farmacológico facilitador del proceso de cesación de fumado. (27)

## 5. Intervenciones para dejar de fumar

En pro de observar un aumento en la esperanza de vida de los pacientes, así como disminuir las muertes precoces, optimizar el nivel de salud y la calidad de vida y disminuir los costos en salud que se encuentra ligados al consumo de tabaco es que es de vital importancia que se realicen intervenciones para promover y facilitar el abandono del hábito tabáquico. (28) Como parte del MPOWER publicado por la Organización Mundial de la Salud una de las medidas primordiales para ver un decremento en la prevalencia del uso del tabaco en la población en general es el ofrecer ayuda para el abandono del consumo. (3). Para poder dejar el hábito se han desarrollado diversas estrategias que facilita el proceso de la cesación del fumado que han demostrado que son efectivas con alto nivel de evidencia, entre las que destaca los materiales de autoayuda, las intervenciones breves, el asesoramiento individual, grupal o telefónico, así como las intervenciones psicológicas y farmacológicas. (17, 24,29) Al realizar una comparación de los métodos antes mencionados con otras intervenciones de prevención y tratamiento (como las mamografías para el cáncer de mama, o el tratamiento de la hipertensión arterial, entre otros) se ha visto que son tratamientos eficaces desde el punto de vista clínico, así como que posee un valor costo/eficacia positiva. (17, 24, 30-31) Asimismo, se ha visto que por sí solos la intervención psicológica y la intervención farmacológica son eficaces, si se utilizan en combinación se ve que se torna más eficaz el tratamiento de la cesación de fumado. (32-33) Por lo anterior se debe instar a los profesionales en salud a recomendar a los pacientes que no utilicen las intervenciones de manera aislada, sino que se utilicen como tratamiento conjunto. (17)

#### a. Materiales de autoayuda

En esta categoría se encuentra incluido cualquier soporte por el cual se le brinda información al paciente para que el mismo pueda auto administrarse distintas conductas que resultan de gran utilidad para el proceso de cesación de fumado. Estos materiales pueden ser ya sea impresos en papel, o bien encontrarse en formato de audio, video, correos electrónicos (información digital), mensajes telefónicos, entre otras formas. La revisión de la colaboración Cochrane en la que se realizó un análisis de 74 ensayos clínicos que fueron aleatorizados y controlados con un seguimiento como mínimo de 6 meses, se observó que el uso de este tipo de materiales tiene una eficacia mayor a que no se realice ninguna intervención, no obstante, el beneficio de su uso es limitado (OR: 1,19; LC95%: 1,04-1,37). Además, se ha observado que cuando los materiales de

autoayuda son diseñados pensando en la población meta donde se va a implementar, se ve un ligero aumento en la eficacia de los mismos. Cuando se realizó la selección de los estudios clínicos donde se realizaron materiales de autoayuda con un diseño específico para las características de la población meta, en el metaanálisis se muestra un ligero beneficio en su uso (OR: 1,28; LC95%: 1,18-1,37). (34)

#### b. Intervenciones breves

Las intervenciones breves son apreciadas como una de las intervenciones primordiales y que poseen un mayor índice de costo/efectividad en el tratamiento de la cesación del tabaquismo. En los diversos estudios que se han realizado acerca de la cesación de fumar, se ha establecido que el consejo de un profesional para la cesación del fumar es considerado uno de los motivos más importantes para abandonar este hábito. (35-37) Asimismo, se ha observado que conforme se aumenta la intensidad de la intervención, se obtiene una mayor eficacia en el tratamiento.

Las intervenciones breves, consisten en: preguntar acerca del consumo del tabaco, registrar la información en la historia clínica, dar un consejo claro y concluyente al paciente acerca de lo importante que resulta importante abandonar el consumo de tabaco (el consejo ha de ser breve, serio, firme y personalizado) y además brindar al paciente información de autoayuda para poder conseguir su cometido. Es importante que una intervención muy breve y precisa es la ayuda del profesional en salud para cesar el fumar que aplican los médicos en su día a día. Al realizar una revisión de la colaboración Cochrane (38), se realizó un análisis del consejo por parte de los profesionales en 42 ensayo clínicos y se observó que hay un aumento en la tasa de abstinencia frente a los pacientes en donde no se realizó ninguna intervención (OR: 1,66; LC95%: 1,42-1,94) y cuando se realiza un aumento. Por otra parte, al analizar el metaanálisis que se utilizó para la guía de 1996, se puede observar que los médicos deben aconsejar de manera intensa a todos los fumadores para que deserten del hábito de fumar de tabaco porque se ha demostrado que el consejo de un médico para abandonar el hábito del fumar acrecienta las tasas de abstinencia. (Nivel de evidencia: A)” (tabla 3). (17)

**Tabla 3.** Metaanálisis (2000): Efectividad y tasas de abstinencia estimadas para varios niveles de intensidad de duración de las sesiones (n: 43 estudios). (Adaptada de (17)).

Nivel de contacto	Número de brazos	OR estimadas (LC95%)	Tasa de abstinencia estimada (LC95%)
Sin contacto	30	1,0	10,9
Consejo mínimo (<3 minutos)	19	1,3 (1,01-1,6)	13,4 (10,9-16,1)
Consejo de baja intensidad (3-10)	16	1,6 (1,2-2,0)	16,0 (12,8-19,2)
Consejo de mayor intensidad (>10minutos)	55	2,3 (2,0-2,7)	22,1 (19,4-24,7)

Fuente: (17)

c. “Asesoramiento” (counseling) individual, grupal y telefónico

En asesoramiento es considerado una intervención que en comparación con el consejo e posee una extensión temporal mayor (mínimo 10 minutos), más intensiva y con una complejidad mayor debido a que esta técnica conlleva una mayor cantidad de técnicas y tareas tanto para el profesional en salud como para el paciente y además debe de ser impartida por un profesional que ha sido formado específicamente para esto. En la revisión sistémica que realizaron Lancaster y Stead acerca del asesoramiento individual y en su metaanálisis de 21 ensayos clínicos se puede observar que la utilización de este tipo de intervención es más efectiva que los individuos que se encontraban en el grupo control en el que la intervención para la cesación de fumado es mínima. En este estudio se obtuvo un Odds Ratio (OR) para la cesación de fumado de tabaco fue de 1,56 (LC95%: 1,32-1,84). (39) En el metaanálisis de Cochrane en donde se evalúa el asesoramiento por parte del personal médico durante su práctica clínica en donde se analizan datos de 17 ensayos distintos en los que se comparan grupos a los que se les brinda asesoramiento contra un grupo de pacientes control a los que no se les realizó ningún tipo de intervención y se determinó que hay un aumento significativo en la tasa de abandono del hábito tabáquico al brindar el asesoramiento (OR: 1,66; LC95%:1,42-1,94). (38) Asimismo se ha observado que los profesionales en enfermería que brindan asesoramiento a este tipo de pacientes han sido muy efectivos, como se describe en uno

de los metaanálisis en donde se analizan 35 estudios y se ha observado un aumento en las tasas de abandono del hábito tabáquico (OR: 1,3; LC95%: 1,2-1,4). (40) Por otra parte, en una de las revisiones acerca de terapia conductual grupal específica para la cesación de fumado se observó que también hay una elevación en la tasa de abstinencia del fumado de tabaco (OR: 2,04; LC95%: 1,60-2,60). (41) Pero, no se ha logrado determinar que las intervenciones grupales, sean de alguna manera mejores que las intervenciones individuales de igual intensidad.

Por último, se puede brindar al paciente asesoramiento telefónico que se divide en dos tipos: proactivo y reactivo. El asesoramiento telefónico proactivo hace referencia al tipo de asesoramiento en el que el profesional en salud realiza la llamada telefónica al paciente, mientras que el de tipo reactivo hace referencia al asesoramiento en el que el paciente realiza la llamada telefónica a un número que se encuentra establecido para que le brinden la información o ayuda pertinente. En una revisión sistémica en la que se analizó el asesoramiento telefónico en el que se realizó un análisis de 48 ensayos clínicos donde se comparaban ambos tipos de asesoramiento telefónico respecto a un grupo control se observó un aumento de la tasa de cesación de fumado. Para el análisis del asesoramiento reactivo se analizaron 51 estudios donde se obtuvieron elevaciones de las tasas de abandono a largo plazo (OR: 1,3; LC95%: 1,3-1,5). Por otra parte, para el análisis del asesoramiento proactivo se analizaron 9 estudios donde se obtuvieron elevaciones de las tasas de abandono a largo plazo (OR: 1,4; LC95%: 1,3-1,5). En la revisión sistémica se llega a la conclusión que el asesoramiento telefónico proactivo tiene un gran impacto en los pacientes de cesación de fumado que tienen un gran interés en abandonar el hábito y además se realizaron pruebas de “dosis-respuesta” en la que determinan una cantidad de llamadas que tienen un impacto positivo en el paciente y de determinó que por encima de 3 llamadas se ven elevaciones en las tasas de abandono. Asimismo, se determinó que las líneas telefónicas para abandonar el hábito tabáquico son una fuente de apoyo para el paciente de fácil acceso. (38) En la Guía Americana para el Tratamiento del Tabaquismo se realizó un análisis de 9 estudios para comparar la efectividad de la línea telefónica (asesoramiento telefónico en el que por lo menos uno de los contactos es con un profesional en salud) con otro grupo en el que hay ausencia de contacto con profesionales y por último un grupo al que se le suministro materiales de autoayuda y donde se observaron mejores resultados para el asesoramiento telefónico (OR: 1,69; LC95%: 1,45-1,98). (17)

En la tabla 4 se observan los resultados de la Guía Americana (17) con respecto a los diferentes tipos de asesoramiento (individual, grupal y telefónico)

**Tabla 4.** Metaanálisis (2000): Efectividad y tasas de abstinencia estimadas para varios tipos de formato (n: 58 estudios). (Adaptada de (17)).

Número de formatos	Número de brazos	OR estimadas (LC95%)	Tasa de abstinencia estimada (LC95%)
Sin formato	20	1,0	10,8
Autoayuda	93	1,2 (1,02-1,3)	12,3 (10,9-13,6)
Asesoramiento individual	67	1,7 (1,4-2,0)	16,8 (14,7-19,1)
Asesoramiento grupal	52	1,3 (1,1-1,6)	13,9 (11,6-16,1)
Asesoramiento telefónico proactivo	26	1,2 (1,1-1,4)	13,1 (11,4-14,8)

Fuente: (17)

#### d. Intervenciones psicológicas

Como el proceso de cesación de fumado conlleva que se den cambios en la conducta del paciente con ciertas características específicas que provocan que cierta clase de intervenciones psicológicas estén indicadas para con llevar el proceso, ya sea de tipo individual o grupal. En estas intervenciones se abarca desde el carácter adictivo que se da por el consumo de tabaco hasta los factores de tipo psicosocial que se encuentran en el proceso de cesación del hábito tabáquico. Entre las intervenciones de tipo psicológicas que se utilizan para el tratamiento de la cesación del hábito tabáquico son específicamente las terapias conductuales, cognitivas, motivacionales y además las terapias para prevenir las recaídas. Los tratamientos antes mencionados por si solos son eficaces, sin embargo, estos también tienen un impacto en la mejora del tratamiento farmacológico al ser utilizados de manera concomitante. (17,31)

En la Guía Americana se establece como recomendación que “Dos tipos de asesoramiento y terapia conductual redundan en tasas de éxito más altas: (1) ofrecer a los fumadores asesoramiento práctico para la resolución de situaciones de alto riesgo y formación en habilidades; (2) ofrecer apoyo y estímulo como parte del tratamiento. Se

deberían incluir estos tipos de asesoramiento en las intervenciones para dejar de fumar. (Nivel de evidencia: B)". (17) Asimismo, en la misma guía se realizó un análisis de 64 estudios para poder explorar la efectividad de los tratamientos en los que analizan distintos tipos de intervenciones psicológicas y terapias conductuales. (17) Los resultados de dicho análisis se muestra en la tabla 5, mostrando que de las intervenciones psicológicas hay 4 tipos de terapia conductual específicamente en los que se ve un aumento estadísticamente significativo en las tasas de abstinencia al realizar una comparación con un grupo control en el que no se realizó ninguna intervención. Los 4 tipos de terapia conductual en los que se ve una mejora en las tasas de abstinencia son específicamente (1) proporcionar asesoramiento práctico, como por ejemplo la resolución de problemas, entrenamiento en habilidades y gestión del estrés; (2) proporcionar apoyo durante el contacto directo del fumador con un psicólogo clínico (intra tratamiento); (3) intervenir para aumentar el apoyo social en el entorno del fumador (extra tratamiento); y (4) utilización de técnicas de consumo que generen aversión (fumar rápido, exposición a otros fumadores). Pero, en la Guía Americana para la Cesación de Fumado del 2008, no se encuentra recomendado el uso de técnicas de tipo aversivas, debido a los efectos secundarios que presentan este tipo de tratamiento y a los estudios que realizó la Guía Americana durante el año 2000, en los que se incluye una revisión Cochrane. (42)

**Tabla 5.** Metaanálisis 2000: Efectividad y tasas de abstinencia estimadas de varios tipos de asesoramiento y terapias conductuales (n: 64 estudios). (Adaptada de (17)).

Tipo de asesoramiento y terapia conductual	Número de brazos	Odds ratio	Tasa de abstinencia estimada (LC95%)
Sin asesoramiento /terapia	35	1,0	11,2
Relajación/respiración	31	1,0 (0,7-1,3)	10,8 (7,9-13,8)
Contrato de contingencias	22	1,0 (0,7-1,4)	11,2 (7,8-14,6)
Peso/dieta	19	1,0 (0,8-1,3)	11,2 (8,5-14,0)
Reducción gradual de la ingesta de nicotina y alquitrán	25	1,1 (0,8-1,5)	11,8 (8,4-15,3)
Manejo de disforia	8	1,2 (0,8-1,9)	13,6 (8,7-18,5)
Apoyo social durante el tratamiento	50	1,3 (1,1-1,69)	14,4 (12,3-16,5)
Apoyo social fuera del tratamiento	19	1,5 (1,1-2,2)	16,2 (11,8-20,6)
Asesoramiento práctico (resolución de problemas, formación en habilidades)	104	1,5 (1,3-1,8)	16,2 (14,0-18,5)
Fumar rápido	19	2,0 (1,1-3,5)	19,9 (11,2-29,0)
Otras terapias aversivas	19	1,7 (1,04-	17,7 (11,2-24,9)

Fuente: (17)

#### e. Intervenciones farmacológicas

El tratamiento de primera línea para tratar la dependencia a la nicotina es la terapia de reemplazo de nicotina, sin embargo, a nivel mundial también se dispone de bupropión y vareniclina para poder tratar este problema que también son utilizados como primera línea de tratamiento. Sin embargo, en Costa Rica no se dispone del bupropión debido a que no posee registro médico para tal fin (17). En la literatura se reporta como tratamiento de segunda elección para la cesación del fumado el uso de nortriptilina y clonidina (17). Estos tratamientos se considera que poseen una efectividad muy alta debido a que se ha visto que a largo plazo los pacientes que fueron tratados con estas alternativas llegan a duplicar las tasas de abandono del hábito tabáquico al realizar una comparación contra placebo, mientras que, si se realiza una comparación contra un grupo de pacientes al que no se les realizó intervención alguna, se triplican las tasas de abandono del hábito. (17)

En la tabla 6, se pueden observar los resultados de la Guía Americana de 2008 acerca del uso de los diferentes fármacos para el tratamiento del consumo de tabaco. (17) En estos datos, se puede observar que los medicamentos considerados de primera línea son lo que han demostrado con estudios que poseen efectividad y seguridad para el tratamiento de la dependencia del tabaco, y además que han sido aprobado por las distintas agencias internacionales con la indicación para este uso, a excepción de que el paciente posea alguna contraindicación o que en alguna población en específico no se haya demostrado su seguridad y eficacia, como puede ser el caso de mujeres en estado de gestación, usuarios de tabaco sin humo, adolescentes entre otros grupos. (17)

**Tabla 6.** Metaanálisis (2008): Eficacia de varias medicaciones y combinaciones de medicaciones en comparación con el placebo 6 meses después del abandono (n: 83 estudios).

Medicación	Número grupos	Razón de posibilidades estimada- OR (LC95%)
Placebo	80	1,0
<b>Monoterapias</b>		
VARENICLINA (2G/DÍA)	5	3,1 (2,5-3,8)
Spray nasal de nicotina	4	2,3 (1,7-3,0)
Parche de nicotina a dosis altas (>25 mg) (duración estándar y larga duración)	4	2,3 (1,7-3,0)
Chicle de nicotina a largo plazo (>14 sem)	6	2,2 (1,5-3,2)
Vareniclina 1 mg/día	3	2,1 (1,5-3,0)
Inhalador de nicotina	6	2,1 (1,5-2,9)
Clonidina	3	2,1 (1,2-3,7)
BUPROPIÓN SR	26	2,0 (1,8-2,2)
PARCHE DE NICOTINA (6-14 SEMANAS)	32	1,9 (1,7-2,2)
Parche de nicotina largo plazo (>14	10	1,9 (1,7-2,3)
Nortriptilina	5	1,8 (1,3-2,6)
Chicle de nicotina (6-14 semanas)	15	1,5 (1,2-1,7)
<b>Terapias combinadas</b>		
Parche (largo plazo; >14 semanas) + TSN (chicle o spray a demanda)	3	3,6 (2,5-5,2)
Parche + bupropión SR	3	2,5 (1,9-3,4)
Parche + nortriptilina	2	2,3 (1,3-4,2)
Parche + inhalador de nicotina	2	2,2 (1,3-3,6)
Parche + antidepresivos de segunda generación (paroxetina, venlafaxina)	3	2,0 (1,2-3,4)
<b>Medicaciones que no han sido eficaces</b>		
Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS)	3	1,0 (0,7-1,4)

Fuente: (17)

Los medicamentos considerados de segunda línea son aquellos que poseen pruebas de eficacia, sin embargo, su utilización como tratamiento para la cesación de fumado no se encuentra aprobado debido a aspectos de seguridad de su uso (efectos secundarios), por lo que su uso debe de ser considerado luego de una terapia fallida con los de primera línea, o bien cuando el uso de estos está contraindicado. Asimismo, los metaanálisis que

están incluidos en la Guía Americana de 2008 (17) en los que pueden observar varias revisiones donde se evidencian resultados análogos para la terapia de reemplazo de nicotina (43) (44) y para la vareniclina. (45)

En la revisión sistémica acerca de la Terapia de Reemplazo de Nicotina donde se realizó un análisis de 150 ensayos clínicos se llegó a la conclusión que este tratamiento puede ayudar a los pacientes a dejar el hábito del fumado de tabaco teniendo un aumento en las tasas de abstinencia de entre 1,5 y 2 veces mayor que cualquiera que sea el nivel de apoyo o de ayuda al paciente. (OR: 1,6, LC95%: 1,5-1,7). Lo anterior viendo la terapia de reemplazo de nicotina como una sola Si se realiza una división de esta terapia en sus distintos componentes se obtiene que para el chicle de nicotina se obtuvo un OR de 1,5 (LC95%: 1,4-1,6), para los parches un OR de 1,6 (LC95%: 1,5-1,8), mientras que para los comprimidos para chupar se obtuvo un OR de 2,0 (LC95%: 1,6-2,4), para el inhalador un OR de 1,9 (LC95%: 1,4-2,7), para el spray nasal un OR de 2,0 (LC95%: 1,5-2,7) y para el spray oral y OR de 2,5 (LC95%: 1,2-5,0). (43) Los resultados anteriormente mencionados en su mayoría no poseen relación alguna con el tiempo que dura el tratamiento, la intensidad del apoyo adicional que se brinda al paciente o el ámbito en el que se brinda el tratamiento. Como conclusión general, los distintos autores recalcan que cualquier presentación que se encuentra disponible comercialmente como Terapia de Reemplazo de Nicotina son tratamientos efectivos para poder promover el abandono del hábito tabáquico y aumenta la probabilidad de abandonar el hábito entre 1,5 y 2,5 veces. (43)

Al realizar un análisis de la revisión sistémica que se encuentra en la Guía Americana para la Cesación del Fumado, se puede llegar a la conclusión que los antidepresivos utilizados en estos casos, como lo son el bupropión y la nortriptilina son de gran ayuda para poder abandonar el hábito a un largo plazo, sin embargo, esto no ocurre con otros antidepresivos como los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina como la fluoxetina. Se ha visto que el bupropión genera un aumento en las tasas de cesación del fumado a un largo plazo según un análisis de 44 estudios distintos (OR: 1,6; LC95%: 1,5-1,8), además, se observó que es igual de eficaz que la Terapia de Reemplazo de Nicotina en una revisión de 8 ensayos clínicos (OR: 1,0; LC95%: 0,9-1,1). Por otra parte, los estudios señalan que al comparar el tratamiento con bupropión frente al tratamiento con vareniclina se tienen que el bupropión es menos eficaz que la vareniclina según un análisis de 4 ensayos distintos (OR: 0,7; LC95%: 0,6-0,8), sin embargo, para poder confirmar este hallazgo se debería de realiza un poco más de investigación. (44)

Por otra parte, el tratamiento con vareniclina se ha visto que tiene un aumento en las tasas de abandono de hasta 2,3 veces al comparar contra un placebo (LC95%: 2,0-2,6) esto para 6 meses de abstinencia, Asimismo, se ha observado que al año la abstinencia de los pacientes que fueron tratados con vareniclina frente a los que fueron tratados con bupropión es mayor (OR: 1.5; LC95%: 1,2-1,9). Por otra parte, el OR para vareniclina comparado con Terapia de Reemplazo de Nicotina para la abstinencia a los 6 meses fue de 1,13 (LC 95%: 0,9-1,4). (45)

La tabla 7 es un resumen del metaanálisis de la eficiencia de los fármacos utilizados para la cesación de fumado a nivel mundial (adaptada de (46)). Y además realiza una comparación de los resultados de la Guía Americana 2008 (17) con los de las revisiones Cochrane realizadas para la Terapia de Reemplazo de Nicotina (43), antidepresivos como el bupropión (Hughes et al., 2014) y vareniclina (45).

**Tabla 7.** Metaanálisis de la eficacia de los fármacos de primera línea en la cesación tabáquica. (Adaptada de (46)).

FÁRMACO	GUIA AMERICANA (2008)		COCHRANE (2012-2014)	
	Nº ensayos	OR (LC95%)	Nº ensayos	OR (LC95%)
Placebo	80	1	>100	1
TSN Chicle (6-14 sem)	15	1,5 (1,2-1,7)	55	1,5 (1,4-1,6)
Parche (6-14 sem)	32	1,9 (1,7-1,2)	43	1,6 (1,5-1,8)
Comprimidos	-	-	6	2,0 (1,6-2,4)
Inhalador	4	2,3 (1,7-3,0)	4	1,9 (1,4-2,7)
Spray nasal	6	2,1 (1,5-2,9)	4	2,0 (1,5-2,7)
Spray oral	-	-	1	2,5 (1,2-5,0)
BUPROPIÓN	26	2,0 (1,8-2,2)	44	1,6 (1,5-1,8)
VARENICLINA 2mg/d	5	3,1 (2,5-3,8)	14	2,3 (2,0-2,6)

Fuente: (46)

Al realizar un análisis de los ensayos clínicos se puede observar que los resultados de las tasas de abstinencia luego de 1 año (52 semanas) al comparar vareniclina versus bupropión se ve que son un poco mejores, y al compararlos con terapia de reemplazo de nicotina se ve una mejor eficacia. (47) (48) (49) (50) Asimismo, algunos autores encontraron que el uso de vareniclina con respecto a la terapia de reemplazo de nicotina es más

eficaz, pero a corto plazo y no a largo plazo viéndolo desde el contexto de apoyo conductual intensivo. (51) Otros estudios no mostraron que la vareniclina es superior a la terapia de reemplazo de nicotina. (52) (53) Por otra parte, en una revisión realizada en 2013 acerca de las intervenciones farmacológicas para la cesación de fumado en el que se realiza una comparación entre la vareniclina y la terapia de reemplazo de nicotina y la vareniclina con respecto al bupropión se observó que la vareniclina es superior al bupropión (OR: 1,59; LC95%: 1,29-1,96) y además es más eficaz que el parche de nicotina (OR: 1,51; LC95%: 1,22-1,87) como se puede observar en la tabla 8. (45)

**Tabla 8.** Red de metaanálisis de los tratamientos farmacológicos de primera línea frente a placebo y frente a otros, con TSN dividido por tipo.

Comparación	OR (LC95%)	Nº de estudios (comparaciones directas)
Parche de nicotina vs Placebo	1,91 (1,71-2,14)	43
Chicle de nicotina vs Placebo	1,68 (1,51-1,88)	56
Otros tipos de TSN vs Placebo	2,04 (1,75-2,38)	16
Combinación TSN vs Placebo	2,73 (2,07-3,65)	2
Bupropión vs Placebo	1,85 (1,63-2,10)	36
Vareniclina vs Placebo	2,89 (2,40-3,48)	15
Chicle de nicotina vs Parche de nicotina	0,88 (0,75-1,03)	0
Otros tipos de TSN vs Parche de nicotina	1,07 (0,91-1,26)	6
Combinación TSN vs Parche de nicotina	1,43 (1,08-1,91)	3
Bupropión vs Parche de nicotina	0,97 (0,83-1,13)	6
Vareniclina vs Parche de nicotina	1,51 (1,22-1,87)	0
Otros tipos de TSN vs Chicle de nicotina	1,21 (1,01-1,46)	0
Combinación TSN vs Chicle de nicotina	1,63 (1,21-2,20)	1
Bupropión vs Chicle de nicotina	1,10 (0,93-1,30)	0
Vareniclina vs Chicle de nicotina	1,72 (1,38-2,13)	0
Combinación TSN vs Otros tipos de TSN	1,34 (1,0-1,8)	1
Bupropión vs Otros tipos de TSN	0,91 (0,75-1,09)	2
Vareniclina vs Otros tipos de TSN	1,42 (1,12-1,79)	0
Bupropión vs Combinación TSN	0,68 (0,50-0,91)	0
Vareniclina vs Combinación TSN	1,06 (0,75-1,48)	0
Vareniclina vs Bupropión	1,56 (1,26-1,93)	3

Fuente: (17)

## 6. Adherencia al Tratamiento

La definición que brinda la Organización Mundial de la Salud para adherencia terapéutica o cumplimiento es la magnitud con la que el paciente sigue las instrucciones brindadas por un médico u otro profesional de salud. Sin embargo, existe otras definiciones que resultan más atinada para el tema es la brindada por Haynes y Sackett que la definen

como la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por su médico; por lo tanto, el incumplimiento sería el grado en que el paciente no sigue las indicaciones del médico (54). Otra definición de adherencia es la que brinda Mion Junios que data de 1994 y define la adherencia terapéutica como la medida del grado de coincidencia entre el comportamiento del paciente y lo prescrito por el profesional de salud, en la que se incluyen medidas tanto farmacológicas como no farmacológicas. Otro dato importante que menciona Mion Junios es la importancia del conocimiento por parte del paciente del tratamiento para su problema de salud. (55)

Por otra parte, la adherencia a los tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos, es uno de los factores más importantes en el éxito del abordaje de las enfermedades, especialmente de padecimientos crónicos. (56) La problemática de la adherencia a los tratamientos farmacológicos es un fenómeno que se presenta en todas las edades, sexos y etnias. (56) Este dato resulta de importancia especialmente en pacientes con enfermedades crónicas, ya que la falta de adherencia tiende a ser creciente con el pasar del tiempo, a medida que el paciente lleva más tiempo con la terapia, lo cual genera consecuencias como: desequilibrios emocionales y físicos, complicaciones físicas, psicosociales, ingresos hospitalarios, pérdida del control de la enfermedad y costos para el sistema de seguridad social por las hospitalizaciones y demás tratamientos, así como para la familia ya que se ven afectadas la economía de la familia así como la afectación de la calidad de vida del paciente y la familia. (56)

Como factores que afectan la adherencia al tratamiento o bien el cumplimiento se describen los siguientes (57):

- Los factores que tienen relación con el paciente:  
Edad, sexo, nivel de escolaridad, nivel socioeconómico, creencias, percepciones y expectativas del paciente acerca del tratamiento, motivación para la salud, gravedad percibida en cuanto a las posibles consecuencias de una enfermedad (empoderamiento de la enfermedad y sus consecuencias), creencias que se relacionan con el beneficio que se obtendrá con la adherencia al tratamiento, deterioro sensorial, deterioro cognitivo y estados alterados del ánimo, percepción de los síntomas, entre otros.
- Las relacionadas con la enfermedad:

Gravedad, sintomatología, grado de incapacitación, duración de la enfermedad, antecedentes personales de la enfermedad, antecedentes familiares, hospitalizaciones previas.

- Las relacionadas con el régimen terapéutico:  
Complejidad de las pautas terapéuticas, costos, efectos secundarios y duración del tratamiento.
- Las relacionadas con las estructuras de salud:  
Accesibilidad al sistema de salud, tiempos de espera, concertación de citas.
- Las relacionadas con la comunidad:  
Involucración de la familia, conocimientos generales de salud, conflicto entre las creencias en la comunidad y la conducta que se debe seguir.

## 7. Características socio- demográficas relacionadas con la Adherencia al tratamiento Farmacológico.

### a. Edad

En la literatura se ha establecido que no hay una edad en la que se tenga un mayor riesgo para el abandono de los tratamientos. Sin embargo, Orozco y Cols (58) vieron que conforme aumentaba la edad de los pacientes, había una mejoría en la adherencia terapéutica del mismo. Asimismo, Galván y Santiuste (66) vieron que los extremos etarios, o en otras palabras pacientes con menos de 15 años y pacientes mayores de 54 años, tenían una mejor adherencia terapéutica que los pacientes que se encontraban en edades entre los 15 y 54 años (84% frente a 63%), pero

Liefooghe, en su estudio vio que la adherencia era menor en pacientes que tenían edades mayores de 35 años. Por otra parte, otros estudios, (60) señalan que los adultos mayores que tienen limitaciones de alguna índole (física, mental, entre otras), son pacientes que tienen un mayor riesgo al abandono del tratamiento. Por lo anterior resulta importante establecer más estudios para estandarizar los rangos de edades en que se ve afectada mayormente la adherencia terapéutica y conocer mejor la situación específica de la población de cada centro de salud. (60)

### b. Sexo

Los estudios establecen que los pacientes del género masculino son los que tienen tasas de abandono mayores a los del género femenino. Gaviria y Cols (61) realizaron un

estudio de abandono en donde compararon los pacientes del género masculino y femenino que se encuentran en edades entre los 15 y 44 años, y establecieron que la tasa de abandono del tratamiento indicado es 1,5 veces mayor en hombres que en mujeres. Asimismo, otro estudio que se realizó en Ghana se vio que además que las mujeres tienen una adherencia terapéutica mayor, tienen tasas de curación de la enfermedad que padecen mayores a los hombres. (62)

#### c. Estrato Socioeconómico

El estrato socioeconómico del que viene el paciente es descrito como otro de los factores de riesgo para el abandono del tratamiento. En un estudio se vio que el 79% de los pacientes que abandonaron los tratamientos prescritos venían de estratos socioeconómicos bajos. (63) Asimismo, en otro estudio se vio que los pacientes que venían de áreas suburbanas y rurales tenían una tasa de abandono de los tratamientos dos veces mayor que los que provenían de zonas urbanas. (64)

#### d. Nivel Educativo

Este es un factor que tiene una incidencia importante en la adherencia terapéutica, en diversos estudios se ha visto que cuando un paciente tiene un menor nivel educativo, se tiene una mayor probabilidad de abandonar los tratamientos. Lo anterior se explica ya que cuando se tiene un menor nivel educativo se torna más difícil la comunicación ya sea con el personal de salud o bien con la familia. (65) En un estudio realizado en la ciudad de Barcelona se vio que los pacientes analfabetos tenían un mayor riesgo de abandonar el tratamiento en comparación con los pacientes que presentaban algún grado de escolaridad. (66)

#### e. Estado Civil o Marital

En los estudios se ha visto que los pacientes que se encuentran solteros (6,1%) tienen un riesgo de abandono del tratamiento farmacológico de la mitad en comparación con los pacientes que se encuentran en matrimonio (12,6%). Asimismo, los pacientes que son divorciados o viudos tienen un riesgo de abandono mayor que los solteros y los casados (14,3%). (67) Igualmente, se ha visto que el estar casado, así como la

convivencia con su familia, en otras palabras, el apoyo familiar, que se brinde al paciente es un elemento que conlleva mejor adherencia al tratamiento. (68) En un estudio realizado en Chile se vio que la tasa de abandono del tratamiento de los pacientes casados fue de un 4,2%, mientras que para los viudos fue de un 12,5% y para los solteros un 16,9% 77. Por lo anterior, se podría decir que el estado no tiene un patrón claro. (69)

#### f. Domicilio Fijo y soporte social

Entre los factores que pueden tener un impacto positivo en la adherencia terapéutica es el tener apoyo familiar, en otras palabras, una familia estructurada, pareja o amigos, se ha visto que aumenta la adherencia entre un 40% y 60%. (70) (71) Por lo que se podría pensar que, en personas indigentes, marginados y usuarios de drogas, al ser personas en un contexto bastante complejo, un contexto en el que no se tiene algún tipo de soporte o acompañamiento social en su mayoría. Por lo que, para conseguir una mejor aceptación y adherencia terapéutica en estos pacientes, se requiere de un abordaje multifactorial y multidisciplinario. (72)

#### g. Falta de Ingresos

Los pacientes en una situación socioeconómica difícil, especialmente pacientes de un nivel socioeconómico bajo no tienen fácil acceso a medicamentos con un costo económico alto (en casos que no son atendidos en la seguridad social). Se puede decir que dos factores de riesgo en la adherencia terapéutica son el desempleo y los bajos ingresos económicos. En un estudio que se realizó en Pakistán que en casos donde el paciente es el principal soporte económico del hogar, en otras palabras, quién mantiene el hogar, hay un mayor porcentaje de abandono de tratamientos (55%). (73)

### 8. Factores Relacionados con la toma del medicamento

#### a. Duración del tratamiento

En la literatura se ha establecido que con el pasar del tiempo las tasas de adherencia terapéutica van decayendo, sin embargo, se dice que, si al inicio del tratamiento farmacológico hay un buen nivel de adherencia, se puede predecir que a largo plazo hay una muy buena probabilidad de tener buena adherencia terapéutica. (74) En un estudio

realizado en los Estados Unidos de América para fármacos antidepresivos en el que se evaluaron factores relacionados con la adherencia terapéutica durante 3 meses; este estudio reveló que durante el primer mes fue de un 82%, sin embargo, con el paso del tiempo se vio una reducción de tipo lineal y significativa al llegar a los 3 meses (69%). A pesar de los valores de adherencia a nivel general mencionados anteriormente también se evaluó la adherencia según los días de consumo y los tiempos correctos de administración y estos valores fueron peores ya que se observó que durante el primer mes se tuvo un porcentaje de adherencia de 55% y 43% al llegar a los 3 meses. A manera de resumen se tuvo un porcentaje de adherencia que se encontraba entre el 33% y 50%. (75)

#### b. Número de Fármacos

Resulta importante resaltar la definición de polifarmacia, esta se puede definir como el uso de 2 o más medicamentos en un periodo de por lo menos 240 días, mientras que si el paciente consume 5 o más medicamentos se considera como polifarmacia mayor. (76) En los diversos estudios se ha visto que hay una relación inversamente proporcional entre la cantidad de fármacos que consume el paciente y la adherencia terapéutica. (77)

#### c. Efectos adversos de la vareniclina

Para la vareniclina se pueden observar múltiples reacciones adversas, sin embargo, la frecuencia con la que aparecen varía entre una y otra como se observa a continuación. (78)

Con una frecuencia de más del 10% se puede observar: (78)

- En Sistema nervioso central: cefalea (15% a 19%), insomnio (10% a 19%), sueño anormal (9% a 13%), irritabilidad (11%), ideación suicida (11%), depresión (4% a 11%)
- En Sistema Gastrointestinal: Náuseas (16% a 40%), vómitos (5% a 11%)

Con una frecuencia del 1% al 10% se observa: (78)

- En Sistema Cardiovascular: Angina de pecho (4%), dolor torácico (3%), edema periférico (2%), infarto de miocardio ( $\leq 1\%$ )

- En Sistema nervioso central: Agitación (7%), malestar (7%), trastorno del sueño (5%), tensión (4%), somnolencia (3%), hostilidad (2% a 3%), letargo (1% a 2% %), Pesadillas (1% a 2%)
- A nivel dermatológico: Erupción cutánea (3%)
- En Sistema Gastrointestinal: flatulencia (6% a 9%), estreñimiento (5% a 8%), disgeusia (5% a 8%), dolor abdominal (7%), diarrea (6%), xerostomía (6%) y dispepsia 5%), aumento del apetito (3% a 4%), anorexia ( $\leq 2\%$ ), disminución del apetito ( $\leq 2\%$ ), reflujo gastroesofágico (1%)
- En Sistema Respiratorio: Infección de las vías respiratorias superiores (5% a 7%), disnea (2%), rinorrea ( $\leq 1\%$ )

Con una frecuencia  $< 1\%$ , los observados en postmarketing, y/o reportes de casos: (78)

Anomalías en el pensamiento, anomalías en el análisis de orina, lesiones accidentales, acné vulgar, síndrome coronario agudo, insuficiencia renal aguda, comportamiento agresivo, rinitis alérgica, alteración del sentido del olfato, amnesia, Anemia, angioedema, ansiedad, artralgia, asma, fibrilación auricular, dolor de espalda, cambios de comportamiento, parálisis de Bell, visión borrosa, bradicardia, arritmia cardíaca, flutter cardíaco, catarata (subcapsular), accidente cerebrovascular, escalofríos, conjuntivitis, disminución de la libido, disminución de la agudeza visual, delirios, diabetes mellitus, dificultad para pensar, desorientación, trastorno disociativo, mareos, disartria, disfagia, anomalía del ECG, eczema, edema, elevación de los niveles séricos del músculo esquelético, erupciones cutáneas, eritema, eritema multiforme, esofagitis, euforia, irritación ocular, dolor en los ojos, fiebre, síntomas similares a la gripe, enrojecimiento, enfermedad de la vesícula biliar, úlcera gástrica, Gastritis, hemorragia gastrointestinal, alucinación, ideación homicida, hiperglucemia, hiperhidrosis, hiperlipidemia, reacción de hipersensibilidad, hipoglucemia, hipocalemia, obstrucción intestinal, falta de concentración, leucocitosis, pérdida de conciencia, linfadenopatía, manía, enfermedad de Meniere, enfermedad menstrual, migraña, esclerosis múltiple, Calambres musculares, dolor musculoesquelético, mialgia, miositis, nefrolitiasis, nocturia, nistagmo, enfermedad vascular oftálmica, úlcera de la mucosa oral, osteoporosis, palpitaciones, pancreatitis, pánico, paranoia, fotofobia, pleuresía, poliuria, psoriasis, agitación psicomotora, Síndrome de Stevens-Johnson, síncope, taquicardia, trombocitopenia,

trombosis, enfermedad de la tiroides, tinnitus, síndrome de Stevens-Johnson, síndrome de Stevens-Johnson, síndrome de Stevens-Johnson, Dolor de muelas, ceguera transitoria, ataques isquémicos transitorios, temblor, inflamación de las vías respiratorias superiores, enfermedad uretral, retención urinaria, anormalidad urinaria, urticaria, contracciones prematuras, vértigo, defecto del campo visual, opacidad vítrea, aumento de peso, xerodermia, xeroftalmía.

Como se puede observar este tratamiento puede causar múltiples problemas o reacciones en el paciente, por lo que la adherencia terapéutica se puede ver afectada. (78)

#### 9. Factores derivados de los Servicios de Salud

Uno de los factores relacionados con los servicios de salud que se ha descrito con el pasar de los tiempos es el caos que se observan en la infraestructura, conlleva al abandono del tratamiento. A continuación, se describen algunos:

##### a. Organización de los Servicios de Salud.

La falta de organización en los lugares donde se brindan los servicios de salud, especialmente en instituciones públicas es visto como un factor que genera falta de adherencia terapéutica debido al tiempo de espera (generalmente prolongados), elevados costos de la consulta (en consulta privada), dificultad para obtener una cita y por último la demora en la prestación de servicios. (79) Por otra parte se ha demostrado que, si durante la prestación de servicio se tiene flexibilidad de horarios y además en el sitio de atención se tiene con confort, se ve una mejora en la adherencia terapéutica. (80)

##### b. Distancia al centro de Salud

Otro factor considerado como de riesgo para el abandono del tratamiento terapéutico según los estudios es la distancia entre el hogar del paciente y los servicios de salud (81); sin embargo, Galvan señala que ni la distancia hasta el centro de salud ni el tiempo que tarda el paciente en llegar tiene algún valor significativo en el abandono del tratamiento. En ese mismo estudio se señala que solo en distancias mayores a 60 Km se ve una disminución que no es significativa en el cumplimiento del tratamiento. (82)

## 10. Factores Relacionados con el Personal Sanitario

Otro de los factores determinantes en la adherencia terapéutica, es la adecuada comunicación entre el paciente y el personal de salud. (83) Esto resulta importante, ya que se ha descrito que los profesionales de salud como responsables de la adherencia terapéutica, ya que a muchos de los pacientes se les da de alta de un centro médico con un tratamiento poco planificado y con información insuficiente de su enfermedad (poco empoderamiento de la enfermedad), así como la forma adecuada de tomar la medicación, sus efectos secundarios e inclusive los riesgos asociados al tratamiento. (84)

En un estudio se menciona que el 84,35% de los pacientes no poseen riesgo de falta de adherencia debido a que la interacción entre los profesionales de salud y el paciente es considerada adecuada y el paciente se encuentra satisfecha con ella. (85)

## 11. Otros Factores

### a. Déficit Sensorial

Dentro del déficit sensorial que tienen afectación en la adherencia terapéutica son el déficit auditivo y el déficit visual. Estos tipos de déficit sensorial tienen importancia ya que afectan la interacción entre el profesional de salud y el paciente. Muchos pacientes adultos mayor poseen limitaciones funcionales que afectan las actividades que realizan durante el día a día, en mayor o menor proporción, y esto puede verse reflejado en la adherencia terapéutica del paciente especialmente en como toma el tratamiento, que sea la dosis indicada, entre otros. (86)

### b. Deterioro Cognitivo

Se ve una mayor afectación o prevalencia en los pacientes mayores de 65 años (adultos mayores) (aproximadamente 5%), mientras que en pacientes mayores de 90 años se ve una mayor afectación (aproximadamente 30%), y con estos se ve afectada de un modo considerable la comprensión de las instrucciones sanitarias (86)

### c. Factores derivados del Ambiente

### i. Ambiente Familiar

Se ha visto que hay más posibilidades que un paciente abandone el tratamiento prescrito por los profesionales de salud, si este se encuentra en un aislamiento familiar y de sus amistades. (86) Asimismo, en un estudio se vio que el 11 % de los pacientes que dejaron el tratamiento tenían problemas de lazos y/o relaciones familiares con los cual se vio entorpecida la adherencia terapéutica. (86) Por otra parte se ha visto que la falta de apoyo emocional genera un aumento del abandono del tratamiento, además, que la adherencia se encuentra asociada de manera significativa con el apoyo de la familia hacia el paciente. (86) Un ejemplo de esto es el que se vio en un estudio realizado en Colombia, en donde se encontró que el hecho que el paciente no informe a su familia acerca de su enfermedad se ve aumentado el riesgo de abandono del tratamiento del paciente 10 veces.

### ii. Ambiente Laboral

Los pacientes que laboran por días, o bien los pacientes que tienen que pedir permiso para asistir a los centros de salud (como por ejemplo para adquirir los medicamentos), corren el riesgo de perder su trabajo por las faltas o por las diferencias entre el horario del trabajo y los horarios de atención en los centros de salud. (86)

### iii. Ambiente Social

El contar con redes de apoyo, es un factor que aumenta la adherencia terapéutica, así como la formación de grupos de apoyo, ya que los pacientes se empoderan de su tratamiento y además se sienten acompañados en el proceso. (83) Asimismo, este tipo de apoyo brinda una protección al paciente del estrés que se genera por su padecimiento, o en este caso su adicción, permitiendo que estos evalúen su situación y se logren adaptar, generando respuestas para poder afrontar el problema. (83) (86)

## 12. Mecanismo de acción de la vareniclina

Agonista parcial del receptor nicotínico  $\alpha 4 \beta 2$  neuronal; además, previene la estimulación de nicotina del sistema meso límbico de dopamina asociado con la adicción a la nicotina. También se une al receptor 5-HT<sub>3</sub> con afinidad moderada. La vareniclina estimula la actividad de la dopamina, pero en un grado mucho menor que la nicotina, lo que resulta en un menor deseo y síntomas de abstinencia.

### 13. Pacientes con vareniclina con uso concomitante de tabaco y marihuana

Mediante distintos estudios, se ha demostrado que el tetrahidrocannabinol (THC) se une a al receptor  $\alpha 7nAChR$ . Por lo tanto, basados en el mecanismo de acción de la vareniclina, es posible que esta también puede tener un efecto sobre el uso de cannabis. En particular, sería que se vea afectado el disfrute obtenido por el consumo de cannabis, que, a su vez, es probable que resulte en una reducción de la cantidad de cannabis utilizado por el paciente que utilice de manera concomitante la vareniclina y el cannabis. Sin embargo, hasta la fecha esta hipótesis no ha sido explorada. Actualmente, no se dispone de tratamiento farmacológico efectivo para tratar el consumo de cannabis y el síndrome de retirada y dependencia que se puede generar.

Como se ha visto que resulta biológicamente plausible que la vareniclina pueda tener un efecto sobre el consumo de cannabis, y en ausencia de datos humanos publicados, para poder brindar apoyo a esta hipótesis, el paso inicial debe ser un estudio de casos o bien un estudio de una serie de casos.

En un análisis de casos realizado en 2015 se sugiere un vínculo entre la administración vareniclina y una reducción en el disfrute experimentado al consumir cannabis y la reducción de la cantidad de cannabis utilizado. Los investigadores postularon que el mecanismo responsable más probable de este efecto es la acción de vareniclina sobre el receptor  $\alpha 7nAChR$ , que es una diana común de receptores para tanto la vareniclina como el THC. De hecho, la acción del receptor  $\alpha 7nAChR$  ha sido implicado, estudios in vivo en animales, como una posible diana para tratar el abuso de cannabis. Sin embargo, existe la necesidad de realizar estudios controlados más amplios para demostrar este fenómeno.

#### **Metodología**

##### **1. Tipo de Estudio**

Se realizará un estudio de tipo descriptivo de análisis de casos clínicos de pacientes fumadores. Con este análisis se busca identificar factores predictivos de la adherencia al tratamiento con vareniclina y las intervenciones farmacéuticas

desarrolladas en pacientes con dependencia a la nicotina de la clínica de cesación de fumado del HSJD en los meses de enero de 2017 y abril de 2017.

## 2. Población

Se analizará la situación de los 4 pacientes con diagnóstico de dependencia a la nicotina, que recibieron tratamiento con vareniclina y que asistieron a la consulta de la clínica de cesación de fumado del HSJD en enero del 2017.

## 3. Criterios de Inclusión

- Pacientes hombres y mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de dependencia a la nicotina.
- Pacientes que formen parte de la clínica de Cesación de Fumado del Hospital San Juan de Dios
- Pacientes que toman vareniclina para la cesación del hábito del fumado.

## 4. Procedimiento

### a) Identificación de los pacientes

Pacientes fumadores que fueron diagnosticados con dependencia física a la nicotina, considerados candidatos a tratamiento con vareniclina (Champix®) por el grupo interdisciplinario de la Clínica de Cesación de Fumado del HSJD.

### b) Participación de las citas en la Clínica de Cesación del HSJD.

Un total de 8 sesiones para el inicio y el seguimiento del tratamiento del paciente. Asimismo, mediante la aplicación del Instrumento "factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de dependencia a la nicotina" con la que se recolectó la información. Asimismo, se realizó el diseño de estrategias para la promoción de la adherencia a los tratamientos.

La siguiente tabla extraída de la literatura brinda una referencia de los distintos puntos a reforzar durante las citas, sin embargo, no es una guía rígida, sino que dependiendo del paciente y su situación se modifica para tener un correcto abordaje del paciente: (88)

Calendario	Contenidos
Antes del Día D	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Felicitaciones</li> <li>• Diagnóstico de fumador: dependencia a la nicotina, estadio del proceso de cambio, grado de motivación, apoyos, dificultades del entorno.</li> <li>• Completar historia de consumo de tabaco (edad de inicio, número de cigarrillos consumido, intentos previos y recaídas)</li> <li>• Determinación de datos clínicos del paciente (Presión arterial, riesgo cardiovascular, peso)</li> <li>• Asesoramiento práctico, intervención psicosocial:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fijar día D</li> <li>2. Recomendaciones para días previos: lista de motivos, registro de cigarrillos, buscar apoyos, espacios libres de humo, modificación de rutinas, síndrome de abstinencia, adelantarse a las dificultades.</li> <li>3. Recomendaciones para los primeros días: frases como “Hoy no voy a fumar”, ejercicio físico, consejos de dieta, consumo de agua y zumos, establecer recompensas, prácticas de relajación</li> <li>4. Entrega de material informativo, resumen de recomendaciones</li> </ol> </li> <li>• Tratamiento farmacológico</li> </ul>
Semana 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar la verbalización de beneficios y dificultades de dejar de fumar</li> <li>• Preguntar acerca del síndrome de abstinencia</li> <li>• Consejo de cómo afrontar situaciones difíciles</li> <li>• Preguntar acerca del apoyo familiar, social y laboral</li> <li>• Informar acerca de la aparición del duelo</li> </ul>
Semana 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar la verbalización de beneficios y reforzarlos</li> <li>• Valorar la presencia de síntomas del duelo</li> <li>• Insistir en consejos dietéticos y de ejercicio</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntar y reforzar el apoyo del entorno</li> </ul>
Semana 6 y 8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar la verbalización de beneficios y reforzarlos</li> <li>• Informar acerca de la aparición de falsa seguridad y las pruebas “por uno no pasa nada”</li> </ul>
2-3 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Felicitar al paciente</li> <li>• Facilitar la verbalización de beneficios a largo plazo y reforzarlos</li> <li>• Valorar y advertir sobre las fantasías de control. Prevenir las recaídas de tipo social (celebraciones)</li> </ul>

Fuente: Tomado de (88)

Se aplicará el instrumento denominado “Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de dependencia a la nicotina” elaborado por Jose Antonio Méndez Peña, que tendrá una duración promedio de 30 minutos y que permita recolectar la siguiente información de cada uno de los participantes:

- Niveles de monóxido de carbono utilizando un cooxímetro de la marca CareFusion, modelo MicroCO y una resolución de 1 ppm.
- Consumo diario de cigarrillos
- Test de Fagërstrom para la dependencia de la nicotina.
- Duración del consumo de tabaco medido en años.
- Intentos previos de abandono del consumo de tabaco.
- Abstinencia máxima en intentos previos, si aplica.
- Motivo de recaída en intento previo de abstinencia máxima.
- Convivencia con personas fumadoras.
- Motivo principal del abandono del tratamiento con vareniclina
- Deseo de dejar de fumar en el presente intento. En una escala de 1 (mínimo-ningún deseo) a 5 (máximo-mucho deseo) indique cuál es su deseo de dejar de fumar definitivamente en esta ocasión.
- Autoeficacia percibida para mantenerse sin fumar. escala de 1 (mínimo-ninguna confianza) a 5 (máximo-mucha confianza),

indique cuál es su confianza en sí mismo de que en esta ocasión va a conseguir dejar de fumar definitivamente.

- Número de profesionales implicados.
- Número de contactos con profesionales.
- Tiempo total de contacto.
- Adherencia al tratamiento farmacológico/Test de Morinsky Green
- Causa no adherencia al tratamiento farmacológico.
- Efectos adversos de los fármacos.
- Ayudas complementarias a la intervención.
- Satisfacción con la intervención recibida. En una escala de 1 (mínimo- nada satisfecho) a 5 (máximo-muy satisfecho), indique cuál es su grado de satisfacción con la intervención recibida en su centro de salud con respecto al proceso de dejar de fumar.
- Presencia de síntomas psicológicos y/o psiquiátricos y estado de ánimo.
- Variables relacionadas con el peso. (pérdida o ganancia de peso (en kilogramos)

c) Diseño de estrategias para la promoción de la adherencia a los tratamientos.

Según las necesidades de cada paciente se procederá a desarrollar intervenciones farmacéuticas que permitan abordar la problemática específica de manera individualizada y en busca de favorecer la adherencia y la motivación del paciente para dejar de fumar.

d) Análisis de datos y recomendaciones

Los datos se analizarán utilizando el programa Microsoft Excel® por medio de razones y proporciones. Se describirá ampliamente las intervenciones farmacéuticas y las acciones que con el fin de ejemplificar las acciones de promoción de la adherencia en pacientes fumadores.

## **Resultados**

### **Paciente 1: Fumado en paciente portador del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)**

Paciente masculino de 45 años, con educación universitaria completa, maestro de primaria. Portador del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), para lo cual tiene prescrito Zidovudina (AZT) 300 mg BID VO, Lamivudina (3TC) 150 mg BID y Efavirenz (EFV) 600 mg HS. Inició el fumado a los 17 años, con un consumo diario promedio de 10-20 cigarros diarios. Reporta múltiples intentos previos para la cesación del fumado (último intento hace 3 años). Entre las situaciones que dificultan el dejar de fumar se encuentran los tiempos de descanso, cuando se encuentra solo y asociado con café, además, resalta que no fuma durante sus horas laborales. A continuación, se presenta un cuadro con los resultados de las diferentes pruebas que son requisito para la prescripción de vareniclina como tratamiento en cesación de fumados:

A continuación, se presenta un cuadro con los resultados de las diferentes pruebas que son requisito para la prescripción de vareniclina como tratamiento en cesación de fumados:

**Tabla 9.** Requisitos para la prescripción de vareniclina en la CCSS de los 4 casos analizados

Prueba	Paciente			
	1	2	3	4
Test de Fageström	7 (alta dependencia)	6 (Alta dependencia)	9 (Muy alta dependencia)	9 (Muy alta dependencia)
Test de Richmond	Alta motivación	Alta motivación	Alta motivación	Motivación moderada
Test de Ansiedad	Sin ansiedad	Sin ansiedad	Sin ansiedad	Sin ansiedad
Test de Cage	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo
Escala de Depresión de Beck	Leve	Leve	Leve	Leve
Escala de desesperanza de Beck	Sin riesgo	Sin riesgo	Leve	Leve

Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, el paciente reporta conocer el tabaquismo como una adicción, quiere cesar el consumo de tabaco como prevención de enfermedades. Asimismo, conoce de las complicaciones, los síntomas y los exámenes y controles que se realizan. El paciente considera que su adicción se encuentra controlada, le preocupa mucho y la considera como un factor de riesgo para muchas enfermedades, por lo que es una adicción que puede generar secuelas muy graves.

Durante el proceso de cesación de fumado se le realizaron mediciones de monóxido de carbono exhalado al paciente y se reportan una disminución paulatina de los niveles en los niveles llegando los niveles cercanos a cero, ya que el paciente cesó por completo el fumado de tabaco.

Entre las intervenciones realizadas al paciente se destaca la adecuación del horario de toma de medicamentos de forma que el horario de administración no sea el mismo que el horario de administración del tratamiento antirretroviral, el refuerzo de la importancia del proceso y los beneficios que puede tener en la vida del paciente, asimismo, se recomendó el uso de una solución concentrada de limón y aumento en el consumo de agua para la disminución de la xerostomía. Dentro de los efectos adversos reportados por el paciente se tiene: xerostomía, aumento del apetito, flatulencias y somnolencia.

### **Paciente 2: Paciente co-consumidora de otras drogas de abuso**

Paciente femenina de 56 años, con educación secundaria completa, que se dedica a labores del hogar. Con diagnóstico de osteoartritis/Osteoporosis e insomnio para lo cual no se administra ningún medicamento, sino hasta que finaliza el tratamiento con vareniclina donde se le prescribió amitriptilina 10 mg HS para el insomnio. Inició el fumado a los 12 años, con un consumo diario promedio de 20 cigarros diarios. Reporta de 5 a 6 intentos previos para la cesación del fumado (con recaídas por el síndrome de abstinencia). Entre las situaciones que el paciente identifica como dificultosas para no fumar se encuentran cuando se encuentra sola y cuando ingiere café. En la tabla 9 se presenta un cuadro con los resultados de las diferentes pruebas que son requisito para la prescripción de vareniclina como tratamiento en cesación de fumados.

Por otra parte, la paciente 2 conoce el tabaquismo como una adicción, quiere cesar el consumo de tabaco como prevención de enfermedades. Asimismo, conoce de las complicaciones, los síntomas y los exámenes y controles que se realizan. El paciente considera que su adicción se encuentra controlada, le preocupa mucho y considera que es un factor de riesgo para muchas enfermedades, por lo que es una adicción muy grave.

Durante el proceso de cesación de fumado se le realizaron mediciones de monóxido de carbono exhalado al paciente donde se puede ver que se fue disminuyendo respecto a la medición inicial, sin embargo, la paciente presenta ciertos picos en las mediciones que podrían interpretarse como que estuviera fumando.

Entre las intervenciones realizadas al paciente se destaca la aplicación de las técnicas para disminuir ansiedad, la higiene del sueño, el refuerzo de la importancia del proceso y los beneficios que puede tener en la vida del paciente, la utilización de té de tilo para el insomnio, el refuerzo del impacto de la adherencia terapéutica en el proceso (adherencia del 93% en sesión 5 y del 71% en sesión 6 y el cambio en la hora de administración de la amitriptilina para reducir la somnolencia al día siguiente. Dentro de los efectos adversos reportados por el paciente se tiene: gastralgia, cefalea, insomnio, náuseas, flatulencias, xerostomía, aumento de apetito.

### **Paciente 3: Fumador de 3 cajas de cigarros al día**

Paciente masculino de 45 años, con educación técnica completa, que se desempeña como técnico en atención primaria en la CCSS. El paciente es conocido diabético para lo que consume metformina y glibenclamida (desconoce las dosis) y además padece de insomnio para lo cual toma amitriptilina 10 mg HS VO. Inicio el fumado a los 12 años, con un consumo diario promedio de 60 cigarros diarios. No posee intentos previos para la cesación del fumado. Entre las situaciones que el paciente identifica como dificultosas para no fumar se encuentran los tiempos de descanso, cuando se encuentra solo y cuando ingiere café. En la tabla 9 se presenta un cuadro con los resultados de las diferentes pruebas que son requisito para la prescripción de vareniclina como tratamiento en cesación de fumados.

Por otra parte, el paciente 3 desconoce el tabaquismo como una adicción, quiere cesar el consumo de tabaco como prevención de enfermedades. Asimismo, conoce de las complicaciones, los síntomas y los exámenes y controles que se realizan. El paciente considera que su adicción se encuentra controlada, le preocupa mucho y considera que es un factor de riesgo para muchas enfermedades, por lo que es una adicción muy grave.

Durante el proceso de cesación de fumado se le realizaron mediciones de monóxido de carbono exhalado al paciente en las que se puede ver que se da una disminución paulatina de los niveles en aire exhalado desde el inicio del proceso llegando a niveles óptimos luego del primer mes de tratamiento. Esto a pesar de que el paciente indica que eliminó por completo el cigarro para la fecha propuesta, el 5 día de tratamiento.

Entre las intervenciones realizadas al paciente se destaca la aplicación de las técnicas para disminuir ansiedad y el refuerzo de la importancia del proceso y los beneficios que puede tener en la vida del paciente. Dentro de los efectos adversos reportados por el paciente se tiene: cefalea y pérdida de peso.

#### **Paciente 4: Con baja escolaridad**

Paciente masculino de 61 años, con educación primaria incompleta, que se dedica a labores de construcción, conocido sano. Inició el fumado a los 16 años y presenta un consumo diario promedio de 40-60 cigarros. Reporta un intento previo de cesación del fumado hace 8 años. Entre las situaciones que el paciente identifica como dificultosas para no fumar se encuentran en el trabajo, cuando se encuentra solo, cuando ingiere café y con las comidas. En la tabla 9 se presenta un cuadro con los resultados de las diferentes pruebas que son requisito para la prescripción de vareniclina como tratamiento en cesación de fumados.

Por otra parte, el paciente 4 conoce el tabaquismo como una adicción, pero sin fundamento teórico, quiere cesar el consumo de tabaco como prevención de enfermedades. Asimismo, conoce de las complicaciones, los síntomas y los exámenes y controles que se realizan. El paciente por otra parte posee poca consciencia de la enfermedad.

Durante el proceso de cesación de fumado se le realizaron mediciones de monóxido de carbono exhalado al paciente donde se observa que durante el

primer mes de tratamiento el paciente tuvo unas mediciones estables, cerca de las 17 ppm debido a que el paciente se mantenía fumando, mientras que luego que dejó de fumar (aproximadamente el 11 de marzo, luego de la sesión) las mediciones se mantuvieron en niveles bajos, cerca del cero.

Entre las intervenciones realizadas al paciente se destaca la adecuación de acerca del mecanismo de acción de la vareniclina, efectos secundarios, Síndrome de Abstinencia, y generalidades del uso del tratamiento de una manera equivalente a su grado de escolaridad, por medio del uso de colores y formas, y el refuerzo de la importancia del proceso y los beneficios que puede tener en la vida del paciente. Dentro de los efectos adversos reportados por el paciente se tiene: cefalea, náuseas, aumento de apetito, gastralgia, xerostomía y somnolencia.

### Discusión:

Para poder realizar un correcto abordaje de cada paciente desde la atención farmacéutica resulta de vital importancia determinar los factores relacionados con la adherencia que afectan al paciente, para el caso del paciente 1 se encuentran resumidos en el siguiente cuadro:

**Tabla 13.** Factores relacionados con la adherencia del paciente 1.

Factores relacionados con el paciente	Factores socioeconómicos:
Historia de abandono de controles previo (VIH) Historia de comportamiento agresivo previo con personal de salud.	Buena red de apoyo.
Factores relacionados con el tratamiento	Factores relacionados con sus enfermedades
Paciente polimedicado	Cuadro depresivo/ansioso con abandono del tratamiento psiquiátrico

En cuanto a los factores relacionados con el paciente el problema que se logró determina es la historia de abandono de controles previo (VIH), lo cual puede resultar usual en este tipo de pacientes debido al impacto psicológico que tiene la enfermedad en el paciente. (89) Asimismo se documenta historia de comportamiento agresivo previo con personal

de salud, lo cual resulta importante ya que se ha descrito que los profesionales de salud como responsables de la adherencia terapéutica, ya que un tratamiento poco planificado e información insuficiente de su enfermedad (poco empoderamiento de la enfermedad), así como la forma adecuada de tomar la medicación, sus efectos secundarios e inclusive los riesgos asociados al tratamiento puede ser los factores que afecten la adherencia. (84) En un estudio se menciona que el 84,35% de los pacientes no poseen riesgo de falta de adherencia debido a que la interacción entre los profesionales de salud y el paciente es considerada adecuada y el paciente se encuentra satisfecha con ella. (85) Por lo que resulta importante que se dé un adecuado vínculo entre el paciente y el personal de salud.

Por otra parte, el paciente 1 al ser portador del VIH y tener tratamiento antirretroviral, es considerado un paciente polimedicado, sin embargo, en los diversos estudios se ha visto que hay una relación inversamente proporcional entre la cantidad de fármacos que consume el paciente y la adherencia terapéutica. (77) En numerosos estudios se ha demostrado que la adherencia al tratamiento disminuye cuando aumenta la complejidad del tratamiento. Al haber una interferencia del tratamiento con la rutina del paciente, ya sea con el horario de trabajo o la vida social del paciente, con lleva a la falta de adherencia terapéutica ya sea por incumplimiento del horario o bien en el salto de una dosis. (90) La presencia de efectos adversos, constituye otro factor que afecta la adherencia. Un elevado porcentaje de pacientes abandona el tratamiento debido a las reacciones adversas que se generan por el tratamiento, sin importar las consecuencias. (91-92)

Por otra parte, el paciente 1 presenta en su historia clínica un cuadro depresivo/ansioso con abandono del tratamiento psiquiátrico, por lo que debido a que el tratamiento con vareniclina presenta el riesgo reacciones adversas psiquiátricas, por lo que se recomienda al paciente reportar cualquier cambio que presentara en cuanto a ánimo. El paciente 1 comenzó el proceso de una manera muy optimista, sin embargo al presentarse a la segunda sesión el paciente se encuentra con una actitud un poco negativa respecto al proceso, debido a que no había logrado el objetivo propuesto en la sesión 1, sin embargo se le brindo al paciente motivación de manera que continuara el proceso y lograra su meta, ya que el paciente conocía muy bien los beneficios que traería el proceso, logrando así que para la siguiente sesión ya no fuera fumador activo.

En el caso de la paciente 2, factores relacionados con la adherencia que afectan al paciente, se encuentran resumidos en la siguiente tabla:

**Tabla 14.** Factores relacionados con la adherencia del paciente 2.

<u>Factores relacionados con el paciente</u>	<u>Factores socioeconómicos:</u>
Con consumo activo de marihuana	Con buena red de apoyo, sin embargo, por cuidado de nietos, presenta dificultad para asistir a talleres y citas.
<u>Factores relacionados con el tratamiento</u>	<u>Factores relacionados con su enfermedad</u>
Alta dificultad para mantener tratamiento según escala predictiva de adherencia terapéutica.	Ninguno

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los factores relacionados con la paciente, se puede resaltar el consumo de cannabis, que la paciente indica al principio del tratamiento como recreacional, sin embargo, luego de empezar el proceso refiere que la consume todas las noches debido a que si no fuma cannabis no puede dormir. A pesar de que, por lineamientos institucionales de la CCSS, no se puede incluir pacientes con otras adicciones al programa se decidió hacer la prueba con esta paciente debido a que los estudios indican que el tetrahidrocannabinol (THC) se une a al receptor  $\alpha 7nAChR$ . Por lo tanto, basados en el mecanismo de acción de la vareniclina, es posible que esta también puede tener un efecto sobre el uso de cannabis. En particular, sería que se vea afectado el disfrute obtenido por el consumo de cannabis, que, a su vez, es probable que resulte en una reducción de la cantidad de cannabis utilizado por el paciente que utilice de manera concomitante la vareniclina y el cannabis.

Asimismo, por su dinámica familiar, la paciente 2 presenta dificultades para asistir a las citas, lo cual se pudo apreciar al final de proceso en el que la paciente se ausentó de la última cita. Sin embargo, su familia representaba un mayor beneficio para la paciente, ya que su red de apoyo la incentivaba a mejorar cada día. Lo anterior ya que se ha visto que la falta de apoyo emocional genera un aumento del abandono del tratamiento, además, que la adherencia se encuentra asociada de manera significativa con el apoyo de la familia hacia el paciente. (86)

En el caso del paciente 3, factores relacionados con la adherencia que afectan al paciente, se encuentran resumidos en el siguiente cuadro:

**Tabla 15.** Factores relacionados con la adherencia del paciente 3.

<b><u>Factores relacionados con el paciente</u></b>	<b><u>Factores socioeconómicos:</u></b>
Ninguno	Buena red de apoyo
<b><u>Factores relacionados con el tratamiento</u></b>	<b><u>Factores relacionados con sus enfermedades</u></b>
Alta dificultad para toma de tratamiento según escala para predecir dificultad en el tratamiento	Desconoce el tabaquismo como enfermedad adictiva

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los factores que afectan la adherencia del paciente 3 se determinó que el paciente presentaba dificultad para la toma de medicamento debido a que luego de despertar el paciente consume su primer cigarro en los primeros 30 minutos, además que fuma incluso si tiene que quedarse en cama por enfermedad y fuma con personas cercanas (debido a su ambiente de trabajo). Y en cuanto a la percepción de la enfermedad, el paciente desconoce que el tabaquismo es una adicción, aunque tiene consciencia acerca de la enfermedad y sus repercusiones en el cuerpo. Lo anterior puede tener un impacto en el proceso debido a que el paciente no se encuentra consciente de que lo que se encuentra combatiendo es una adicción y que no es un proceso en el que únicamente se toma el medicamento y se soluciona, sino que es un proceso que va a costar y se necesita de gran fuerza de voluntad.

Por lo anterior, resulta importante que el farmacéutico determine estos factores, par que posteriormente se realicen intervenciones específicas para cada paciente que tengan un impacto importante en la adherencia al tratamiento.

Debido al desconocimiento acerca de la enfermedad por parte del paciente 3, se debió de fortalecer la importancia de evadir las situaciones de riesgo y la importancia de la cesación del fumado para que el paciente se empoderara del proceso durante la primera sesión y de esta manera lograr un impacto positivo en la adherencia al tratamiento.

Asimismo, el paciente 3 en la segunda sesión se presenta con una actitud un poco negativa respecto al proceso, sin embargo, se le brindo al paciente motivación de manera que continuara el proceso y lograra la meta planteada, ya que el paciente conocía muy bien los beneficios que traería el proceso, y reforzando la importancia de evadir las situaciones de riesgo y de la cesación del fumado.

En el caso del paciente 4, factores relacionados con la adherencia que afectan al paciente, se encuentran resumidos en el siguiente cuadro:

**Tabla 16.** Factores relacionados con la adherencia del paciente 4.

Factores relacionados con el paciente	Factores socioeconómicos:
Deprivación sociocultural	Dificultad económica
Factores relacionados con el tratamiento	Factores relacionados con sus enfermedades
Dificultad para toma de tratamiento según escala para predecir dificultad en el tratamiento	Conoce el tabaquismo como enfermedad adictiva, sin fundamento teórico. Poca consciencia de los efectos del tabaquismo en el cuerpo.

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los factores relacionados con el paciente 4 el problema que se logró determina es la deprivación sociocultural del paciente, lo que limita de alguna forma el abordaje del paciente. Lo anterior se explica ya que cuando se tiene un menor nivel educativo se torna más difícil la comunicación ya sea con el personal de salud o bien con la familia. (65) Asimismo el paciente presenta dificultad socioeconómica y se ha visto que el estrato socioeconómico del que viene el paciente es descrito como otro de los factores de riesgo para el abandono del tratamiento. En un estudio se vio que el 79% de los pacientes que abandonaron los tratamientos prescritos venían de estratos socioeconómicos bajos. (63) Sin embargo, esto no debe de tener una repercusión tan significativa en el caso del paciente debido a que el paciente recibe el apoyo del sistema de seguridad social del país, que es el que se encarga de adquirir el medicamento.

Asimismo, se determinó que el paciente presentaba dificultad para la toma de medicamento debido a que luego de despertar el paciente consume su primer cigarro en los primeros 30 minutos, además que fuma incluso si tiene que quedarse en cama por enfermedad y fuma con personas cercanas (debido a su ambiente de trabajo). Y en cuanto a la percepción de la enfermedad, el paciente conoce que el tabaquismo es una adicción, pero sin ningún fundamento teórico, así como tiene poca consciencia acerca de la enfermedad. Lo anterior puede tener un impacto en el proceso debido a que el paciente no necesariamente conoce los beneficios que puede tener el proceso en su cuerpo.

Por lo anterior, resulta importante que el farmacéutico determine estos factores, para que posteriormente se realicen intervenciones específicas para cada paciente que tengan un impacto importante en la adherencia al tratamiento.

La cesación del fumado es una actividad donde múltiples intervenciones de diversos profesionales en salud ha probado ser efectiva (7). La participación del profesional en farmacia en las clínicas de cesación de la CCSS es fundamental para asegurar el uso racional de los medicamentos y el consejo de pacientes durante el proceso.

La adherencia al tratamiento con vareniclina se ha asociado con un menor número de recaídas (6) y con mejores tasas de abstinencia (7-10). Esta información, llega a reforzar la importancia de que el paciente en cesación de fumado debe de ser adherente al tratamiento para tener un impacto positivo en el proceso. Asimismo, el farmacéutico es el profesional ideal para realizar este proceso. La atención al paciente fumador se debe realizar de una forma personalizada para así tener un impacto positivo en el paciente. (7)

En los casos expuestos, los pacientes asistieron a una cita cada 15 días para poder recibir el kit de medicación respectivo. Lo anterior debido a lo complejo que puede resultar para el paciente entender las instrucciones dentro del kit completo de vareniclina, que viene dividido por bisemanas. Por esta razón, ambas variables apoyan la participación del farmacéutico en el proceso. En el caso del paciente 4, resultado de mayor importancia este punto debido a que como se mencionó el paciente tenía deprivación sociocultural por lo que la forma de comprender el tratamiento y el proceso en general resulta en un manejo complejo, donde se ocupa de un profesional capacitado en el tema como lo es el farmacéutico.

Debido a la complejidad del manejo de los kits de medicación de la vareniclina, la cual radica en la pauta posológica y los cambios de dosis en un periodo corto de tiempo, amerita que se personalice la atención a los pacientes.

Otro punto en el que el farmacéutico resulta de vital importancia en el proceso es la detección de reacciones adversas, ya que con el conocimiento de medicamentos y todo lo que tiene que ver con ellos, el farmacéutico puede discernir entre un efecto adverso y una patología que no se encuentre asociada al medicamento. Para esto, se realizaba un repaso rápido en las reacciones

adversas más comunes, así como se consultaban si se presentaba alguna reacción distinta. Asimismo, puede ayudar al paciente a manejar estos efectos de manera rápida para lograr su control y en caso de que no esté en sus manos remitir al paciente adonde el médico. Asimismo, dentro del proceso realiza la notificación de los efectos adversos para así poder suplir al Centro Nacional de Farmacovigilancia de insumos para tener porcentajes adecuados de efectos adversos.

Entre las intervenciones realizadas al paciente 1 se destaca la adecuación del horario de toma de medicamentos de forma que el horario de administración no sea el mismo que el horario de administración del tratamiento antirretroviral, con esto se logró que el paciente tuviera una organización mayor de sus medicaciones, tomado en cuenta que el paciente toma un tratamiento crónico lo cual puede generar que el paciente tenga menor adherencia al tratamiento. Asimismo, se buscó la forma que el paciente tuviera una adherencia terapéutica adecuada por medio de la utilización de la técnica que utiliza para recordar la hora del tratamiento antirretroviral.

Por otra parte, a todos los pacientes se lo tuvo que reforzar de la importancia del proceso y los beneficios que puede tener en la vida del paciente, esto con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento. Con esto se logró cambiar la actitud de los pacientes 1 y 3 que al inicio tenían una actitud negativa hacia el proceso y el tratamiento.

Al inicio de la terapia la paciente 2 se presentó con cuadro súbito de ansiedad ya que cesó por completo el fumado de tabaco antes de iniciar el tratamiento con vareniclina, cuando resulta de suma importancia iniciar el tratamiento y luego de suspender el fumado al séptimo día para así disminuir los efectos del síndrome de abstinencia. (7) Por lo anterior fue necesario recordar a la paciente las distintas técnicas de relajación que había aprendido en los distintos talleres de cesación de fumado. Con esto se logró una disminución en la ansiedad de la paciente logrando que con el pasar de las semanas la paciente tuviera un adecuado manejo de la ansiedad. Aun así, la paciente aumentó el consumo de tabaco por un aumento en el insomnio, lo cual podría tener una asociación con un cuadro ansioso.

Debido al aumento del consumo de cannabis para controlar el insomnio, se tuvo que intervenir por medio de la higiene del sueño en la paciente 2, así como la utilización de té de tilo obteniéndose una pequeña mejoría en el insomnio, sin embargo, luego de la prescripción de amitriptilina la paciente para poder controlar el insomnio y de alguna manera disminuir la causa del aumento en el consumo de cannabis. Sin embargo, antes expresó que tuvo una disminución del insomnio, aunque pasaba cansada en la mañana por lo que se intervino modificando la hora de la administración a las 7 pm, ya que antes la paciente la tomaba a las 11 pm. Con esto se tuvo una mejora en el insomnio, sin embargo, al o asistir a la última cita de control, o se puede corroborar si el consumo de cannabis disminuyó o aumentó.

Resulta importante el refuerzo del impacto de la adherencia terapéutica en el proceso, ya que se observaron problemas de adherencia en 3 de los pacientes, en el paciente 1 y 4 olvidaron una dosis, mientras que la paciente 2 presenta una adherencia del 93% en sesión 5 y del 71% en sesión 6. Por lo que se debió intervenir recalcando la importancia de la adherencia para así evitar que el síndrome de la abstinencia sea muy fuerte. Estas intervenciones tuvieron un impacto positivo en los pacientes 1 y 4 donde se observa que no vuelve a verse afectada la adherencia terapéutica, sin embargo, en la paciente 2 no se tiene un impacto positivo, ya que, en vez de mejorar su perfil de adherencia, lo empeora por razones que se desconocen, ya que la paciente se mantiene firme en negar olvidos o saltos de dosis y no asiste a la última cita para corroborar resultados.

En el caso del paciente 4 se debió adaptar los distintos materiales que se le dan a los pacientes al nivel educativo del paciente. Se le explicó el mecanismo de acción por medio de figuras distintas con colores distintos, de manera que el paciente pudiera entender de manera clara. Asimismo, luego de la explicación se realizó un cuestionamiento al paciente para ver el grado de comprensión del paciente. Asimismo, se debió seguir reforzando esta información al paciente hasta la sesión 4 debido a que el paciente solo lograba realizar pequeñas disminuciones en la cantidad de cigarrillos diarios y no lograba cesar el consumo por completo, por lo que se llegó a cuestionar el verdadero compromiso del paciente.

En cuanto a los efectos adversos que presentaron los pacientes, todos fueron reportados al Centro Nacional de Farmacovigilancia de Costa Rica. Uno de los problemas que presentaron los pacientes 1, 3 y 4 fue la xerostomía, por lo que se le recomendó un aumento en el consumo de líquidos, sin embargo, no solucionó el problema y seguía representando un problema para el paciente. Por lo que se le recomendó al paciente el uso de una solución de limón (50% limón, 50% agua) en la boca por medio de un atomizador, debido a que el consumo de ácidos orgánicos como el ascórbico, el cítrico y el málico que contienen las bebidas ácidas como las limonadas ya que estimulan la secreción salival. (93) Con el uso de esta solución se logró ver una disminución de la sequedad de las mucosas, especialmente la mucosa bucal, claro acompañado del aumento en el consumo de líquidos. El resto de reacciones adversas con el pasar del tiempo se resolvieron de manera espontánea, por lo que no requirieron de ninguna intervención. Asimismo, fue importante durante todo el proceso monitorizar los cambios en el estado de ánimo de los pacientes debido a los reportes generados por la FDA acerca del aumento de la incidencia de trastornos psiquiátricos en la población que ingiere vareniclina.

La motivación es un estado de disponibilidad o deseo de cambio en una persona, esta puede oscilar de un momento a otro o de una situación a otra (16). La motivación para dejar de fumar depende del grado de importancia que tenga para una persona dejar de fumar en ese momento y de la confianza que tenga en su persona poder conseguirlo (17). Por otra parte, el concepto de autoeficacia se entiende como la habilidad percibida para cambiar o controlar el comportamiento de uno mismo. En otras palabras, es un comportamiento específico, no una medida global y es un determinante crítico de cambio de comportamiento (18-19). Por esto resulta importante desde el punto de vista de adherencia terapéutica abordar este tema, ya que mucho del éxito de la terapia del paciente va ligada a la auto eficacia y deseo de cesar el fumado. Un profesional en farmacia con la capacitación adecuada resulta de importancia en el tratamiento de la cesación de fumado, ya que se puede manejar en el paciente de manera general un estímulo en la forma de percibir el proceso para que sea llevado a cabo con éxito.

El tratamiento de pacientes VIH positivos con vareniclina puede ser de difícil manejo, debido a la dificultad de adaptar el horario de medicación a la vida del paciente, ya que se recomienda que la administración no sea de manera

concomitante con el tratamiento antirretroviral. Sin embargo, debido al antecedente de medicación múltiple debido al uso de un tratamiento crónico, resulta importante monitorizar la adherencia al tratamiento, ya que los pacientes polimedicados ya sean menores o mayores poseen mayores porcentajes de no adherencia al tratamiento. Por otra parte, el manejo de pacientes que son co-consumidores de otras drogas de abuso como el cannabis, con pacientes de difícil manejo, ya que, aunque se ha visto cierto beneficio clínico con la administración de vareniclina en la cesación del consumo de tabaco y cannabis, los pacientes pueden reaccionar de manera diferente, especialmente en el síndrome de abstinencia. Y en la atención de pacientes de baja escolaridad, se debe de manejar al paciente de una manera diferente para que el paciente puede entender el proceso de manera clara y así se empodere y logre culminar con éxito el tratamiento.

### **Conclusiones**

La atención de pacientes fumadores en las clínicas de cesación requiere un abordaje que se adecue a las necesidades específicas de cada uno de los pacientes.

El proceso de cesación de tabaco por la intervención en pacientes por parte de la Atención Farmacéutica de manera bisemanal facilita la monitorización de la adherencia terapéutica y los factores que pueden influir en ella con el pasar del tiempo teniendo un impacto positivo en el proceso. Asimismo, el Programa de Atención Farmacéutica de la Clínica de Cesación de Fumado del Hospital San Juan de Dios, tiene una atención personalizada de cada paciente adaptando a sus necesidades específicas el proceso, teniendo un impacto más positivo en el resultado del tratamiento.

El manejo de pacientes con tratamientos crónicos resulta complicado debido a la complejidad de la introducción de un nuevo medicamento a la vida del paciente. Además, el manejo de pacientes con deprivación socio cultural, requiere de personal capacitado para su adecuado manejo ya que la comprensión del proceso por parte de este tipo de pacientes es un poco más complicada debido a la falta de educación. El manejo de pacientes co-consumidores de otras drogas de abuso requiere de una capacitación previa del personal para brindar un adecuado acompañamiento al paciente.

## **Recomendaciones**

A partir de la realización de este trabajo se detectaron los siguientes puntos a tomar en cuenta para trabajo similares:

- Continuar con estudios de este tipo con el fin de detectar factores que se relacionan con la adherencia al tratamiento farmacológico en cesación del fumado de tabaco, por medio de instrumentos validados que determinen la adherencia terapéutica.
- Realizar un análisis de casos de pacientes que ya hayan completado el proceso, en otras palabras, que ya hayan tenido la cita de seguimiento al año de concluir el tratamiento para poder ver realmente el impacto de la intervención, ya que al utilizar los pacientes que recién inician el tratamiento se limita un poco la observación de los resultados.
- Involucrar de manera activa a los familiares y/o personas más cercanas al paciente para que con su colaboración contribuirán al mejoramiento continuo del estado de salud y adherencia al tratamiento farmacológico puesto que ellos ocupan un lugar muy importante de manera directa y positiva en la psicología del paciente.

## **Bibliografía**

1. Le Strat Y., Rehm J., Le Foll B. How generalizable to community samples are clinical trial results for treatment of nicotine dependence: a comparison of common eligibility criteria with respondents of a large representative general population survey. *Tob Control* 2011; 20: 338-43.
2. Patnode CP, Henderson JT, Thompson JH, Senger CA, Fortmann SP, Whitlock EP. Behavioral counseling and pharmacotherapy interventions for tobacco cessation in adults, including pregnant women: a review of reviews for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Synthesis No. 134, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2015.
3. OMS. Organización Mundial de la Salud. Informe MPOWER: un plan de medidas para hacer retroceder el tabaquismo. Ginebra: OMS; 2008.

4. Jha P, Peto R. Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. *N Engl J Med*. 2014; 370: 60-68.
5. Peto R, Lopez AD, Boreham J and Thun M. Mortality from smoking in developed countries 1950–2000. 2<sup>a</sup> ed., Oxford: Oxford University Press; 2006. Disponible en [www.deathsfromsmoking.net](http://www.deathsfromsmoking.net)
6. Ayesta FJ, Márquez FL. El consumo de tabaco como problema de salud pública. En Márquez FL, Ayesta FJ, eds (2008), *Manual de tabaquismo para estudiantes de Ciencias de la Salud*. Montijo: Junta de Extremadura CSD-SES; 2008. pp. 11-21.
7. Law MR, Wald NJ. Risk factor thresholds: their existence under scrutiny. *BMJ*. 2002; 324: 1570-6.
8. OMS (Organización Mundial de la Salud). *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*. Ginebra: OMS; 2003.
9. OPS & BM. Organización Panamericana de la Salud y Banco Mundial. *La epidemia del tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud; 2000. Disponible en: [www.paho.org/Spanish/DD/PUB/tabaco.pdf](http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/tabaco.pdf)
10. WHO (World Health Organization). *Building blocks for tobacco control: a handbook*. Ginebra: WHO; 2004.
11. Frieden TM, Blakeman DE. The dirty dozen: 12 myths that undermine tobacco control. *Am J Public Health*. 2005; 95: 1500-5.
12. USDHHS (U.S. Department of Health and Human Services). *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General—Executive Summary*. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. Washington: Office on Smoking and Health; 2006.
13. IARC (International Agency for Research on Cancer). *Evaluating the effectiveness of smokefree policies*. Vol. 13. Lyon: IARC Handbooks of Cancer Prevention; 2009.
14. Institute of Medicine. *Secondhand smoke exposure and cardiovascular effects*:

- making sense of the evidence. Washington DC: The National Academy Press; 2010.
15. Ayesta FJ, Rodríguez M. Bases biológicas, conductuales y sociales de las dependencias: tabaco y nicotina. Santander: Manual PIUFET; 2007.
  16. West R. Theory of addiction. Oxford: Blackwell Publishing-Addiction Press; 2006.
  17. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 Update - Clinical Practice Guideline. Rockville MD: USDHHS Public Health Service; 2008.
  18. Márquez FL, Ayesta FJ, eds (2008), Manual de tabaquismo para estudiantes de Ciencias de la Salud. Montijo: Junta de Extremadura CSD-SES; 2008. pp. 11-21.
  19. APA (American Psychiatric Association). DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª Ed. Arlington: Editorial Médica Panamericana; 2014.
  20. OMS (Organización Mundial de la Salud). CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
  21. Rodríguez M, Ayesta FJ. El consumo de tabaco como trastorno adictivo. En Márquez FL y Ayesta FJ, eds. Manual de tabaquismo para estudiantes de Ciencias de la Salud. Montijo: Junta de Extremadura CSD-SES; 2008.
  22. Dodgen CE. Nicotine dependence – Understanding and applying the most effective treatment interventions. Washington DC: American Psychological Association; 2005.
  23. Ministerio de Salud de Costa Rica. Vigilancia de la Salud. Encuesta GATS: Encuesta Mundial del Tabaquismo en Adultos. San Jose, Costa Rica: Ministerio de Salud. Vigilancia de la Salud.; 2015.
  24. AETS. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Evaluación de la Eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Madrid: AETS del Instituto de Salud Carlos III; 2003. Disponible en: <http://www.isciii.es/htdocs/index.jsp>
  25. Olano E, Matilla B, González M, Martínez S. El consejo para dejar de fumar: por qué, cuándo y cómo debemos darlo a nuestros pacientes. Aten Primaria. 2005;

- 36: 45-49.
26. Del Pozo J, Esteban A, Nuez C, González A. Tratamiento del tabaquismo en la Comunidad Autónoma de La Rioja. *Trastornos Adictivos*. 2007; 9: 6-13.
  27. Solís M. CCSS abrirá clínicas de cesación de fumado en todos sus hospitales Blog CCSS. 17 setiembre 2014. Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/noticia?ccss-abrira-clinicas-de-cesacion-de-fumado-en-todos-sus-hospitales>
  28. Saiz I, Rubio J, Espiga I, Alonso B, Blanco J, Cortés M et al.. Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo. *Rev Esp Salud Pública*. 2003; 77: 441-473.
  29. Lancaster T, Stead L, Silagy CH, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings the Cochrane Library. *Br Med J*. 2000; 321: 355-8.
  30. Plans P, Navas E, Tarín A, Rodríguez G, Galí N, Gayta R. Coste efectividad de los métodos de cesación tabáquica. *Med Clin*. 1995; 104: 49-53.
  31. NICE public health guidance 10. Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. London: NICE; 2008.
  32. Stead LF, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 10: CD008286.
  33. Stead LF, Koilpillai P, Lancaster T. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; 10: CD009670.
  34. Hartmann-Boyce J, Lancaster T, Stead LF. Print-based self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; 6: CD001118.
  35. Silagy, C. and Stead, L.F. (2003) Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review), in: *The Cochrane Library, Issue 4* (Chichester, Wiley)
  36. Rice VH, Stead LF. (2006) Nursing intervention and smoking cessation: Meta-analysis update Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care , 35 (3) , pp. 147 - 163
  37. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Art. No.:

CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub3.

38. Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 8: CD002850.
39. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005; 2: CD001292.
40. Rice VH, Hartmann-Boyce J, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 8: CD001188.
41. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005; 2: CD001007.
42. Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004; 2: CD000546.
43. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 11: CD000146.
44. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014; 1: CD000031.
45. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 4: CD006103. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 5: CD009329.
46. Olano E, Minué C, Ayesta FJ. Tratamiento farmacológico de la dependencia de la nicotina: revisión de la evidencia científica y recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo sobre su elección e individualización. *Med Clin.* 2011; 136: 79-83.
47. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, Oncken C, Azoulay S, Billing CB et al. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2006; 296: 47-55.
48. Jorenby DE, Hays TJ, Rigotti NA, et al. Efficacy of varenicline, 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.
49. Nides M, Oncken C, Gonzales D, Rennard S, Watsky EJ, Anziano R, Reeves KR. Smoking cessation with varenicline, a selective alpha4beta2 nicotinic receptor partial agonist: results from a 7-week, randomized, placebo and bupropion controlled trial with 1-year follow-up. *Arch Intern Med*. 2006; 166: 1561-1568.
  50. Tonstad S, Tønnesen P, Hajek P, et al. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006; 296: 64-71.
  51. Aubin HJ, Bobak A, Britton JR, Oncken C, Billing CB Jr, Gong J, Reeves KR. Varenicline versus transdermal nicotine patch for smoking cessation: results from a randomised open-label trial. *Thorax*. 2008; 63: 717-24.
  52. Tsukahara H, Noda K, Saku K. A randomized controlled open comparative trial of varenicline vs nicotine patch in adult smokers: efficacy, safety and withdrawal symptoms (the VN-SEESAW study). *Circ J*. 2010; 74: 771-778.
  53. Heydari G, Talischi F, Tafti SF, Masjedi MR. Quitting smoking with varenicline: parallel, randomised efficacy trial in Iran. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2012; 16: 268-72.
  54. Kusserow RP. Medication Regimens: Causes of Noncompliance. Office of Inspector General, U.S. Department of Health and Human Services 1990
  55. Pablos A, Cnirsch CA, Barr RG, Lerner BH, Frieden TR. Nonadherence in tuberculosis treatment: Predictors and consequences in New York City. *Am J Med* 1997; 102:164- 70.
  56. Sepúlveda Carrillo, Gloria Judith Adhesión de los pacientes a las consultas de control ambulatorio. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo* Vol. 9, no. 1, p. 51-62.
  57. Sumartojo E. When tuberculosis treatment fails. A social behavior account of patient adherence. *Am Rev Respir Dis* 1993; 147:1311-20.
  58. Ferrer X, Kirshbaum A, Toro J, Jadue J, Muñoz M, Espinoza A. Adherencia al tratamiento de la tuberculosis del adulto en Santiago, Chile. *Bol Of Sanit Panam* 1991; 111:423-31.

59. Dobkin JF. You say "Adherence", I say "Compliance". *Infect Med* 1998;15 (1): 11, 65.
60. Larrea. Martínez. Op. Cit., p. 117.
61. Brown C, Battista DR, Thase ME y colaboradores. Evaluación de los Factores que Influyen en la Adhesión al Tratamiento Antidepresivo *Journal e Family Practicó* 56(6):356-363, Jun 2007
62. Col N, Fan ale JE, Kronholm P. The role of medication noncompliance and adverse drug reactions in hospitalizations of the elderly. *Arch Intern Med* 1990;150(4):841-5
63. Brown C, Battista DR, Thase ME y colaboradores. Evaluación de los Factores que Influyen en la Adhesión al Tratamiento Antidepresivo *Journal of Family Practice* 56(6):356-363, Jun 2007
64. Col N, Fanale JE, Kronholm P. The role of medication noncompliance and adverse drug reactions in hospitalizations of the elderly. *Arch Intern Med* 1990;150(4):841-5.
65. Martin L, Rose J. End-Organ Damage as a Result of Medication Noncompliance: *US Pharm* 1999; 24:2
66. El-Sadr W, Medard F, Barthaud V. Directly Observed Therapy for tuberculosis: The Harlem hospital experience, 1993. *Am J Public Health* 1996; 86:1146-9.
67. Lobo-Barrero CA, Pérez-Escolano E. Control y supervisión del enfermo tuberculoso. *Arch Bronconeumol* 2001; 37:43-7.
68. Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta- analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol.* 2003; 71:843-61
69. Catt S, Stygall J, Catalan J. Acceptance of zidovudine (AZT) in early HIV disease: the role of health beliefs. *AIDS CARE.* 1995;7(2):220-225.
70. SERRA REXACH, J. A. Comunicación entre el paciente anciano y el médico. *An. Med. Interna (Madrid)*. [online]. 2003, vol. 20, no. 2 [citado 2008-11-08], pp. 7-8. Disponible en: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S021271992003000200001&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021271992003000200001&lng=pt&nrm=iso)>

71. HERRAIZ, F., VILLAMARIN, F. e CHAMARRO, A. Correlatos psicosociales de la adhesión al tratamiento antirretroviral en el Centro Penitenciario de hombres de Barcelona. *Rev. esp. sanid. penit.* [online]. 2008, vol. 10, no. 3 [citado 2009-02-26], pp. 23-32. Disponible en: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-06202008000300004&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202008000300004&lng=pt&nrm=iso)>.
72. Troiano S, Forciniti S, Rodríguez P. Abandono de tratamiento de pacientes con tuberculosis. *Rev Arg Tórax* 1999; 60:58-63.
73. Orozco LC, Hernández R, de Usta CY, Cerra M, Camargo D. Factores de riesgo para el abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. *Médicas UIS* 1998; 12:169-72.
74. Quiroga M, Ospina ML. Abandono de tratamiento antiTBC, Cali Colombia 1999-2000 (Tesis de Grado). Maestría en epidemiología, Escuela de Medicina Social, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia. 2002.
75. Ferrer X, Kirshbaum A, Toro J, Jadue J, Muñoz M, Espinoza A. Adherencia al tratamiento de la tuberculosis del adulto en Santiago, Chile. *Bol Of Sanit Panam* 1991; 111:423-31.
76. PALOMAR, Joaquina; MARTÍNEZ, Jessica *Pobreza y Apoyo Social: Un Estudio Comparativo en Tres Niveles Socioeconómicos*. Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology - 2007, Vol. 41, Num. 2 pp. 177-188.
77. Basterra GM. El cumplimiento terapéutico. *Pharm Care* 1990:97-106.
78. Vareniclina: Drug Information Lexicomp® [Internet]. Topic 10339 Versión 127.0. Estados Unidos: Wolters Kluwer. [citado 2017 marzo 14] Disponible en: <https://www.uptodate-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/contents/varenicline-drug-information?source=preview&search=varenicline&anchor=F2975282#F2975282>
79. Zorrilla Héctor H. La depresión humana y sus tratamientos médicos adherencia al tratamiento psicofarmacológico-, Editor Routledge. Pag 232-236. Buenos Aires Argentina- 2001
80. Mosquera JM, Galdós P. Farmacología clínica para enfermería. 4a ed. Madrid: McGraw Hill-Interamericana; 2005. pag 122-145

81. Wijkstra J, Lijmer J, Balk F, Geddes J, Nolen WA, Tratamiento farmacológico para la depresión psicótica (Revisión Cochrane traducida) De *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. [En línea], disponible en <http://www.update-software.com/abstractses/AB004044-ES.htm> [citado noviembre 16 de 2008].
82. Brown C, Battista DR, Thase ME y colaboradores. Evaluación de los Factores que Influyen en la Adhesión al Tratamiento Antidepresivo *Journal of Family Practice* 56(6):356-363, Jun 2007
83. Bonilla Ibáñez, CP. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos, en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. En: *Avances en Enfermería*. [en línea]. Disponible en <[http://www.enfermeria.unal.edu.co/revistas/articulos/xxxv1\\_4.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revistas/articulos/xxxv1_4.pdf). Págs. 46- 55.2007.
84. Perez A, Saenz J, Morales D, Leon G, Características Psicométricas De La Escala De Adherencia Al Tratamiento De La Diabetes Mellitus Tipo II- Versión II len Una Muestra De Pacientes Diabéticos De Costa Rica. *Acta Colombiana De Psicología* 9(2), 31-38, 200
85. Vivar R, Pacheco Z, Adriancen C, Macciotta B, Marchena C, Validación de la escala de Birlson modificada para trastornos depresivos en niños y adolescentes peruanos. *Revista de Pediatría* Vol 58 No 3-2006.
86. Armando P, Uema S, Sola N. Valoración de la satisfacción de los pacientes con el seguimiento farmacoterapéutico. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(4): 205- 212.
87. Newcombe DAL, Walker N, Sheridan J, Galea S (2015) The Effect of Varenicline Administration on Cannabis and Tobacco Use in Cannabis and Nicotine Dependent Individuals – A Case-Series. *J Addict Res Ther* 6: 222. doi: 10.4172/2155-6105.1000222
88. Protocolo de actuación para profesionales sanitarios del Programa de Atención Primaria Sin Humo Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPS. Grupo de Abordaje del Tabaquismo (GAT) de semFYC. (2007) Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

89. Caracterización de pacientes con abandono de la terapia antirretroviral y consecuencias económicas. Boyeros. 2013
90. Hernández Requejo, D.; y Pérez Ávila, J. Causas de cambio de tratamiento en un grupo de pacientes VIH/SIDA cubanos. *Rev Cubana Invest Bioméd* [en internet] 2010 [citado 2015 Ene 17], vol.29, n.2, pp. 223-230. ISSN 1561-3011. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002010000200007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002010000200007)
91. Moya, Y.; Bernal, F.; Rojas, E. y Barthel, E. Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes ambulatorios con tratamiento anti-retroviral. *Rev. chil. infectol.* [en internet]. 2012, vol.29, n.4 [citado 2014-09-13], pp. 412-419. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182012000400008&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182012000400008&lng=es&nrm=iso)
92. Bernal, F. Incidencia de reacciones adversas a medicamentos en pacientes que inician o cambian terapia anti-retroviral. *Rev. chil. infectol.* [en internet]. 2013, vol.30, n.5 [citado 2014-09-13], pp. 507-512. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182013000500007&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182013000500007&lng=es&nrm=iso)
93. Daniel Kotz, M.Sc., M.Sc., Ph.D.; Possible Reasons for Elevated Carbon Monoxide Levels in Self-Reported Ex-Smokers. *Nicotine Tob Res* 2012; 14 (8): 900-901. doi: 10.1093/ntr/ntr305
94. Ponce Muñoz, R. (2013). Determinación del efecto de la estimulación con ácido cítrico al 2% en el flujo salival, pH y capacidad tamponante de la saliva en pacientes con xerostomía. Disponible en <http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/117258>
95. Salvador M, Ayesta FJ. La Adherencia Terapéutica en el Tratamiento del Tabaquismo. *Psychosocial Intervention.* 2009; 18: 233-44.
96. Blak B, Wilson K, Metcalfe M, Maguire A, Hards M. Evaluation of varenicline as an aid to smoking cessation in UK general practice – a THIN database study. *Curr Med Res Opin.* 2010; 4: 861-70.
97. Hays JT, Leischow SJ, Lawrence D, Lee TC. Adherence to treatment for tobacco dependence: association with smoking abstinence and predictors of adherence. *Nicotine Tob Res.* 2010; 12: 574-581.
98. Liberman JN, Lichtenfeld MJ, Galaznik A, Mastey V, Harnett J, Zou KH, Leader JB, Kirchner HL. Adherence to varenicline and associated

smoking cessation in a community-based patient setting. *J Manag Care Pharm.* 2013; 19: 125-31.

99. Raupach T, Brown J, Herbec A, Brose L, West R. A systematic review of studies assessing the association between adherence to smoking cessation medication and treatment success. *Addiction.* 2014; 109: 35-43.
100. Hollands GJ, McDermott MS, Lindson-Hawley N, Vogt F, Farley A, Aveyard P. Interventions to increase adherence to medications for tobacco dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015; 2: CD009164.
101. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008; 2: CD000011.
102. Haynes RB, McDonald HP, Garg AX. Helping Patients Follow prescribed treatment. *Clínical applications. JAMA.* 2002; 288: 2880-83.
103. Galán MD, Ayesta FJ. Abordaje clínico general: visión general del tratamiento. *Master Interuniversitario de Tabaquismo, tema M2T1. Universidad de Sevilla-Universidad de Cantabria;* 2011.
104. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior.* New York: Guilford Press; 1991.
105. Bandura A. *Self-Efficacy. The Exercise of Control.* Nueva York: W.H. Freeman; 1997.
106. Banham L, Gilbody S. Smoking cessation in severe mental illness. *Addiction.* 2010; 105: 1176-1189.

**Anexos:**

Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de dependencia a la nicotina

Nombre de Paciente			
<b>Características Sociodemográficas</b>			
Edad		Estado civil	
Sexo		Ocupación	
Escolaridad		Vive con	
<b>Otros Datos</b>			
Valor de Test de Fageström			
Fecha que dejó el fumado			
<b>Variables del paciente</b>			
Cantidad de cigarros que fumaba		Percepción	1. Percepción de que fumar le genera inconvenientes que no le compensa asumir.
			2. Percepción de que el problema es solucionable.
			3. Percepción de que en su caso concreto le va a ser útil la ayuda profesional que se le preste para el abandono del consumo
Otros padecimientos		Costo percibido	
Convicción		Contexto personal	
Fecha	Valor de CO	Conteo de tabletas	
24 de enero			
27 de enero			
10 de febrero			
24 de febrero			
10 de marzo			
24 de marzo			
7 de abril			
21 de abril			
Adherencia según Morinsky-Green			

Observaciones	
Factores relacionados con el medicamento	
Tiene dificultades con el tratamiento cuando toma más de 2 medicamentos diarios	4= NUNCA
	3= A VECES
	2= CASI SIEMPRE
	1= SIEMPRE
¿Se olvida de tomar el medicamento?	4= NUNCA
	3= A VECES
	2= CASI SIEMPRE
	1= SIEMPRE
¿Toma la medicación a la hora indicada?	4= NUNCA
	3= A VECES
	2= CASI SIEMPRE
	1= SIEMPRE
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	4= NUNCA
	3= A VECES
	2= CASI SIEMPRE
	1= SIEMPRE
Si se siente mal ¿deja de tomar la medicación?	4= NUNCA
	3= A VECES
	2= CASI SIEMPRE
	1= SIEMPRE
Los medicamentos que usa ¿le producen efectos inesperados?	4= NUNCA
	3= A VECES
	2= CASI SIEMPRE
	1= SIEMPRE
¿Ha confundido las dosis que tiene que tomar?	4= NUNCA
	3= A VECES
	2= CASI SIEMPRE
	1= SIEMPRE
	4= NUNCA

¿ha olvidado tomarse en esta semana los medicamentos?	3= A VECES
	2= CASI SIEMPRE
	1= SIEMPRE
¿Considera que conoce la acción y reacción del medicamento que toma actualmente para ayudarlo con la cesación del fumado?	4= NUNCA
	3= A VECES
	2= CASI SIEMPRE
	1= SIEMPRE
Considera que conoce la Hora, dosis y cuidados del medicamento que toma actualmente	4= NUNCA
	3= A VECES
	2= CASI SIEMPRE
	1= SIEMPRE
Complementa su tratamiento con medicina homeopática o alguna otra alternativa natural	4= NUNCA
	3= A VECES
	2= CASI SIEMPRE
	1= SIEMPRE
Reemplaza su tratamiento por terapias alternativas	4= NUNCA
	3= A VECES
	2= CASI SIEMPRE
	1= SIEMPRE
Tiene dificultades con el tratamiento cuando toma más de 2 medicamentos diarios	4= NUNCA
	3= A VECES
	2= CASI SIEMPRE
	1= SIEMPRE
¿Considera que la cantidad de medicamentos que tiene que tomar es mucha?	4= NUNCA
	3= A VECES
	2= CASI SIEMPRE
	1= SIEMPRE
¿Cuándo tiene que tomar los medicamentos se las toma todos al mismo tiempo?	4= NUNCA
	3= A VECES
	2= CASI SIEMPRE
	1= SIEMPRE
<b>Factores relacionados con el centro de salud</b>	
Ha tenido dificultades con el acceso a la consulta	4= NUNCA
	3= A VECES
	2= CASI SIEMPRE
	1= SIEMPRE
Ha tenido algún problema con el acceso a los servicios que brinda el hospital	4= NUNCA
	3= A VECES
	2= CASI SIEMPRE
	1= SIEMPRE

Ha tenido dificultades para asistir a las reuniones de cesación de fumado por incompatibilidad de horarios.	4= NUNCA
	3= A VECES
	2= CASI SIEMPRE
	1= SIEMPRE
<b>Factores relacionados con el personal de salud</b>	
Cuando inicia un nuevo medicamento solicita al profesional de farmacia información necesaria de la correcta administración	4= NUNCA
	3= A VECES
	2= CASI SIEMPRE
	1= SIEMPRE
Cuando inicia un nuevo medicamento solicita al médico información necesaria de la correcta administración	4= NUNCA
	3= A VECES
	2= CASI SIEMPRE
	1= SIEMPRE
¿Considera que son claras y oportunas las recomendaciones dadas por el farmacéutico en cuanto a su tratamiento?	4= NUNCA
	3= A VECES
	2= CASI SIEMPRE
	1= SIEMPRE

## Cronograma

<u>Fechas</u>	<u>Actividad</u>
9 de enero de 2017 a 13 de marzo de 2017	Redacción del protocolo
28 de enero de 2017 a 22 de abril de 2017	Citas con los pacientes/ Recolección de datos
24 de abril de 2017 a 20 de mayo de 2017	Análisis de datos
22 de mayo de 2017 a 11 de junio de 2017	Redacción de informe
12 de junio de 2017 a 30 de junio de 2017	Redacción de manuscrito

## **ANEXO 2. Artículo**

### **RESUMEN**

Fumar representa un grave problema de salud pública, ya que genera un gran impacto económico, social y emocional en los pacientes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) subraya además que fumar es la causa más importante de mortalidad evitable en todo el mundo. Los estudios de literatura muestran que uno de los factores que alteran el resultado de los tratamientos para esta enfermedad es la adhesión al tratamiento farmacológico. **OBJETIVO** Integrar el análisis de cuatro casos clínicos para la identificación de factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico con Vareniclina en pacientes de la Clínica de Cesación del Tabaco del Hospital San Juan de Dios. **METODOLOGÍA** Análisis de cuatro casos clínicos de pacientes atendidos en la Clínica de Cesación de la CCSS del Hospital San Juan de Dios en tratamiento con vareniclina. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES** La atención farmacéutica a los pacientes se debe de dar de una forma personalizada basada en las características de cada uno de los pacientes y sus comorbilidades. El farmacéutico debe tener una formación especializada en el manejo no solo de la cesación del consumo de tabaco, sino también de otras comorbilidades tales como el consumo de otras drogas de abuso, deprivación sociocultural, VIH, etc. **PALABRAS CLAVE:** Factores predictivos de la adhesión al tratamiento, Adhesión al tratamiento, Nivel de adherencia, Cesación del hábito de fumar, Vareniclina.

## ABSTRATC

Smoking represents a fundamental problem of public health, as it generates a great economic, social and emotional impact in patients. The World Health Organization (WHO) further emphasizes that smoking is the worthiest cause of preventable mortality worldwide. The studies of literature show that one of the factors that alter the result of the treatments for this disease it is the adhesion to the pharmacologic treatment. **OBJECTIVE** Integrate the analysis of four clinical cases for the identification of factors related to adherence to pharmacological treatment with Varenicline in patients of the Clinic of Smoking Cessation of the Hospital San Juan de Dios. **METHODOLOGY** Analysis of four clinical cases of patients attended at the Clinic of Cessation of the CCSS of the Hospital San Juan de Dios in treatment with varenicline. **RESULTS AND CONCLUSIONS** Pharmaceutical care of patients should be given in a personalized way based on the characteristics of each patient and their comorbidities. The pharmacist should have specialized training in the management not only of cessation of tobacco use, but also of other comorbidities such as the consumption of other drugs of abuse, socio-cultural deprivation, HIV, etc.

**KEY WORDS:** Predictive Factors of the adhesion to the treatment, Adhesion to the treatment, Level of Adhesion, Smoking Cessation, Vareniclin

## Introducción:

El tabaquismo es considerado uno de los problemas de salud más importantes a nivel mundial que tiene amplias consecuencias económicas y sociales. (3) Además, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el consumo de tabaco es un factor de riesgo de seis de las ocho principales causas de mortalidad a nivel mundial. (1) La OMS recalca además que el tabaquismo es la causa de mortalidad prevenible más importante a nivel mundial. (1)

En Costa Rica en el año 2015, según la encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos por sus siglas en inglés GATS realizada por el Ministerio de Salud de Costa Rica se reporta un consumo activo de tabaco en un 9,1 % de la población (325,8 miles de adultos) (2)

En la gran mayoría de las personas que consumen tabaco de manera regular se observa un grado importante de dependencia y además presentan dificultades importantes en el proceso de cesación. (3) De hecho, estudios evidencian que el 50% de la población que presenta dependencia al tabaco desea dejar de fumar; pero, solamente algunas de estas personas lo intentan y son muy pocos los que consiguen dejarlo al primer intento. (3) Muchas de las personas fumadoras durante el proceso de cesación de fumado tienen altos y bajos, en los que se pueden dar varios intentos por dejarlo y tener varias recaídas. (3) Las clínicas de cesación de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) inician su funcionamiento en julio del año 2013. Estas clínicas incluyen sesiones de terapia grupal para facilitar a los fumadores el abandono de la adicción al tabaco; lo anterior debido a que el tabaco tiene una relación directa con enfermedades que en Costa Rica causan aproximadamente el 50% de las muertes prevenibles. (4)

La inversión de la CCSS en la vareniclina que se le brindan al paciente para complementar el tratamiento y facilitar la cesación del fumado, en este caso las personas que participan en las Clínicas de Cesación de Tabaco recibirían un tratamiento completo de Vareniclina (Champix), el cual tiene un valor de \$258, que en colones equivale a ₡149.640 (tipo de cambio de ₡580 al 29 de junio del 2017) este monto corresponde al tratamiento completo. (4)

Las clínicas de cesación de la CCSS se conforman con un promedio de 15 personas fumadoras que son abordadas por un grupo multidisciplinario de profesionales en salud (Ej.: medicina, psicología, farmacia) y en las que se ofrece información acerca de las consecuencias del tabaco y el impacto de la adicción al tabaco sobre la salud. Asimismo, se realiza pruebas para evaluar la función pulmonar de cada fumador y se provee información sobre nutrición y estilos de vida saludables. En total, cada participante recibe 9 sesiones con una duración promedio de 3 horas cada una. (4)

El presente estudio tiene como objetivo presentar los resultados de cuatro casos clínicos de pacientes atendidos en las clínicas de cesación de la CCSS, del Hospital San Juan de Dios en Costa Rica, que recibieron además atención farmacéutica y tratamiento farmacológico con vareniclina

### Metodología

Se realizó un análisis de los cuatro casos clínicos de los pacientes atendidos en la Clínica de Cesación de la CCSS del Hospital San Juan de Dios que iniciaron el tratamiento con vareniclina en enero de 2017.

#### Criterios de Inclusión

- Pacientes hombres y mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de dependencia a la nicotina.
- Pacientes que formen parte de la clínica de Cesación de Fumado del Hospital San Juan de Dios
- Pacientes que toman vareniclina para la cesación del hábito del fumado.

La siguiente tabla extraída de la literatura brinda una referencia de los distintos puntos a reforzar, sin embargo, no es una guía rígida, sino que dependiendo del paciente y su situación se modifica:

Calendario	Contenidos
Antes del Día D	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de fumador: dependencia a la nicotina, estadio del proceso de cambio, grado de motivación, apoyos, dificultades del entorno.</li> <li>• Completar historia de consumo de tabaco (edad de inicio, número de cigarrillos consumido, intentos previos y recaídas)</li> <li>• Determinación de datos clínicos del paciente (Presión arterial, riesgo cardiovascular, peso)</li> <li>• Asesoramiento práctico, intervención psicosocial:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fijar día D o día del cesado del consumo de tabaco</li> <li>2. Recomendaciones para días previos: lista de motivos, registro de cigarrillos, buscar apoyos, espacios libres de humo, modificación de rutinas, síndrome de abstinencia, adelantarse a las dificultades.</li> <li>3. Recomendaciones para los primeros días: frases como "Hoy no voy a fumar", ejercicio físico, consejos de dieta, consumo de agua y zumos, establecer recompensas, prácticas de relajación</li> </ol> </li> </ul>

	<p>4. Entrega de material informativo, resumen de recomendaciones (mecanismo de acción de la vareniclina, efectos secundarios, Síndrome de Abstinencia, y generalidades del uso del tratamiento)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>
Sesión 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar la verbalización de beneficios y dificultades de dejar de fumar</li> <li>• Preguntar acerca del síndrome de abstinencia</li> <li>• Consejo de cómo afrontar situaciones difíciles</li> <li>• Preguntar acerca del apoyo familiar, social y laboral</li> <li>• Informar acerca de la aparición del duelo</li> </ul>
Sesión 3 y 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar la verbalización de beneficios y reforzarlos</li> <li>• Valorar la presencia de síntomas del duelo</li> <li>• Insistir en consejos dietéticos y de ejercicio</li> <li>• Preguntar y reforzar el apoyo del entorno</li> </ul>
Sesión 5 y 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar la verbalización de beneficios y reforzarlos</li> <li>• Informar acerca de la aparición de falsa seguridad y las pruebas “por uno no pasa nada”</li> </ul>
Sesión 7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Felicitar al paciente</li> <li>• Facilitar la verbalización de beneficios a largo plazo y reforzarlos</li> <li>• Valorar y advertir sobre las fantasías de control. Prevenir las recaídas de tipo social (celebraciones)</li> </ul>

Fuente: Tomado de (5)

A cada paciente se le hizo entrega de los diferentes kits de medicamento, que contiene las tabletas necesarias para cubrir 2 semanas de tratamiento cada 15 días hasta la sesión 6, explicando al paciente la importancia de la hora de administración (que es adecuada a cada paciente según su estilo de vida), así como la dosis que debe tomar. Esto se realiza cada 15 días en la consulta de Atención Farmacéutica del Hospital San Juan de Dios.

Las mediciones de monóxido de carbono se realizan con un cooxímetro de la marca CareFusion, modelo MicroCO y una resolución de 1 ppm.

En total los pacientes asistieron a un total de 8 sesiones para el inicio y el seguimiento del tratamiento del paciente. Asimismo, mediante la aplicación del Instrumento “factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de dependencia a la nicotina” con la que se recolectó la información. Asimismo, se realizó el diseño de estrategias para la promoción de la adherencia a los tratamientos.

## Análisis de resultados

Los datos fueron analizados por medio del programa de Microsoft Excel 2016.

### Resultados

#### **Paciente 1: Fumado en paciente portador del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)**

Paciente masculino de 45 años, con educación universitaria completa. Portador del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), para lo cual tiene prescrito Zidovudina (AZT) 300 mg BID VO, Lamivudina (3TC) 150 mg BID y Efavirenz (EFV) 600 mg HS. Inició el fumado a los 17 años, con un consumo diario promedio de 10-20 cigarros diarios. Reporta múltiples intentos previos para la cesación del fumado (último intento hace 3 años).

Entre las situaciones que el paciente identifica como dificultosas para no fumar se encuentran los tiempos de descanso, cuando se encuentra solo y asociado con café, además, resalta que no fuma durante sus horas laborales. A continuación, se presenta un cuadro con los resultados de las diferentes pruebas que son requisito para la prescripción de vareniclina como tratamiento en cesación de fumados:

**Tabla 9.** Requisitos para la prescripción de vareniclina en la CCSS de los 4 casos analizados

Prueba	Paciente			
	1	2	3	4
Test de Fageström	7 (alta dependencia)	6 (Alta dependencia)	9 (Muy alta dependencia)	9 (Muy alta dependencia)
Test de Richmond	Alta motivación	Alta motivación	Alta motivación	Motivación moderada
Test de Ansiedad	Sin ansiedad	Sin ansiedad	Sin ansiedad	Sin ansiedad
Test de Cage	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo
Escala de Depresión de Beck	Leve	Leve	Leve	Leve
Escala de desesperanza de Beck	Sin riesgo	Sin riesgo	Leve	Leve

Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, el paciente reporta conocer el tabaquismo como una adicción, quiere cesar el consumo de tabaco como prevención de enfermedades. Asimismo, conoce de las complicaciones, los síntomas y los exámenes y controles que se realizan. El paciente

considera que su adicción se encuentra controlada, le preocupa mucho y la considera como un factor de riesgo para muchas enfermedades, por lo que es una adicción que puede generar secuelas muy graves.

Durante el proceso de cesación de fumado se le realizaron mediciones de monóxido de carbono exhalado al paciente y se reporta una disminución paulatina de los niveles en los niveles llegando los niveles cercanos a cero, ya que el paciente cesó por completo el fumado de tabaco.

Entre las intervenciones realizadas al paciente se destaca la adecuación del horario de toma de medicamentos de forma que el horario de administración no sea el mismo que el horario de administración del tratamiento antirretroviral, el refuerzo de la importancia del proceso y los beneficios que puede tener en la vida del paciente, asimismo, se recomendó el uso de una solución concentrada de limón y aumento en el consumo de agua para la disminución de la xerostomía. Dentro de los efectos adversos reportados por el paciente se tiene: xerostomía, aumento del apetito, flatulencias y somnolencia.

#### **Paciente 2: Paciente co-consumidora de otras drogas de abuso**

Paciente femenina de 56 años, con educación secundaria completa, que se dedica a labores del hogar. Con diagnóstico de osteoartritis/Osteoporosis e insomnio para lo cual no se administra ningún medicamento, sino hasta que finaliza el tratamiento con vareniclina donde se le prescribió amitriptilina 10 mg HS para el insomnio. Inició el fumado a los 12 años, con un consumo diario promedio de 20 cigarros diarios. Reporta de 5 a 6 intentos previos para la cesación del fumado (con recaídas por el síndrome de abstinencia). Entre las situaciones que el paciente identifica como dificultosas para no fumar se encuentran cuando se encuentra sola y cuando ingiere café. En la tabla 9 se presenta un cuadro con los resultados de las diferentes pruebas que son requisito para la prescripción de vareniclina como tratamiento en cesación de fumados.

Por otra parte, la paciente reconoce el tabaquismo como una adicción e indica la intención de cesar el consumo de tabaco como prevención de enfermedades. Asimismo, conoce de las complicaciones, los síntomas y los exámenes y controles que se realizan. El paciente considera que su adicción se encuentra controlada, le preocupa mucho y considera que es un factor de riesgo para muchas enfermedades, por lo que es una adicción muy grave.

Durante el proceso de cesación de fumado se le realizaron mediciones de monóxido de carbono exhalado al paciente donde se puede ver que se fue disminuyendo respecto a la medición inicial, sin embargo, la paciente presenta ciertos picos en las mediciones que podrían interpretarse como que estuviera fumando.

Entre las intervenciones realizadas al paciente se destaca la aplicación de las técnicas para disminuir ansiedad, la higiene del sueño, el refuerzo de la importancia del proceso y los beneficios que puede tener en la vida del paciente, la utilización de té de tilo para el insomnio, el refuerzo del impacto de la adherencia terapéutica en el proceso (adherencia del 93% en sesión 5 y del 71% en sesión 6 y el cambio en la hora de administración de la amitriptilina para reducir la somnolencia al día siguiente. Dentro de los efectos adversos reportados por el paciente se tiene: gastralgia, cefalea, insomnio, náuseas, flatulencias, xerostomía, aumento de apetito.

### **Paciente 3: Fumador de 3 cajas de cigarros al día**

Paciente masculino de 45 años, con educación técnica completa, que se desempeña como técnico en atención primaria en la CCSS. El paciente es conocido diabético para lo que consume metformina y glibenclamida (desconoce las dosis) y además padece de insomnio para lo cual toma amitriptilina 10 mg HS VO. Inicio el fumado a los 12 años, con un consumo diario promedio de 60 cigarros diarios. No posee intentos previos para la cesación del fumado. Entre las situaciones que el paciente identifica como dificultosas para no fumar se encuentran los tiempos de descanso, cuando se encuentra solo y cuando ingiere café. En la tabla 9 se presenta un cuadro con los resultados de las diferentes pruebas que son requisito para la prescripción de vareniclina como tratamiento en cesación de fumado.

Por otra parte, el paciente 3 desconoce el tabaquismo como una adicción, quiere cesar el consumo de tabaco como prevención de enfermedades. Asimismo, conoce de las complicaciones, los síntomas y los exámenes y controles que se realizan. El paciente considera que su adicción se encuentra controlada, le preocupa mucho y considera que es un factor de riesgo para muchas enfermedades, por lo que es una adicción muy grave.

Durante el proceso de cesación de fumado se le realizaron mediciones de monóxido de carbono exhalado al paciente en las que se puede ver que se da una disminución paulatina de los niveles en aire exhalado desde el inicio del proceso llegando a niveles óptimos luego del primer mes de tratamiento. Esto a pesar de que el paciente indica que eliminó por completo el cigarro para la fecha propuesta, el 5 día de tratamiento.

Entre las intervenciones realizadas al paciente se destaca la aplicación de las técnicas para disminuir ansiedad y el refuerzo de la importancia del proceso y los beneficios que puede tener en la vida del paciente. Dentro de los efectos adversos reportados por el paciente se tiene: cefalea y pérdida de peso.

#### **Paciente 4: Con baja escolaridad**

Paciente masculino de 61 años, con educación primaria incompleta, que se dedica a labores de construcción, conocido sano. Inició el fumado a los 16 años y presenta un consumo diario promedio de 40-60 cigarros. Reporta un intento previo de cesación del fumado hace 8 años. Entre las situaciones que el paciente identifica como dificultosas para no fumar se encuentran en el trabajo, cuando se encuentra solo, cuando ingiere café y con las comidas. En la tabla 9 se presenta un cuadro con los resultados de las diferentes pruebas que son requisito para la prescripción de vareniclina como tratamiento en cesación de fumados.

Por otra parte, el paciente 4 conoce el tabaquismo como una adicción, pero sin fundamento teórico, quiere cesar el consumo de tabaco como prevención de enfermedades. Asimismo, conoce de las complicaciones, los síntomas y los exámenes y controles que se realizan. El paciente por otra parte posee poca consciencia de la enfermedad.

Durante el proceso de cesación de fumado se le realizaron mediciones de monóxido de carbono exhalado al paciente donde se observa que durante el primer mes de tratamiento el paciente tuvo unas mediciones estables, cerca de las 17 ppm debido a que el paciente se mantenía fumando, mientras que luego que dejó de fumar (aproximadamente el 11 de marzo, luego de la sesión) las mediciones se mantuvieron en niveles bajos, cerca del cero.

Entre las intervenciones realizadas al paciente se destaca la adecuación de acerca del mecanismo de acción de la vareniclina, efectos secundarios, síndrome de abstinencia, y generalidades del uso del tratamiento de una manera equivalente a su grado de escolaridad, por medio del uso de colores y formas, además de utilización de lenguaje popular, y el refuerzo de la importancia del proceso y los beneficios que puede tener en la vida del paciente. Dentro de los efectos adversos reportados por el paciente se tiene: cefalea, náuseas, aumento de apetito, gastralgia, xerostomía y somnolencia.

#### **Discusión**

La cesación del fumado es una actividad donde múltiples intervenciones de diversos profesionales en salud ha probado ser efectiva (7). La participación del profesional en farmacia en las clínicas de cesación de la CCSS es fundamental para asegurar el uso racional de los medicamentos y el consejo de pacientes durante el proceso.

La adherencia al tratamiento con vareniclina se ha asociado con un menor número de recaídas (6) y con mejores tasas de abstinencia (7-10). Esta información, llega a reforzar la importancia de que el paciente en cesación de fumado debe de ser adherente al tratamiento para tener un impacto positivo en el proceso. Asimismo, el farmacéutico es el

profesional ideal para realizar este proceso. La atención al paciente fumador se debe realizar de una forma personalizada para así tener un impacto positivo en el paciente. (7)

En los casos expuestos, los pacientes asistieron a una cita cada 15 días para poder recibir el kit de medicación respectivo. Lo anterior debido a lo complejo que puede resultar para el paciente entender las instrucciones dentro del kit completo de vareniclina, que viene dividido por bisemanas. Por esta razón, ambas variables apoyan la participación del farmacéutico en el proceso. En el caso del paciente 4, resulto de mayor importancia este punto debido a que como se mencionó el paciente tenía deprivación sociocultural por lo que la forma de comprender el tratamiento y el proceso en general resulta en un manejo complejo, donde se ocupa de un profesional capacitado en el tema como lo es el farmacéutico.

Debido a la complejidad del manejo de los kits de medicación de la vareniclina, la cual radica en la pauta posológica y los cambios de dosis en un periodo corto de tiempo, amerita que se personalice la atención a los pacientes.

Otro punto en el que el farmacéutico resulta de vital importancia en el proceso es la detección de reacciones adversas, ya que con el conocimiento de medicamentos y todo lo que tiene que ver con ellos, el farmacéutico puede discernir entre un efecto adverso y una patología que no se encuentre asociada al medicamento. Para esto, se realizaba un repaso rápido en las reacciones adversas más comunes, así como se consultaban si se presentaba alguna reacción distinta. Asimismo, puede ayudar al paciente a manejar estos efectos de manera rápida para lograr su control y en caso de que no esté en sus manos remitir al paciente adonde el médico. Asimismo, dentro del proceso realiza la notificación de los efectos adversos para así poder suplir al Centro Nacional de Farmacovigilancia de insumos para tener porcentajes adecuados de efectos adversos.

Entre las intervenciones realizadas al paciente 1 se destaca la adecuación del horario de toma de medicamentos de forma que el horario de administración no sea el mismo que el horario de administración del tratamiento antirretroviral, con esto se logró que el paciente tuviera una organización mayor de sus medicaciones, tomado en cuenta que el paciente toma un tratamiento crónico lo cual puede generar que el paciente tenga menor adherencia al tratamiento. Asimismo, se buscó la forma que el paciente tuviera una adherencia terapéutica adecuada por medio de la utilización de la técnica que utiliza para recordar la hora del tratamiento antirretroviral.

Por otra parte, a todos los pacientes se lo tuvo que reforzar de la importancia del proceso y los beneficios que puede tener en la vida del paciente, esto con el fin de mejorar la

adherencia al tratamiento. Con esto se logró cambiar la actitud de los pacientes 1 y 3 que al inicio tenían una actitud negativa hacia el proceso y el tratamiento.

Al inicio de la terapia la paciente 2 se presentó con cuadro súbito de ansiedad ya que cesó por completo el fumado de tabaco antes de iniciar el tratamiento con vareniclina, cuando resulta de suma importancia iniciar el tratamiento y luego de suspender el fumado al séptimo día para así disminuir los efectos del síndrome de abstinencia. (7) Por lo anterior fue necesario recordar a la paciente las distintas técnicas de relajación que había aprendido en los distintos talleres de cesación de fumado. Con esto se logró una disminución en la ansiedad de la paciente logrando que con el pasar de las semanas la paciente tuviera un adecuado manejo de la ansiedad. Aun así, la paciente aumentó el consumo de tabaco por un aumento en el insomnio, lo cual podría tener una asociación con un cuadro ansioso.

Debido al aumento del consumo de cannabis para controlar el insomnio, se tuvo que intervenir por medio de la higiene del sueño en la paciente 2, así como la utilización de té de tilo obteniéndose una pequeña mejoría en el insomnio, sin embargo, luego de la prescripción de amitriptilina la paciente para poder controlar el insomnio y de alguna manera disminuir la causa del aumento en el consumo de cannabis. Sin embargo, antes expresó que tuvo una disminución del insomnio aunque pasaba cansada en la mañana por lo que se intervino modificando la hora de la administración a las 7 pm, ya que antes la paciente la tomaba a las 11 pm. Con esto se tuvo una mejora en el insomnio sin embargo, al o asistir a la última cita de control, o se puede corroborar si el consumo de cannabis disminuyó o aumentó.

Resulta importante el refuerzo del impacto de la adherencia terapéutica en el proceso, ya que se observaron problemas de adherencia en 3 de los pacientes, en el paciente 1 y 4 olvidaron una dosis, mientras que la paciente 2 presenta una adherencia del 93% en sesión 5 y del 71% en sesión 6. Por lo que se debió intervenir recalando la importancia de la adherencia para así evitar que el síndrome de la abstinencia sea muy fuerte. Estas intervenciones tuvieron un impacto positivo en los pacientes 1 y 4 donde se observa que no vuelve a verse afectada la adherencia terapéutica, sin embargo, en la paciente 2 no se tiene un impacto positivo, ya que, en vez de mejorar su perfil de adherencia, lo empeora por razones que se desconocen, ya que la paciente se mantiene firme en negar olvidos o saltos de dosis y no asiste a la última cita para corroborar resultados.

En el caso del paciente 4 se debió adaptar los distintos materiales que se le dan a los pacientes al nivel educativo del paciente. Se le explicó el mecanismo de acción por medio de figuras distintas con colores distintos, de manera que el paciente pudiera entender de

manera clara. Asimismo, luego de la explicación se realizó un cuestionamiento al paciente para ver el grado de comprensión del paciente. Asimismo, se debió seguir reforzando esta información al paciente hasta la sesión 4 debido a que el paciente solo lograba realizar pequeñas disminuciones en la cantidad de cigarros diarios y no lograba cesar el consumo por completo, por lo que se llegó a cuestionar el verdadero compromiso del paciente.

En cuanto a los efectos adversos que presentaron los pacientes, todos fueron reportados al Centro Nacional de Farmacovigilancia de Costa Rica. Uno de los problemas que presentaron los pacientes 1, 3 y 4 fue la xerostomía, por lo que se le recomendó un aumento en el consumo de líquidos, sin embargo, no solucionó el problema y seguía representando un problema para el paciente. Por lo que se le recomendó al paciente el uso de una solución de limón (50% limón, 50% agua) en la boca por medio de un atomizador, debido a que el consumo de ácidos orgánicos como el ascórbico, el cítrico y el málico que contienen las bebidas ácidas como las limonadas ya que estimulan la secreción salival. (93) Con el uso de esta solución se logró ver una disminución de la sequedad de las mucosas, especialmente la mucosa bucal, claro acompañado del aumento en el consumo de líquidos. El resto de reacciones adversas con el pasar del tiempo se resolvieron de manera espontánea, por lo que no requirieron de ninguna intervención. Asimismo, fue importante durante todo el proceso monitorizar los cambios en el estado de ánimo de los pacientes debido a los reportes generados por la FDA acerca del aumento de la incidencia de trastornos psiquiátricos en la población que ingiere vareniclina.

La motivación es un estado de disponibilidad o deseo de cambio en una persona, esta puede oscilar de un momento a otro o de una situación a otra (16). La motivación para dejar de fumar depende del grado de importancia que tenga para una persona dejar de fumar en ese momento y de la confianza que tenga en su persona poder conseguirlo. Por otra parte, el concepto de autoeficacia se entiende como la habilidad percibida para cambiar o controlar el comportamiento de uno mismo. En otras palabras, es un comportamiento específico, no una medida global y es un determinante crítico de cambio de comportamiento (18-19). Por esto resulta importante desde el punto de vista de adherencia terapéutica abordar este tema, ya que mucho del éxito de la terapia del paciente va ligada a la autoeficacia y deseo de cesar el fumado. Un profesional en farmacia con la capacitación adecuada resulta de importancia en el tratamiento de la cesación de fumado, ya que se puede manejar en el paciente de manera general un estímulo en la forma de percibir el proceso para que sea llevado a cabo con éxito.

El tratamiento de pacientes VIH positivos con vareniclina puede ser de difícil manejo, debido a la dificultad de adaptar el horario de medicación a la vida del paciente, ya que se

recomienda que la administración no sea de manera concomitante con el tratamiento antirretroviral. Sin embargo, debido al antecedente de medicación múltiple debido al uso de un tratamiento crónico, resulta importante monitorizar la adherencia al tratamiento, ya que los pacientes polimedicados ya sean menores o mayores poseen mayores porcentajes de no adherencia al tratamiento. Por otra parte, el manejo de pacientes que son co-consumidores de otras drogas de abuso como el cannabis, con pacientes de difícil manejo, ya que, aunque se ha visto cierto beneficio clínico con la administración de vareniclina en la cesación del consumo de tabaco y cannabis, los pacientes pueden reaccionar de manera diferente, especialmente en el síndrome de abstinencia. Y en la atención de pacientes de baja escolaridad, se debe de manejar al paciente de una manera diferente para que el paciente puede entender el proceso de manera clara y así se empodere y logre culminar con éxito el tratamiento.

#### Conclusiones

La atención de pacientes fumadores en las clínicas de cesación requiere un abordaje que se adecue a las necesidades específicas de cada uno de los pacientes.

El proceso de cesación de tabaco por la intervención en pacientes por parte de la Atención Farmacéutica de manera bisemanal facilita la monitorización de la adherencia terapéutica y los factores que pueden influir en ella con el pasar del tiempo teniendo un impacto positivo en el proceso. Asimismo, el Programa de Atención Farmacéutica de la Clínica de Cesación de Fumado del Hospital San Juan de Dios, tiene una atención personalizada de cada paciente adaptando a sus necesidades específicas el proceso, teniendo un impacto más positivo en el resultado del tratamiento.

El manejo de pacientes con tratamientos crónicos resulta complicado debido a la complejidad de la introducción de un nuevo medicamento a la vida del paciente. Además, el manejo de pacientes con deprivación socio cultural, requiere de personal capacitado para su adecuado manejo ya que la comprensión del proceso por parte de este tipo de pacientes es un poco más complicada debido a la falta de educación. El manejo de pacientes co-consumidores de otras drogas de abuso requiere de una capacitación previa del personal para brindar un adecuado acompañamiento al paciente.

#### Referencias Bibliográficas:

1. OMS. Organización Mundial de la Salud. Informe MPOWER: un plan de medidas para hacer retroceder el tabaquismo. Ginebra: OMS; 2008.
2. Ministerio de Salud de Costa Rica. Vigilancia de la Salud. Encuesta GATS: Encuesta Mundial del Tabaquismo en Adultos. San Jose, Costa Rica: Ministerio de Salud. Vigilancia de la Salud.; 2015.

3. Ayesta FJ, Rodríguez M. Bases biológicas, conductuales y sociales de las dependencias: tabaco y nicotina. Santander: Manual PIUFET; 2007.
4. Solis M. CCSS abrirá clínicas de cesación de fumado en todos sus hospitales Blog CCSS. 17 setiembre 2014. Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/noticia?ccss-abrir-clinicas-de-cesacion-de-fumado-en-todos-sus-hospitales>
5. Protocolo de actuación para profesionales sanitarios del Programa de Atención Primaria Sin Humo Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPS. Grupo de Abordaje del Tabaquismo (GAT) de semFYC. (2007) Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.
6. Salvador M, Ayesta FJ. La Adherencia Terapéutica en el Tratamiento del Tabaquismo. *Psychosocial Intervention*. 2009; 18: 233-44.
7. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 Update - Clinical Practice Guideline. Rockville MD: USDHHS Public Health Service; 2008.
8. Blak B, Wilson K, Metcalfe M, Maguire A, Hards M. Evaluation of varenicline as an aid to smoking cessation in UK general practice – a THIN database study. *Curr Med Res Opin*. 2010; 4: 861-70.
9. Hays JT, Leischow SJ, Lawrence D, Lee TC. Adherence to treatment for tobacco dependence: association with smoking abstinence and predictors of adherence. *Nicotine Tob Res*. 2010; 12: 574-581.
10. Liberman JN, Lichtenfeld MJ, Galaznik A, Mastey V, Harnett J, Zou KH, Leader JB, Kirchner HL. Adherence to varenicline and associated smoking cessation in a community-based patient setting. *J Manag Care Pharm*. 2013; 19: 125-31.
11. Raupach T, Brown J, Herbec A, Brose L, West R. A systematic review of studies assessing the association between adherence to smoking cessation medication and treatment success. *Addiction*. 2014; 109: 35-43.
12. Hollands GJ, McDermott MS, Lindson-Hawley N, Vogt F, Farley A, Aveyard P. Interventions to increase adherence to medications for tobacco dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; 2: CD009164.
13. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; 2: CD000011.
14. Haynes RB, McDonald HP, Garg AX. Helping Patients Follow prescribed treatment. *Clínical applications*. *JAMA*. 2002; 288: 2880-83.
15. Galán MD, Ayesta FJ. Abordaje clínico general: visión general del tratamiento. Master Interuniversitario de Tabaquismo, tema M2T1. Universidad de Sevilla-Universidad de Cantabria; 2011.
16. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press; 1991.
17. Camaralles F, Mataix J, Cabezas C, Lozano J, Ortega G; y grupos de abordaje del tabaquismo (GAT) de semFYC y de Educación para la Salud del PAPPS-semFYC.

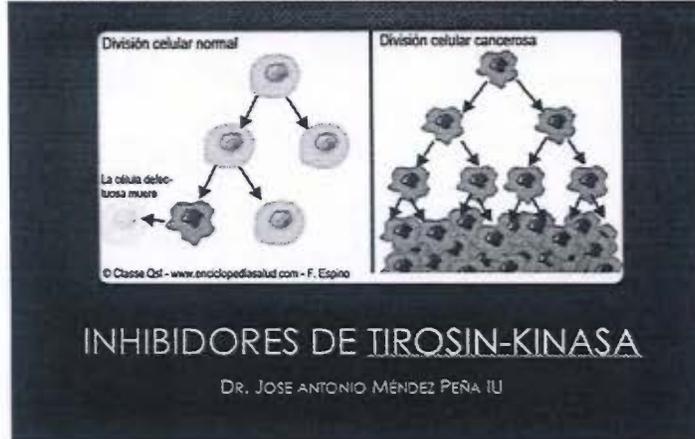
Guía para el tratamiento del tabaquismo activo y pasivo. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2011.

18. Bandura A. Self-Efficacy. The Exercise of Control. Nueva York: W.H. Freeman; 1997.

19. Banham L, Gilbody S. Smoking cessation in severe mental illness. *Addiction*. 2010; 105: 1176-1189.

## Anexo3. Materiales elaborados (boletines, presentaciones, asignaciones cortas, entre otras).

Presentación de Inhibidores de Tirosin-Kinasa para el personal técnico del almacén:



Información acerca de Lupus Eritematoso Sistémico para pacientes:

### Lupus eritematoso sistémico

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria. Esto quiere decir que el sistema inmunitario del cuerpo (o las defensas) ataca por error el tejido sano. Y este problema puede afectar la piel, las articulaciones, los riñones, el cerebro y otros órganos.

#### Causas

La causa de las enfermedades autoinmunitarias no se conoce completamente. Pero el LES es mucho más común en mujeres que en hombres y puede presentarse a cualquier edad aunque aparece con mayor frecuencia en personas entre los 15 y 44 años.

#### Síntomas

Los síntomas varían de una persona a otra y pueden aparecer y desaparecer. Casi todas las personas sufren hinchazón y dolor articular. Algunas se enferman de artritis. El LES generalmente afecta las articulaciones de los dedos de las manos, las manos, las muñecas y las rodillas.

Otros síntomas comunes incluyen:

- Dolor en el pecho al respirar profundamente.
- Fatiga o cansancio
- Fiebre/Calentura sin ninguna otra causa.
- Malestar general, inquietud, sensación de indisposición (malestar).
- Pérdida del cabello.
- Úlceras bucales.

**Boletín acerca de transporte de medicamentos que requieren de cadena de frío para pacientes:**

Estimado Paciente:

Se le estará entregando un medicamento que requiere ser guardado en refrigeración para que mantenga su efecto, por lo que debe traer una hielera para transportarlo.



¿Cómo preparar la hielera?

- Llene 2 botellas plásticas con agua, dejando en cada una unos centímetros sin agua y congélelas.
- Coloque las botellas con el agua congelada dentro de la hielera antes de salir de su casa a recoger el medicamento.
- Considere que el espacio libre en la hielera debe ser suficiente para contener el medicamento.

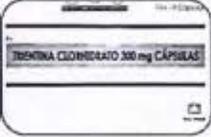
Al llegar a la casa, almacene el medicamento en el área central de su refrigeradora, **NUNCA** en la puerta NI en el congelador.

Cualquier consulta, puede llamar al: 2547-8343, 2547-8324  
Farmacia Hospital San Juan de Dios, CCSS

**Boletín acerca de cambio de presentación de latanoprost y trientina:**

Estimado paciente,

En la farmacia le van a entregar Trientina en una nueva presentación, sin embargo, es el mismo medicamento.

Recuerde que debe de TRAER UNA HIELERA para poder transportarlo, ya que de esa forma logra mantener su efecto y ayudarle con su enfermedad.

Cualquier consulta, puede llamar al: 2547-8343, 2547-8324  
Farmacia Hospital San Juan de Dios, CCSS

Estimado paciente,

La farmacia estará entregando una nueva presentación de Latanoprost gotas para los ojos, sin embargo, es el mismo medicamento.



Tome en cuenta que el medicamento nuevo requiere ser refrigerado para mantener su efecto. Si bien en la farmacia es entregado sin hielera **ES NECESARIO QUE SEA REFRIGERADO** una vez que llegue a su casa.

Cualquier consulta, puede llamar al: 2547-8343, 2547-8324  
Farmacia Hospital San Juan de Dios, CCSS

**Brochure acerca del uso y manejo adecuado de los medicamentos para campaña de recolección de medicamentos:**

Almacene los medicamentos en forma segura

- Los medicamentos pueden volverse menos potentes o pueden dañarse antes de la fecha de vencimiento si se almacenan de forma inadecuada. Ambientes donde hay mucha calor, radiación (microondas), poca aire, mucha luz y mucha humedad, pueden dañar sus medicamentos.
- Almacene sus medicamentos en un lugar fresco y seco. Por ejemplo, en la habitación de un adulto nunca en el baño o en la cocina.
- Los medicamentos que requieren refrigeración se deben colocar en un recipiente plástico para mayor protección en la parte central de la refrigeradora, nunca en las puertas o congelador.
- Mantenga el medicamento en su envase original.
- Conserve el medicamento fuera del alcance de los niños y personas adultas mayores.

**Recomendación**

Reservado según los consejos del médico que le prescribió su medicamento y si tiene alguna pregunta, no dude en consultarle a farmacéuticos.

Cualquier duda consulte al Centro de Atención de Medicamentos del Hospital San Juan de Dios. 2547-8324

**Uso y manejo adecuado de los medicamentos**

Hospital San Juan de Dios  
Servicio de Farmacia  
Junio 2017

## Brochure acerca de la adecuada disposición final de medicamentos para la campaña de recolección de medicamentos:

**¡Evitemos la falsificación de medicamentos!**

Quando termine su tratamiento no desache los envases y empaque secundario intactos, sino que con un marcador permanente cubra todas las letras e inscripciones y de ser posible córtelo con una tijera, ya que un empaque destruido no puede ser utilizado para la falsificación.



**Si tienen dudas... ¿A quién pueden acudir?**

- Servicio de Farmacia del Centro de Salud respectivo.
- Central de Información de Medicamentos del Hospital San Juan de Dios 2547-8524
- Campañas o programas comunitarios de recolección de Medicamentos no utilizables.

**Adecuada disposición final de medicamentos**



Hospital San Juan de Dios  
Servicio de Farmacia  
Junio 2017

## Uso del Ursodiol en hematología:

### Ursodiol

Categoría farmacológica <sup>1</sup>

- Agente de disolución de cálculos biliares

**Dosificación: Adultos <sup>2</sup>**

**Disolución de cálculos biliares:**

Vía Oral: 8-10 mg / kg / día dividida en 2-3 dosis; Sin embargo, no se ha establecido el uso más allá de 24 meses

**Prevención de cálculos biliares:**

Vía oral: 300 mg dos veces al día

**Cirrosis biliar primaria:**

Vía Oral: 13-15 mg / kg / día dividida en 2-4 dosis (se debe de administrar con comida)

**Administración**

No se debe de administrar con antiácidos a base de aluminio o secuestradores de ácidos biliares. En caso que el paciente ocupe los antiácidos a base de aluminio, estos se deben de administrar en un intervalo de 2 horas después de ursodiol; o bien administrar el ursodiol 5 horas o más después de secuestradores de ácidos biliares.<sup>3,4</sup> Además resulta importante que la administración de ursodiol de la marca Ursa, y Uso Entre-se deben de administrar con la comida.<sup>4</sup>

Requisitos para la prescripción de levosimendan en la CCSS:

## Levosimendan

Categoría farmacológica <sup>13</sup>

- Vasodilatador

Dosificación: Adultos <sup>14</sup>

Tratamiento de la insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)

Vía Intravenosa: Dosis de carga: 8-24 mcg / kg durante 10 minutos seguido de una infusión continua de 0,05-0,2 mcg / kg / minuto, la dosis es ajustada según la respuesta.

Mecanismo de acción <sup>15</sup>

Potencia la sensibilidad al calcio de las proteínas contráctiles presentes en músculo cardíaco, mediante la unión a la tropina C cardíaca, por un mecanismo calcio-dependiente. Aumenta la fuerza de contracción, pero sin afectar a la relajación ventricular. Además, abre los canales de potasio sensibles al ATP en el músculo liso vascular, provocando la vasodilatación de los vasos arteriales de resistencia sistémicos y coronarios, así como los vasos venosos sistémicos de capacitancia. En pacientes con fallo cardíaco, las acciones inotrópica positiva y vasodilatadora de levosimendan producen un aumento de la fuerza contráctil y una reducción, tanto de la precarga como de la postcarga, sin afectar de forma negativa a la función diastólica.

Requisitos para la prescripción en la CCSS que se deben de anotar en la solicitud de tratamiento No LOM agudo<sup>16</sup>

- Pacientes post cirugía cardíaca que presentan shock cardiogénico refractario al uso de las opciones de tratamiento con inotrópicos disponibles en la LOM (es importante que también existen métodos inotrópicos físicos que se deben realizar antes como lo es el balón de contrapulsación), incluyendo la dobutamina.
- Se debe de indicar el índice cardíaco.

Uso de Esomeprazole en infusión continua:

## Esomeprazole

Categoría farmacológica <sup>1</sup>

- Inhibidor de la bomba de protones;

Dosificación: Adultos <sup>2,3</sup>

Esofagitis erosiva (curación): <sup>2,3</sup>

- Vía Oral:  
Inicial: 20 a 40 mg una vez al día durante 4 a 8 semanas; si la curación es incompleta, puede continuar durante un periodo adicional de 4 a 8 semanas  
Mantenimiento: 20 mg una vez al día (No hay evidencia de uso luego de 6 meses de tratamiento)

Acidez estomacal: <sup>2,3</sup>

- Vía Oral:  
20 mg una vez al día durante 14 días (máximo: 20 mg / día); tratamiento puede ser repetido después de 4 meses si es necesario

## Uso del trióxido de arsénico y tretinoína en leucemia promielocítica aguda:

### Trióxido de Arsénico

Categoría farmacológica <sup>1</sup>

- Agente antineoplásico, Misceláneo

Dosificación: Adultos <sup>2</sup>

Leucemia promielocítica aguda (APL), recaída o refractario: IV:

*Inducción:* 0,15 mg / kg una vez al día hasta la remisión de la médula ósea; Máximo: 80 dosis de inducción

*Consolidación:* 0,15 mg / kg una vez al día a partir de la semana 3 a 8 después de la finalización de la terapia de inducción; Máximo: 25 dosis durante un período de hasta 5 semanas para la consolidación

APL, recién diagnosticada (uso fuera de etiqueta): IV:

*Riesgo bajo / intermedio (Lo-Coco 2013):*

*Inducción:* 0,15 mg / kg / día; administrar diariamente hasta la remisión de la médula ósea (en combinación con tretinoína)

## Restricciones de prescripción de antibióticos presentes en la LOM:

Antibiótico	Presentación	Clave	Observaciones
Amikacina	100 mg/ 500 mg	HR	Uso para tratamiento de infecciones bacterianas graves por gérmenes resistentes (según PSA) y atendiendo programas especiales (TB y fibrosis quística). IM ambulatoria según lineamientos CCF-4383-09-13
Amoxicilina	250 mg/5 mL o Tab 500 mg	M	Odontólogos profilaxis de endocarditis bacteriana
Ampicilina	500 mg	HM	
Bencilpenicilina	1 M U/ 5 M U	HM	Odontólogos solo cirugía maxilofacial.
Cefalotina	1 g	HM	Odontólogos solo cirugía oral y maxilofacial.
Cefalexina	250 mg/5 mL o Tab 500 mg	M	
Cefotaxima	1 g	HRE	UCI, Infectología, Medicina Interna, Geriatria, Pediatría, Neonatología, y Emergencias con PSA. Neurocirugía 2g STAT Prequirurgico (1h antes de procedimientos neurocirugías craneales y espinales). Gastroenterología (hepatopatía crónica evolucionada que hacen peritonitis bacteriana espontánea)
Ceftazidima	1 g	HRE	UCI, Infectología, Medicina Interna, Geriatria, Pediatría, Neonatología, y Emergencias con PSA. Oncología médica y Hematología (neutropenia febril (<500 neutrofilos) con tratamiento previo y previa toma de hemocultivos)
Ceftriaxona	250 mg	HR	IM para hemorragias y profilaxis en embarazadas por meningitis meningococcica

## Actualización de cuadro con medicamentos oncológicos recién incluidos en la LOM:

Medicamentos incluidos en la versión digital de la LOM, Mayo 2017

Medicamento	Especialidad Médica	Indicaciones
Carboplatino 150 mg/ 15 mL 450 mg/ 45 mL	Oncología médica Oncología pediátrica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cáncer de ovario platino sensible en adyuvancia o recurrencia en pacientes oncológicos con nefropatía documentada, que tienen contraindicación al uso de cisplatino.</li> <li>• Adyuvancia en pacientes con seminoma de testículo estadio clínico I, por 1 o 2 ciclos.</li> <li>• Uso compasivo (requiere consentimiento informado) en: retinoblastoma, gliomas del nervio óptico, tumor de Wilms metastásico, tumores malignos del SNC, rescate para sarcomas familia EWING/PNET.</li> <li>• Tratamiento adyuvante en pacientes con cáncer de mama HER 2 sobreexpresado que han recibido previamente esquemas con antraciclinas en dosis acumulativa de 400 mg por m<sup>2</sup>, que imposibilita dar nuevamente dosis plena de antraciclinas; o que tengan contraindicación para uso de antraciclinas por cardiopatía debidamente documentada en exámenes objetivos o por antecedente de reacciones alérgicas a antraciclinas, debidamente documentadas y notificadas por medio de boleta de reacción adversa, como parte del esquema TCH (Docetaxel, Carboplatino, Trastuzumab).</li> </ul>
Docetaxel 20 mg/mL	Oncología médica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cáncer de pulmón de células no pequeñas metastásico como tratamiento de segunda línea.</li> <li>• Cáncer de próstata metastásico y hormono-refractario, que tenga bloqueo androgénico central y haya utilizado antiandrogénico periférico.</li> <li>• Tratamiento adyuvante de cáncer de mama, en pacientes con datos objetivos de cardiopatía (debidamente documentados) o exposición previa a dosis altas de antraciclinas.</li> <li>• Tratamiento de leiomiocarcinoma uterino, para uso conjunto con gemcitabina</li> <li>• Primera línea del cáncer de páncreas, vía biliar, vejiga/urotelial y leiomiocarcinoma uterino.</li> <li>• Segunda línea en cáncer de ovario resistente o con contraindicación para usar paclitaxel y sarcomas de tejido blando.</li> <li>• En tercera línea en tratamiento de cáncer de pulmón, mama y testículo</li> </ul>
Gemcitabina 200 mg y 1000 mg	Oncología médica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primera línea del cáncer de páncreas, vía biliar, vejiga/urotelial y leiomiocarcinoma uterino.</li> <li>• Segunda línea en cáncer de ovario resistente o con contraindicación para usar paclitaxel y sarcomas de tejido blando.</li> <li>• En tercera línea en tratamiento de cáncer de pulmón, mama y testículo</li> </ul>
Irinotecan 20 mg/mL	Oncología médica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primera línea de tratamiento de cáncer de páncreas en pacientes con ECOG 0-1.</li> <li>• Segunda línea en cáncer de colon y recto.</li> <li>• Segunda línea de cáncer gástrico con contraindicación para el uso de paclitaxel.</li> </ul>

## Investigación del protocolo en Ruptura Prematura de Membranas:

### Ruptura Prematura de Membranas<sup>1</sup>

Se refiere a la ruptura de membrana antes de la aparición de las contracciones uterinas (también conocidos como ruptura preparto de las membranas); y se da antes de las 37 semanas de gestación.<sup>1</sup>

### Manejo<sup>1</sup>

La gestión de los embarazos complicados por rotura prematura de membranas se basa en la consideración de varios factores, que son evaluadas mediante la presentación:<sup>1</sup>

- La edad gestacional
- Presencia o ausencia de maternal / fetal infección
- Presencia o ausencia de mano de obra
- presentación fetal
- Fetal bienestar
- madurez pulmonar fetal
- estado del cuello uterino (mediante inspección visual)
- Disponibilidad de cuidados intensivos neonatales

La decisión clave es si se debe inducir el parto (o realizar un parto por cesárea) o para gestionar el embarazo expectante. La estancia prolongada después de rotura prematura de membranas a las 24 a 34 semanas no empeora el pronóstico neonatal. El feto inmaduro se beneficiará por la prolongación del embarazo que se traduce en una reducción significativa en la morbilidad gestacional relacionada con la edad, pero este beneficio debe equilibrarse con los riesgos de complicaciones PPRM asociada y sus secuelas en los embarazos manejo expectante: La infección intrauterina, desprendimiento de la placenta, cable de prolapsos / compresión.<sup>1</sup>

## **ANEXO 4. Resumen del informe**

El internado resulta ser una experiencia incomparable en donde se logran poner en práctica todos los conocimientos adquiridos durante los estudios universitarios. En el internado se realizan distintas actividades que logra enriquecer el conocimiento en ciertos temas específicos, así como adquirir conocimientos nuevos. Además, se logra poner en práctica las bases de investigación que se obtienen durante los estudios universitarios. Asimismo, se adquieren conocimientos en distintas áreas que no se ven en la universidad como las preparaciones para neonatos. Asimismo, se tiene el apoyo de profesionales en farmacia con años de experiencia y que enriquecen el desempeño profesional y además brindan experiencias de su vida profesional para ayudar al estudiante. Resulta importante que estos profesionales son parte indispensable del proceso educativo que se vive durante el internado.

En cuanto a la investigación se logra ver que el proceso de cesación de tabaco por la intervención en pacientes por parte de la Atención Farmacéutica de manera bisemanal facilita la monitorización de la adherencia terapéutica y los factores que pueden influir en ella con el pasar del tiempo teniendo un impacto positivo en el proceso. Asimismo, el Programa de Atención Farmacéutica de la Clínica de Cesación de Fumado del Hospital San Juan de Dios, tiene una atención personalizada de cada paciente adaptando a sus necesidades específicas el proceso, teniendo un impacto más positivo en el resultado del tratamiento.