



Intervenciones del personal de la farmacia de la comunidad para el abandono del hábito de fumar

Sinclair HK, Bond CM, Stead LF

Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006, Número 1

Producido por



Si desea suscribirse a "La Biblioteca Cochrane Plus", contacte con:

Update Software Ltd, Summertown Pavilion, Middle Way, Oxford OX2 7LG, UK

Tel: +44 (0)1865 513902 Fax: +44 (0)1865 516918

E-mail: info@update.co.uk

Sitio web: <http://www.update-software.com>

Usado con permiso de John Wiley & Sons, Ltd. © John Wiley & Sons, Ltd.

Ningún apartado de esta revisión puede ser reproducido o publicado sin la autorización de Update Software Ltd. Ni la Colaboración Cochrane, ni los autores, ni John Wiley & Sons, Ltd. son responsables de los errores generados a partir de la traducción, ni de ninguna consecuencia derivada de la aplicación de la información de esta Revisión, ni dan garantía alguna, implícita o explícitamente, respecto al contenido de esta publicación.

El copyright de las Revisiones Cochrane es de John Wiley & Sons, Ltd.

El texto original de cada Revisión (en inglés) está disponible en www.thecochranelibrary.com.

ÍNDICE DE MATERIAS

RESUMEN.....	1
RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS.....	2
ANTECEDENTES.....	2
OBJETIVOS.....	3
CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISIÓN.....	3
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS.....	3
MÉTODOS DE LA REVISIÓN.....	3
DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS.....	4
CALIDAD METODOLÓGICA.....	4
RESULTADOS.....	4
DISCUSIÓN.....	5
CONCLUSIONES DE LOS AUTORES.....	6
AGRADECIMIENTOS.....	6
POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS.....	6
FUENTES DE FINANCIACIÓN.....	6
REFERENCIAS.....	6
TABLAS.....	9
Characteristics of included studies.....	9
Characteristics of excluded studies.....	10
CARÁTULA.....	10
RESUMEN DEL METANÁLISIS.....	11
GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS.....	12
01 Intervención versus control.....	12
01 Abandono al seguimiento más largo.....	12

Intervenciones del personal de la farmacia de la comunidad para el abandono del hábito de fumar

Sinclair HK, Bond CM, Stead LF

Esta revisión debería citarse como:

Sinclair HK, Bond CM, Stead LF. Intervenciones del personal de la farmacia de la comunidad para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Fecha de la modificación más reciente: 18 de noviembre de 2003

Fecha de la modificación significativa más reciente: 18 de noviembre de 2003

RESUMEN

Antecedentes

La promoción del abandono del hábito de fumar es una actividad potencialmente apropiada para los farmacéuticos de la comunidad, ya que a ellos se les estimula para que aconsejen con respecto al uso correcto de los productos para el tratamiento de reemplazo de nicotina (TRN) y para que proporcionen apoyo conductual que ayude a abandonar el hábito de fumar.

Objetivos

Esta revisión evaluó la efectividad de las intervenciones hechas por el personal de la farmacia de la comunidad para ayudar a los clientes a abandonar el hábito de fumar.

Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda de la base de datos del Grupo Cochrane de Adicción al Tabaco (Cochrane Tobacco Addiction Group) con respecto a los estudios de abandono del hábito de fumar, realizados en el escenario de la farmacia comunitaria, mediante los términos de búsqueda *pharmacist** or *pharmacy* or *pharmacies*. Fecha de la búsqueda más reciente: Marzo 2003.

Criterios de selección

Ensayos aleatorios de intervenciones realizadas por el personal de la farmacia de la comunidad para promover el abandono del hábito de fumar entre sus clientes fumadores, comparadas con el apoyo habitual en la farmacia o cualquier programa menos intensivo. La principal medida de resultado fueron las tasas de abandono del hábito de fumar a los seis meses o más después del comienzo de la intervención.

Recopilación y análisis de datos

Un autor obtuvo los datos y el segundo los verificó, señalando: el país del ensayo, los detalles de las farmacias comunitarias participantes, el método de reclutamiento del sujeto, el comportamiento de los fumadores y las características de los participantes en el reclutamiento, el método de asignación aleatoria, la descripción de la intervención y de cualquier adiestramiento del personal de la farmacia, así como las medidas de resultado.

La calidad metodológica se evaluó según el grado en que se ocultó la asignación a la intervención o al control. Debido a los efectos del grupo potencialmente importantes, los ensayos también se clasificaron de acuerdo a si verificaron o ajustaron según dichos efectos, pero, a falta de consenso con respecto a cómo combinar los datos del nivel de grupo, se adoptó un enfoque narrativo para la síntesis de los datos, en lugar de un metanálisis formal.

Resultados principales

Se identificaron dos ensayos que cumplieron con los criterios de selección. Los mismos incluyeron 976 fumadores. Ambos ensayos se realizaron en el Reino Unido e incluyeron una intervención de adiestramiento que incluyó los Estadios del Modelo de Cambio; luego compararon un programa de apoyo que incluyó el consejo y el mantenimiento de un registro, contra un control que recibió apoyo habitual de la farmacia. En ambos estudios una alta proporción de los participantes en la intervención y el control comenzó a usar el TRN.

Ambos estudios informaron los resultados de abandono del hábito de fumar en tres puntos temporales. Sin embargo, los puntos de seguimiento no fueron idénticos (tres, seis y 12 meses en uno, y uno, cuatro y nueve meses en el otro) y la tendencia al abandono con el transcurso del tiempo no fue lineal en ningún estudio, de manera que los datos no se pudieron combinar. Un estudio reveló una diferencia significativa en las tasas de cesación autoinformada a los 12 meses: 14.3% versus 2.7% ($p < 0.001$); el otro estudio reveló una tendencia positiva en cada seguimiento, con 12,0% versus 7,4% ($p = 0,09$) a los nueve meses.

Conclusiones de los autores

El número limitado de estudios hasta la fecha, indica que los farmacéuticos de la comunidad adiestrados que proporcionan consejería y un programa de apoyo de mantenimiento de registros para sus clientes, pueden tener un efecto positivo sobre las tasas de abandono del hábito de fumar. La fortaleza de las pruebas es limitada porque sólo uno de los ensayos mostró un efecto estadísticamente significativo.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

El personal de la farmacia comunitaria adiestrado podría ayudar a las personas que desean dejar de fumar

El personal de las farmacias comunitarias (almacenes de fármacos) puede ser una fuente de información y apoyo para las personas que tratan de dejar de fumar. Ellos pueden jugar un papel porque el tratamiento de reemplazo de nicotina, una farmacoterapia efectiva para dejar de fumar, está disponible sin prescripción en muchos países. Las personas también van a las farmacias con prescripciones para fármacos que los ayuden a abandonar el hábito. La revisión de los ensayos encontró pruebas limitadas de que el adiestramiento del personal de farmacia para ofrecer servicios de consejería y de mantenimiento de registro de sus clientes pueden ayudar a los fumadores a abandonar el hábito.

ANTECEDENTES

El farmacéutico de la comunidad es uno de los pocos profesionales de la asistencia sanitaria que tiene interacciones regulares con un gran número de personas "sanas" y "enfermas" (HEA 1994). Esto debería brindar una excelente oportunidad a los farmacéuticos para contribuir a la promoción de la salud y a las actividades de prevención de enfermedades, en colaboración con otros prestadores de atención sanitaria. Todas las formas comercialmente disponibles de tratamiento de reemplazo de nicotina (TRN) son eficaces para promover el abandono del hábito de fumar y aumentar las tasas de abandono de 1,5 a dos veces, independientemente del contexto (Silagy 2003a). La promoción del abandono del hábito de fumar es una actividad particularmente apropiada para el farmacéutico de la comunidad porque la TRN está disponible sin prescripción en muchos países, aunque no necesariamente en todas las formulaciones que existen (goma de mascar de nicotina, parches transdérmicos, spray nasal, inhaladores, comprimidos sublinguales y tabletas). El bupropionato es un fármaco que también está disponible para los pacientes solamente bajo prescripción, por lo que está ampliamente distribuido en las farmacias.

En el Reino Unido (RU), a los farmacéuticos se les estimula para que asesoren con respecto al uso correcto de los productos de TRN (Royal Pharmaceutical Society, RPS 1999) y a proporcionar un paquete estructurado de apoyo conductual para

ayudar al abandono del hábito de fumar (West 2000). Sin embargo, los farmacéuticos han identificado varias barreras que pueden inhibirlos de participar en las actividades para el abandono del hábito de fumar, incluida la falta de habilidades para la consejería (Vitale 2000), las características interpersonales de los farmacéuticos, las consideraciones prácticas de los lugares, las características de los pacientes y las preocupaciones económicas (Williams 2000). El adiestramiento de los profesionales de la salud en la consejería para el abandono del hábito de fumar tiene un efecto medible en el rendimiento profesional, pero no existe una evidencia fuerte de que esto cambie el comportamiento de fumador del cliente (Lancaster 2003). Sin embargo, la comprensión del modelo transteórico podría mejorar la efectividad de la consejería en el contexto de las farmacias (Vitale 2000; Hudmon 2001).

Se ha mostrado que los farmacéuticos pueden desempeñar un papel en el ofrecimiento de consejería a los fumadores (Wick 2000), que el asesoramiento de promoción de salud con respecto al abandono del hábito de fumar, brindado por los farmacéuticos de la comunidad adiestrados, es valorado por sus clientes (Gschwend 1999; Blenkinsopp 2002), que los farmacéuticos de la comunidad que aconsejan a los pacientes, pueden mejorar las tasas de abandono del hábito de fumar (Smith 1995; Barbero 2000), que un programa de abandono del hábito de fumar basado en el farmacéutico puede mejorar la calidad de vida de los pacientes relacionada con la salud, durante su intento de

abandono (Zillich 2002) y que las intervenciones de las farmacias pueden ser costo-efectivas (McGhan 1996; Crealey 1998; Sinclair 1999b).

Aunque la bibliografía anterior indica que los farmacéuticos deben jugar un papel útil en el abandono del hábito de fumar, muchos de los estudios citados no cumplen los criterios estrictos requeridos para afirmaciones definitivas. Por lo tanto, el objetivo de esta revisión fue identificar los estudios más rigurosos que permitieran definir, de manera confiable, si los farmacéuticos de la comunidad pueden jugar un papel en la ayuda a sus clientes para que abandonen el hábito de fumar.

OBJETIVOS

Esta revisión evaluó la efectividad de las intervenciones realizadas por el personal de la farmacia de la comunidad para ayudar a los clientes a abandonar el hábito de fumar.

CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISIÓN

Tipos de estudios

Ensayos con asignación al azar controlados.

Tipos de participantes

Clientes de la farmacia comunitaria que son fumadores y desean abandonar el hábito.

Tipos de intervención

Cualquier intervención realizada por el personal de la farmacia de la comunidad para promover el abandono del hábito de fumar entre sus clientes. La intervención puede haber sido implementada por uno o más farmacéuticos o los miembros del personal de la farmacia. Pueden haber incluido consejería o un tratamiento conductual más intensivo, con o sin el uso de cualquier forma de TRN u otra farmacoterapia. La intervención control puede haber sido el apoyo habitual de la farmacia o cualquier programa menos intensivo. Los ensayos farmacéuticos que compararon solamente TRN con un control en el contexto de la farmacia comunitaria no formaron parte de esta revisión.

Tipos de medidas de resultado

La medida de resultado primaria de la revisión fue las tasas de abandono del hábito de fumar seis meses o más después del comienzo de la intervención. Los estudios con seguimiento más corto se excluyeron. Se consideró que los participantes perdidos del seguimiento son actualmente fumadores.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS

Se buscó en el registro de ensayos del Grupo Cochrane de Adicción al Tabaco para los estudios de abandono del hábito de fumar realizados en el contexto de farmacias comunitarias,

mediante los términos de búsqueda *pharmacist* or pharmacy* or *pharmacies* en el título, el resumen o las palabras clave. El registro incluye ensayos controlados de intervenciones para el abandono del hábito de fumar identificados a partir de las búsquedas en las bases de datos electrónicas, incluidas MEDLINE, SCISEARCH y PsycINFO y las búsquedas a mano de los resúmenes de congresos. También se investigó en Embase mediante los términos *((pharmacist* or pharmacy* or pharmacies) in TI or SU) and (smoking cessation)*. Fecha de la búsqueda más reciente: Marzo 2003.

MÉTODOS DE LA REVISIÓN

Extracción de los datos

Los estudios generados por la estrategia de búsqueda fueron revisados por los dos autores, de acuerdo con los criterios de inclusión. Los datos fueron extraídos por un autor (HS) y revisados por un segundo (CB). Se señaló la siguiente información:

País del ensayo.

Detalles de las farmacias comunitarias participantes: tipo de práctica de las farmacias; contexto en estudio.

Método de reclutamiento de los sujetos en el estudio.

Comportamiento del hábito de fumar y características de los participantes en el reclutamiento: si son fumadores actuales o exfumadores recientes; si se seleccionaron según la voluntad de hacer un intento de abandono; edad, sexo y consumo promedio de cigarrillos al inicio.

Otros criterios pertinentes de inclusión/exclusión para el ensayo.

Método de asignación aleatoria.

Descripción de la intervención.

Descripción de cualquier adiestramiento del personal de la farmacia.

Medidas de resultado: definición de abandono del hábito de fumar en el seguimiento más largo; uso de validación bioquímica.

Motivos para la no inclusión de los estudios.

Calidad metodológica

Se evaluó la calidad metodológica de los estudios incluidos en la medida en la que se ocultó la asignación a la intervención o al control. Debido a los efectos del grupo potencialmente importantes, también se valoraron los ensayos de acuerdo a si se verificó la presencia de los efectos del grupo o se ajustó con respecto a los mismos.

Ánalisis de los datos.

En los ensayos que son aleatorios por grupo, los análisis basados en los individuos en lugar de en la unidad de asignación (p.ej. farmacia o proveedor) pueden introducir errores de unidad de análisis. El uso de los métodos estadísticos que suponen, por ejemplo, que las oportunidades de todos los clientes de abandonar el hábito fueron independientes, pasaría por alto la posible semejanza entre los resultados para los clientes vistos por el mismo proveedor. Esto puede subestimar los errores

estándar y producir intervalos de confianza engañosamente estrechos, lo que da lugar a la posibilidad de un error Tipo Uno (Altman 1997). Los ensayos pueden usar una variedad de métodos estadísticos para investigar o compensar según los grupos. Se registró si los estudios usaron estos métodos y si ello alteró la significancia de cualquier efecto. A falta de consenso sobre cómo combinar los datos a nivel de grupo, se planificó adoptar un enfoque narrativo para la síntesis de los datos, en lugar de un metanálisis formal.

DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS

Se identificaron dos ensayos controlados aleatorios, ambos realizados en el Reino Unido, que investigaron el aspecto del apoyo de la farmacia comunitaria para el abandono del hábito de fumar (Sinclair 1998; Maguire 2001). Los estudios incluyeron 976 fumadores con números similares en cada uno y 51 farmacias en un estudio (Maguire 2001) y 60 en el otro (Sinclair 1998). Ambos estudios implementaron intervenciones de adiestramiento que incluían los Estadios del Modelo de Cambio: un taller de tres horas para los farmacéuticos, más una visita de divulgación (Maguire 2001), y un taller de dos horas para los farmacéuticos y asistentes de farmacia (Sinclair 1998). El estudio Maguire utilizó el esquema Pharmacists' Action on Smoking (PAS) que se ha divulgado en muchos lugares (Maguire 1995; Maguire 1996; Maguire 1997). Ambos estudios compararon un programa de apoyo de consejería y el mantenimiento de un registro con un grupo control que recibió un servicio normal del personal de farmacia. Maguire 2001 asignó de forma aleatoria por cliente mediante una técnica de sobre sellado (Altman 1982), mientras Sinclair 1998 usó un diseño de grupos, con la farmacia como unidad de asignación aleatoria. El estudio Maguire reclutó a los clientes que expresaron su deseo de abandonar el hábito de fumar (265 intervención, 219 controles); una proporción similar en cada brazo comenzó a usar la TRN (87% en el grupo intervención, 84% en los controles). El estudio Sinclair reclutó a los clientes de la farmacia que buscaban asesoramiento para abandonar el hábito de fumar o para comprar un producto sin prescripción médica (SPM) contra el tabaco, al comienzo de un nuevo intento de abandonar el hábito de fumar (224 intervención, 268 controles); una proporción similar en cada brazo comenzó a usar la TRN (intervención 98%, controles 93%).

Los puntos de seguimiento en el estudio Maguire fueron a los tres, seis y 12 meses, mientras el estudio Sinclair los siguió al mes, a los cuatro y a los nueve meses. En ambos estudios, el resultado de abandono del hábito de fumar al final del seguimiento fue el abandono continuo. En ambos estudios el seguimiento fue mediante cuestionario postal y dependió del estado autoinformado de fumador. Esto se validó mediante cotinina en uno de los estudios (Maguire 2001).

Un estudio (Maguire 2001) pagó a los farmacéuticos £15 por cada fumador reclutado y seguido durante 12 meses.

Ambos estudios utilizaron métodos cualitativos para evaluar el proceso de intervención. Maguire 2001 realizó las entrevistas telefónicas y los grupos focales, con la participación de los farmacéuticos. El otro estudio usó entrevistas telefónicas con los clientes, los farmacéuticos y los asistentes de farmacia (Sinclair 1997; Sinclair 1998). Sinclair también desarrolló un cuestionario postal para comparar el conocimiento y las actitudes de los farmacéuticos y asistentes de farmacia de los grupos intervención y control a los dos, 12, 24 y 36 meses después del taller de adiestramiento (Sinclair 1999a).

CALIDAD METODOLÓGICA

Se consideró que ningún ensayo había usado un enfoque que asegurara el ocultamiento adecuado de la asignación. Aunque Maguire 2001 utilizó sobres sellados, el proceso permanece dudoso debido a la disparidad entre los números en los grupos control e intervención (los controles fueron notablemente menos). El ensayo Sinclair fue aleatorio por grupo, con la farmacia como unidad de asignación aleatoria y las farmacias se asignaron de forma secuencial a la intervención adiestramiento o a no adiestramiento (Sinclair 1998).

En Maguire 2001 la asignación aleatoria fue por participante. En Sinclair 1998 la unidad de asignación aleatoria fue la farmacia, de manera que no se pudo asumir que los individuos incluidos en el análisis fueron independientes uno de otro (una presuposición razonable en caso de que la asignación aleatoria hubiera sido por participante). Sin embargo, se demostró que el grado de asignación aleatoria dentro del grupo fue insignificante, de manera que la asignación aleatoria por farmacia no tuvo efecto sobre la varianza de los coeficientes de regresión y por ello los resultados se pudieron tratar como si la asignación aleatoria hubiera sido por participante. No obstante, se decidió no combinar los datos de los dos estudios, debido a que la tendencia en el tiempo en cuanto al abandono no fue lineal en ninguno de los estudios y los tiempos de seguimiento no fueron idénticos. Sin embargo, como es habitual que las revisiones Cochrane sobre la adicción al tabaco intenten combinar ensayos clínicamente similares e ignoren pequeñas diferencias en cuanto a la duración del seguimiento, también se tomó en consideración si dicha combinación alteraría los resultados.

En un estudio se informó la validación con cotinina del abandono autoinformado a los 12 meses (Maguire 2001). En el otro estudio no se realizaron validaciones bioquímicas (Sinclair 1998).

RESULTADOS

En ambos estudios, se asumió que los que no respondieron fueron los actualmente fumadores.

En Maguire 2001, el 27,5% del grupo intervención declaró un abandono continuo durante tres meses, contra un 11,0% de los

controles; el 18,5% del grupo de intervención declaró abandono continuo durante seis meses en el grupo intervención y el 8,2% lo hizo en los controles; y el 14,3% declaró abandono continuo validado mediante cotinina a los 12 meses en el grupo de intervención, contra un 2,7% de los controles ($p < 0,001$). Las tasas de abandono a los 12 meses fueron consistentes con respecto a factores de confusión potenciales (tipo o tamaño de la farmacia y género o edad del farmacéutico involucrado en el estudio).

En Sinclair 1998, el 29,9% del grupo intervención declaró una abstinencia de una prevalencia puntual de un mes, mientras que en los controles lo hizo el 23,6% ($p = 0,12$); el 16,1% del grupo intervención declaró abandono continuo durante cuatro meses y en el caso de los controles lo hizo el 10,9% ($p = 0,094$); el 12,0% del grupo intervención y el 7,4% de los controles declararon abandono continuo durante nueve meses ($p = 0,089$). Estas tendencias en el resultado fueron consistentes con respecto a factores de confusión potenciales (género, edad, nivel socioeconómico, dependencia de nicotina en el momento del reclutamiento y tipo de producto de TRN usado) y al ajuste por grupo.

Los farmacéuticos fueron positivos para el modelo Pharmacists' Against Smoking (PAS) y consideraron que el conocimiento del Ciclo de Cambio fue valioso cuando se intentó cambiar el hábito de fumar del cliente. (Maguire 2001). Los farmacéuticos identificaron las limitaciones de tiempo y la insuficiente remuneración por el servicio como las barreras principales para una participación más activa por parte de ellos en el programa de abandono del hábito de fumar (Maguire 2001). Consideraron que se necesitaba un enfoque multidisciplinario para el abandono del hábito de fumar y remarcaron la necesidad de mejorar las relaciones con los médicos generales (MG) locales (Maguire 2001).

Fue significativamente más probable que los participantes en la intervención hubieran discutido el abandono del hábito de fumar con el personal de farmacia (85,0% comparado con el 62,3% de los controles [$p = 0,00001$]) (Sinclair 1998). Ellos también clasificaron su discusión con calificaciones más altas, el 33,8% del grupo intervención la clasificó como "muy útil", comparado con el 15,7% de los controles ($p = 0,048$). La mayoría de los farmacéuticos y los asistentes de farmacia pensó que: los Estudios del modelo de Cambio fue una buena manera de comprender el abandono del hábito de fumar, que el adiestramiento fue una buena experiencia de aprendizaje y un buen uso de su tiempo. Consideraron que habían podido utilizar el adiestramiento, que éste había logrado un cambio en la forma de aconsejar a sus clientes, que les había sido útil para ayudar a sus clientes y que había aumentado su satisfacción con el trabajo (Sinclair 1997). Uno año después del adiestramiento, las puntuaciones combinadas de los farmacéuticos y asistentes de farmacia que trabajaban en cada farmacia mostró que los equipos de farmacia de intervención tuvieron un mayor conocimiento y comprensión del modelo, mayor autoeficacia para aconsejar a los clientes y una actitud más positiva acerca

del resultado de la consejería sobre el abandono del hábito de fumar en las farmacias comunitarias que en sus contrapartes de control (Sinclair 1998b). Los seguimientos anuales adicionales demostraron el beneficio a largo plazo del entrenamiento en el Estadio de Cambio durante un período de tres años para los farmacéuticos de la comunidad y para su personal, en cuanto al conocimiento y las actitudes (Sinclair 1999a).

Los resultados para cada ensayo se muestran de forma gráfica como odds-ratios con intervalos de confianza del 95%. También se tomó en cuenta el efecto de la combinación de los resultados. Hubo heterogeneidad significativa ($I^2 = 81,1\%$) (Higgins 2003), de manera que no fue apropiado un modelo de efectos fijos para la combinación. Con el uso de un modelo de efectos aleatorios, el efecto combinado no fue estadísticamente significativo (OR 3,06; IC del 95%: 0,86; 10,55).

DISCUSIÓN

El número limitado de estudios hasta la fecha apoya la posibilidad de que los farmacéuticos de la comunidad adiestrados, que proporcionen un programa de apoyo de consejería y mantenimiento del registro para sus clientes, tiene un efecto positivo sobre las tasas de abandono del hábito de fumar (Sinclair 1998; Maguire 2001). Una limitación de la fortaleza de esta conclusión es que los dos estudios tuvieron efectos algo diferentes. Maguire 2001 mostró un beneficio grande y estadísticamente significativo, pero la tasa de abandono en el grupo control a los 12 meses fue relativamente baja, solamente el 2,7%, aunque el 84% comenzó a utilizar la TRN. En contraste Sinclair 1998 no mostró un efecto estadísticamente significativo en el seguimiento, aunque hubo una tendencia coherente hacia el beneficio de la intervención en todos los puntos de seguimiento.

Como muchas revisiones de la adicción al tabaco sí realizan el metanálisis para combinar los resultados de ensayos clínicamente similares, se tomó en consideración si la combinación de los datos habría cambiado las conclusiones. Tal como se esperaba, hubo una heterogeneidad estadísticamente significativa entre los resultados de los dos estudios. Por lo tanto, la combinación mediante un modelo de efectos fijos fue inapropiada. Mediante un modelo de efectos aleatorios, el intervalo de confianza alrededor de la estimación fue muy amplio e incluyó la unidad. O sea, no se detectaron pruebas de un beneficio significativo. Esto apoya las conservadoras conclusiones de la revisión.

Aunque sólo existen pruebas limitadas de la efectividad en las intervenciones basadas en el estadio con respecto al cambio del hábito de fumar (Riemsma 2003), ambos estudios de farmacia encontraron que los farmacéuticos valoraron el entrenamiento y consideraron que la comprensión del modelo de Estudios de Cambio los ayudó a aconsejar a sus clientes (Sinclair 1997; Maguire 2001). La intervención de adiestramiento tuvo beneficios a largo plazo con respecto al conocimiento y las

actitudes de los farmacéuticos y su personal durante un período de tres años (Sinclair 1999a) y también se asoció con un aumento en el informe de los participantes y una mayor calificación en la consejería (Sinclair 1998).

El personal de farmacia que trabajaba por cuenta propia puede contribuir de forma positiva al proceso y al resultado del abandono del hábito de fumar (Sinclair 1998; Maguire 2001), y otros profesionales de la asistencia sanitaria también pueden contribuir de forma positiva al proceso de abandono del hábito de fumar (Rice 2003; Silagy 2003b). Sin embargo, se podría lograr mucho más mediante un enfoque coordinado para las intervenciones, que involucre a todos los miembros del equipo de asistencia sanitaria (Lichtenstein 1996). Los farmacéuticos han remarcado la importancia de un enfoque multidisciplinario para el abandono del hábito de fumar y la necesidad de mejorar las relaciones con los MG locales (Maguire 2001). También existe un amplio campo para las intervenciones en la atención primaria y secundaria, como demuestra un programa australiano de abandono del hábito de fumar que incluye la consejería y los parches de nicotina, iniciado en el hospital y continuado por los farmacéuticos con base en el hospital o la comunidad, que fue superior a la intervención mínima con parches de nicotina (Vial 2002).

Las barreras principales que los farmacéuticos consideran que influyen más activamente en las intervenciones para abandonar el hábito de fumar son las limitaciones de tiempo y la remuneración insuficiente (Maguire 2001). Es necesario abordar estas barreras.

CONCLUSIONES DE LOS AUTORES

Implicaciones para la práctica

Las intervenciones en las que los farmacéuticos se entrena para proporcionar un programa de apoyo de consejería y mantenimiento de un registro para los fumadores, se asocian con un aumento y una mejor calificación de la consejería y pueden tener un efecto positivo sobre las tasas de abandono del hábito de fumar. Esto indica que el personal de la farmacia de la comunidad tiene el potencial para contribuir de forma significativa a los objetivos de abandono del hábito de fumar. Sin embargo, esto podría lograrse en mayor medida mediante

un enfoque coherente y coordinado de las intervenciones de abandono del hábito de fumar por una gama amplia de profesionales de la asistencia sanitaria desde la atención primaria hasta la secundaria.

Es necesario abordar los aspectos de las limitaciones de tiempo y la remuneración apropiada para el personal de farmacia que presta apoyo al abandono del hábito de fumar de sus clientes.

Implicaciones para la investigación

El número limitado de estudios hasta la fecha indica que los farmacéuticos de la comunidad adiestrados que proporcionan un programa de apoyo de consejería y mantenimiento del registro de sus clientes, pueden tener un efecto positivo sobre las tasas de abandono del hábito de fumar. Los dos ensayos incluidos adiestraron a los farmacéuticos mediante el modelo de Estadios de Cambio. Se necesita trabajo adicional para confirmar si esto, así como otros adiestramientos e intervenciones de apoyo, son costo efectivos más allá del contexto de farmacias comunitarias del Reino Unido.

También se necesita trabajo adicional para evaluar la efectividad clínica y de costo de las intervenciones coordinadas a través de la atención primaria y secundaria.

AGRADECIMIENTOS

Amanda Lee proporcionó asesoramiento estadístico.

POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS

HK Sinclair y CM Bond fueron los investigadores principales de uno de los estudios incluidos en esta revisión.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Recursos externos

- La información sobre los recursos de apoyo no está disponible

Recursos internos

- University of Aberdeen UK

REFERENCIAS

Referencias de los estudios incluidos en esta revisión

Maguire 2001 (published data only)

Maguire TA, McElroy JC, Drummond A. A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention based in community pharmacies. *Addiction* 2001;96(2):325-31.

Sinclair 1998 (published data only)

Sinclair HK, Bond CM, Lennox AS. The longterm learning effect of training in stage of change for smoking cessation: a three year follow up of community pharmacy staff's knowledge and attitudes. *International Journal of Pharmacy Practice* 1999;7:1-11.

Sinclair HK, Bond CM, Lennox AS, Silcock J, Winfield AJ. An evaluation of a training workshop for pharmacists based on the Stages of Change model of smoking cessation. *Health Education Journal* 1997;56:296-312.

Sinclair HK, Bond CM, Lennox AS, Silcock J, Winfield AJ. Knowledge of and attitudes to smoking cessation: the effect of stage of change training for community pharmacy staff. *Health Bulletin* 1998;56:526-39.

*Sinclair HK, Bond CM, Lennox AS, Silcock J, Winfield AJ, Donnan PT. Training pharmacists and pharmacy assistants in the stages-of-change model of smoking cessation: a randomized controlled trial in Scotland. *Tobacco Control* 1998;7(3):253-61.

Sinclair HK, Silcock J, Bond CM, Lennox AS, Winfield AJ. The cost-effectiveness of intensive pharmaceutical intervention in assisting people to stop smoking. *International Journal of Pharmacy Practice* 1999;7:107-12.

Referencias de los estudios excluidos de esta revisión

Anderson 2002

Anderson C, Mair A. Pro-change: adult smokers program: Northumberland pilot. *International Journal of Pharmacy Practice* 2002;10:281-7.

Baluch 1995

Baluch WM. Pharmacists role in a smoking-cessation program at a health maintenance organization. *American Journal of Health-system Pharmacy* 1995;52:287-93.

Carroll 2000

Carroll P, Fois R, Sarson D, Flynn J. A community pharmacy-based program using transdermal nicotine replacement therapy-actions and outcomes. *Australian Pharmacist* 2000;19(1):51-5.

Doescher 2002

Doescher MP, Whinston MA, Goo A, Cummings D, Huntington J, Saver BG. Pilot study of enhanced tobacco-cessation services coverage for low-income smokers. *Nicotine and Tobacco Research* 2002;4 Suppl 1:S19-S24.

Gauen 1995

Gauen SE, Lee NL. Pharmacists role in a smoking-cessation program at a managed health-care organization. *American Journal of Health-system Pharmacy* 1995;52:294-6.

Howard-Pitney 1999

Howard-Pitney B, Killen JD, Fortmann SP. Quitting chew: results from a randomized trial using nicotine patches. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 1999;7(4):362-71.

Kennedy 2002

Kennedy DT, Giles JT, Chang ZG, Small RE, Edwards JH. Results of a smoking cessation clinic in community pharmacy practice. *Journal of the American Pharmaceutical Association* 2002;42(1):51-6.

Roth 2001

Roth MT, Westman EC. Use of bupropion SR in a pharmacist-managed outpatient smoking-cessation program. *Pharmacotherapy* 2001;21(5):636-41.

Sonderskov 1997

Sonderskov J, Olsen J, Meillier L, Overvad OK, Sabroe S. [The effect of transdermal nicotine patches in smoking cessation. A randomized trial in pharmacy customers in Denmark] [Danish] [Effekten af transdermalt nikotinplaster ved rygeafvaenning. En randomiseret undersøgelse blandt apotekskunder i Danmark]. *Ugeskrift for laeger* 1999;161(5):593-7.

Sonderskov J, Olsen J, Sabroe S, Meillier L, Overvad K. Nicotine patches in smoking cessation: A randomized trial among over-the-counter customers in Denmark. *American Journal of Epidemiology* 1997;145(4):309-18.

Swartz 1995

Swartz SH, Ellsworth AJ, Curry SJ, Boyko EJ. Community patterns of transdermal nicotine use and provider counseling. *Journal of General Internal Medicine* 1995;10(12):656-62.

Vial 2002

Vial RJ, Jones TE, Ruffin RE, Gilbert AL. Smoking cessation program using nicotine patches linking hospital to the community. *Journal of Pharmacy Practice and Research* 2002;32(1):57-62.

Vitale 2000

Vitale F. Professional intervention for smoking cessation: The contribution of the pharmacist. *European Journal of Public Health* 2000;10(3 Suppl):21-4.

Referencias adicionales

Altman 1982

Altman DG, Gore SM. *Statistics in Practice*. London: British Medical Association, 1982.

Altman 1997

Altman DG, Bland JM. Statistical notes. Units of analysis. *BMJ* 1997;314:1874.

Barbero 2000

Barbero Gonzalez JA, Quintas Rodriguez AM, Camacho JE. [Smoking cessation from the community pharmacy] [Spanish]. *Atencion Primaria* 2000;26(10):693-6.

Blenkinsopp 2002

Blenkinsopp A, Tann J, Platts A, Allen J. Evaluation of feasibility and acceptability of a community pharmacy health promotion scheme - Views of users and providers. *Health Education Journal* 2002;61(1):52-69.

Crealey 1998

Crealey GE, McElroy JC, Maguire TA, O'Neill C. Costs and effects associated with a community pharmacy-based smoking-cessation programme. *Pharmacoeconomics* 1998;14:323-333.

Gschwend 1999

Gschwend P, Steffen T, Hersberger K, Ackermann-Liebrich U. [Smoking cessation in pharmacies - evaluation of the smoking cessation campaign "tobacco adieu!" among pharmacists in Basle] [German] [Raucherentwöhnung in Apotheken--Evaluation der Raucherentwöhnungskampagne "Tabak adieu" der Apotheker/-innen beider Basel]. *Sozial- und Präventivmedizin* 1999;44:14-21.

HEA 1994

Health Education Authority. *Health promotion and the community pharmacist*. London: HEA, 1994.

Higgins 2003

Higgins JP, Thompson SG, Deeks JJ, Altman DG. Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ* 2003;327(7414):557-60.

Hudmon 2001

Hudmon KS, Corelli RL, Kroon LA, Shreve MS, Prokhorov AV. Reducing pulmonary disease: The pharmacist's role in smoking cessation. *Journal of Pharmacy Practice* 2001;14(2):143-59.

Lancaster 2003

Lancaster T, Silagy C, Fowler G. Training health professionals in smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 3, 2003. Oxford: Update Software. CD000214.

Lichtenstein 1996

Lichtenstein E, Hollis JF, Severson HH, Stevens VJ, Vogt TM, Glasgow RE et al. Tobacco cessation interventions in health care settings: rationale, model, outcomes. *Addictive Behaviors* 1996;21:709-720.

Maguire 1995

Maguire T. Smoking cessation: a model service for UK community pharmacists. *International Journal of Smoking Cessation* 1995;4:18-21.

Maguire 1996

Maguire T. Pharmaceutical care - a realistic pharmaceutical service. *Pharmacy Today* 1996;7:20-4.

Maguire 1997

Maguire 1997. Smoking cessation, nicotine replacement therapy and community pharmacy. *Pharmaceutical Journal* 1997;258:239-40.

McGhan 1996

McGhan WF, Smith MD. Pharmacoeconomic analysis of smoking-cessation interventions. *American Journal of Health System Pharmacy* 1996;53(1):45-52.

Rice 2003

Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 3, 2003. Oxford: Update Software. CD001188.

Riemsma 2003

Riemsma RP, Pattenden J, Bridle C, Sowden AJ, Mather L, Watt IS, Walker A. Systematic review of the effectiveness of stage based interventions to promote smoking cessation. *BMJ* 2003;326(7400):1175-7.

RPS 1999

Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. Pharmacists' ethical and professional performance: a consultation document on a new code of ethics. *The Pharmaceutical Journal* 1999;263:CE1-10.

Silagy 2003a

Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 3, 2003. Oxford: Update Software. CD000146.

Silagy 2003b

Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 3, 2003. Oxford: Update Software. CD000165.

Sinclair 1997

Sinclair HK, Bond CM, Lennox AS, Silcock J, Winfield AJ. An evaluation of a training workshop for pharmacists based on the Stages of Change model of smoking cessation. *Health Education Journal* 1997;56:296-312.

Sinclair 1998b

Sinclair HK, Bond CM, Lennox AS, Silcock J, Winfield AJ. Knowledge of and attitudes to smoking cessation: the effect of stage of change training for community pharmacy staff. *Health Bulletin* 1998;56:526-39.

Sinclair 1999a

Sinclair HK, Bond CM, Lennox AS. The longterm learning effect of training in stage of change for smoking cessation: a three year follow up of community pharmacy staff's knowledge and attitudes. *International Journal of Pharmacy Practice* 1999;7:1-11.

Sinclair 1999b

Sinclair HK, Silcock J, Bond CM, Lennox AS, Winfield AJ. The cost-effectiveness of intensive pharmaceutical intervention in assisting people to stop smoking. *International Journal of Pharmacy Practice* 1999;7:107-12.

Smith 1995

Smith MD, McGhan WF, Lauger G. Pharmacist counseling and outcomes of smoking cessation. *American Pharmacy* 1995;NS35(8):20-9, 32.

West 2000

West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000;55(12):987-99.

Wick 2000

Wick M, Ackermann-Liebrich U, Bugnon O, Cerise C. Evaluation of the "future non-smokers" campaign of the Swiss Society of Pharmacists [Evaluation der Kampagne "Künftige Nichtraucher" des Schweizerischen Apothekerverbands]. *Sozial- und Präventivmedizin* 2000;45(2):73-84.

Williams 2000

Williams DM, Newsom JF, Brock TP. An evaluation of smoking cessation-related activities by pharmacists. *Journal of the American Pharmaceutical Association* 2000;40(3):366-70.

Zillich 2002

Zillich AJ, Ryan M, Adams A, Yeager B, Farris K. Effectiveness of a pharmacist-based smoking-cessation program and its impact on quality of life. *Pharmacotherapy* 2002;22(6):759-65.

* El asterisco señala los documentos más importantes para este estudio

TABLAS

Characteristics of included studies

Study	Maguire 2001
Methods	Setting: community pharmacies in Northern Ireland and in London, England. Recruitment inclusion criteria: smokers expressing a wish to stop smoking, >18 years, not pregnant, no minimum cigarettes/day. Recruitment period 14 months. Recruitment limited to 12 per pharmacy. Randomization: by customer; using sealed envelope technique
Participants	100 pharmacists in Northern Ireland and 24 in London: 51 pharmacies enrolled eligible subjects. 484 smokers (265 intervention [60% male, age: 17-69, mean 42; 74% smoked 10-20 cigarettes/day, 87% started to use NRT]; 219 control [56% male, age: 25-72, mean 38; 55% smoked 10-20 cigarettes/day, 84% started to use NRT]
Interventions	Three-hour training workshop for pharmacists plus one support visit to each pharmacist. The workshop covered epidemiology, smoking statistics, NRT use, cycle of change model and Pharmacists' Action on Smoking (PAS) model. The PAS intervention involved structured counselling programme, information leaflet and record keeping. They were required to attend a weekly follow-up for the first 4 weeks then monthly for 3 months as needed
Outcomes	Self-reported continuous abstinence at 3, 6 and 12 months. Validation: cotinine at 12 months on subjects reporting 12 months of abstinence (n=44)
Notes	Pharmacists paid £15 per smoker enrolled and followed up for 12 months. No recruit attended for counselling after 4 weeks
Allocation concealment	B
Study	Sinclair 1998
Methods	Setting: rural community pharmacies, Grampian, Scotland. Recruitment inclusion criteria: pharmacy customers seeking advice on stopping smoking or buying an OTC anti-smoking product in preparation for a new attempt to stop smoking. Recruitment period 12 months. No limit to number of recruits per pharmacy. Randomization: by pharmacy; stratified by type (national multiple, or proprietor-owned), ranked by pharmacist's motivation (date of joining study), then sequential allocation to training or no training
Participants	62 community pharmacies (31 intervention, 31 control). 60 pharmacies enrolled eligible subjects. Training intervention attended by all intervention pharmacies: 40 pharmacists (25 women, 15 men), 54 assistants (all women). 492 smoker/customers (224 intervention [61% female, age: 17-74, mean 42, 98% used anti-smoking product, mean socio-economic status 3.0, mean Fagerstrom test for nicotine dependence (FTND) 5.2] 268 control [63% female, age: 17-77, mean 42, 93% used anti-smoking product (mostly NRT), mean socio-economic status 3.4, mean FTND 5.2]). Subjects lost to follow-up (addressee unknown): 1 month (3 intervention, 9 controls); 4 months (4 intervention, 2 controls). Subjects at 9 months: 217 intervention, 257 controls.
Interventions	Two-hour training workshop for pharmacists and pharmacy assistants: based on stages of change model and communication skills for negotiating change and providing ongoing support; no focus on smoking cessation products. Trained pharmacy staff offered customers the Pharmacy Support Programme which involved client registration, counselling and ongoing record keeping at each subsequent purchase
Outcomes	Self-reported point prevalence at 1 month, continuous abstinence at 4 and 9 months Validation: none

Characteristics of included studies

Notes	No additional pharmacy reimbursement. Evaluated effects of clustering by calculating intra-cluster correlation coefficients for each outcome. Concluded no evidence of significant cluster effect.
Allocation concealment	C

Characteristics of excluded studies

Study	Reason for exclusion
Anderson 2002	Feasibility study. No six month follow-up. No comparators.
Baluch 1995	No control group
Carroll 2000	No control group
Doescher 2002	No control group
Gauen 1995	No control group
Howard-Pitney 1999	Randomized to receive NRT or placebo; both groups received same behavioural treatment.
Kennedy 2002	No control group
Roth 2001	No control group
Sonderskov 1997	NRT versus placebo, no other intervention.
Swartz 1995	No control group
Vial 2002	Participants did not meet the criteria for consideration in this review i.e. were not community pharmacy clients who were smokers wishing to stop. Participants recruited in a hospital setting and randomized to one of three arms of the study. Support programme of counselling and nicotine patches initiated in hospital with the first consultation with a research pharmacist common to two groups then continued by hospital- or community pharmacy-based pharmacists compared with minimal intervention without nicotine patches
Vitale 2000	Descriptive paper, no control group

CARÁTULA

Titulo	Intervenciones del personal de la farmacia de la comunidad para el abandono del hábito de fumar
Autor(es)	Sinclair HK, Bond CM, Stead LF
Contribución de los autores	KH y CM extrajeron los datos y redactaron la revisión; LS buscó los ensayos y editó la versión final de la revisión
Número de protocolo publicado inicialmente	2002/3
Número de revisión publicada inicialmente	2004/1
Fecha de la modificación más reciente"	18 noviembre 2003

"Fecha de la modificación SIGNIFICATIVA más reciente	18 noviembre 2003
Cambios más recientes	El autor no facilitó la información
Fecha de búsqueda de nuevos estudios no localizados	El autor no facilitó la información
Fecha de localización de nuevos estudios aún no incluidos/excluidos	El autor no facilitó la información
Fecha de localización de nuevos estudios incluidos/excluidos	30 junio 2003
Fecha de modificación de la sección conclusiones de los autores	El autor no facilitó la información
Dirección de contacto	Dr Hazel Sinclair Research Fellow Department of General Practice and Primary Care University of Aberdeen Foresterhill Health Centre Westburn Road Aberdeen AB25 2AY UK Teléfono: +44 1224 553912 E-mail: h.sinclair@abdn.ac.uk Facsimile: +44 1224 550683
Número de la Cochrane Library	CD003698-ES
Grupo editorial	Cochrane Tobacco Addiction Group
Código del grupo editorial	HM-TOBACCO

RESUMEN DEL METANÁLISIS

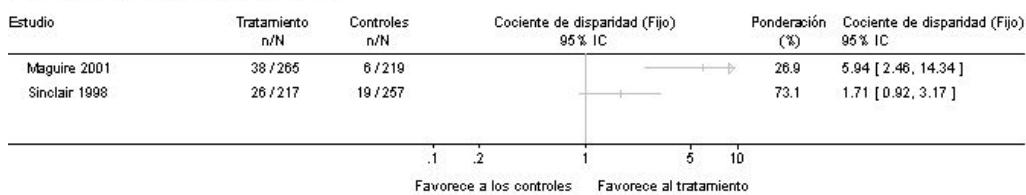
01 Intervención versus control				
Resultado	Nº de estudios	No.de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Abandono al seguimiento más largo			Odds-ratio (Fijo) IC del 95%	TOTALES NO SELECCIONADOS

GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS

Fig. 01 Intervención versus control

01.01 Abandono al seguimiento más largo

Revista: Intervenciones del personal de la farmacia de la comunidad para el abandono del hábito de fumar
Comparación: 01 Intervención versus control
Consecuencia: 01 Abandono al seguimiento más largo



.1 .2 1 5 10
Favorece a los controles Favorece al tratamiento