



Original

Artículo español

Factores asociados al éxito de los tratamientos del tabaquismo

Factors associated with successful treatment of smoking

Raúl Godoy Mayoral¹, Francisco Javier Callejas González², Ana I. Tornero³, Ángel Molina Cano⁴, Francisco Agustín⁵, Pedro J. Tárraga López⁶

¹Neumología Hospital General Universitario de Albacete. España

²Neumología Hospital General Universitario de Albacete. España

³Neumología Hospital General Universitario de Albacete. España

⁴Neumología Hospital General Universitario de Albacete. España

⁵Neumología Hospital General Universitario de Albacete. España

⁶EAP Zona 5ª Albacete. España

Resumen

Objetivos: Evaluar el éxito de tratamiento de la deshabituación tabáquica, según sexo, comorbilidades y tratamientos utilizados.

Método: Estudio retrospectivo, descriptivo, de los resultados obtenidos tras analizar la muestra de todos los pacientes que acudieron a la Unidad de Tratamiento Especializado en Tabaquismo del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete desde el 1 de Enero de 2008 hasta el 31 de Diciembre de 2009 y su posterior seguimiento hasta completar un año.

Resultados: Participan 838 pacientes, enviados desde Atención Primaria y el Servicio de Neumología, un 53,7 % eran varones.

La edad media fue de 46,18 años. El consumo medio de cigarrillos supera el paquete diario con 27,30 cigarrillos por día.

La mayoría de los pacientes presentaban comorbilidad, de entre las que destacamos la comorbilidad psiquiátrica (37,7 %) , los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), entre los que el más frecuente era la dislipemia, seguido de la HTA y la DM, y la comorbilidad respiratoria (EPOC, SAHS, asma y portadores crónicos de OCD).

El éxito obtenido en el global de los pacientes que fueron a la primera consulta fue del 13,8 %) mientras que el éxito obtenido en los pacientes que no abandonaron sin iniciar tratamiento fue del 27,6 %).

Con la variable ER/ECV se observó que tener Enfermedad Respiratoria o catdiovascular no influye para el éxito de la abstinencia.

Apenas existen diferencias en la probabilidad de éxito según el paciente tenga o no HTA, DM o DLP, trastorno psiquiátrico, alcoholismo o neoplasias.

Tampoco se han encontrado diferencias en cuanto al número de intentos de abandono del tabaco previos al tratamiento y el éxito obtenido.

Además, se calculó el éxito según el número de cigarrillos consumidos al día, no se encontró diferencia estadísticamente significativa para un 95 % de confianza.

Conclusiones: En nuestro estudio tener comorbilidades cardiovasculares o psiquiátricas no influyen en el éxito para dejar de fumar.

Palabras clave

Tabaquismo; Factores de riesgo cardiovascular; Enfermedades concomitantes; Éxito cesación tabaquismo.

Abstract

Objectives: To assess the success of smoking cessation treatment, according to sex, comorbidities and treatments used.

Method: Retrospective, descriptive study of the results obtained after analyzing the sample of all patients who attended the "Specialized Smoking Treatment" Unit in the University Hospital of Albacete from the 1st of January 2008 until the 31st of December 2009 and the subsequent posterior year follow-up.

Results: 838 patients sent from Primary Care and Pneumology Service were included. 53.7% were men.

The average age of the sample was 46.18 years. The average daily cigarette consumption was over a pack daily with 27.30 cigarettes per day.

Most of the patients had comorbidities; among which was psychiatric comorbidity (37.7%), cardiovascular risk factors (CVRFs); among which the most common factor was dyslipidemia followed by hypertension and diabetes, and respiratory comorbidity (COPD, obstructive sleep apnea, asthma and chronic carriers of Domiciliary Oxygen Therapy).

The global success in patients who attended the first consultation was (13.8%), while the success in patients who did not abandon the study without starting the treatment was 27.6%).

With the variable "Respiratory Diseases / Cardiovascular Diseases" (RD/CVD) it was observed that having a respiratory or a cardiovascular disease does not influence the success of smoking cessation.

There are hardly any differences in the success probability according to whether the patient is suffering or not hypertension, diabetes, dyslipidemia, psychiatric disorder, alcoholism or neoplasias. However statistical difference between success and the possibility of being diagnosed or not with SAHS was observed ($p < 0.028$).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pitarraga@sescam.jccm.es (Pedro J. Tárraga López).

Recibido el 15 de julio de 2016; aceptado el 24 de julio de 2016.



Los artículos publicados en esta revista se distribuyen con la licencia:
Articles published in this journal are licensed with a:
Creative Commons Attribution 4.0.
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>
La revista no cobra tasas por el envío de trabajos,
ni tampoco cuotas por la publicación de sus artículos.

Nor were found differences regarding the number of previous attempts to quit before starting the treatment and success. Moreover, the success was calculated according to the number of cigarettes smoked per day, but no statistically significant difference was found for a 95% confidence interval.

Conclusions: In our study, cardiovascular or psychiatric comorbidities have no influence on quitting smoking success.

KEYWORDS

Cigarette smoking; Cardiovascular risk factors; Concomitant diseases; Smoking cessation success.

Introducción:

El tabaco es la primera causa aislada de mortalidad prematura en nuestro medio¹, es un problema de salud, con un coste elevado en muertes prematuras y evitables, en enfermedades e invalidez evitables, y en sufrimiento innecesario. Secundariamente, todo esto tiene unos costes económicos muy elevados, consumiendo recursos que de otro modo podrían dedicarse a otras finalidades²⁻³.

En nuestro país, el tabaquismo consume el 15% de su gasto sanitario, aproximadamente 15.000 millones de euros.

El Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) ha asegurado que de los casi 10.000 millones de euros de presupuesto sanitario anual, sumando el público y el privado, en torno al 15 % está relacionado con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades vinculadas al consumo de tabaco⁴⁻⁵.

Por otra parte, el rendimiento comparado de la prevención del tabaquismo en nuestro medio es muy elevado: conseguir que un paciente de 20 años deje de fumar tiene un rendimiento en esperanza de vida tres veces superior al de controlar su hipertensión, y casi diez veces superior al de controlar su colesterol². Por todo ello, el control de tabaquismo debería ser una de las mayores prioridades sanitarias del país⁹⁻¹⁰. Los problemas prioritarios son dos: Por un lado, proteger a los jóvenes (particularmente hoy a las mujeres) y ayudarles a no empezar a fumar. Por otro, ayudar a los fumadores que lo desean a dejar de fumar. Como veremos, los progresos respecto a este segundo problema hacen más fácil afrontar el primero. La protección de los adolescentes es un objetivo prioritario, y suscita el mayor consenso social. Sin embargo, es el más difícil, pues lleva a enfrentarse directamente con los esfuerzos de promoción de la industria tabaquera, que necesita reclutar nuevos adictos para sustituir a los que fallecen o abandonan el hábito⁸⁻¹².

La otra cuestión prioritaria es facilitar dejar de fumar a la amplia mayoría de fumadores que lo desea. Este objetivo choca con el hecho objetivo de que la adicción a la nicotina es muy intensa. Por otra parte, en nuestra población de fumadores, son muchos los que están en la fase denominada de precontemplación, necesitando un detonante para iniciar un intento de cesación. Sin embargo, muchos médicos no tienen tiempo, habilidades o motivación para hacer este esfuerzo. Una revisión reciente del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud documentó que muchos centros de salud son activos en este campo, pero que la proporción de pacientes en que constan indicios de intervención es menor que para otros factores de riesgo¹²⁻¹⁴; este mismo estudio mostró que el 7,6% de los fumadores aconsejados dejaron de fumar, un resultado del programa que es de todos modos muy favorable al compararse con el 5% que se podría esperar según los estudios iniciales¹². El tratamiento farmacológico y otras opciones especializadas pueden ayudar a un grupo seleccionado de estos pacientes, que tienen mayor riesgo. Aunque los que precisan ayuda más intensa sean una fracción relativamente pequeña del total de fumadores, los beneficios potenciales derivados de ayudarlos son mayores¹⁵.

Método:

Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo, de los resultados obtenidos tras analizar la muestra de todos los pacientes que acudieron a la Unidad de Tratamiento Especializado en Tabaquismo del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete desde el 1 de Enero de 2008 hasta el 31 de Diciembre de 2009 y su posterior seguimiento hasta completar un año.

Los pacientes que acceden a nuestra consulta son derivados bien por un especialista o por su médico de Atención Primaria. También se atienden en nuestra consulta personal sanitario del centro hospitalario que demanda ayuda para deshabituación tabáquica. Estos pacientes reflejan las características de la población adulta fumadora.

El seguimiento a los pacientes consta de:

- Primera visita: A todos los pacientes que se incluyen en la consulta, se realiza una historia clínica general, una historia específica de tabaquismo donde se refleja el consumo actual de cigarrillos (incluyendo el tipo de tabaco) y sus variaciones desde el inicio del consumo, contemplando la edad de inicio, el número de intentos previos de abandono, con el tiempo de abstinencia conseguido en esos intentos y el motivo de recaída, así como si han recibido previamente algún tipo de tratamiento o apoyo para dejar de fumar. También se recoge en la historia clínica si conviven con fumadores en su entorno familiar, social o laboral. Se considera importante su motivación para dejar de fumar y cuál es el beneficio que esperan obtener con el abandono de consumo

Se realiza la exploración física con toma de constantes, realización de cooximetría, test de dependencia nicotínica de Fagerström y test de motivación de Richmond, y petición de las exploraciones complementarias que se crean oportunas, así como interconsultas a otros especialistas si fuera necesario.

Se refleja la intensidad de la dependencia según los resultados del Test de Fagerström y la fase de abandono en la que se encuentra el paciente (precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento o recaída según el modelo de Prochaska y DiClemente) se fija el día de abandono del consumo si es que el paciente está preparado para ello.

Se pide al paciente que realice autorregistro de cigarrillos y se decide si el tratamiento se va a realizar de forma individual o bien en grupo (actualmente todo el tratamiento se realiza individualmente), entregándose en tal caso el

calendario de visitas ya establecido, y la elección del tratamiento farmacológico si es que se va a utilizar, que se selecciona de acuerdo con el número de cigarrillos consumidos, el test de dependencia de nicotina, la cooximetría, la comorbilidad del paciente, las contraindicaciones e interacciones farmacológicas y, por supuesto, las preferencias del paciente siempre que sea posible, explicando tanto los efectos secundarios de los fármacos como las normas para su correcta utilización.

- Segunda visita: Se realiza el día previo a la fecha de abandono: se comprueba si se ha iniciado con el descenso del consumo, el registro de cigarrillos, y en caso de que ya se hubiera iniciado tratamiento farmacológico, se comprueba su correcta utilización y la presencia o no de efectos secundarios atribuibles al fármaco. Si todavía no se ha iniciado tratamiento farmacológico se le entregan las pautas de tratamiento por escrito para comenzar el día del abandono.

Se valoran síntomas del síndrome de abstinencia,

- Visitas sucesivas: Se programan los días tres y quince posteriores a la fecha de abandono, realizándose medición de los síntomas de abstinencia, cooximetría, resolución de problemas y control del cumplimiento correcto del tratamiento y sus posibles efectos secundarios.

Las visitas sucesivas se realizan según la evolución, disponibilidad y las necesidades del paciente, como mínimo una vez al mes hasta que completan el tratamiento farmacológico o se cumplen tres meses de abstinencia, realizando controles a los 6 y 12 meses. En estas visitas se realizan estrategias de prevención de recaídas, medición del síndrome de abstinencia, cooximetría y resolución de problemas. Todos los pacientes tienen a su disposición un teléfono de contacto para solución de problema

A todos los pacientes se les entrega el teléfono de la consulta por si decidieran intentarlo de nuevo en caso de recaída.

Resultados:

Desde el 1 de Enero de 2008 hasta el 31 de Diciembre de 2009 fueron remitidos a nuestra consulta 838 pacientes, de los que solamente acudieron 559, un 53,7 % (n=300) eran varones y un 46,3 % (n=259) mujeres, principalmente enviados desde Atención Primaria y el Servicio de Neumología.

La edad media de la muestra fue de 46,18 años (con un rango de 18 a 79 años), la edad media de inicio del hábito tabáquico de 17,15 años (con un rango de 8 a 36 años), el consumo medio de cigarrillos supera el paquete diario con 27,30 cigarrillos por día y la cooximetría (CO) media fue de 16,83 lo cual muestra un grado de severidad moderado.

Los pacientes habían realizado al menos 1,41 intentos previos de abandono y se habían mantenido 228,68 días de abstinencia media en etapas previas a este intento de cesación tabáquica.

El test de Fagerström mostró una puntuación media de 6,56, lo que indicaba un grado moderado-intenso de dependencia física, y el test de Richmond, de 8,14, que refleja un grado de motivación alta.

El tipo de tabaco más frecuentemente consumido tanto en varones como en mujeres fue el rubio (77,5 %).

La mayoría de los pacientes presentaban comorbilidad importante, de entre las que destacamos la comorbilidad psiquiátrica (37,7 % de la muestra, con casi un 50 % más de aparición en las mujeres que en los hombres (47,1 % vs. 29,8 %)), los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), entre los que el más frecuente era la dislipemia, seguido de la HTA y la DM, y la comorbilidad respiratoria (EPOC, SAHS, asma y portadores crónicos de OCD).

El 32,7 % de los pacientes no recibió tratamiento, el 34,5 % fue tratado con TSN (chicles, parches o en combinación con vareniclina), el 22,9 % con vareniclina y 9,8 % con bupropión.

En cuanto a las recaídas durante la primera semana recayeron 17 pacientes (3 %); entre la primera semana y el primer mes (antes de los 30 días), 41 pacientes (7,3 %); entre el primer y tercer mes (antes de los 90 días), 67 pacientes (12 %); entre el tercer y sexto mes (antes de los 180 días), 28 pacientes (5 %) y entre el sexto mes y el año (antes de los 365 días), 8 pacientes (1,4 %).

Se observaron diferencias estadísticas en la edad de las mujeres que acudía a la consulta, que es menor que la de los hombres (44,12 versus 47,95 años, $p < 0,001$), el nº de cigarrillos consumidos es mayor en hombres que en mujeres (29,48 vs. 24,78, $p < 0,001$) y los varones de nuestra muestra se iniciaron antes en el hábito tabáquico que las mujeres, teniendo casi un año y medio menos al inicio (16,55 vs. 17,85, $p < 0,001$).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el tratamiento dado ni en el número de intentos previos según el sexo, pero sí observamos que el porcentaje de varones con ECV, DLP, HTA y DM (en estas dos últimas existía una correlación significativa débil) era estadísticamente mayor que el de mujeres, que la comorbilidad psiquiátrica era un 50 % mayor en mujeres que en hombres (47,1 % vs. 29,8 %) y que existían más mujeres que fuman menos de 20 cigarrillos al día que hombres mientras que los hombres eran mayoría al analizar el consumo superior a 21 cigarrillos (44,8 % vs. 35,5%) y mucho más acentuado en los consumidores de más de 40 cigarrillos al día (12 % vs. 4,2 %).

Se analizó la correlación existente entre algunas variables numéricas de interés con el nº de intentos previos y solamente se encontró significativa entre el test de Richmond y el nº de intentos, aunque es muy débil ($p=0,110$).

Es la parte más importante del estudio, que es la valoración del éxito del tratamiento, tomado como la abstinencia continua durante 1 año, aunque también se comentan las tasas de abstinencia continua a los 3, 6 y 9 meses, tanto del global de la muestra como de los pacientes que no abandonan sin iniciar tratamiento y también estratificados por sexos.

El número total de pacientes remitidos a la consulta durante los años 2008 y 2009 fueron 838 (100 %), de los que solamente acudieron 559 (66,7 %). De esos 559, iniciaron tratamiento 278, es decir, que abandonaron otros 281 antes de comenzar. Y, por último, de los 278 pacientes (33 %) que iniciaron el tratamiento, sólo lo finalizaron 165 (19 %).

El éxito obtenido en el global de los pacientes que fueron a la primera consulta fue del 13,8 % mientras que el éxito obtenido en los pacientes que no abandonaron sin iniciar tratamiento fue del 27,6 %).

El fracaso, definido como la imposibilidad de mantenerse en abstinencia, fue del 7,3 % del total de los 559 pacientes valorados.

Con la variable ER/ECV se creó un modelo de Regresión Logística Binomial (RLB) para la predicción de éxito, encontrando que la odds ratio indica que siempre es más probable tener éxito cuando no se sufre enfermedad respiratoria o cardiovascular; especialmente, es más probable tener una abstinencia continua al sufrir solo ECV que ER/ECV.

No existen diferencias en la probabilidad de éxito según el paciente tenga o no HTA, DM o DLP, trastorno psiquiátrico, alcoholismo o neoplasias. Sin embargo se observó diferencia estadística entre la posibilidad de estar diagnosticado de SAHS y tener éxito que de no tenerlo ($p < 0,028$).

Tampoco se han encontrado diferencias en cuanto al número de intentos de abandono del tabaco previos al tratamiento y el éxito obtenido.

Tras comparar la abstinencia continua en aquellos pacientes que han recibido tratamiento y en los que no, el porcentaje de pacientes con éxito era estadísticamente mayor (18,4 %) al tener tratamiento que cuando no lo recibía (4,4 %), con un nivel de confianza del 99 %. Los mayores porcentajes de éxito se dieron cuando el tratamiento fue con Vareniclina (VRN) o tratamiento combinado con VRN y TSN (33 %). También se construyó un modelo de regresión cuyos odds ratio indican que siempre es más probable tener éxito con el tratamiento de VRN y TSN, seguido de la Vareniclina.

Además, se calculó el éxito según el número de cigarrillos consumidos al día, dividiéndose en tres grupos (≤ 20 cigarrillos/día, 21-40 cigarrillos/día y > 40 cigarrillos/día) y aunque tenían menos éxito aquellos que fumaban más de 40 cigarrillos diarios, no se encontró diferencia estadísticamente significativa para un 95 % de confianza.

Con un 95 % de confianza solamente se encontró significancia estadística para el test de Richmond, es decir, que la media obtenida en el test de Richmond es estadísticamente mayor (8,47) cuando se tiene éxito que cuando no se tiene (8,09), aunque esta diferencia es pequeña.

Este modelo demuestra que el único factor predictor de éxito es el test de Richmond, pues es la motivación la única variable que aumenta la probabilidad de éxito ($OR=1,221$, $p=0,031$).

Se estratificó el sexo y se cruzaron diversas variables, encontrándose con un nivel de confianza del 95 %, que los varones con ECV tenían mayor probabilidad de no tener éxito que de tener éxito, aunque esta tendencia no se confirmó en las mujeres; que tanto los varones como las mujeres que no recibían tratamiento tenían mayor probabilidad de no tener éxito que de tenerlo; que el tratamiento con VRN y TSN supuso mayor probabilidad de éxito en los hombres, pero esto no se observó en las mujeres; y que las mujeres con comorbilidad psiquiátrica tuvieron casi un 50 % más de posibilidades de no tener éxito que de tenerlo (49,8 % vs. 26,7 %). De la misma forma, las mujeres sin comorbilidad psiquiátrica tuvieron mayor probabilidad de alcanzar el éxito que de no tenerlo (73,3 % vs. 50,2 %).

Se estratificó el año y se cruzaron diversas variables, encontrándose con un nivel de confianza del 95 % en el 2008, que al sufrir ECV es más probable no tener éxito que sí tenerlo; que cuando el número de intentos previos es 0, es más probable no tener éxito mientras que si ya se han realizado intentos previos, 1 o 2 veces, es más probable el éxito; y que no tener tratamiento hace más probable no tener éxito, mientras que el tratamiento con vareniclina hace más probable el éxito.

Las diferencias estadísticas encontradas fueron:

- En los varones que comenzaron en 2008 y presentaban ECV tenían mayor probabilidad de no tener éxito que de tenerlo; si habían recibido vareniclina o habían realizado 1 ó 2 intentos previos, tenían mayor probabilidad de éxito; y si no recibían ningún tratamiento, tenían mayor probabilidad de no tener éxito.

- Los varones que comenzaron en 2009, presentaron mayor probabilidad de éxito cuando no habían tenido éxito en un intento anterior.

- Las mujeres que comenzaron en 2008, con comorbilidad psiquiátrica, tenían mayor probabilidad de no alcanzar el éxito mientras que si fueron tratadas con vareniclina, tenían mayor probabilidad de éxito que de no éxito.

No hubo diferencia estadística en los distintos niveles de éxito, excepto en el tratamiento, que si no se recibía, el porcentaje de no tener éxito es mayor que cualquier definición de éxito; por el contrario, si el tratamiento utilizado era la vareniclina, el éxito a 3 meses y a 1 año fue estadísticamente mayor que el porcentaje de no tenerlo.

Cuando no se recibe tratamiento, el porcentaje de no tener éxito es mayor que el porcentaje de éxito a 1 año Y nuevamente el tratamiento con vareniclina hace que el éxito a los 3 y 12 meses sea más probable que el no éxito

Discusión:

En este estudio se puede observar la importante tasa de abandono que se ha producido durante estos dos años de la revisión, pues solamente un 66,7 % de los pacientes inicialmente remitidos a la consulta acudieron a la misma. Además, de los que acudieron, abandonaron el 50,3 % de los pacientes, por lo que finalmente sólo iniciaron el tratamiento el 33 % del global de la muestra inicial. Quizás esto esté relacionado con el hecho de que muchos de los pacientes que son enviados a la consulta no lo solicitan voluntariamente, sino que son remitidos por su especialista dada la gravedad de la patología que presentan y que puede verse agravada por el consumo de tabaco o bien acuden por presiones familiares. En alguna ocasión, aunque en mucho menor medida, los pacientes expresaron en la primera consulta las dificultades para acudir a la misma por incompatibilidad de horario, problemas de desplazamiento, entre otras, y en alguna otra ocasión aislada por el que los pacientes decidieron no iniciar la terapia fue el alto precio de los tratamientos utilizados para la deshabituación y la ausencia de financiación por parte del sistema de salud (con fecha posterior a estos dos años recogidos en este estudio, pero no actualmente por la delicada situación económica en la que nos encontramos a día de

hoy, el SESCAM financió el tratamiento a todo trabajador perteneciente a dicho sistema de salud y a los profesores, por el efecto ejemplarizante de ambos colectivos¹⁴⁻¹⁸.

En nuestro estudio hay que destacar que el 100 % de los pacientes recibió tratamiento en formato individualizado y en todos ellos se utilizaba terapia cognitivo-conductual psicológica. Todos los metaanálisis coinciden en señalar que la eficacia del tratamiento del tabaquismo es independiente del formato en que se ofrezca^{7, 19-21, 25}.

En cuanto al tratamiento prescrito en nuestra muestra, cabe señalar que el 32,7 % de los pacientes no recibió tratamiento farmacológico.

La prescripción de uno u otro tratamiento farmacológico se basó en las características clínicas del paciente, del grado y severidad del tabaquismo y de las preferencias personales de cada fumador^{7, 26-30}. Siempre se siguió la normativa de la SEPAR para pautar las dosis y el tiempo de utilización de los tratamientos farmacológicos prescritos^{21, 26}. La TSN fue la terapia más utilizada, ya fuera en forma de chicles, parches o en combinación con vareniclina, en un 34,5 % de la muestra, seguido de la vareniclina (22,9 %) y, por último, del bupropión (9,8 %).

En nuestro estudio, el 27,7 % de los pacientes que recibieron tratamiento tuvieron éxito en la cesación del hábito tabáquico. Tomando en consideración únicamente a los pacientes que iniciaron tratamiento, las tasas de abstinencia continua a los 3, 6 y 9 meses fueron del 48,6 %, 34,2 % y 29,1 %, respectivamente.

Algunas de las variables asociadas con el tiempo de abstinencia en este estudio fueron el haber recibido o no tratamiento médico para dejar de fumar y el tipo del mismo (TSN, vareniclina o bupropión) y la cuantía de consumo de tabaco¹⁵⁻¹⁹.

Como se ha comentado previamente, la utilización de tratamiento combinado en la deshabituación tabáquica multiplica por 1,7 las posibilidades de éxito en comparación con aquellos que sólo reciben asesoramiento psicológico²²⁻²⁶.

En cuanto a las recaídas de nuestra muestra, la mayoría de las mismas se produjeron fundamentalmente durante los tres primeros meses (22,3 %), al igual que en otras series^{27, 28}.

Sobre el éxito global y tasas de abstinencia según sexo y el tratamiento utilizado

Algunas de las variables asociadas con el tiempo de abstinencia en este estudio fueron el haber recibido o no tratamiento médico para dejar de fumar y el tipo del mismo (TSN, vareniclina o bupropión) y la cuantía de consumo de tabaco.

Como se ha comentado previamente, la utilización de tratamiento combinado en la deshabituación tabáquica multiplica por 1,7 las posibilidades de éxito en comparación con aquellos que sólo reciben asesoramiento psicológico y por 1,4 frente a los que solamente reciben tratamiento farmacológico⁷.

Tiene especial interés el análisis de las características personales y de consumo de los fumadores incluidos en el estudio y su relación con el éxito o fracaso terapéutico. Las diferencias entre sexos en la iniciación y consolidación del hábito tabáquico son un aspecto estudiado ampliamente. La influencia del sexo en el proceso de deshabituación es un campo menos conocido, objeto de debate en el momento actual²⁹⁻³¹. Algunos autores señalan que la variable sexo influye en el proceso de adicción y su mantenimiento³⁴, si bien sobre este aspecto las opiniones no son unánimes. En nuestro estudio, al analizar globalmente los resultados no hemos encontrado diferencias ni en la abstinencia puntual ni en la continuada en función de dicha variable, aunque sí las hubo a nivel global.

Respecto a los resultados del tratamiento del tabaquismo, diversos estudios han planteado la existencia de diferencias entre hombres y mujeres, las tasas de cesación en las mujeres son consistentemente menores que en los hombres^{35, 36}, lo que se evidencia también en nuestro estudio (el 30,5 % de los hombres presentaron éxito por un 24,2 % de las mujeres). Sin embargo, puesto que se han identificado factores en el inicio del consumo que actúan de distinta manera en los hombres y en las mujeres, cabe pensar que puede haber también factores relacionados con el género que podrían condicionar los resultados del tratamiento. En los últimos años se viene recomendando incorporar la perspectiva de género en el abordaje de los problemas de salud en general, y en el consumo de tabaco en particular, para poder planificar políticas sanitarias más efectivas que incluyan las necesidades tanto de hombres como de mujeres³⁷.

Según Caponnetto et al.³⁸ los factores predictivos que se correlacionan con una menor tasa de éxito en ambos sexos son:

- Menor edad de inicio al hábito tabáquico.
- Ausencia de intentos previos de dejar de fumar.
- Mayor adicción a la nicotina (dependencia alta).
- Depresión previa.
- Problemas relacionados con el alcohol.
- Padecer enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- Padecer enfermedad cardiovascular (CV).

En nuestro estudio podemos observar que tener enfermedad cardiovascular o respiratoria (salvo SAHS) no presenta relación estadísticamente significativa con tener éxito. Tampoco el tener dislipemia, HTA o DM.

Los resultados de este estudio muestran un patrón similar al de otros estudios sobre este tema realizados en nuestro país para la evaluación de la eficiencia de distintas estrategias para dejar de fumar, con la ventaja que en este estudio se utilizan datos reales de la práctica clínica³⁹⁻⁴³.

El tratamiento farmacológico es considerado como un complemento del apoyo motivacional, especialmente útil en las primeras fases de la intervención para afrontar los síntomas de abstinencia y el deseo de fumar. La evidencia científica sobre la eficacia de los fármacos de primera línea es de alta calidad basada en ensayos aleatorios controlados. Sin embargo, es necesario disponer de información de calidad sobre la efectividad a medio y largo plazo o (mantenimiento de abstinencia en periodos superiores a 1 año), e impacto global a nivel poblacional del incremento en el uso del

tratamiento farmacológico sobre las tasas poblacionales de abandono del tabaquismo y consolidación de la abstinencia. En este sentido, será de gran utilidad la evidencia proporcionada en el análisis de los resultados del programa de servicios de tratamiento implantado en nuestra unidad y que próximamente se publicaran los resultados de seguimiento de 6 años.

Los fumadores que desean dejar de fumar deberían poder acceder al tratamiento más adecuado a sus necesidades y características individuales. El registro sistemático de la condición de fumador en la historia clínica de cada paciente y el consejo médico oportunista para dejar de fumar deben constituir una práctica rutinaria generalizada en el ámbito de la Atención Primaria de salud, siendo ésta una de las aproximaciones más eficientes. Sería conveniente potenciar la dotación de los recursos necesarios a los profesionales sanitarios para que puedan responder adecuadamente a la demanda creciente de tratamiento. Existen ya excelentes guías para proporcionar adecuado consejo médico, así como guías prácticas y manuales de autoayuda para dejar de fumar, editadas en España⁴³⁻⁴⁶.

Referencias

1. González-Enríquez J, Villar-Alvarez F, Banegas-Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, MartínMoreno JM. Tendencia de la mortalidad atribuible al tabaquismo en España, 1978-1992: 600.000 muertes en 15 años. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 577-582.
2. Taylor WC, Pass TM, Shepard DS, Komaroff AL. Cholesterol reduction and life expectancy. A model incorporating multiple risk factors. *Ann Intern Med* 1987;106:605-14.10
3. Becoña-Iglesias E (Coord). Libro blanco sobre el tabaquismo en España. Barcelona: Glosa Ediciones, 1998.
4. Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control* 1994; 3: 242-247.
5. Villalbí JR. Tabaquismo. En: Navarro C, Cabasés JM, Tormo JM. La salud y el sistema sanitario en España. Informe SESPAS 1995; Barcelona: SG Editores, 1995; 83-89.
6. Kuulasmaa K, Tunstall-Pedoe H, Dobson A, Fortmann S, Sans S, Tolomen H et al. Estimation of contribution of changes in classic risk factors to trends in coronary-event rates across the WHO MONICA Project populations. *Lancet* 2000; 355: 675-687.
7. Borrás JM, Fernández E, Schiaffino A, Borrell C, La Vecchia C. Pattern of smoking initiation in Catalonia, Spain, from 1948 to 1992. *American Journal of Public Health*, 90, 9, pp. 1459-1462.
8. Villalbí JR, Barniol J, Nebot M, Díez E, Ballestín M. Tendencias en el tabaquismo de los escolares: Barcelona, 1987-1996. *Aten Primaria* 1999; 23: 359-362.
9. Barrueco M, Hernández-Mezquita MA, Torrecilla M. Manual de Prevención y Tratamiento del tabaquismo. 2ª ed. Majadahonda (Madrid): Ergon; 2003.
10. Agency for Health Care Policy and Research on Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. *JAMA* 1996; 275:1270-1280.
11. Alonso Gordo JM, Magro Pretejer R, Martínez Pérez JA, Sanz Bonacho N. Tabaco y Atención Primaria. En: Libro Blanco del tabaquismo en España. Cap. 12. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Barcelona: Glosa; 1998.
12. Nebot M, Cabezas C, Oller M. Consejo médico, consejo de enfermería y chicle de nicotina para dejar de fumar en atención primaria. *Med Clin (Barc)* 1990; 95: 57-61.
13. Martín-Cantera C, Córdoba-García R, Jané-Julio C, Nebot-Adell M, Galan-Herrea S, Aliaga M et al. Evaluación a medio plazo de un programa de ayuda a los fumadores. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 744-748.
14. Brotons C, Iglesias M, Martín-Zurro A, Martín-Rabadan M, Gené J. Evaluation of preventive and health promotion activities in 166 primary care practices in Spain. *Fam Pract* 1996; 13: 144-151.
15. Nebot M, Borrell C, Ballestín M, Villalbí JR. Prevalencia y características asociadas al consumo de tabaco en población general en Barcelona entre 1983 y 1992. *Rev Clin Esp* 1996; 196: 359-64.
16. Banegas JR, Díez L, Bañuelos B, González J, Martín-Moreno JM, Córdoba R, et al. La mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006. *Med Clin (Barc)* 2010. doi:10.1016/j.medcli.2010.03.039
17. Gorgojo Jiménez, L.; González Enríquez, J.; Salvador Llivina, T. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar AETS - Instituto de Salud Carlos III 2003.
18. Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, Azoulay S, Watsky EJ, Williams KE, et al. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296: 56-63.
19. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 2004
20. Josep M.^a Borràs. La perspectiva del género en el cáncer: una visión relevante y necesaria. *Arbor*, Vol 191, No 773 (2015). doi:10.3989/arbor.2015.773n3001
21. Pardell H, Saltó E, Canela J, Salleras L. Smoking cessation rates after three months treatment with nicotine patch among health professionals in Catalonia, Spain. *Int J Smoking Cessation* 1993; 2: 35-37.
22. Moragues L, Nebot M, Ballestín M, Salto E. Evaluación de una intervención comunitaria (programa 'quit and win') para dejar de fumar. *Gac Sanit* 1999; 13:456-461.
23. Becoña E, Vázquez FL, Míguez MC. The smoking cessation program of the University of Santiago de Compostela 1984-96. En: *Smoke-free Europe*. Helsinki: Finnish Centre for Health Education, 1996; 117

24. Jiménez-Ruiz CA, Solano Reina S, González de Vega JM, Ruiz Pardo M, Flórez Martín S, Ramos Pinedo A. y cols. Normativa para el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 1999; 335: 499-506.
25. Jiménez-Ruiz CA, de Granda Orive JI, Solano Reina S, Carrion F, Romero Palacios P, Barrueco Ferrero M. Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2003; 39: 514-523.
26. Rodríguez Hermosa JL, Calle Rubio M, Álvarez-Sala Walther JL. Módulo 8: Tratamiento I. Unidad 7. Bupropión. En: Máster en Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. Instituto for Lifelong Learning. Universitat de Barcelona. Edición UB virtual. 2008.
27. Niaura R, Hays JT, Jorenby DE, Leone FT, Pappas JE, Reeves KE, Williams KE, Billing CB. The efficacy and safety of varenicline for smoking cessation using a flexible dosing strategy in adult smokers: a randomized controlled trial. *Curr Med Res Op.* 2008; 24:1931-41.
28. Hays T, Ebbert J. Adverse effects and tolerability of medications for the treatment of tobacco use dependence. *Drugs* 2010; 70:2557-72.
29. UD Department of Health and Human Services. Women and smoking. A report of the Surgeon General. Rockville: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2001.
30. Jané M, Saltó E, Pardell H, Tresserras R, Guayta R, Taberner JL, et al. Prevalencia del tabaquismo en Cataluña 1982-1998: una perspectiva de género. *Med Clin* 2002; 118:81-5.
31. Epperson CN, Toll B, Wu R, Amin Z, Czarkowski KA, Jatlow P, Mazure CM, O'Malley SS. Exploring the impact of gender and reproductive status on outcomes in randomized clinical trial of naltrexone augmentation of nicotine patch. *Drug Alcohol Depend.* 2010; 1:112(1-2):1-8. Epub 2010 Jun 19.
32. Piper ME, Cook JW, Schlam TR, Jorenby DE, Smith SS, Bolt DM, Loh WY. Gender, race, and education differences in abstinence rates among participants in two randomized smoking cessation trials. *Nic Tob Res* 2010; 12(6):647-57.
33. Russell MA, Stapleton JA, Feyerabend C, Wiseman SM, Gustavsson G, Sawe U, et al. Targeting heavy smokers in general practice: randomised controlled trial of transdermal nicotine patches. *Br Med J* 1993; 306:1308-12.
34. Camarelles F, Asensio A, Jiménez Ruiz C, Becerril B, Rodero D, Vidaller O. Efectividad de la intervención grupal para la deshabituación tabáquica. Ensayo clínico aleatorizado. *Med Clin* 2002; 119:53-7.
35. Ramón JM, Bou R, Alkiza ME, Romea S, Oromí J, Saltó E, et al. Proceso de cambio y sexo como predictores del abandono del consumo de tabaco. *Arch Bronconeumol* 1999; 35:488-93.
36. Nebot M, Soler-Vila M, Martín-Cantera C, Birules-Pons M, Oller-Colom M, Sala-Carbonell E, et al. Efectividad del consejo médico para dejar de fumar: evaluación del impacto al año de la intervención. *Rev Clin Esp* 1989; 184:201-5.
37. García M, Schiaffino A, Twose J, Borrell C, Saltó E, Peris M, et al. Abandono del consumo de tabaco en una cohorte de base poblacional. *Arch Bronconeumol* 2004; 40:348-54.
38. Caponnetto P, Polosa R, Smoking cessation: tips for improving success rates. *Breathe* 2008; 5:16-12.
39. Pascual-Lledó JF, de la Cruz-Amorós E, Bustamante-Navarro R, Buades-Sánchez R, Contreras-Santos C, Castillo-Aguilar C. Abstinencia de tabaquismo tras 12 meses de seguimiento en una unidad de tabaquismo integral. *Med Clin (Barc).* 2006; 126: 601-606.
40. Bauld L, Judge K, Platt S. Assessing the impact of smoking cessation services on reducing health inequalities in England: observational study. *Tob Control* 2007; 16:400-404 doi:10.1136/tc.2007.021626.
41. Woolacott N, Jones L, Forbes C, Mather L, Sowden A, Song F, et al. NHS Centre for Reviews and Dissemination. A rapid and systematic review of the clinical and cost effectiveness of bupropion SR and nicotine replacement therapy (NRT) for smoking cessation. The National Institute for Clinical Excellence, ed. York: University of York, 2002.
42. World Bank. Curbing the epidemic: Governments and the Economics of tobacco control. A World Bank Publication. Washington DC: The World Bank; 1999.
43. J. Fernández de Bobadilla Osorio¹, C. Sánchez-Maestre², M. Brosa Riestra³, O. Arroyo⁴, V. Sanz de Burgoa⁴, K. Wilson⁵. Cost effectiveness analysis of varenicline (Champix®) for the treatment of smoking in Spain. *An. Med. Interna (Madrid)* v.25 n.7 Madrid jul. 2008
44. Luján R. Negative results: the unwanted but much-needed side of research. *JONNPR*.2016;1(3):81-3. DOI:10.19230/jonnpr.2016.1.3.1009
45. Cahill K, Stead LF, Lancaster T Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation (Review). *The Cochrane Collaboration* 2007
46. Sacristán JA, Oliva J, Del Llano J, Prieto L, Pinto JL. ¿Qué es una tecnología sanitaria eficiente en España? *Gac San* 2002; 16: 334-43.