

# Estudios de Investigación del Observatorio Riojano sobre Drogas



# **EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN TABAQUISMO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE LA RIOJA**

**Consejería de Salud de La Rioja**  
Dirección General de Salud Pública y Consumo  
(Servicio de Drogodependencias)

Edita: © **GOBIERNO DE LA RIOJA**  
Consejería de Salud  
Dirección General de Salud Pública y Consumo  
Servicio de Drogodependencias

Autores: Juan del Pozo Irribarria,  
Ana Esteban Herrera,  
Ana González Izquierdo  
Lorenzo Sánchez Pardo,  
APPEND - Investigación de Mercados

Apoyo administrativo: M<sup>a</sup> Isabel Pérez Moreno

Imprime: Quintana, Industrias Gráficas

I.S.B.N.: 978-84-8125-346-7

D. Legal: LR-8-2011

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	4
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	14
<b>3. METODOLOGÍA</b> .....	14
<b>4. RESULTADOS</b> .....	15
4.1. Tipo de tratamiento farmacológico utilizado .....	15
4.2. Adherencia al tratamiento farmacológico .....	16
4.3. Intervenciones complementarias a la administración de fármacos .....	18
4.4. Satisfacción con la atención prestada por el personal médico y de enfermería para dejar de fumar .....	20
4.5. Niveles de abstinencia a la conclusión del tratamiento .....	22
4.6. Evolución de la abstinencia tras la conclusión del tratamiento.....	27
4.7. Impacto sobre la salud de la participación en el programa .....	29
<b>5. CONCLUSIONES</b> .....	31
<b>6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	33
<b>ANEXO:</b> Cuestionario utilizado para la recogida de información .....	35

## RESUMEN

La Consejería de Salud de La Rioja puso en marcha en 2005 un Programa de Intervención en Tabaquismo desde Atención Primaria de Salud para lo cual editó una Guía de Intervención en Tabaquismo como material de apoyo para los profesionales sanitarios. En el año 2008, se actualizaron los contenidos y el diseño y se editó la segunda edición.

A lo largo del año 2010 se evaluó la efectividad de dicho programa en pacientes tratados durante el año 2008. Del total de 3.321 beneficiarios del programa durante el año 2008, se seleccionó una muestra aleatoria de 329 y se les aplicó una encuesta telefónica.

Las tasas de abstinencia a los 6 y 12 meses de la finalización del tratamiento fueron del 45,0% y 30,1% respectivamente. Estas tasas son significativamente superiores entre las personas de más edad, los varones, los casos tratados con vareniclina y quienes fueron objeto de seguimiento por parte del personal sanitario.

Los usuarios muestran un alto grado de satisfacción con la atención recibida (8,56 puntos de media en una escala de 0 a 10) y el 81,0% considera que el programa fue muy o bastante útil para dejar de fumar. Ello a pesar de que más de la mitad (56,2%) de los pacientes abandonó la medicación prescrita antes de completar el tratamiento, refiriendo que principalmente fueron los efectos secundarios los que provocaron la misma.

Se constata la elevada efectividad del Programa de Intervención en Tabaquismo desde Atención Primaria de Salud de La Rioja y la participación en el mismo se traduce en una mejora sustancial de la percepción que los pacientes tienen de su estado de salud, en particular entre quienes siguen sin fumar tras completar el tratamiento. Si bien, un objetivo prioritario es conseguir que el personal sanitario realice seguimiento de forma sistemática para incrementar las tasas de abstinencia y la adherencia al tratamiento farmacológico.

**Palabras clave: tabaco, tabaquismo, evaluación, Atención Primaria, Rioja, intervención, salud, fármacos, abstinencia, recaída.**

## ABSTRACT

The Department of Health of La Rioja launched in 2005 a Tobacco Intervention Program from the Primary Care Services for which a Guide to Smoking Intervention was published as support material for health professionals in their daily activities for helping to quit smoking. In 2008, the most important contents were updated, the design was modified for a much more practical use on the professional side and the 2nd edition of this manual was published.

Throughout 2010, we evaluated the effectiveness of smoking cessation intervention program from the services of primary health care in La Rioja in patients treated during 2008. Out of the total of 3,321 beneficiaries of the program in 2008, we selected a random sample of 329 and a telephone survey was applied to them.

The evaluation results highlight the high effectiveness of the program (given that smoking is a chronic, addictive disorder), with abstinence rates at 6 y 12 months after completion of treatment of the 45.0% y 30.1% respectively. Abstinence rates for the consumption of tobacco, after the treatment are significantly higher among older people, men, cases treated with varenicline and those who were monitored by medical personnel.

The high effectiveness of Tobacco Intervention Program from Primary Health Care in La Rioja is confirmed, and the participation in it results in a substantial improvement in the perception patients have of their health, particularly among those who remain not smoking after completing the treatment. Nevertheless, a priority is to ensure that medical staff perform systematic monitoring to increase abstinence rates and adherence to medical treatment.

**Keywords: tobacco, smoking, assessment, primary care, Rioja, intervention, health, medicines, abstinence, relapse.**

# 1. INTRODUCCIÓN

## Relevancia del tabaquismo en términos de salud pública

El consumo de tabaco es un factor determinante de diferentes patologías médicas y la primera causa evitable de mortalidad y morbilidad. El tabaquismo es considerado el mayor problema de salud pública prevenible en los países desarrollados, constituyendo uno de los principales retos a tratar por los sistemas sanitarios.

Como señala la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2002), el humo del tabaco es el factor que más contribuye a la mala salud. Entre el 70% y el 90% de los casos de cáncer de pulmón, entre el 56% y el 80% de las enfermedades respiratorias crónicas y el 22% de las enfermedades cardiovasculares son atribuibles al tabaquismo. El consumo de tabaco provoca unas 4,9 millones de muertes prematuras al año, que podrían evitarse con un tratamiento adecuado que ayudara a los fumadores a conseguir una abstinencia permanente del tabaco. Se estima que, como promedio, las personas que fuman ven reducida su esperanza de vida en unos 10 años.

En España el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, informa que el tabaco es responsable de 50.000 muertes anuales, con un coste aproximado de 7.700 millones de euros para la sanidad pública, cifra que supera los ingresos obtenidos de los impuestos que gravan a este producto. Un estudio realizado por el Hospital San Millán, señala que en La Rioja se produjeron en 2005 un total de 570 muertes directamente relacionadas con el consumo de tabaco.

No obstante, el riesgo de enfermedad disminuye cuando se abandona el consumo de tabaco, de manera que los individuos que dejan de fumar a edades intermedias de la vida pueden evitar la mayor parte del riesgo acumulado. Se estima que el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares se reduce a la mitad si se deja de fumar antes de los 50 años (De Sola-Morales, O. 2003).

El tabaquismo es un trastorno adictivo, considerado como una enfermedad crónica. La dependencia del tabaco está reconocida como un trastorno mental y del comportamiento, incluida en la Clasificación Internacio-

nal de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE -10) y en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM).

Consecuentemente, resulta necesario conocer cuáles son las mejores estrategias terapéuticas para reducir la prevalencia del tabaquismo.

## Prevalencia del tabaquismo

A pesar del grave impacto que el consumo de tabaco tiene sobre la salud, el 26,4% de la población española de 16 o más años fuma diariamente (Tabla 1), en tanto que el porcentaje de ex fumadores alcanza el 20,5% (Tabla 2). En el caso de Comunidad Autónoma de La Rioja estos porcentajes se sitúan, respectivamente, en el 26,9% y el 18,2% (Tabla 3).

**Tabla 1.** Fumadores diarios según sexo y grupo de edad entre la población de 16 y más años. España, 2006 (%)

Edad	Total	Hombres	Mujeres
16 a 24 años	26,9	25,0	28,9
25 a 34 años	35,3	40,2	30,2
35 a 44 años	34,1	37,4	30,7
45 a 54 años	33,6	38,8	28,5
De 55 a 64 años	19,9	28,5	11,8
De 65 a 74 años	10,3	18,6	3,9
De 75 y más años	4,5	8,9	1,4
<b>Total</b>	<b>26,4</b>	<b>31,6</b>	<b>21,5</b>

FUENTE: Encuesta Nacional de Salud 2006.

**Tabla 2.** Ex fumadores según sexo y grupo de edad entre la población de 16 y más años. España 2006 (%).

Edad	Total	Hombres	Mujeres
16 a 24 años	6,0	5,3	6,7
25 a 34 años	14,0	12,0	16,1
35 a 44 años	22,1	22,7	21,4
45 a 54 años	27,0	34,9	19,2
De 55 a 64 años	27,0	44,4	10,6
De 65 a 74 años	25,8	51,6	5,9
De 75 y más años	25,6	57,5	2,9
<b>Total</b>	<b>20,5</b>	<b>28,1</b>	<b>13,2</b>

FUENTE: Encuesta Nacional de Salud 2006.

**Tabla 3.** Fumadores diarios y ex fumadores entre la población de 16 y más años, según sexo. La Rioja, 2006 (%)

Edad	Total	Hombres	Mujeres
Fumadores diarios	26,9	32,2	21,6
Ex fumadores	18,2	24,9	15,6

FUENTE: Encuesta Nacional de Salud 2006.

Por su parte, la Encuesta Sobre Consumo de Drogas en la Rioja 2007, pone de relieve que el 30,4% de la población riojana de entre 15 y 64 años fuma diariamente (el 35,6% de los hombres y el 25,4% de las mujeres). Mientras, un 32,6% de la población se declara ex fumadora (Del Pozo, J. y González, A. 2009).

Un dato positivo a tener en cuenta, es que la mayoría de los fumadores habituales no se encuentra a gusto con su consumo. La Encuesta sobre conocimientos, actitudes, creencias y conductas en relación al consumo de tabaco (CNPT, 2006) señala que el 61,8% de la población fumadora española de 18 o más años ha intentado dejar de fumar alguna vez a lo largo de su vida, mientras que el 46,9% afirma que le gustaría dejar de fumar y otro 23,5% declara que le gustaría fumar menos.

### Importancia de los tratamientos para dejar de fumar

Tanto la Organización Mundial de la Salud como el Banco Mundial (OMS, 2000) proponen una serie de medidas, de probada eficacia, para el control del tabaquismo. Entre estas medidas se incluye proporcionar acceso al tratamiento eficaz del tabaquismo, además de otras como el incremento de los impuestos sobre el tabaco, la conversión de los espacios públicos y lugares de trabajo en espacios libres de humo, la prohibición de la publicidad y la promoción del tabaco, la difusión de los riesgos derivados del consumo mediante campañas de contra publicidad, las advertencias sanitarias en las cajetillas de tabaco y el control del contrabando.

El tratamiento para ayudar a dejar de fumar a las personas que han desarrollado una dependencia del tabaco, incluyendo el acceso a las medicaciones, es considerado por la Comisión Europea como una de las seis intervenciones más coste-efectivas para el control del tabaquismo (European Comisión, 2004).

Aunque la mayoría de personas que fuman refieren el deseo de dejar de fumar y la mayoría lo ha intentado alguna vez, sólo entre un 3% y un 5% de quienes fuman, y realizan intentos de dejarlo, lo consigue con éxito (Be-coña, E. y Vázquez, F. 1998 y Hughes J.R, et al, 2004). Esta baja tasa de éxito se explica, en parte, porque la mayoría de los intentos de abandonar el tabaco se realizan sin ayuda.

Precisamente, el reconocimiento de la adicción al tabaco como un trastorno adictivo crónico, permite entender lo difícil que resulta su superación si no se dispone del apoyo y el tratamiento adecuados (U.S. Department of Health and Human Services, 2000 y Lancaster, T. y Stead, LF. 2005).

Si bien las políticas de tratamiento tienen un efecto relativamente pequeño sobre la prevalencia del tabaquismo (pueden llegar a conseguir reducciones de entre 1 y 2 puntos porcentuales), su desarrollo es especialmente importante para ayudar a las personas que tienen más dificultades para dejar de fumar. Además, las actividades en el ámbito asistencial complementan las medidas de prevención y control del uso del tabaco, contribuyendo a reducir los efectos nocivos de su consumo sobre la salud de la población y a concienciar a la población sobre el hecho de que el tabaquismo constituye un grave problema de salud (CNPT, 2008).

## **Tipos de intervenciones asistenciales frente al tabaquismo**

La organización Mundial de la Salud señala la existencia de diferentes tratamientos eficaces para el abandono del consumo de tabaco, que incluyen una variada gama de métodos como la combinación del tratamiento comportamental y la farmacoterapia (OMS, 2004).

A continuación se describen los diversos tipos de intervenciones asistenciales que se desarrollan en el campo del tabaquismo (CNPT, 2008):

### **1) Consejo sanitario e intervenciones breves**

El consejo sanitario para el abandono del tabaco, incluido en la atención sanitaria rutinaria, es una de las intervenciones clínicas más coste-efectivas para promover el abandono del tabaquismo (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2003). El efecto del consejo sanitario frente a la no intervención incrementa la probabilidad de conseguir la abstinencia, observándose además que

cuanto más intensa es la intervención mayor es la eficacia obtenida. Cuando al consejo sanitario se le añade un seguimiento pautado, emplazando al paciente para una o más visitas de seguimiento y refuerzo, las tasas de abstinencia se incrementan de forma significativa (Martin, C. Jane, C. Nebot, M. 1993 y Martín, C. et al, 1997).

Aunque el consejo médico tiene por si sólo un impacto muy limitado en la decisión de dejar de fumar, el mismo mejora la eficacia de los tratamientos psicológicos y farmacológicos para el abandono del tabaquismo.

Por su parte, la intervención breve consiste en preguntar al paciente si fuma, aconsejar el abandono del tabaco, valorar la disponibilidad para intentar dejar de fumar, ayudar a cada persona en el intento de abandono y fijar visitas de seguimiento del intento de cesación de dejar el consumo de tabaco.

## **2) *Intervención intensiva***

Existen numerosas evidencias científicas que confirman que a mayor intensidad de la intervención asistencial se obtienen tasas más altas de éxito, una intensidad que viene dada por una mayor duración de la intervención y por un mayor número de sesiones. Las intervenciones intensivas son más coste-efectivas que otras menos intensas, siendo adecuadas para cualquier persona motivada a dejar de fumar.

La intervención intensiva incluye estrategias conductuales y cognitivas, tratamiento farmacológico, además de un apoyo social adecuado dentro y fuera de las sesiones terapéuticas.

## **3) *Tratamiento especializado***

El tratamiento especializado del tabaquismo combina el tratamiento psicológico y el farmacológico y no va dirigido a toda la persona fumadora que desea dejar de fumar, sino a grupos de alto riesgo y a personas que han fracasado previamente con la intervención breve e intensiva, cuya situación sanitaria hace prioritario que dejen de fumar a corto plazo. Los principales grupos potenciales destinatarios de una intervención asistencial es-

pecializada son: personas en fase de disonancia con una alta dependencia del tabaco y fracasos previos en la consolidación de la abstinencia, pacientes que presentan serios problemas de salud relacionados con el uso del tabaco, mujeres embarazadas o en periodo de lactancia y pacientes con patología psiquiátrica (Jiménez-Ruiz, C.A. et al 2003).

Esta modalidad de intervención asistencial presenta una alta eficacia, con niveles de abstinencia del 30% al 50% al año de seguimiento. Las revisiones realizadas no han encontrado diferencias significativas entre este tipo de tratamiento realizado de forma individual o en grupo (Stead, L.F. Lancaster, T. 2005).

#### **4) *Intervenciones de carácter comunitario***

Los programas comunitarios se basan en el reconocimiento de la importancia de los componentes sociales de la dependencia y de la motivación. Comprenden estrategias múltiples de intervención, entre las que destacan los mensajes favorables al abandono del consumo de tabaco en medios de comunicación, la participación de líderes sociales, políticos y sanitarios apoyando esta decisión y la facilitación de recursos de auto-ayuda, para fomentar y conseguir la abstinencia.

#### **5) *Asistencia mediante el uso de tecnologías de la comunicación***

Dentro de esta categoría de intervenciones se incluyen:

- Líneas telefónicas de asistencia para dejar de fumar

Permiten el seguimiento telefónico de las personas que deciden dejar de fumar, pudiendo adoptar dos modalidades básicas:

- Asistencia proactiva. Ofrece un tratamiento totalmente dirigido por la unidad de asistencia telefónica, incluyendo una serie de contactos con la persona que está dejando de fumar y actuaciones pautadas a lo largo de un tiempo determinado.
- Reactiva, en la que el terapeuta sólo interviene a demanda del paciente.

El tratamiento proactivo incrementa las tasas de abandono comparado con la intervención reactiva (Stead, L.F. Perera, R. Lancaster, T. 2006), y a los 6 meses de seguimiento se muestra igual de eficaz que el tratamiento presencial (Carreras, J.M. et al, 2007).

- Programas basados en las nuevas tecnologías

Son programas ofrecidos vía Internet «on line» o a través de dispositivos electrónicos portátiles que proporcionan información y apoyo a quienes desean dejar de fumar.

## **6) Materiales de auto-ayuda**

Aunque su efecto es muy limitado, la distribución de materiales de auto-ayuda permite obtener tasas de abandono del tabaquismo superiores a las conseguidas sin ningún tipo de intervención. No existe evidencia de que proporcionen un beneficio adicional a otras intervenciones como la intervención breve o el tratamiento sustitutivo con nicotina.

## **Tratamientos farmacológicos disponibles**

### **a) Tratamientos de primera elección**

Están soportados en fármacos que han probado ser seguros y eficaces como medicamentos clínicamente adecuados y específicos para tratar la dependencia al tabaco. Los fármacos considerados de primera elección son: la terapia sustitutiva con nicotina (TSN) y el bupropión.

El uso apropiado de TSN en personas que desean dejar de fumar se ha demostrado eficaz, duplicando las tasas de abstinencia a los 6 y 12 meses con respecto a la intervención placebo, independientemente de las intervenciones adicionales. Sus resultados mejoran cuanto más se adecua su uso a las características del paciente (presentación y dosificación) y cuando su administración se acompaña de una intervención de apoyo (intervención breve y/o terapia psicológica de apoyo). No obstante, se ha mostrado eficaz, aunque en menor grado, en ausencia de este tipo de apoyo.

La TSN puede utilizarse mediante la administración de nicotina por vía transdérmica (parches), oral (chicles, comprimidos para chupar y comprimidos sublinguales), intranasal (spray) o inhalatoria. La efectividad de la TSN ha sido evaluada mediante ensayos controlados realizados en diferentes niveles de actividad clínica, consiguiendo tasas de abstinencia medias a los 6 meses y un año del tratamiento de entre un 25% y un 35% (Silagy, C. et al, 2004).

El hidrocloreuro de bupropión de liberación prolongada (bupropión LP), es el primer medicamento no nicotínico que ha demostrado su eficacia en el tratamiento del tabaquismo. Es un antidepresivo atípico, con efectos a la vez dopaminérgicos y noradrenérgicos, actividad que puede simular los mismos efectos de la nicotina, disminuyendo de este modo los síntomas típicos de la abstinencia.

El bupropión constituye un tratamiento eficaz para dejar de fumar, coadyuvante del consejo sanitario, así como del tratamiento psicológico especializado. El uso de bupropión dobla las tasas de abstinencia a los 6 y 12 meses de la intervención, cuando se compara con placebo. La eficacia del hidrocloreuro de bupropión se sitúa entre el 18% y el 36% a los 12 meses de finalizar el tratamiento. Estos resultados se han comprobado mediante ensayos clínicos randomizados, a doble-ciego y muestras amplias (Hurt, R.D. et al, 1997, Jorenby, D.E. 1999, Hays, J.R., Hurt, R.D., Wolter, T.D. et al, 2000).

## ***b) Tratamientos de segunda línea***

Los fármacos de segunda línea son medicamentos que han demostrado ser eficaces para el tratamiento del tabaquismo, pero tienen un papel más limitado que los fármacos de primera línea, especialmente por sus efectos secundarios.

Los principales medicamentos de segunda línea son:

- La clonidina. Es un agonista noradrenérgico  $\alpha_2$  que se ha mostrado eficaz en el tratamiento de la adicción a la nicotina, doblando los efectos respecto al tratamiento

placebo. La clonidina debe prescribirse bajo supervisión médica, estando indicada en pacientes que no puedan utilizar los fármacos de primera elección por presentar contraindicaciones o que han fracasado utilizando medicamentos de primera elección. Las tasas de abandono del tratamiento son muy superiores, respecto a los fármacos de primera línea, debido a los efectos secundarios.

- La nortriptilina. Es un antidepresivo tricíclico, útil para el tratamiento del tabaquismo, con propiedades básicamente noradrenérgicas y, en menor medida, dopaminérgicas. También dobla la tasa de abstinencia con respecto al placebo. La nortriptilina debe prescribirse bajo supervisión médica, estando indicada para los mismos pacientes que en el caso de la clonidina.

### **c) Nuevos tratamientos farmacológicos: Vareniclina**

Vareniclina es una medicación no nicotínica específicamente diseñada para la cesación tabáquica. Actúa como agonista parcial a nivel de los receptores  $\alpha 4\beta 2$  acetilcolina nicotínicos, triplicando las probabilidades de conseguir la abstinencia a largo plazo respecto a los intentos para dejar de fumar sin apoyo farmacológico.

Los primeros ensayos clínicos realizados en personas fumadoras sanas indican que la vareniclina resulta más eficaz que el bupropión. No obstante, son necesarios nuevos ensayos clínicos controlados e independientes para verificar estos resultados y comparar la eficacia de la vareniclina con otros tratamientos farmacológicos.

En las últimas décadas se han realizado múltiples investigaciones para evaluar la eficacia de las diferentes intervenciones para dejar de fumar. Las principales evidencias científicas sobre la eficacia relativa de las distintas intervenciones, obtenidas en los ensayos aleatorios controlados disponibles, se resumen en la Tabla 4 (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2003). Como medida sumariada de resultado (eficacia de la intervención), se expresa la razón entre las tasas de abstinencia a medio plazo (6-12 meses) observadas en el grupo de tratamiento respecto

al grupo de comparación o control, expresada como odds ratio (OR). Por ejemplo, una OR de 2 supone que el tratamiento duplica el porcentaje de abstinencia a medio plazo respecto al grupo control.

**Tabla 4.** Eficacia de distintas intervenciones para el tratamiento del tabaquismo frente a la no intervención o el tratamiento placebo.

TIPO DE INTERVENCIÓN	EFICACIA OR (intervalo confianza 95%)*
<b>Manuales de autoayuda</b>	
• Materiales no personalizados	1,24 (1,07-1,45)
• Materiales personalizados	1,80 (1,46-2,23)
<b>Intervención mínima</b>	
• Consejo médico	1,69 (1,45-1,98)
• Consejo enfermería	1,50 (1,29-1,73)
• Consejo telefónico por persona entrenada	1,56 (1,38-1,77)
<b>Intervenciones psicológicas intensivas</b>	
• Terapia individual	1,62 (1,35-1,94)**
• Terapia grupal	2,19 (1,42-3,37)
• Terapia aversiva	1,98 (1,36-2,90)
<b>Intervenciones farmacológicas</b>	
• Chicles nicotina	1,66 (1,52-1,81)
• Parches de nicotina	1,74 (1,57-1,93)
• Spray nasal de nicotina	2,27 (1,61-3,20)
• Inhalador de nicotina	2,08 (1,43-3,04)
• Tabletas sublinguales	1,73 (1,07-2,80)
• Bupropión	2,75 (1,98-3,81)
• Nortriptilina	2,80 (1,81-4,32)
• Clonidina	1,89 (1,30-2,74)

\* Todas las determinaciones fueron estadísticamente significativas.

\*\* El consejo individual tiene más eficacia en función del tiempo de contacto (OR= 3,2 para 91-300 minutos; OR= 2,8 para más de 300 minutos) y del número de sesiones realizadas (OR= 1,9 para 4-8 sesiones; OR= 2,3 para más de 8 sesiones).

FUENTE: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias 2003 (Instituto de Salud Carlos III).

## Adherencia al tratamiento

La adherencia al tratamiento para abandonar el consumo de tabaco varía enormemente entre los diversos estudios (del 5 % al 96%) y según los países. Una variación puede explicarse por el uso de diferentes intervenciones, el apoyo auxiliar prestado y las poblaciones estudiadas. Sin embargo, la línea tendencial sugerida muestra una disminución rápida en las tasas de adherencia durante las primeras seis semanas y una disminución muy lenta después de 24 semanas (OMS, 2004).

Numerosos estudios detectan la existencia de una correlación lineal positiva entre la adherencia al tratamiento y las tasas de cesación del tabaquismo.

Son diversos los factores que influyen sobre la adherencia terapéutica al tratamiento. Fornai y colaboradores señalan que el consumo medio diario de cigarrillos, el monóxido de carbono espirado, la nicotina y la cotinina plasmáticas y las puntuaciones del Cuestionario de Tolerancia de Fagerström son mucho mayores en el grupo de deserciones que en el grupo adherente (Fornai, E. et al, 2001). Alterman y colaboradores concluyen que la mayor dependencia del tabaco se asociaba con un menor uso de parches de nicotina, de modo que quienes fuman más cigarrillos se adhirieron menos al tratamiento (Alterman, A.I. et al, 1999).

Una prevalencia mayor de síntomas depresivos se ha asociado tradicionalmente con una menor adherencia al tratamiento, aunque los estudios sobre esta asociación presentan resultados dispares.

Otras variables, como el sexo, el origen racial o étnico, los antecedentes de patología psiquiátrica, el aumento de peso, la necesidad imperiosa de fumar y los síntomas de abstinencia se informan como posibles factores predictivos de la adherencia al tratamiento con parches de nicotina. Sin embargo, como no se ha validado medida alguna sobre estas variables, los datos existentes son insuficientes para evaluar sus efectos sobre la adherencia.

Las intervenciones empleadas con mayor frecuencia para mejorar la adherencia examinadas fueron la Terapia Sustitutiva con Nicotina, el tratamiento antidepresivo, la intervención de los farmacéuticos, el apoyo y la orientación psicosocial o comportamental y la orientación sobre el régi-

men alimentario. El tratamiento psicosocial coadyuvante o el asesoramiento comportamental se ha usado con éxito para apoyar los programas de abandono del hábito de fumar. Alterman y colaboradores señalan que quienes recibían tratamiento psicosocial o médico coadyuvante más intenso se adherían más, en términos generales, al tratamiento con parches. Los datos examinados indicaron que el apoyo comportamental mínimo también da lugar a tasas de adherencia similares o mayores, al menos para algunos tipos de fumadores (Alterman, A.I. et al, 1999).

La adherencia a la Terapia Sustitutiva con Nicotina y a otros tratamientos para la dependencia del tabaco es muy baja a largo plazo (<40%), pero muestra una fuerte correlación positiva con los mejores resultados de cesación del tabaquismo (OMS, 2004).

### **Características del Programa de intervención en tabaquismo desde Atención Primaria de Salud de La Rioja**

Se estima que un 75% de la población acude a su consulta de medicina de familia al menos una vez al año, un porcentaje aún mayor en el caso de los fumadores. Ello ofrece una importante oportunidad para promover el abandono del tabaco y proporcionar ayuda eficaz a quienes han decidido intentarlo. Se ha estimado que, si cada médico de familia realizara consejo sanitario protocolizado y sistemático en las consultas de Atención Primaria, podría conseguirse que hasta un 5% de las personas que consumen tabaco dejaran de fumar cada año. Esto significa que aproximadamente 500.000 personas podrían dejar de fumar en España cada año (CNPT, 2008). Además, los fumadores suelen citar el consejo sanitario como una motivación importante para intentar dejar de fumar.

Ello justifica que las estrategias para la asistencia al tabaquismo se centren en el compromiso y colaboración de los servicios de Atención Primaria de Salud. Estos servicios cuentan con la ventaja de la accesibilidad de los potenciales receptores de las intervenciones y de la continuidad en la asistencia a las personas que fuman.

Consecuentemente, la Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja desarrolla desde el año 2005 el "Programa de intervención en tabaquismo desde Atención Primaria de Salud". El protocolo de intervención y seguimiento del programa incluye las siguientes actuaciones básicas (Gallardo, M.A. et al, 2008):

**Tabla 5.** Componentes principales del Programa de Intervención en tabaquismo desde Atención Primaria de Salud.

<b>COMPONENTES,</b>
1. Exploración hábitos de consumo de tabaco de los pacientes
2. Valoración de la disposición del paciente para dejar de fumar
3. Consejo sanitario y entrega de una guía para dejar de fumar
4. Asesoramiento práctico: intervención psicosocial (consultas programadas): <ul style="list-style-type: none"><li>• Establecimiento del día para dejar de fumar.</li><li>• Recomendaciones para los días previos.</li><li>• Recomendaciones para los primeros días de abandono del tabaco.</li></ul>
5. Instauración del tratamiento farmacológico: <ul style="list-style-type: none"><li>• Elección fármaco (parches de nicotina, bupropión, vareniclina, etc.).</li><li>• Instauración dosis y duración del tratamiento (*)</li></ul>
6. Visitas de seguimiento (5 visitas): <ul style="list-style-type: none"><li>• A la semana de dejar de fumar.</li><li>• A las 2 semanas de dejar de fumar.</li><li>• A mes después de haber dejado de fumar.</li><li>• A los 2-3 meses después de dejar de fumar.</li><li>• Al año de haber dejado de fumar.</li></ul>

(\*) La duración de referencia para los distintos tratamientos farmacológicos es de 8 semanas para los parches de nicotina, de 9 semanas para el bupropion y de 12 semanas para la vareniclina.



## 2. OBJETIVOS

### Objetivo general:

Evaluar la efectividad de los diferentes tratamientos farmacológicos para apoyar el abandono del consumo de tabaco, prescritos durante el año 2008 en el marco del "Programa de intervención en tabaquismo desde Atención Primaria de Salud" promovido por la Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja.

### Objetivos específicos:

- Analizar el nivel de adherencia a los distintos tratamientos farmacológicos entre los participantes en el programa de deshabituación del tabaco.
- Analizar los niveles de abandono de la medicación y sus causas.
- Analizar los niveles de abstinencia/abandono del consumo de tabaco tras la finalización del tratamiento, según el tipo de tratamiento administrado.
- Conocer el grado de seguimiento mantenido por el personal médico o de enfermería de los centros de Atención Primaria de Salud sobre los participantes en el programa.
- Conocer el grado de satisfacción de los participantes en el programa con la atención recibida y su opinión sobre la ayuda del mismo para dejar de fumar.
- Conocer el impacto que el programa de deshabituación del tabaco tiene sobre la salud de las personas que han participado en el mismo.

### 3. METODOLOGÍA

El universo poblacional lo integran las personas que durante 2008 participaron en el Programa de intervención en tabaquismo desde Atención Primaria de Salud (deshabitación del tabaco), cuya cifra se situó en 1.428 sujetos.

Se realizaron un total de 329 encuestas, según la distribución recogida en la Tabla 6. Las personas a encuestar fueron seleccionadas mediante muestreo aleatorio.

**Tabla 6.** Distribución de la muestra por sexo y grupo de edad.

Grupo de edad	Hombres	Mujeres	Total
19 a 39 años	42	51	93
40 a 50 años	60	59	116
51 y más años	67	50	117
<b>Total</b>	<b>169</b>	<b>160</b>	<b>329</b>

El error muestral para el conjunto de la muestra, para un nivel de confianza del 95,5%, siendo  $P = Q$ , se sitúa en  $\pm 4,7\%$ .

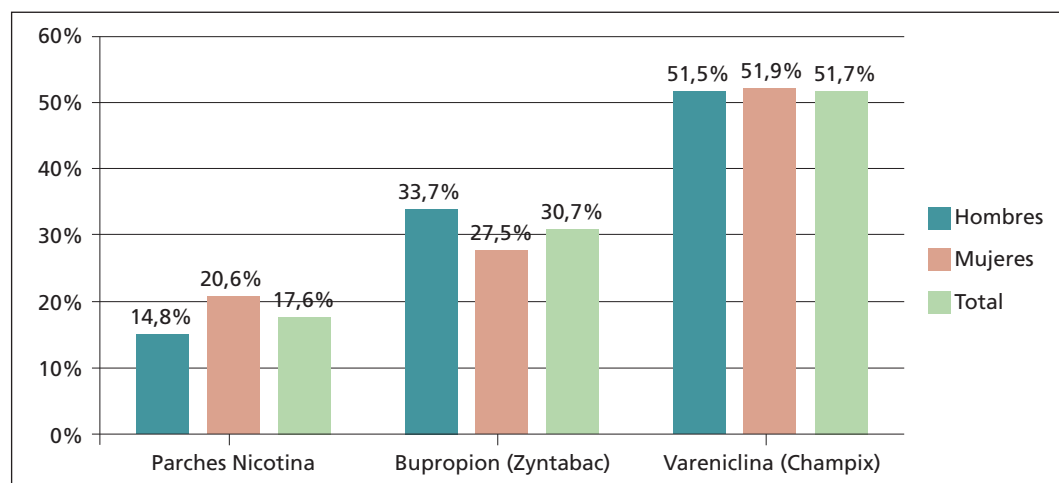
La recogida de información se realizó a través de cuestionario aplicado mediante entrevista telefónica (ver Anexo). El trabajo de campo se completó entre el 8 y el 12 de julio de 2010.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. Tipo de tratamiento farmacológico utilizado

La vareniclina (Champix) fue el fármaco de elección más utilizado entre los participantes en el programa de deshabituación (51,7%), seguido del bupropión (Zyntabac) y los parches de nicotina (Figura 1).

**Figura 1.** Tipo de fármaco utilizado para la deshabituación, según sexo (%).



El uso de parches de nicotina es superior entre las mujeres y las personas de más edad, en tanto que el bupropión es más utilizado por los hombres y las personas de entre 40 y 50 años. No se observan diferencias en la elección de la vareniclina en función del sexo (Tabla 7).

**Tabla 7.** Tipo de fármaco utilizado para la deshabituación, según sexo y edad (%).

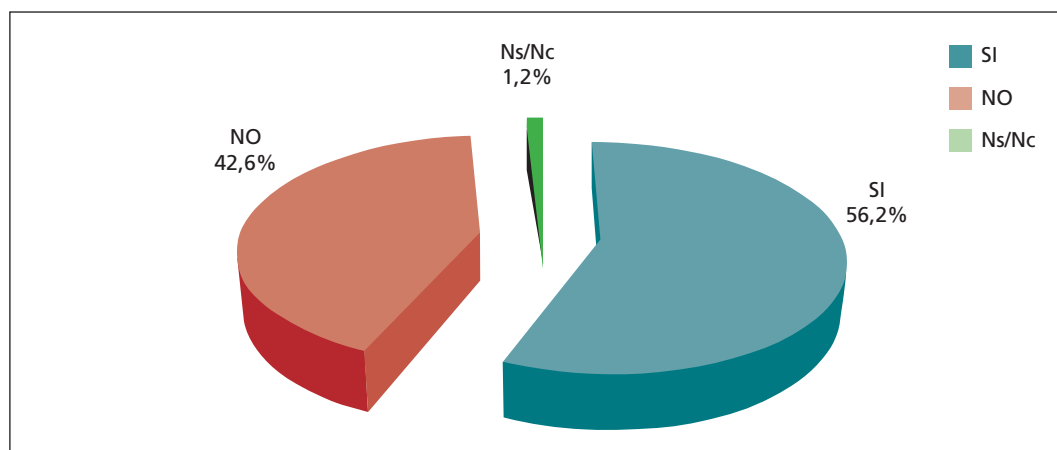
	Parches de nicotina	Bupropión (Zyntabac)	Vareniclina (Champix)
Hombre	14,8	33,7	51,5
Mujer	20,6	27,5	51,9
19 a 39 años	16,1	28,0	55,9
40 a 50 años	13,4	42,0	44,5
51 y + años	23,1	21,4	55,6
<b>Total</b>	<b>17,6</b>	<b>30,7</b>	<b>51,5</b>

FUENTE: Encuesta Nacional de Salud 2006.

## 4.2. Adherencia al tratamiento farmacológico

Más de la mitad de los participantes en el programa de deshabituación (56,2%) abandonaron la medicación, pautada por su médico de Atención Primaria, antes de completar el tratamiento (Figura 2).

**Figura 2.** Abandono del tratamiento farmacológico pautado por los servicios de Atención Primaria para la deshabituación del tabaco (%).



El abandono del tratamiento farmacológico pautado por el personal médico de los Servicios de Atención Primaria de Salud resulta significativamente superior entre las mujeres (65,0% frente a 47,9% de los hombres), los pacientes más jóvenes (65,6%) y los tratados con vareniclina (60,6%), tal y como puede comprobarse en la Tabla 8.

**Tabla 8.** Pacientes participantes en el programa de deshabituación que abandonaron la medicación prescrita por el médico, según tipo de fármaco, sexo y edad (%).

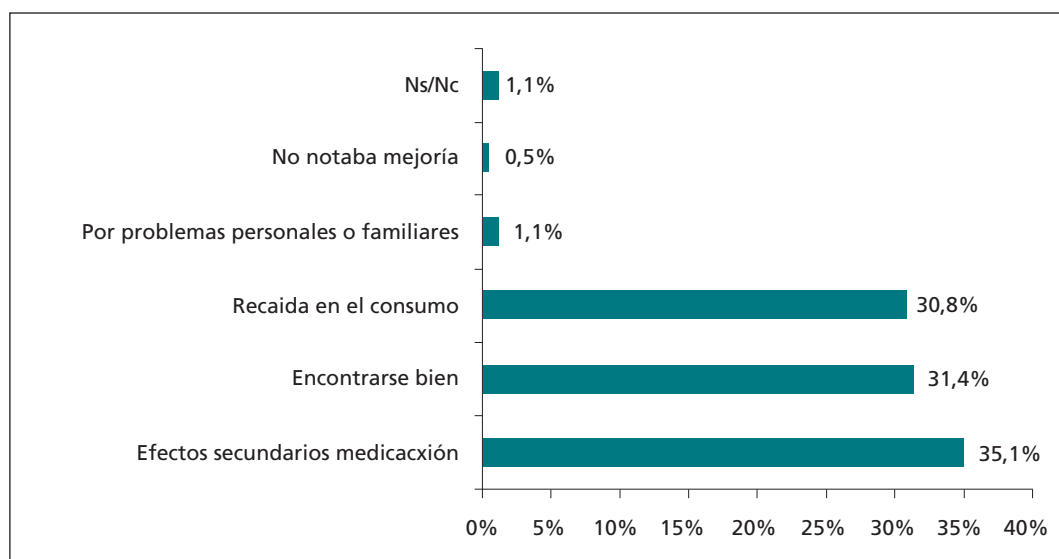
	Parches de nicotina	Bupropión (Zyntabac)	Vareniclina (Champix)	Total abandonan medicación
Hombre	44,0	47,4	49,4	47,9
Mujer	66,7	50,0	72,3	65,0
19 a 39 años	53,3	46,2	78,8	65,6
40 a 50 años	56,3	48,0	58,5	53,8
51 y + años	59,3	52,0	47,7	51,3
<b>Total</b>	<b>56,9</b>	<b>48,5</b>	<b>60,6</b>	<b>56,2</b>

FUENTE: Encuesta Nacional de Salud 2006.

El género introduce importantes diferencias en las tasas de abandono de la medicación, en particular en el caso de los parches de nicotina y la vareniclina, que entre las mujeres se sitúan 20 puntos porcentuales por encima de los hombres. Señalar, asimismo, que los niveles de abandono de la vareniclina son también especialmente elevados en el caso de los pacientes más jóvenes (78,8%), además de en las mujeres (72,9%).

Los efectos secundarios de la medicación constituyen el principal motivo que justifica el abandono de la medicación (35,1%), seguido a corta distancia por el hecho de encontrarse bien o la recaída en el consumo (Figura 3).

**Figura 3.** Motivo del abandono del tratamiento farmacológico pautado (%).  
Base: 185 pacientes que abandonaron la medicación.



Las razones por las cuales los participantes en el programa abandonaron la medicación antes de completar el tratamiento difieren según el tipo de fármaco de elección: la recaída en el consumo entre los pacientes con parches de nicotina, el hecho de encontrarse bien y no considerar necesario seguir tomando la medicación en los pacientes con bupropión y los efectos secundarios de la medicación en los pacientes con vareniclina (Tabla 9).

**Tabla 9.** Razones del abandono de la medicación antes de la conclusión del tratamiento, según fármaco de referencia (%).  
Base: pacientes que abandonaron la medicación.

	Parches de nicotina	Bupropión (Zyntabac)	Vareniclina (Champix)	Total
Efectos secundarios medicación	39,4	24,5	38,8	35,1
Se encontraban bien	12,1	36,7	35,0	31,4
Recayeron en el consumo	45,5	32,7	25,2	30,8
Problemas personales o familiares	3,0	2,0	0,0	1,1
No notaban mejoría	0,0	2,0	1,0	0,5
Ns/Nc	0,0	2,0	1,0	1,1
Base	33	49	103	185

Si analizamos la relación entre la adherencia al tratamiento farmacológico y el seguimiento por parte del personal médico y/o de enfermería en el proceso de dejar de fumar, observamos que la diferencia entre los que abandonaron la medicación antes de finalizar el tratamiento no habiendo sido seguidos por parte del personal médico y/o de enfermería (64,2%) y los que abandonaron la medicación habiendo recibido seguimiento por parte de estos profesionales (44,2%) es de 20 puntos (Tabla 10) y es significativa ( $p=0,002$ ). Por tanto, la probabilidad de abandonar la medicación sin recibir seguimiento por parte del personal médico y/o de enfermería es más del doble que recibiendo dicho seguimiento.

**Tabla 10.** Relación entre la adherencia al tratamiento farmacológico y el seguimiento por parte del personal médico y/o de enfermería durante el proceso de dejar de fumar.

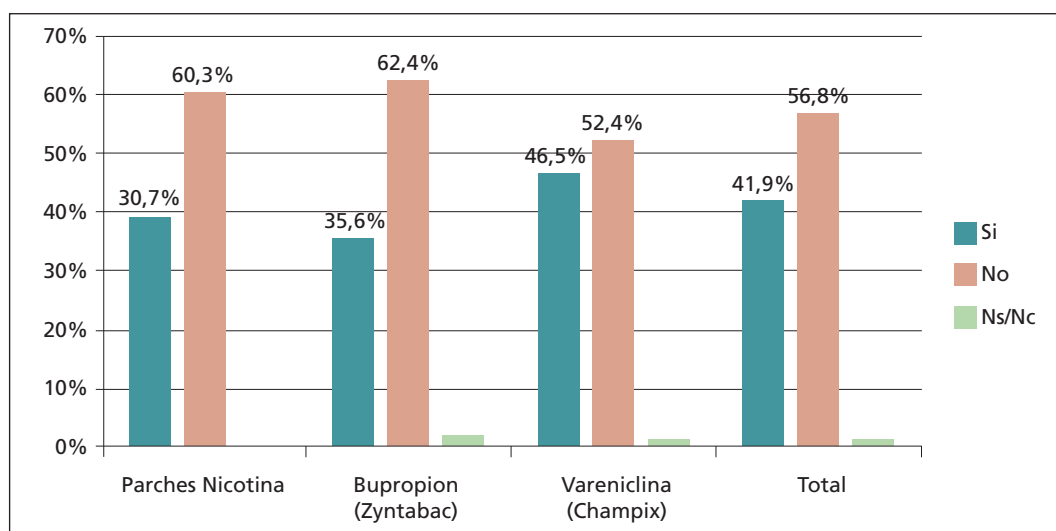
		Abandono de la medicación antes de finalizar el tratamiento		
		Si	No	Ns/Nc
Seguimiento por parte del profesional médico y/o de enfermería	Si	44,2%		
	No	64,2%		
	Ns/Nc			

### 4.3. Intervenciones complementarias a la administración de fármacos

#### a) Seguimiento de los participantes en el Programa por los Servicios de Atención Primaria de Salud

Las citas de seguimiento son una de las actividades previstas en el Protocolo del Programa de intervención en tabaquismo desde Atención Primaria de Salud, complementarias a la administración de tratamientos farmacológicos para abandonar el tabaco. A pesar de ello, son mayoría los pacientes (56,8%) que señalan que en ninguna ocasión fueron citados a lo largo del tratamiento por el personal médico y/o de enfermería de su centro de salud para seguir su intento de dejar de fumar. Los pacientes a los que les fue pautaada vareniclina son quienes refieren haber sido objeto de seguimiento en mayor proporción (Figura 4).

**Figura 4.** Seguimiento por parte del personal médico y/o de enfermería del centro de salud de los intentos de dejar de fumar, según tipo de fármaco indicado (%).



El género introduce diferencias importantes en el grado de seguimiento de que fueron objeto las personas tratadas con bupropión, muy superiores entre los hombres. Por su parte, entre los pacientes tratados con parches de nicotina son los más jóvenes quienes en mayor porcentaje recibieron seguimiento, al contrario de lo que ocurre entre los tratados con vareniclina (Tabla 11).

**Tabla 11.** Pacientes participantes en el programa de deshabituación que fueron objeto de seguimiento por personal sanitario, según tipo de fármaco, sexo y edad (%).

	Parches de nicotina	Bupropión (Zyntabac)	Vareniclina (Champix)	Total recibieron seguimiento
Hombre	40,0	47,4	46,0	45,6
Mujer	39,4	20,5	47,0	38,1
19 a 39 años	53,3	34,6	30,8	35,5
40 a 50 años	31,3	36,0	49,1	41,2
51 y + años	37,0	36,0	56,9	47,9
<b>Total</b>	<b>39,7</b>	<b>35,6</b>	<b>46,5</b>	<b>41,9</b>

FUENTE: Encuesta Nacional de Salud 2006.

Los pacientes incorporados al programa que recibieron seguimiento por parte del personal sanitario de su centro de salud, mantuvieron un promedio de 3,44 citas (Tabla 12).

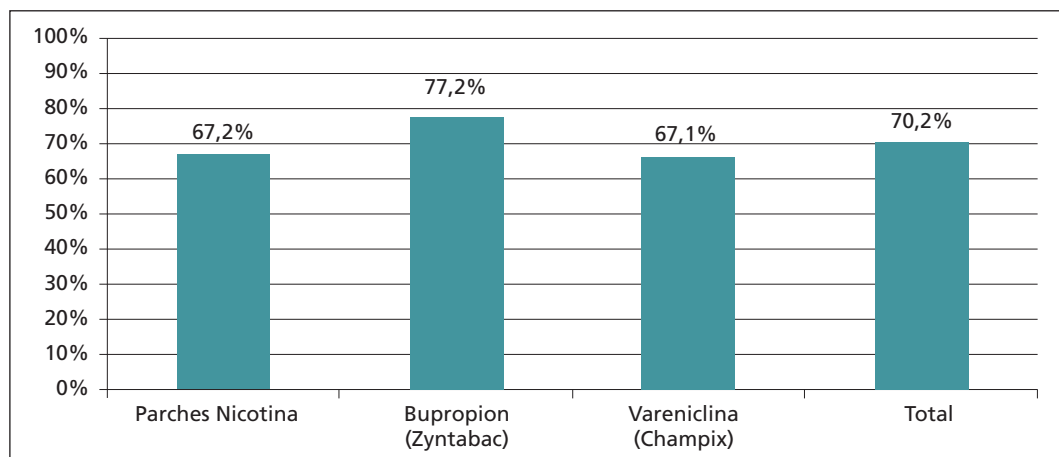
**Tabla 12.** Frecuencia de las citas de seguimiento del intento de dejar de fumar. Base: 138 pacientes que fueron objeto de seguimiento por personal sanitario.

Número citas de seguimiento	%
1 cita	12,3
2 citas	24,6
3 citas	14,5
4 citas	10,1
5 citas	8,0
6 citas	4,3
7 o más citas	4,9
<b>Media citas</b>	<b>3,44</b>

## b) Consejo sanitario y entrega de guías para dejar de fumar

También el protocolo de intervención y seguimiento del programa de intervención en tabaquismo desde Atención Primaria de Salud contempla entre sus actuaciones el consejo sanitario para dejar de fumar y la entrega a los participantes de guías de ayuda para tal fin. Un tipo de intervención que refieren haber recibido el 70,2% de los pacientes, que señalan que su médico/a o enfermero/a les dio información, pautas o folletos de ayuda para dejar de fumar, complementarios al tratamiento farmacológico (Figura 5).

**Figura 5.** Pacientes que recibieron del personal médico y/o de enfermería información, pautas o folletos de ayuda para dejar de fumar complementarios al tratamiento farmacológico, según tipo de fármaco indicado (%).



#### 4.4. Satisfacción con la atención prestada por el personal médico y de enfermería para dejar de fumar

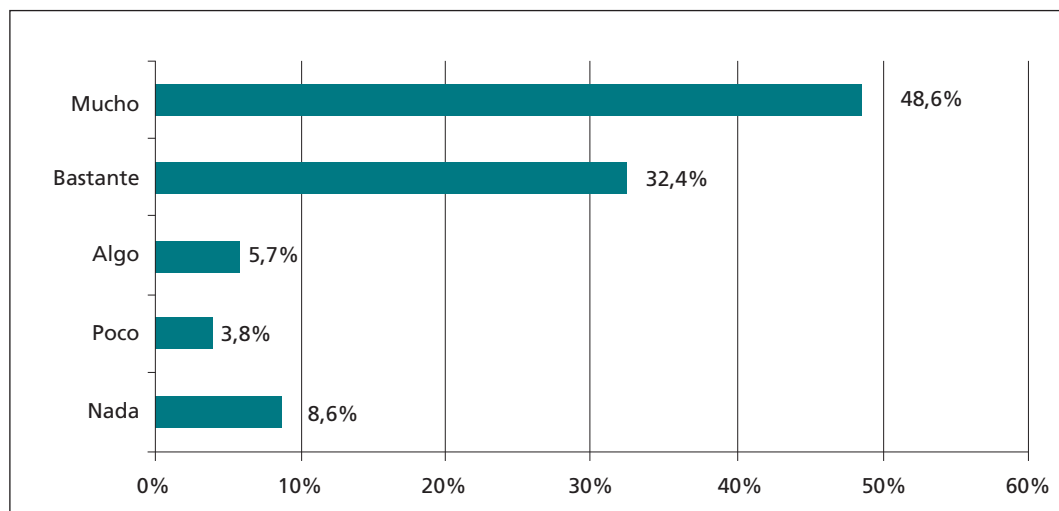
Los participantes en el programa de deshabituación del tabaco expresan en general una elevada satisfacción con la atención dispensada por el personal médico y de enfermería en su intento de dejar de fumar, alcanzando una puntuación media de 8,56 puntos en una escala de Likert de 0 (nada satisfactoria) a 10 (totalmente satisfactoria). Las personas de más edad y los hombres muestran niveles de satisfacción ligeramente por encima del promedio general, sin que el tipo de fármaco administrado condicione la valoración que los pacientes realizan de la atención recibida (Tabla 13).

**Tabla 13.** Grado de satisfacción con la atención recibida del personal sanitario para dejar de fumar, según sexo, edad y fármaco prescrito (medias).

	Valoración media
Hombre	8,65
Mujer	8,46
19 a 39 años	8,34
40 a 50 años	8,27
51 y + años	9,03
Parches de nicotina	8,59
Bupropión (Zyntabac)	8,52
Vareniclina (Champix)	8,57
<b>Promedio general</b>	<b>8,56</b>

Una amplia mayoría de participantes en el programa (81,0%) considera que el mismo les ayudó mucho o bastante para dejar de fumar (Figura 6). Este dato es coherente con el alto grado de satisfacción manifestado con la atención recibida.

**Figura 6.** Opinión de los pacientes respecto a la utilidad del programa para dejar de fumar.



Las personas tratadas con vareniclina y bupropión son quienes con mayor frecuencia emiten las valoraciones favorables respecto a la ayuda prestada por el programa en sus esfuerzos para dejar de fumar (Tabla 14).

**Tabla 14.** Opinión de los pacientes respecto a la ayuda del programa para dejar de fumar, según tipo de fármaco prescrito (%).

	Parches de nicotina	Bupropión (Zyntabac)	Vareniclina (Champix)	Total
Nada	22,7	13,0	1,7	8,6
Poco	9,1	0,0	3,3	3,8
Algo	13,6	0,0	5,0	5,7
Bastante	27,3	26,1	36,7	32,4
Mucho	27,3	60,9	51,7	48,6
Ns/Nc	0,0	0,0	1,7	1,0
Base	22	23	60	105
<b>Mucho + Bastante</b>	<b>54,6</b>	<b>87,0</b>	<b>88,4</b>	<b>81,0</b>

Las personas más jóvenes son las que en mayor porcentaje indican que el programa en el que participaron les ayudó bastante o mucho para dejar de fumar (90,4%), sin que se observen grandes diferencias en función del sexo (Tabla 15). Ello a pesar de que la evolución en los tratamientos fue, como se detallará más adelante, más desfavorable en el caso de las mujeres.

**Tabla 15.** Opinión de los pacientes respecto a la ayuda del programa para dejar de fumar, según sexo y edad (%).

	Hombre	Mujer	19 a 39 años	40 -50 años	51 y más	Total
Nada	6,9	10,6	0,0	18,2	5,9	8,6
Poco	1,7	6,4	9,5	0,0	3,9	3,8
Algo	6,9	4,3	0,0	3,0	9,8	5,7
Bastante	37,9	25,5	33,3	36,4	29,4	32,4
Mucho	44,8	53,2	57,1	42,4	49,0	48,6
Ns/Nc	1,7	0,0	0,0	0,0	2,0	1,0
Base	58	47	21	33	51	105
<b>Mucho + Bastante</b>	<b>82,7</b>	<b>78,7</b>	<b>90,4</b>	<b>78,8</b>	<b>78,4</b>	<b>81,0</b>

#### 4.5. Niveles de abstinencia a la conclusión del tratamiento

##### a) Abstinencia a los seis meses de la finalización del tratamiento

##### - Abstinencia puntual (no fuma en ese momento)

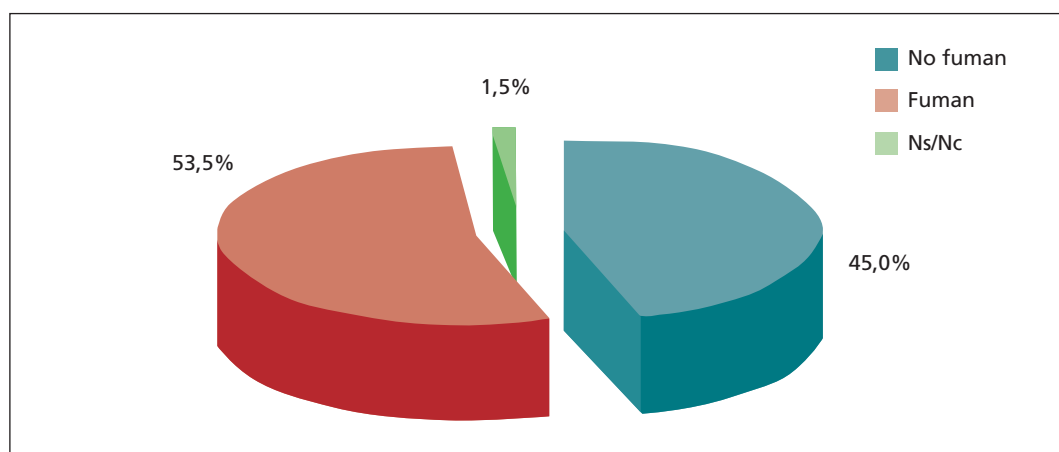
Casi la mitad (45,0%) de las personas que participaron en el programa de deshabituación afirman que seguían sin fumar a los 6 meses de la finalización del tratamiento (Tabla 16) (Figura 7). Los niveles de abstinencia al tabaco son significativamente superiores entre los hombres (del 50,3% frente al 39,4% de las mujeres) y las personas de mayor edad.

Los casos tratados con vareniclina registran niveles de abstinencia ligeramente superiores a los del resto de fármacos, si bien no existe una asociación intensa entre esta variable y los niveles de abstinencia observados a los seis meses de concluido el tratamiento.

**Tabla 16.** Pacientes abstinentes al cumplirse 6 meses de la finalización del tratamiento de deshabituación, según sexo, edad y el tipo de fármaco administrado (%).

	No fuman (abstinencia puntual a los 6 meses)	Fuman	Ns/Nc
Hombre	50,3	49,1	0,6
Mujer	39,4	58,1	2,5
19 a 39 años	41,9	55,9	2,2
40 a 50 años	42,9	56,3	0,8
51 y + años	49,6	48,7	1,7
Parches de nicotina	41,4	58,6	0,0
Bupropión (Zyntabac)	43,6	55,4	1,0
Vareniclina (Champix)	47,0	50,6	2,4
Base	148	176	5
<b>Total</b>	<b>45,0</b>	<b>53,5</b>	<b>1,5</b>

**Figura 7.** Abstinencia puntual a los 6 meses de la finalización del tratamiento para dejar de fumar (%).



El seguimiento del tratamiento por parte del personal sanitario se asocia de forma intensa con las tasas de abstinencia registradas a los seis meses de la finalización del mismo. Los participantes en el programa que fueron citados por el personal médico o de enfermería para seguir su intento

de dejar de fumar presentan tasas de abstinencia a los seis meses 21,6 puntos porcentuales superiores a las de quienes no fueron objeto de seguimiento (Tabla 17).

**Tabla 17.** Abstinencia puntual del consumo de tabaco a los 6 meses de la finalización del tratamiento, según seguimiento al que fueron sometidos los pacientes por el personal sanitario (%).

	Fueron citados para seguimiento	No fueron citados para seguimiento	Total
Fuman	39,9	62,6	53,5
No fuman	58,0	36,4	45,0
Ns/Nc	2,1	1,0	1,5

Por el contrario, el hecho de haber facilitado a los pacientes información, pautas o folletos de ayuda para dejar de fumar (complementariamente a la administración de fármacos) no aparece asociada a la abstinencia observada a los 6 meses de la conclusión del tratamiento (Tabla 18).

**Tabla 18.** Abstinencia puntual del consumo de tabaco a los 6 meses de la finalización del tratamiento, según que los pacientes recibieran o no información, pautas o folletos de ayuda para dejar de fumar (%).

	Recibieron pautas y folletos	No recibieron pautas y folletos	Total
Fuman	53,2	52,7	53,5
No fuman	44,6	47,4	45,0
Ns/Nc	2,2	0,9	1,5

- **Abstinencia continuada (no ha fumado desde la finalización del tratamiento hasta ese momento)**

Entre los participantes en el programa que se mantenían abstinentes a los seis meses de finalizar el mismo, aproximadamente uno de cada cinco (19,6%) indica haber fumado algún cigarrillo o puro en algún momento a lo largo de dicho período (Tabla 19).

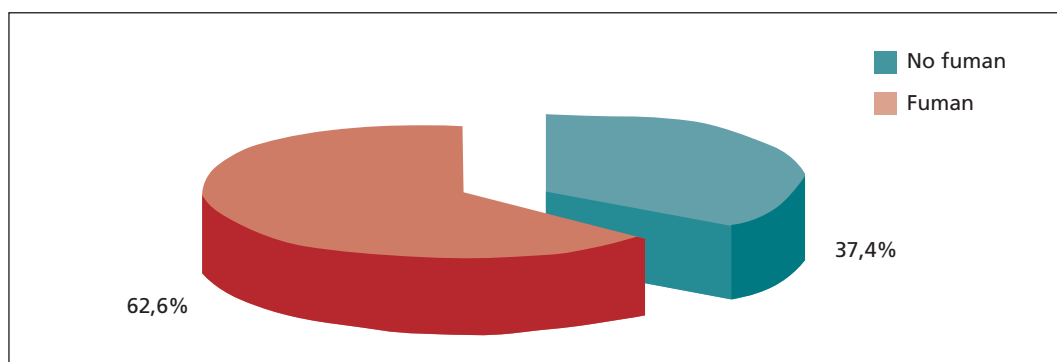
**Tabla 19.** Consumo de algún cigarrillo/puro durante los seis meses siguientes a la finalización del tratamiento, según sexo, edad y fármaco administrado (%).

Base: Pacientes que se mantenían abstinentes al cumplirse 6 meses de la finalización del tratamiento.

	No fumaron ningún cigarrillo o puro	Fumaron algún cigarrillo o puro
Hombre	80,2	19,8
Mujer	80,6	19,4
19 a 39 años	75,6	24,4
40 a 50 años	84,6	15,4
51 y + años	80,0	20,0
Parches de nicotina	79,2	20,8
Bupropión (Zyntabac)	80,0	20,0
Vareniclina (Champix)	81,0	19,0
Base	123	30
<b>Total</b>	<b>80,4</b>	<b>19,6</b>

Por tanto, el 37,4% de los participantes no fumó absolutamente ningún cigarrillo ni puro durante los seis meses siguientes a la finalización del tratamiento (Figura 8).

**Figura 8.** Abstinencia continuada los 6 meses de la finalización del tratamiento para dejar de fumar (%).



## b) Abstinencia a los doce meses de la finalización del tratamiento

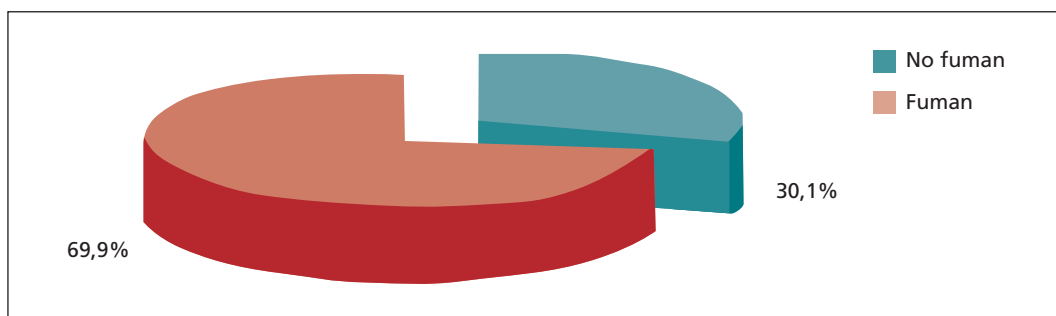
### - Abstinencia puntual (no fuma en ese momento)

Al cumplirse 12 meses de la finalización del tratamiento únicamente el 30,1% de los participantes en el programa de deshabituación seguían sin fumar (Figura 9). Las tasas de abstinencia al tabaco más elevadas se registraban entre las personas de mayor edad, los hombres y quienes fueron tratados con vareniclina (Tabla 20).

**Tabla 20.** Pacientes que se mantenían abstinentes a los 12 meses de la finalización del tratamiento de deshabituación, según sexo, edad y tipo de fármaco administrado (%).

	No fuman (abstinencia puntual a los 12 meses)	Fuman
Hombre	32,5	67,5
Mujer	27,5	72,5
19 a 39 años	24,7	75,3
40 a 50 años	26,9	73,1
51 y + años	37,6	62,4
Parches de nicotina	24,1	75,9
Bupropión (Zyntabac)	28,7	71,3
Vareniclina (Champix)	32,9	67,1
Base	99	230
<b>Total</b>	<b>30,1</b>	<b>69,9</b>

**Figura 9.** Abstinencia puntual los 12 meses de la finalización del tratamiento para dejar de fumar (%).



- **Abstinencia continuada (no ha fumado desde la finalización del tratamiento hasta ese momento)**

Sin embargo, del 30,1% de los participantes en el programa de deshabituación que se mantenían abstinentes a los doce meses de finalizar el mismo, el 22,2% fumaron tabaco en algún momento a lo largo del primer año (Tabla 21) (Figura 10).

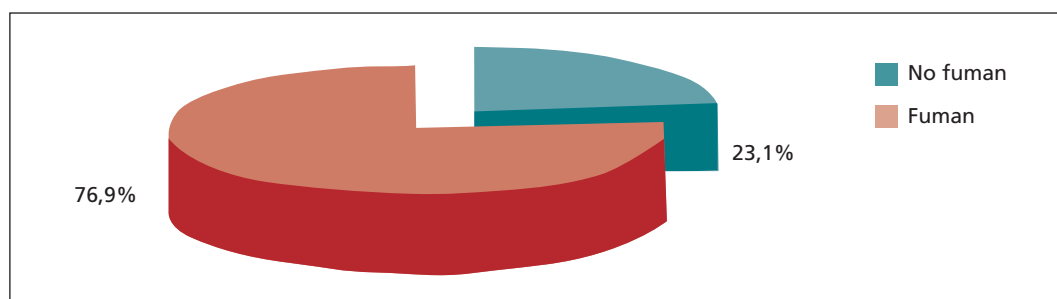
**Tabla 21.** Consumo de algún cigarrillo/puro durante los 12 meses siguientes a la finalización del tratamiento, según sexo, edad y tipo de fármaco administrado (%).

Base: Pacientes que se mantenían abstinentes al cumplirse 12 meses de la finalización del tratamiento.

	No fumaron ningún cigarrillo o puro	Fumaron algún cigarrillo o puro	Ns/Nc
Hombre	78,2	21,8	0,0
Mujer	75,0	22,7	2,3
19 a 39 años	65,2	34,8	0,0
40 a 50 años	78,1	21,9	0,0
51 y + años	81,8	15,9	2,3
Parches de nicotina	85,7	14,3	0,0
Bupropión (Zyntabac)	72,4	27,6	0,0
Vareniclina (Champix)	76,8	21,4	1,8
Base	76	22	1
<b>Total</b>	<b>76,8</b>	<b>22,2</b>	<b>1,0</b>

Por tanto, el 23,1% de los participantes no fumó absolutamente ningún cigarrillo ni puro durante los doce meses siguientes a la finalización del tratamiento (Figura 10).

**Figura 10.** Abstinencia continuada los 12 meses de la finalización del tratamiento para dejar de fumar (%).



Al igual que ocurría a los 6 meses, también los niveles de abstinencia a los doce meses de la finalización del tratamiento aparecen intensamente asociados al seguimiento del tratamiento por parte del personal sanitario. Los participantes que fueron citados por el personal médico o de enfermería para seguir su intento de dejar de fumar presentan tasas de abstinencia a los doce meses de la conclusión del tratamiento 20,1 puntos porcentuales por encima de quienes no fueron objeto de seguimiento (Tabla 22).

**Tabla 22.** Abstinencia del consumo de tabaco al cumplirse 12 meses de la finalización del tratamiento de deshabituación, según que los pacientes fueran o no objeto de seguimiento por parte del personal sanitario (%).

	Fueron citados para seguimiento	No fueron citados para seguimiento	Total
Fuman	58,0	78,1	69,9
No fuman	42,0	21,9	30,1

La facilitación de información, pautas o folletos de ayuda, para dejar de fumar, de forma complementaria a la administración de fármacos, se asocia de forma moderada con la abstinencia al consumo registrada a los 12 meses de la conclusión del tratamiento (Tabla 23).

**Tabla 23.** Abstinencia del consumo de tabaco al cumplirse 6 meses de la finalización del tratamiento de deshabituación, según que los pacientes recibieran o no información, pautas o folletos de ayuda para dejar de fumar (%).

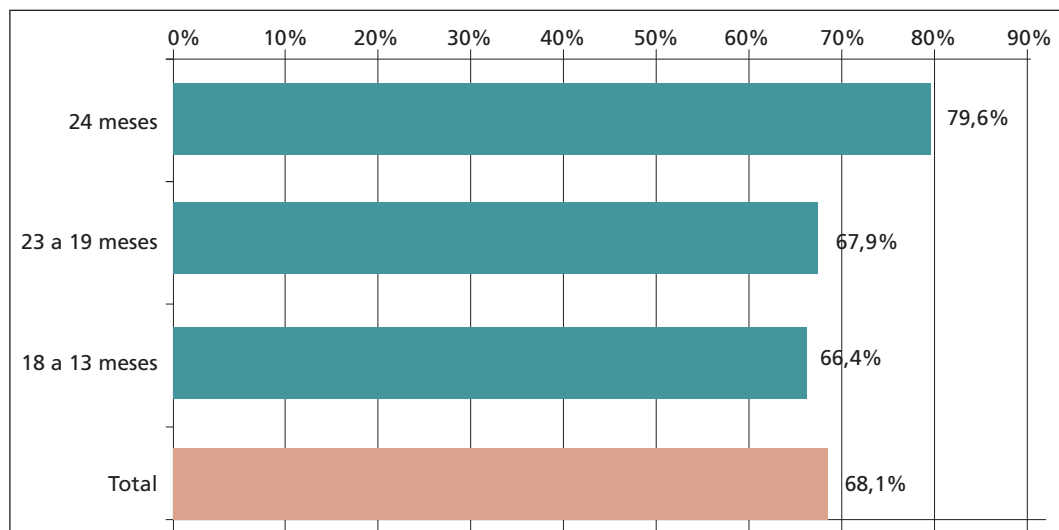
	Recibieron pautas y folletos	No recibieron pautas y folletos	Total
Fuman	67,5	74,7	69,9
No fuman	32,5	25,3	30,1

### **c) Recaídas a los 24 meses tras la finalización del tratamiento**

La recaída en el consumo de tabaco aumenta progresivamente a medida que se dilata el período de tiempo transcurrido desde la finalización del tratamiento, hasta alcanzar el 79,6% cuando se cumplían 24 meses de ese momento (Figura 11). Las tasas de reincidencia cuando habían transcurrido más de

12 meses de la finalización del tratamiento han sido obtenidas cruzando el número de fumadores actuales y la fecha exacta de conclusión del tratamiento que aparece registrada en la base de datos, a diferencia de las tasas correspondientes a los 6 y 12 meses de la conclusión del tratamiento, aportadas directamente por los encuestados.

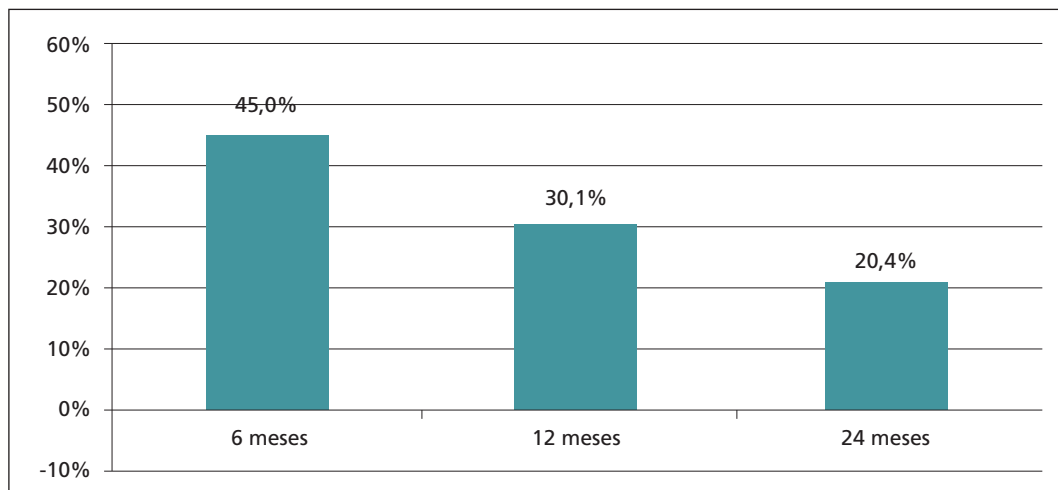
**Figura 7.** Reincidencia en el consumo de tabaco tras la conclusión del tratamiento (%)



#### 4.6. Evolución de la abstinencia tras la conclusión del tratamiento

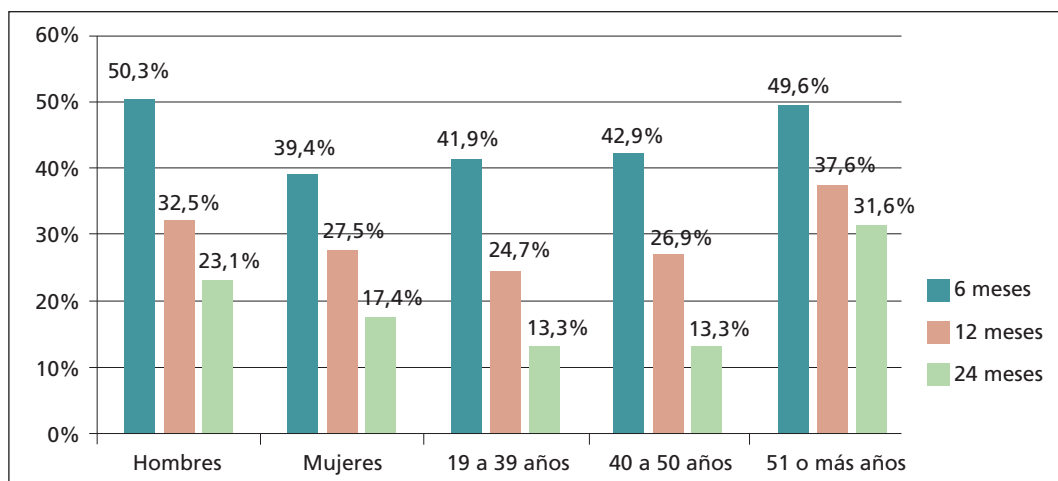
La abstinencia al consumo entre los participantes en el programa de deshabitación se reduce de forma importante a medida que se dilata el período de tiempo transcurrido desde que finalizó el tratamiento (Figura 12). A pesar de ello, debe destacarse que uno de cada cinco participantes en el programa (20,4%) seguían sin fumar dos años después de terminar el tratamiento. Un dato que avala la efectividad de los tratamientos farmacológicos utilizados en el marco del programa impulsado por la Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja para hacer frente al tabaquismo, máxime si se tienen en cuenta que el tabaquismo es considerado un trastorno adictivo de carácter crónico.

**Figura 12.** Evolución de las tasas de abstinencia al consumo, según el tiempo transcurrido desde la finalización del tratamiento (%).



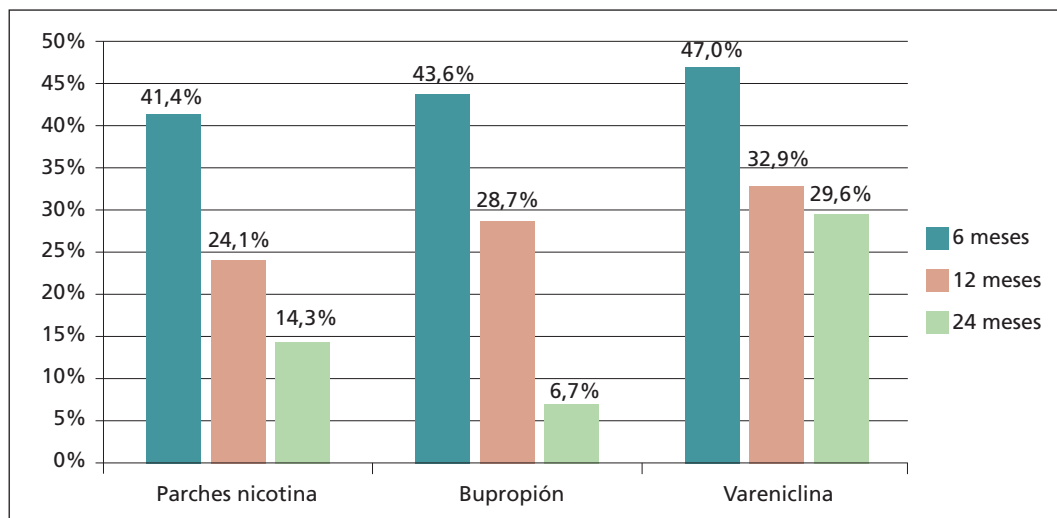
El sexo y la edad condicionan la evolución registrada en las tasas de abstinencia tras el tratamiento, mucho más favorable en el caso de las personas mayores de 50 años y de los hombres (Figura 13).

**Figura 13.** Evolución de las tasas de abstinencia tras el tratamiento, según sexo y edad (%).



También el tipo de fármaco administrado condiciona la evolución de las tasas de abstinencia, mucho más favorable entre las personas tratadas con vareniclina (Figura 14).

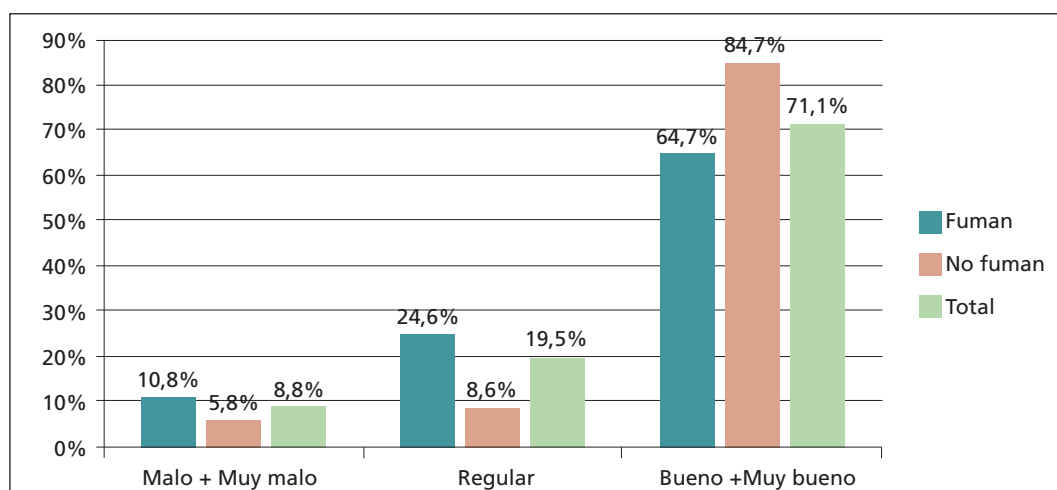
**Figura 14.** Evolución de las tasas de abstinencia tras el tratamiento, según fármaco administrado (%).



#### 4.7. Impacto sobre la salud de la participación en el programa

El porcentaje de encuestados que consideran bueno o muy bueno su estado actual de salud resulta significativamente superior entre quienes no fuman en la actualidad (84,7% frente al 64,7%). Este dato confirma que el

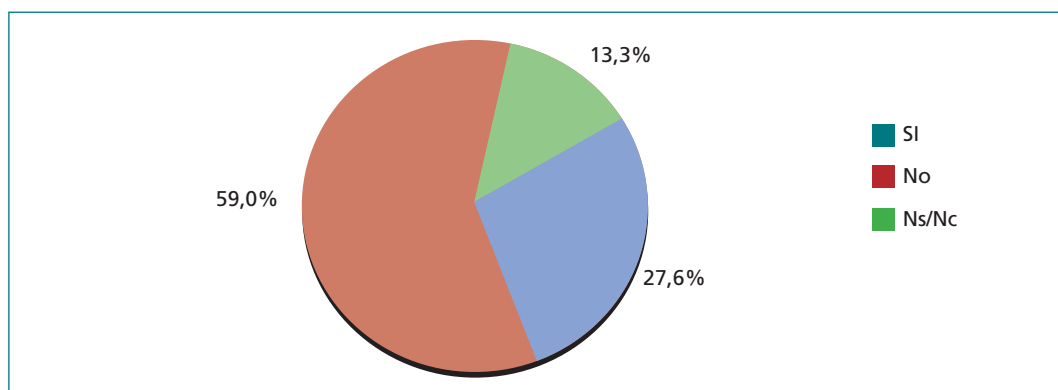
**Figura 15.** Valoración del estado de salud actual, según hábito de consumo de tabaco (%).



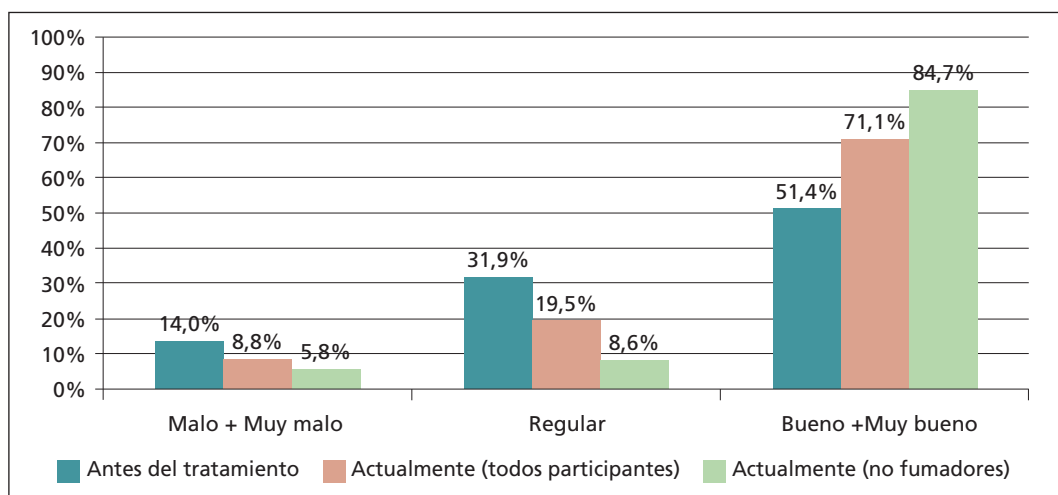
abandono del tabaco se asocia con una mejora en la percepción que de su estado actual de salud tienen las personas encuestadas (Figura 15).

En consonancia con el positivo impacto que el abandono del tabaco tiene en la percepción del estado de salud de los ex fumadores, el 27,6% de los encuestados que no fuman en la actualidad consideran que desde que dejaron el tabaco han acudido menos al médico que cuando fumaban (Figura 16).

**Figura 16.** Reducción de las visitas al médico desde que dejaron de fumar (%).  
Base: pacientes que no fuman actualmente.



**Figura 17.** Evolución del estado de salud antes y después del tratamiento (%).



Cuando se interpela a los participantes en el programa sobre su salud hace dos años, antes de dejar de fumar, se percibe con mayor nitidez los cambios que sobre la misma tiene el abandono del tabaquismo (Figura 17).

Tres de cada diez (29,5%) personas que hace dos años, antes de incorporarse al programa, consideraban que su salud era mala o muy mala la califican actualmente como buena o muy buena. Este porcentaje se eleva al 55,1% entre quienes no fuman actualmente frente al 13,7% de los que fuman en la actualidad (Tabla 28).

**Tabla 28.** Evolución de las valoraciones del estado actual de salud en relación con el momento previo al inicio del tratamiento, según consumo actual de consumo de tabaco (%).

Actualmente Hace 2 años	Malo + muy malo	Regular	Bueno + muy bueno	Ns/Nc	Total
<b>TOTALIDAD PARTICIPANTES EN EL PROGRAMA</b>					
Malo + Muy malo	69,0	14,1	7,3	--	14,0
Regular	13,8	76,6	22,2	--	31,9
Bueno + Muy bueno	17,2	4,7	68,4	50,0	51,4
Ns/Nc	--	4,7	2,1	50,0	2,7
Base	29	64	234	2	329
<b>PERSONAS QUE FUMAN ACTUALMENTE</b>					
Malo + Muy malo	73,9	16,4	3,4	--	13,8
Regular	13,0	74,5	10,3	--	26,3
Bueno + Muy bueno	13,0	3,6	82,8	--	55,8
Ns/Nc	---	5,5	3,4	100	4,0
Base	23	55	145	1	224
<b>PERSONAS QUE NO FUMAN ACTUALMENTE</b>					
Malo + Muy malo	50,0	--	13,5	--	14,3
Regular	16,7	88,9	41,6	--	43,8
Bueno + Muy bueno	33,3	11,1	44,9	100	41,9
Ns/Nc	--	--	--	--	--
Base	6	9	89	1	105



## 5. CONCLUSIONES

- 1º) Se constata la elevada efectividad del Programa de Intervención en Tabaquismo desde Atención Primaria de Salud de La Rioja, con tasas de abstinencia del tabaco del 45,0% y el 30,1%, respectivamente, a los seis y doce meses de finalizado el tratamiento. Estos resultados son superiores a los de otros programas que incluyen intervenciones breves con apoyo farmacológico aunque están en la línea con los de intervenciones intensivas que incluyen medicamentos de primera línea para dejar de fumar.
- 2º) La efectividad del programa es significativamente superior entre las personas de edad más avanzada (51 o más años) y los varones, que registran niveles de abstinencia significativamente superiores a los seis y doce meses de seguimiento.
- 3º) Los pacientes tratados con vareniclina registran tasas de abstinencia superiores a las de quienes recibieron bupropión y parches de nicotina, en especial a largo plazo.
- 4º) La participación en el programa se traduce en una mejora sustancial de la percepción que los pacientes tienen de su estado de salud, en particular entre quienes siguen sin fumar tras completar el tratamiento. Más de la mitad (55,1%) de los ex fumadores que antes del tratamiento consideraban mala o muy mala su salud la valoran actualmente como buena o muy buena. Asimismo, los participantes en el programa redujeron su nivel de consultas a los servicios de Atención Primaria de Salud.
- 5º) La satisfacción de los pacientes con la atención prestada en el contexto del programa es muy elevada, alcanzando 8,56 puntos de promedio en una escala de 0 a 10. Esta valoración es relativamente uniforme con independencia del fármaco administrado, el sexo o la edad.
- 6º) Una amplia mayoría de pacientes (81%) opina que el programa les ayudó mucho o bastante para dejar de fumar. Entre los pacientes tratados con parches de nicotina la utilidad atribuida al programa para dejar de fumar se reduce de forma drástica,

de manera que sólo el 54,6% considera que les ayudó mucho o bastante en ese propósito, frente al 88,4% entre los tratados con vareniclina y al 87,0 de los tratados con bupropión. La baja utilidad asociada a los tratamientos con parches de nicotina es congruente con las bajas tasas de abstinencia conseguidas por los pacientes tratados con este fármaco.

- 7ª) Existe un bajo nivel de adherencia al tratamiento farmacológico, como lo confirma la presencia de un 56,2% de pacientes que abandonan la medicación prescrita antes de completar el tratamiento. El abandono de la medicación es especialmente elevado entre los pacientes de 19 a 39 años, las mujeres y los tratados con vareniclina.
- 8ª) La probabilidad de abandonar la medicación sin recibir seguimiento por parte del personal médico y/o de enfermería es más del doble que recibiendo dicho seguimiento. Teniendo en consideración este último punto, sería fundamental conseguir que el personal médico y/o de enfermería realice seguimiento de forma sistemática para duplicar la adherencia al tratamiento farmacológico.
- 9ª) Los efectos secundarios de la medicación es la principal razón por la cual las personas incorporadas al programa de deshabituación refieren que abandonan el tratamiento. Este factor es especialmente relevante en el caso de los parches de nicotina y de la vareniclina, donde el 39,4% y el 38,8%, respectivamente, de los casos que abandonaron la medicación lo hicieron por este motivo.
- 10ª) Solamente el 41,9% de los pacientes fueron citados por el personal médico y/o de enfermería de su centro de salud para realizar el seguimiento de su intento de abandonar el consumo de tabaco. Ello a pesar de que las citas de seguimiento están incluidas entre las intervenciones previstas en el Protocolo del Programa de Intervención en Tabaquismo. Se trata de un aspecto clave que debe ser mejorado, puesto que los resultados del estudio confirman, en línea con otras investigaciones, que la presencia de seguimiento por parte del personal sanitario se asocia de forma intensa a las tasas de abstinencia conseguidas a los 6 y 12 meses de la conclusión del tratamiento.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGENCIA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS (2003). *Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
- ALTERMAN, A.I. et al. (1999). *Nicodermal patch adherence and its correlates*. *Drug & Alcohol Dependence*, 1999, 53:159–165.
- BECOÑA, E. VÁZQUEZ, F. (1998). *Dejar de fumar como un proceso: implicaciones asistenciales*. En: Libro blanco sobre el tabaquismo en España. Barcelona: Glosa; 1998.
- CARRERAS, J.M. FLÉTES, I. QUESADA, M. SÁNCHEZ, B. SÁNCHEZ, L. *Diseño y primera evaluación de tratamiento del tabaquismo por teléfono. Comparación con un modelo estándar*. *Med Clin (Barc)*. 2007; 128(7): 247250.
- CNPT (2006). *Encuesta sobre conocimientos, actitudes, creencias y conductas en relación al consumo de tabaco*. Madrid: Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo.
- CNPT (2008). *Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España*. Observatorio para la Prevención del Tabaquismo. Madrid: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo.
- DE SOLÀ-MORALES, O. (2003). *La promoción del abandono del tabaquismo: una revisión de las estrategias*. Documento de Evaluación. Barcelona: Agencia de Evaluación de Tecnología y Búsqueda Médicas.
- DEL POZO, J. GONZÁLEZ, A. (2009). *Encuesta sobre consumo de drogas en La Rioja 2007*. Logroño: Gobierno de La Rioja. Consejería de Salud.
- EUROPEAN COMISSION (2004). *Tobacco or Health in the European Unión. Past, present and future*. Brusels: The Aspect Consortium and European Commission Directorate General for Health and Consumer Protection, 2004.
- FORNAI, E. et al. (2001). *Smoking reduction in smokers compliant to a smoking cessation trial with nicotine patch*. *Monaldi Archives for Chest Disease*, 2001, 56:5–10.

- GALLARDO, M.A. et al. (2008). *Intervención en tabaquismo desde Atención Primaria de Salud*. Guía para profesionales. Logroño: Gobierno de La Rioja y Sociedad Riojana de Medicina de Familia y Comunitaria.
- HAYS, J.R. et al. (2000). *Bupropion SR for relapse prevention. 6th Annual Conference of the Society for Research on Nicotine and tobacco*. Arlington. 2000.
- HUGHES, J.R. KEELY, J. NAUD, S. (2004). *Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers*. *Addiction* 2004. 99: 29-38.
- HURT, R.D. et al. (1997). *A comparison of sustained release Bupropion and placebo for smoking cessation*. *N Engl J Med*. 1997. 337: 1195-1202.
- JIMÉNEZ-RUIZ, C.A. et al. (2003). *Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo*. Documento de Consenso. *Arch Bronconeumol* 2003; 39:35-41.
- JORENBY, D.E. et al (1999). *A controlled trial of sustained-release Bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation*. *N Engl J Med* 1999; 340: 685-691.
- LANCASTER, T. STEAD, L.F. (2005). *Self-help interventions for smoking cessation*. *The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005*, Issue 3. Art. No.: CD001118. DOI: 10.1002/14651858. CD001118.
- MARTIN, C. JANE, C. NEBOT, M. (1993). *Evaluación anual de un programa de ayuda al fumador*. *Aten Primaria* 1993; 12: 86-90.
- MARTÍN, C. et al (1997). *Evaluación a medio plazo de un programa de ayuda a fumadores*. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 744-748.
- OMS (2000). *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.
- OMS (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Organización Mundial de la Salud 2004. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- SILAGY, C. LANCASTER, T. STEAD, L. MANT, D. FOWLER, G. (2004). *Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review)*. *The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004*, Issue 3. Art. No.: CD000146. DOI: 10.1002/14651858. CD000146.

STEAD, L.F. LANCASTER T. (2005). *Group behaviour therapy programmes for smoking cessation* (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art. No.: CD001007. DOI: 10.1002/14651858.CD001007.

STEAD, L.F. PERERA, R. LANCASTER, T. (2006). *Telephone counselling for smoking cessation* (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD002850. DOI: 10.1002/14651858.CD002850.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2000). *Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General*. Atlanta: DHHS; 2000.

WHO (2002). *The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: World Health Organization.

## ANEXO

### Cuestionario utilizado para la Recogida de Información

#### PREGUNTA FILTRO

**P0. Según figura en nuestros datos de la Consejería, usted acudió en el año 2008 a su centro de salud para recibir el tratamiento que le hemos explicado, ¿es correcto?**

1. Sí
2. No.....NO VÁLIDO

#### Tipo de fármaco

**P1. ¿Recuerda con qué fármaco o medicación realizó su intento de dejar de fumar en el año 2008?**

1. Sí.....pasar a P1\_1
  2. No.....(recordar el que pone en la base de datos y marcar en la tabla)
98. Ns/Nc

**P1\_1. El fármaco utilizado fue... (No leer y sólo marcar una respuesta)**

1. Parches de nicotina
2. Zyntabac (bupropión)
3. Champix (vareniclina)
98. Ns/Nc

## Abandono fármacos y causas

**P2.** Antes de finalizar el tratamiento completo que el médico le recetó, ¿usted abandonó la medicación?

- 1. Sí.....pasar a P2\_1
- 2. No.....pasar a P3
- 98.Ns/Nc.....pasar a P3

**P2\_1** ¿Sabría decirme cuál fue la causa? (leer opciones, una respuesta)

1. Efectos secundarios de la medicación
2. Se encontraba bien y decidió dejar la medicación
3. Recayó y dejó la medicación
4. Otras causas (especificar)
98. Ns/Nc

## Seguimiento

**P3.** ¿Le citó su médico y/o enfermera en alguna ocasión para seguir su intento de dejar de fumar?

- 1. Sí .....P3\_1. ¿recuerda cuántas veces?.....(98. ns/nc)
- 2. No
- 98. Ns/Nc

## Tipo intervención

**P4.** ¿Aparte de recetarle tratamiento farmacológico, su médico o enfermera le dio más información, pautas o folletos de ayuda? (Una respuesta)

- 1. Sí
- 2. No
- 98. Ns/Nc

## Satisfacción

**P5.** En una escala de 0 a 10, ¿cuál es su grado de satisfacción con la atención recibida por su médico o enfermera para dejar de fumar? (siendo 1 nada y 10 totalmente) (Una respuesta)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	98.ns/nc
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------

Abstinencia 6 meses y 1 año:

**INSTRUCCIÓN PARA EL CATI:** Incorporar la fecha de fin del tratamiento que corresponda en cada caso.

**P6\_1.** A los 6 meses de la finalización del tratamiento (recordar fecha de finalización: coger de la bdd), ¿seguía sin fumar?

1. Sí
2. No.....pasar a p7\_1
98. Ns/Nc

**SÓLO SI NO FUMABA A LOS A LOS 6 MESES. P6\_2.** Y, durante esos 6 primeros meses, ¿permaneció sin fumar ni un sólo cigarro (o puro)?

1. Sí
2. No
98. Ns/Nc

**P7\_1.** Y, un año después del tratamiento, ¿fumaba?

1. Sí.....pasar a p8
2. No
98. Ns/Nc

**SÓLO SI NO HA FUMADO NI A LOS 6 MESES NI TRAS EL PRIMER AÑO. P7\_2.** Y durante el primer año, ¿permaneció sin fumar ni un sólo cigarro (o puro)?

1. Sí
2. No
98. Ns/Nc

## Reincidencia actual y percepción de la utilización de Servicios Sanitarios (SS)

**P8. ¿Fuma usted en la actualidad?**

1. Sí.....
2. No.....
98. Ns/Nc.....P9

**P8\_1. Considera que el programa al que asistió para dejar de fumar le ha ayudado...**

1. Nada
2. Poco
3. Algo.....no leer esta opción
4. Bastante
5. Mucho
98. Ns/Nc

**SOLO SI NO FUMA EN LA ACTUALIDAD (P8=2)**

**P8\_2. ¿Cree usted que desde que dejó de fumar ha ido menos al médico que cuando fumaba?**

1. Sí
2. No
98. Ns/Nc

**P9. ¿Cómo calificaría su actual estado de salud?**

1. Muy malo
2. Malo
3. Regular.....no leer esta opción
4. Bueno
5. Muy Bueno
98. Ns/Nc

**P10. Hace dos años, antes de comenzar el tratamiento para dejar de fumar, ¿cómo considera que era su estado de salud?**

1. Muy malo
2. Malo
3. Regular.....no leer esta opción
4. Bueno
5. Muy Bueno
98. Ns/Nc

**Edad. - ¿Qué edad tiene en la**  **actualidad?**  
**Sexo (anotar sin preguntar)**

1. Hombre
2. Mujer

Nombre:

Teléfono: (sólo para controlar la veracidad de la entrevista)

CÓDIGO CODIFICADOR:.....

CÓDIGO SUPERVISOR:.....