



ORIGINAL

Tratamiento multicomponente del tabaquismo en Atención Primaria: seguimiento transcurridos más de 5 años



Luis Gutiérrez-Bardeci^{a,*}, Mónica del Amo^a, Lorena de Carlos^a,
Luis Otero^a y Pedro Muñoz-Cacho^b

^a Centro de Salud Puertochico, Servicio Cántabro de Salud, IDIVAL, Santander, España

^b Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Cantabria, IDIVAL, Santander, España

Recibido el 13 de enero de 2023; aceptado el 28 de febrero de 2023

PALABRAS CLAVE

Abandono del tabaco;
Atención Primaria de
salud;
Estudios
prospectivos;
Recaída;
Valor predictivo

Resumen

Objetivos: Analizar la eficacia de un tratamiento multicomponente para dejar de fumar llevado a cabo en Atención Primaria y evaluar la evolución del consumo de tabaco que tuvieron las personas que participaron, transcurridos más de 5 años desde la finalización del tratamiento.

Diseño: Estudio longitudinal de 307 personas participantes en un programa multicomponente en formato grupal de deshabituación de tabaco.

Emplazamiento: Centro de Salud de Atención Primaria de Santander.

Participantes: Personas fumadoras de la Zona Básica de Salud que deseaban dejar de fumar entre 2006 y 2012 y solicitaron ayuda.

Intervenciones: Tratamiento multicomponente de 5 sesiones presenciales y seguimiento hasta los 12 meses.

Mediciones principales: La actividad se evaluó en 263 sujetos, una vez transcurridos más de 5 años desde que finalizaron el tratamiento. Los resultados de abstinencia continua y puntual se obtuvieron por autodeclaración y los datos registrados en la historia clínica. La puntual se validó también con cooximetría.

Resultados: Al año declararon abstinencia continua el 42,7% de las participantes. Transcurridos entre 5 y 12 años, la abstinencia continua declarada mayor de 12 meses fue del 40,7%. No volvieron a fumar desde que finalizaron el tratamiento 66 personas. El 68,0% de las que recayeron realizaron nuevos intentos y de ellas el 45,5% solicitaron ayuda para dejar de fumar.

Conclusiones: El tratamiento multicomponente propuesto es eficaz. La abstinencia a los 12 meses predice el mantenimiento a largo plazo y participar en grupos de deshabituación favorece la realización de nuevos intentos en caso de recaída y la solicitud de ayuda para dejar de fumar.

© 2023 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luis.gutierrez@scsalud.es (L. Gutiérrez-Bardeci).

KEYWORDS

Smoking cessation;
Prospective studies;
Primary health care;
Recurrence;
Predictive value of
tests

Multicomponent treatment of tobacco in primary care: Follow-up over 5 years

Abstract

Objectives: To analyze the effectiveness of a multicomponent treatment for smoking cessation carried out in primary care and to evaluate the evolution of the consumption of tobacco that the people who participated had, more than 5 years after the end of the treatment.

Design: Longitudinal study of 307 participants in a multicomponent program in group format of tobacco cessation.

Emplacement: Santander (Spain) Primary Care Health Center.

Participants: Smokers from the basic health zone who wanted to quit smoking between 2006 and 2012 and requested help.

Interventions: Multicomponent treatment of 5 face-to-face sessions and follow-up for up to 12 months.

Primary measurements: The activity was evaluated in 263 participants more than 5 years after the end of treatment. The results of continuous and punctual withdrawal were obtained by self-declaration and the data recorded in the medical record. The punctual was also validated with co-oximetry.

Results: After a year 42.7% of participants declared continuous abstinence. From 5 to 12 years later, the continuous declared abstinence further than 12 months was 40.7%. They did not smoke again since the end of the treatment 66 people; 68.0% of those who relapsed made new attempts and 45.5% of them requested help to quit smoking.

Conclusions: The proposed multi-component treatment is effective. Abstinence at 12 months predicts long-term maintenance and participating in disabling groups favors further attempts in case of relapse and the request for help to quit smoking.

© 2023 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Dejar de fumar se define como un proceso del que forman parte las recaídas, que son frecuentes. Programar un seguimiento de las personas que han abandonado el consumo de tabaco ayuda a prevenirlas.

Es conocido que al menos la mitad de los fumadores desearía abandonar el consumo, pero pocos logran mantener la abstinencia tras un primer intento. La mayoría continúan fumando muchos años y tienen periodos de abstinencia y de recaída.

El objetivo principal de Atención Primaria (AP) es conseguir que las personas fumadoras hagan un intento para dejar de fumar y ofrecerles ayuda, si la precisan. Se ha comprobado que la ayuda profesional incrementa las probabilidades de éxito, pero la mayoría de los intentos se realizan sin solicitar ayuda.

Existen evidencias de que un mayor tiempo de contacto, hasta 90 min, incrementa la tasa de abstinencia. También las intervenciones intensivas con un mayor número de sesiones son más efectivas que las menos intensivas, por lo que deben ser recomendadas¹.

El enfoque grupal es una intervención que se da al mismo tiempo a varias personas. En tabaquismo ha demostrado su efectividad. No es, en cuanto a resultados, superior a la intervención individual, pero sí es más coste efectiva².

El objetivo del estudio fue conocer la evolución de los participantes en un programa multicomponente, en formato grupal, llevado a cabo en AP, y verificar la consolidación de la abstinencia y la eficacia de la intervención realizada a largo plazo, después de al menos 5 años desde la

finalización del tratamiento. Otros objetivos fueron comprobar si existieron diferencias de género en el mantenimiento de la abstinencia y si las personas con diagnóstico de enfermedad psiquiátrica en el momento de participar en el programa tuvieron más dificultades para conseguir la abstinencia que las que no presentaban este diagnóstico.

Métodos

Desde el año 2006 en el centro de salud Puertochico de Santander, se oferta deshabituación intensiva del tabaco en formato grupal. Se realiza tratamiento multicomponente que incluye herramientas conductivo-conductuales y farmacológicas.

Del desarrollo de los grupos se encargan 2 médicos y 2 enfermeras. Todos los sanitarios del equipo pueden derivar a las personas que quieren dejar de fumar utilizando este formato.

Son criterios de exclusión: ser menor de 18 años, tener dificultades de integración en el grupo por presentar déficits sensoriales auditivos o dificultades de idioma, trastorno psicótico, trastorno bipolar, enfermedades psiquiátricas activas o no estabilizadas, tener otras dependencias y estar embarazada.

Tres de los autores tiene un máster en tabaquismo por la universidad de Cantabria (PIUFET); en la práctica de dicha formación se incluye el abordaje grupal. El protocolo que se aplicó fue el recomendado desde la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad Autónoma de Cantabria, que sigue las recomendaciones de las principales guías clínicas^{3,4}. Consta de 5 sesiones presenciales de 90 min cada

una, 2 de preparación antes de dejar de fumar y 3 de mantenimiento, que se desarrollan a lo largo de 6-8 semanas. Posteriormente se realiza seguimiento telefónico a los 2, 3, 6 y 12 meses. En el último se evalúa la abstinencia por autodeclaración. Se considera exfumadora a la persona que habiendo logrado el cese permanece al menos un año sin fumar.

Antes de iniciar el grupo se realizó una entrevista de evaluación individual en la que se recogían datos sociodemográficos y relacionados con el consumo de tabaco, como número de cigarrillos que fumaba, edad de inicio, intentos de abandono y el test de dependencia de Fagerström abreviado. También se recogieron datos sobre la existencia de antecedentes actuales o pasados de enfermedad psiquiátrica, fundamentalmente ansiedad o depresión, que precisaron tratamiento farmacológico.

A todos se les ofertó la posibilidad de tratamiento farmacológico según recomiendan las evidencias: terapia sustitutiva de nicotina, bupropión o variniclina, complementado con terapia sustitutiva de nicotina a demanda (chicles o comprimidos). El criterio de prescripción fue que no existieran contraindicaciones y la preferencia personal^{1,5}. El seguimiento del tratamiento farmacológico se realizó en las sesiones presenciales y en el telefónico proactivo.

En la entrevista y en cada una de las sesiones se midió por cooximetría la presencia de monóxido de carbono (CO) en el aire espirado utilizando un cooxímetro Bedfont Picosmokerlyzer. A partir del día del abandono del tabaco (día D), sirvió para validar la abstinencia declarada, considerándose abstinentes la autodeclaración y un valor de CO, en el aire espirado ≤ 6 partes por millón (ppm).

Finalizado el protocolo a los 12 meses, el seguimiento posterior lo realizó el equipo sanitario de cada participante, siguiendo las recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de AP (PAPPS), que recomienda preguntar por el consumo de tabaco al menos cada 2 años⁶.

La muestra objeto de seguimiento se obtuvo a partir de las personas que participaron en los grupos durante el periodo abril de 2006-octubre de 2012.

Se acordó elaborar una encuesta y realizar una entrevista presencial a los participantes en el periodo anteriormente mencionado, para lo que fue necesario verificar el domicilio y el teléfono de contacto. Después se envió una carta informativa en la que se solicitaba la colaboración.

Un entrevistador entrenado contactó con las personas telefónicamente y concertó la entrevista. Si tras al menos 5 intentos en diferentes momentos no se conseguía, se consideró como imposible de localizar. En caso de imposibilidad de acudir o de negativa, la encuesta se realizó telefónicamente.

Las entrevistas se desarrollaron entre mayo de 2017 y septiembre de 2018. Se recogieron datos sobre consumo actual, recaídas, tiempo continuo sin fumar, cómo lo consiguieron, número de intentos, si les ayudó el grupo, consumo de cannabis, uso de cigarrillo electrónico y, en caso de ser fumadores, si deseaban dejarlo. En las entrevistas presenciales a todas las personas que declararon abstinencia se les realizó cooximetría y se confirmó la declaración consultando la historia clínica informatizada (OMI-AP). En caso de discrepancia, prevaleció el registro de la historia. Los datos de las que no pudieron ser entrevistadas o se negaron

a realizar la encuesta se obtuvieron del último registro en OMI-AP.

Las variables que se analizaron, además del sexo y la edad fueron: 1) relacionadas con el consumo de tabaco: edad de inicio, cigarrillos por día, intentos previos, test de Fagerström abreviado, recaídas, nuevos intentos; 2) relacionados con el tratamiento: tratamiento farmacológico inicial, tratamiento farmacológico en la última sesión presencial, asistencia a todas las sesiones; 3) otras variables: presencia de enfermedad psiquiátrica estable o antecedentes de haberla padecido, último registro de intervención profesional una vez finalizado el tratamiento.

Es conocido que las personas fumadoras con enfermedad psiquiátrica presentan mayor dificultad para abandonar el consumo, por lo que se decidió hacer seguimiento de las participantes que presentaban este diagnóstico⁷.

Se hizo también un seguimiento para determinar si existían diferencias de género en el éxito del tratamiento a corto y largo plazo.

Para el análisis de resultados se utilizaron 2 criterios. Por una parte, según intención de tratar, que evalúa el resultado final según la proporción de abstinentes en comparación con todos los participantes que iniciaron el tratamiento y, por otra, sobre las personas que fueron localizadas y a las que se entrevistó.

Análisis estadístico

Se describieron las variables categóricas con sus frecuencias absolutas y porcentajes. Para comparar las variables categóricas entre grupos empleamos el test de χ^2 ; para la comparación de las variables numéricas empleamos el test de Mann-Whitney.

Resultados

Solicitaron participar en los 23 grupos 332 personas. Tras la evaluación inicial, 15 fueron excluidas del estudio por no acudir, cambiar de opinión tras la primera sesión presencial o ser reconducidas a tratamiento individual o a la unidad especializada de la Comunidad Autónoma de Cantabria. Por lo tanto, inician tratamiento multicomponente 307 personas.

Resultados al año

La edad media de los 307 participantes (176 mujeres y 131 varones) fue de 47,3 años, el promedio de cigarrillos/día de 22,1, la dependencia medida por el test de Fagerström abreviado de 4,0 (moderada) y la cooximetría de 21,2 ppm. Del total de participantes, 109 (35,5%) tenían reflejada en su historia clínica episodios psiquiátricos (ansiedad o depresión) y el tratamiento correspondiente; por género, lo presentaban 81 (46,0%) de las 176 mujeres y 28 (21,4%) de los 131 varones ($p < 0,001$).

Al finalizar las sesiones presenciales en la 6.ª semana tras el día D, la abstinencia declarada y validada con cooximetría fue del 66,97%. Las mujeres obtuvieron una abstinencia superior a los varones (67,8 vs. 65,9%).

A los 12 meses del día D, 131 declararon abstinencia continua (79 mujeres). El porcentaje de abstinencia fue del

Tabla 1 Seguimiento del tratamiento multicomponente a los 12 meses y comparación entre diversas variables

Variable	Total (N = 307)		Abstinentes-no abstinentes (N = 131)		N = 176		p
	N	%	N	%	N	%	
Mujer	176	57,3	79	44,9	97	55,1	0,363
Varón	131	42,7	52	39,7	79	60,3	
Edad, media [DE]	47,3	[11,7]	48,0	[11,4]	46,7	[12,0]	0,423
Cig./día, media [DE]	22,1	[9,5]	20,6	[8,3]	23,0	[10,1]	0,025
Fagerström abreviado, media [DE]	4,0	[1,5]	3,8	[1,4]	4,2	[1,5]	0,009
Cooximetría, media [DE]	21,2	[9,6]	20,3	[9,7]	21,9	[9,5]	0,230
Edad de inicio, media [DE]	16,5	[3,7]	17,0	[4,0]	16,2	[3,5]	0,064
Antecedentes de enfermedad psiquiátrica	109	35,5	39	29,7	70	39,8	<0,001
Acuden 100% sesiones	175	57,0	100	76,3	75	42,6	<0,001
N.º de intentos previos, media [DE]	1,7	[1,7]	1,5	[1,4]	1,8	[1,8]	0,189
Tratm. farmacológico de inicio	282	91,9	121	92,4	161	91,5	0,776
Tratm. farmacológico 5.ª sesión	134	43,6	62	47,3	72	40,9	0,264

N = 307.

42,7% (IC 95%: 37,1- 48,4), siendo el de las mujeres superior al de los varones (44,9% vs. 39,7%), aunque esta diferencia no fue significativa ($p = 0,363$).

Las personas con antecedente actual o pasado de enfermedad psiquiátrica lograron una tasa de abstinencia menor que las que no presentaban este antecedente (35,8 vs. 46,5%); esta diferencia no fue significativa ($p = 0,070$).

Las variables analizadas que muestran mayor diferencia entre abstinentes y no abstinentes fueron: el porcentaje de personas que acuden a todas las sesiones presenciales, que fue significativamente mayor en los abstinentes (76,3 vs. 42,6%; $p < 0,0001$); la adherencia al tratamiento farmacológico (51,2 vs. 44,7; $p = 0,280$) y la presencia de antecedentes actuales o pasados de enfermedad psiquiátrica (29,8 vs. 39,8%; $p < 0,001$) (tabla 1).

Seguimiento a los 5 años

A partir de estos resultados se llevó a cabo el seguimiento. En la figura 1 se muestran los datos numéricos de este seguimiento. Se verificaron 20 defunciones y los datos de evolución de la abstinencia se obtuvieron del último registro en OMI-AP, antes del diagnóstico de la enfermedad fatal. Fue imposible localizar a 24 personas, la mayoría por traslado a otra comunidad. Los datos correspondientes también se recogieron del último registro existente en la historia clínica. Por lo tanto, las personas objeto de entrevista fueron 263; de estas, 115 habían logrado la abstinencia al año de la intervención y 148 no la lograron.

Se realizaron 148 entrevistas presenciales, a las que acudieron más las abstinentes que las no abstinentes (73,9 vs. 42,6%). Seis personas se negaron a realizar la encuesta. Los porcentajes de consumidores de cannabis o que usaron cigarrillos electrónicos fueron reducidos, 2,3% y 9,9% respectivamente.

Declararon fumar el 51,0% de las personas entrevistadas, con prevalencia mayor en las que no consiguieron la abstinencia al año. No fumaban 129 personas (49,0%); de ellas, 22 llevaban menos de un año sin fumar. La abstinencia continua superior al año fue del 40,7% (107 personas) y mayor

de 5 años del 31,9% (tabla 2). El 93,3% de los fumadores entrevistados deseaba dejar de fumar y el 76,8% del total considera que la participación en el grupo les ayudó en su intento.

Según la intención de tratar, considerando todos los 307 participantes, el porcentaje de los que dejaron de fumar y no recayeron transcurridos más de 5 años fue del 21,5% (66 personas). Declararon llevar en el momento de la entrevista más de 12 meses sin fumar 107 personas, lo que supone el 34,9% y, de ellas, 77 (25,1%) fueron abstinentes a los 12 meses de finalizar el tratamiento. Las personas con antecedente de enfermedad psiquiátrica lograron una tasa de abstinencia similar a las que no tenían registrado ese episodio (32,2 vs. 34,0%).

Aunque el porcentaje de las mujeres que declaran llevar más de un año sin fumar es superior al de los varones, se comprueba que desde la finalización del tratamiento multicomponente las mujeres recaen más (20,6 vs. 15,5%), como se muestra en la tabla 3.

La evolución de la abstinencia desde que finalizaron las sesiones presenciales, según género, queda reflejada en la figura 2.

Las intervenciones de seguimiento oportunista hechas por los profesionales una vez finalizado el protocolo, según la recomendación del PAPPS, fueron más frecuentes en los que resultaron abstinentes a los 12 meses.

Seguimiento de las abstinentes

Como se muestra en la tabla 2, de las 115 personas entrevistadas, 66 (57,4%) declararon no haber recaído desde el abandono. La media de años de abstinencia fue de 7,81. Recayeron 49 personas. El 51,0% antes del tercer año, y después del quinto el 18,4%

Comparando variables entre los que recayeron y los que no, se encontraron diferencias en la asistencia a todas las sesiones presenciales, la adherencia al tratamiento farmacológico y el mayor porcentaje de personas con antecedentes de enfermedad psiquiátrica entre los que recaen (tabla 4).

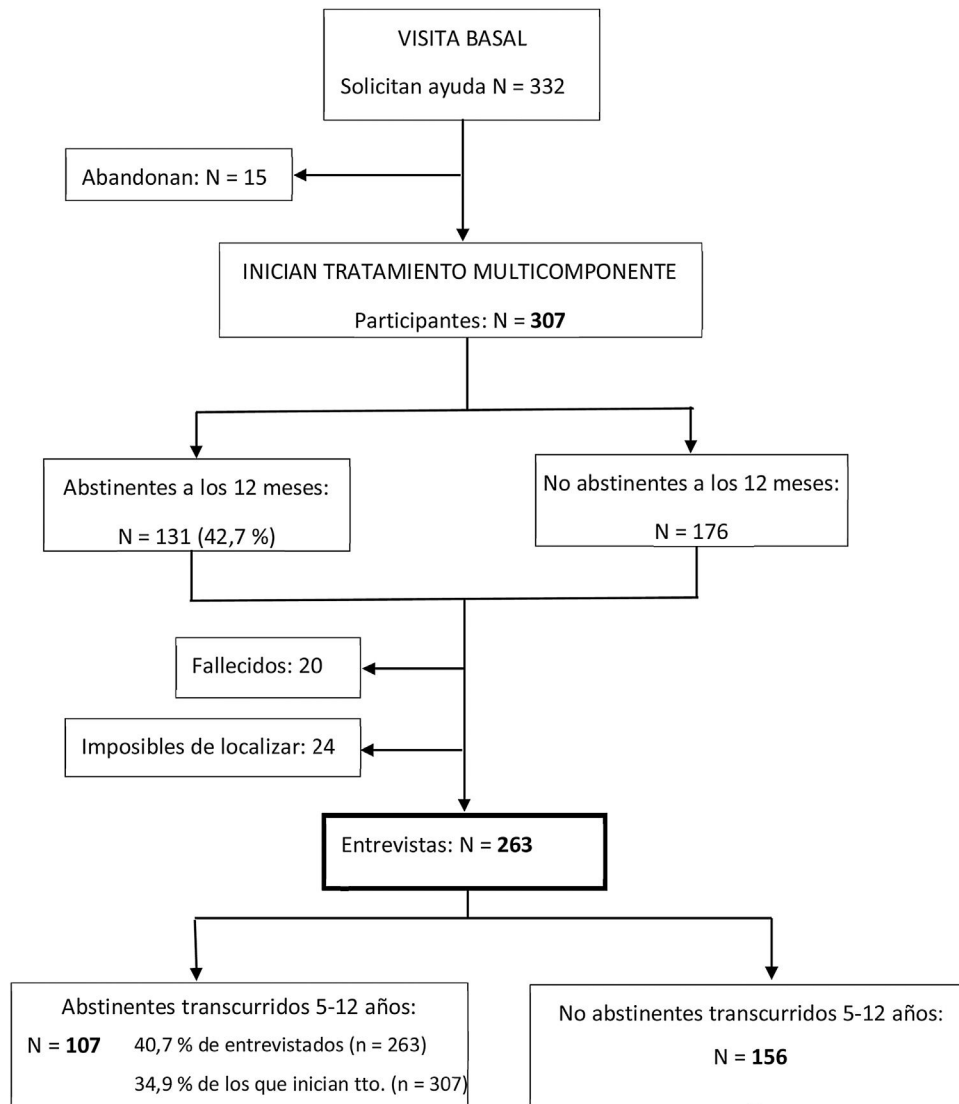


Figura 1 Pacientes incluidos en el programa en el periodo 2006-2012, en centro de salud Puertochico de la ciudad de Santander (Cantabria). Tratamiento multicomponente en formato grupal en Atención Primaria, seguimiento transcurridos más de 5 años.

Seguimiento de las no abstinentes

Tras la recaída en el grupo en el que participaron, 104 realizaron nuevos intentos y el 45,2% lo hizo con ayuda profesional. Lograron periodos de abstinencia mayores de un año, 40 personas.

Discusión

La mayoría de los estudios publicados evalúan la eficacia del tratamiento a los 6 y 12 meses de la abstinencia. Los resultados obtenidos a los 12 meses confirman la efectividad del tratamiento en formato grupal, tal y como han puesto de manifiesto otros estudios llevados a cabo en AP⁸⁻¹².

Existen pocos que realicen un seguimiento transcurridos más de 12 meses y que analicen los factores que pueden influir en el resultado final. Los que hemos encontrado no se han llevado a cabo en AP¹³⁻¹⁸.

Comparados con los estudios publicados en España, los resultados que presentamos son similares o superiores. Consideramos, no obstante, que son difícilmente comparables, pues ninguno de ellos se realiza en AP. Dos se llevan a cabo en unidades especializadas, por lo que el perfil de las personas objeto de tratamiento posiblemente sea más complejo, y el otro tiene lugar en la sanidad privada. Uno de ellos¹⁴ tiene objetivos similares a los de nuestro trabajo. Se compara la abstinencia a largo plazo tras un tratamiento cognitivo conductual y farmacológico, entre los que logran la abstinencia a los 12 meses y quienes no lo consiguen. El porcentaje de abstinencia a largo plazo logrado por los que resultaron abstinentes al año fue del 62,3% frente al 58,8% (77/131) logrado en nuestro estudio, pero hay que tener en cuenta que en nuestro trabajo se consideró abstinencia continua al hecho de llevar al menos 12 meses sin fumar, y no un mes, como en el artículo de Álvarez¹⁴.

En ninguno de los trabajos referenciados se describe que exista un seguimiento tras la finalización del protocolo,

Tabla 2 Resultados del seguimiento de los participantes que eran abstinentes o no abstinentes a los 12 meses, entrevistados 5-12 años después de finalizada la intervención

	Abstinentes (n = 115)		No abstinentes (n = 148)		p
	N	% ^a	N	% ^a	
Sexo					0,445
Mujer N = 160	73	45,6	87	54,4	
Varón N = 103	42	40,8	61	59,2	
Edad en la entrevista, media [DE]	57,0	[11,1]	55,7	[12,2]	0,374
Entrevista presencial	85	73,9	63	42,6	<0,001
Abstinenia puntual y CO $\leq$ 6 ppm ^b	67	78,8	21	33,3	<0,001
Fumadores en el momento de la entrevista	31	27,0	103	69,6	<0,001
Fumadores que desean dejar de fumar	29	93,6	96	93,2	0,938
Abstinenia declarada > 12 meses	77	67,0	30	20,3	<0,001
Mujer	48	65,8	18	20,7	
Varón	29	69,1	12	19,7	
Abstinenia continua > 5 años	70	60,9	14	9,5	<0,001
Mujer	42	57,5	9	10,6	
Varón	28	66,6	5	7,9	
Sin recaída	66	57,4			
Mujer	40	54,8			
Varón	26	61,9			
Recaídas	49	42,6			
Mujer	33	45,2			
Varón	16	38,1	104	70,3	0,238
Realizan nuevos intentos	30	61,2	47	45,2	0,893
Con ayuda	14	46,7			
Última intervención en historia clínica >3 años	41	35,7	68	46,0	0,093
Ayuda del grupo	101	87,8	101	68,2	<0,001

^a Porcentajes referidos al total de las columnas: abstinentes n = 115 y no abstinentes n = 148. Excepto en los porcentajes referidos a los subgrupos, que están referidos al total del subgrupo correspondiente.

^b Referido a los pacientes a los que se les realizó entrevista presencial: abstinentes n = 85 y no abstinentes n = 63.

DE: desviación estándar.

Tabla 3 Abstinenia declarada en las entrevistas transcurridos más de 5 años desde la finalización del protocolo de deshabituación, según género

	N	% ^a	N	% ^a	p
Entrevista presencial	89	55,6	59	57,3	0,787
Fuman en el momento de la entrevista	82	51,5	52	50,5	0,874
Abstinenia continua declarada > 12 meses	66	41,3	41	39,8	0,809
Abstinenia continua declarada > 5 años	50	31,3	34	33,0	0,773
Recaídas desde finalización protocolo	33	20,6	16	15,5	0,300

N = 263.

^a Porcentajes referidos al total de las columnas: mujeres n = 160 y varones n = 103.

mientras que en el que presentamos, existe la posibilidad de realizar un seguimiento oportunista según las recomendaciones del PAPPs.

Las personas que logran mantenerse sin fumar hasta los 12 meses, tras la participación en el tratamiento multicomponente, logran unas tasas de abstinenia significativamente mayores transcurridos más de 5 años, por lo que puede concluirse que conseguir abstinenia continuada durante un año es un factor predictor de abstinenia a largo plazo. Esta conclusión es compartida por otros estudios^{14,16,18}.

Una limitación del estudio es la falta de confirmación de la abstinenia por cooximetría u otros marcadores.

No obstante, la mayoría de las publicaciones¹⁹⁻²¹ que revisan la validez de la autodeclaración de abstinenia indican que el porcentaje de falsos positivos es menor del 10%. La fiabilidad de las respuestas debe ser tenida en cuenta porque, además de la existencia de un vínculo terapéutico, se comprobó la declaración con el registro existente en la historia clínica. La declaración de abstinenia puntual en las entrevistas presenciales fue coincidente con el resultado de la cooximetría. Tampoco se han tenido en cuenta factores como la profesión, nivel de estudios, situación laboral, nivel socioeconómico o convivencia con fumadores, que no fueron recogidos y que,

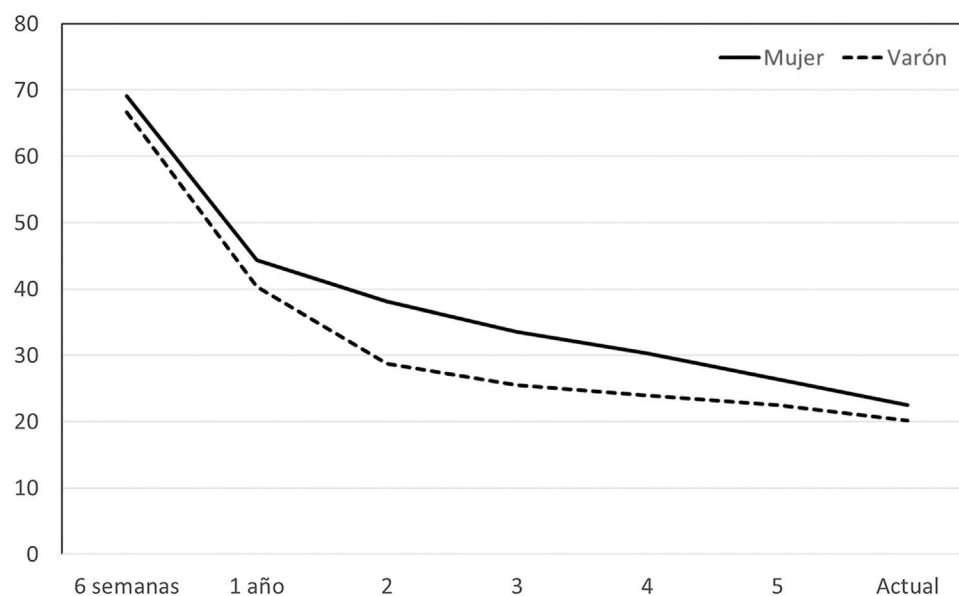


Figura 2 Evolución de la abstinencia según el género, desde los 6 meses de la finalización de la intervención multicomponente hasta el momento de la entrevista.

Tabla 4 Comparación de las personas abstinentes al año de la intervención que fueron localizadas para la entrevista (n = 115), entre las que mantuvieron la abstinencia y las que tuvieron alguna recaída a lo largo de los 5-12 años posteriores

	N	% ^a	N	% ^a	p
Género					0,460
Mujer, N = 73	40	54,8	33	45,2	
Varón, N = 42	26	61,9	16	38,1	
Edad en la entrevista, media [DE] ^b	56,6	[11,3]	57,3	[12,3]	0,878
Cigarrillos/día, media [DE]	20,8	[9,6]	20,1	[7,1]	0,777
Cooximetría, media [DE]	20,9	[9,3]	19,7	[10,7]	0,501
Fagerström reducido, media [DE]	3,5	[1,3]	3,7	[1,4]	0,479
Edad de inicio, media [DE]	16,9	[3,4]	17,1	[4,9]	0,993
Enfermedad psiquiátrica	20	30,3	17	34,7	0,619
Asistencia 100% sesiones	57	86,4	33	67,3	0,015
Tratamiento farmacológico al inicio	63	95,5	46	93,9	0,703
Tratamiento farmacológico 5.ª sesión	52	78,8	31	63,3	0,068

Porcentajes referidos al total de las columnas: sin recaída n = 66 y recaída n = 49. Excepto en los porcentajes referidos a los subgrupos que están relacionados con el total del subgrupo correspondiente.
Media aritmética [desviación estándar].

sin duda, influyen en las recaídas o en el abandono del tabaco.

Se comprueba que las recaídas son muy frecuentes en el proceso de dejar de fumar²². De las 263 personas entrevistadas 197, lo que supone el 61,4%, recayeron alguna vez. El 68,0% realizó nuevos intentos y casi la mitad solicitó ayuda, lo cual parece relevante y puede indicar que la participación en un programa multicomponente aumenta la autoeficacia.

El seguimiento tras finalizar el tratamiento presencial con intervenciones telefónicas proactivas puede ser una estrategia eficaz para prevenir recaídas y consolidar la abstinencia²³. En una reciente revisión Cochrane, se concluye que el apoyo conductual adicional, en persona o telefónico, puede llegar a incrementar las probabilidades de abstinencia hasta el 10-20% frente a las intervenciones que solo emplean fármacos²⁴.

Las personas que presentaban registro en la historia clínica de enfermedad psiquiátrica consiguieron menor porcentaje de abstinencia al año y también transcurridos más de 5 años respecto a las que no presentan este antecedente; sin embargo, en nuestro estudio no fue un factor de riesgo significativo de recaídas, a diferencia de lo encontrado en otros estudios²⁵. Puede deberse a que en el protocolo llevado a cabo se excluye del tratamiento multicomponente a los pacientes con trastornos psicóticos graves, enfermedad psiquiátrica activa u otras dependencias. Los porcentajes de abstinencia logrados en estas personas son importantes, por lo que creemos que tener un diagnóstico de enfermedad psiquiátrica no es un motivo de exclusión para recibir tratamiento de deshabituación en AP^{26,27}.

Según recogen diferentes publicaciones²⁸, las mujeres comienzan, se mantienen y dejan de fumar por motivos

diferentes a los de los hombres, lo que puede incidir en la abstinencia. En nuestro estudio la abstinencia lograda por las mujeres es superior a la de los hombres a los 12 meses (43,5 vs. 38,5%). A partir del segundo año de abstinencia continuada, las recaídas son mayores en las mujeres y, al realizar las entrevistas, la diferencia se ha reducido (41,3 vs. 39,8%). Es posible que este hecho se relacione con el mayor porcentaje de enfermedad psiquiátrica registrada en la historia clínica de las mujeres, pero también estamos de acuerdo con que hombres y mujeres pueden tener diferentes motivaciones para dejar de fumar y mantenerse abstinentes²⁹.

Variables como el número de cigarrillos, la edad de inicio, los intentos previos, la dependencia medida por el test de Fagerström o la cooximetría no repercutieron en las tasas de abstinencia. Sí lo hicieron la asistencia al 100% de las sesiones presenciales y la mayor adherencia al tratamiento farmacológico.

Las futuras investigaciones en AP deberían centrarse en variables personales o sociales que influyen en las recaídas transcurridos más de un año desde que dejaron de fumar para poder abordarlas. También sería interesante demostrar los beneficios que tiene para la salud mantener la abstinencia a largo plazo, comparando la morbilidad entre los que lo logran y los que no.

Comprobamos en este estudio que las intervenciones multicomponentes en formato grupal facilitan el abandono del tabaco a los 12 meses y también a largo plazo, transcurridos más de 5 años. Además de contribuir a disminuir la prevalencia del tabaquismo, favorecen la realización de nuevos intentos en caso de recaídas, por lo que su implantación debe potenciarse en los equipos de AP.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Los beneficios de dejar de fumar aumentan a medida que se incrementan los años de abstinencia. El riesgo de presentar algunas enfermedades, aunque disminuye mucho, nunca llega a igualarse al de las personas que nunca han fumado; en cambio, el riesgo de contraer otras, al cabo de 10-15 años sin fumar, es similar al de alguien que nunca fumó.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

No se dispone de estudios en los que se realice un seguimiento superior a los 12 meses de las personas que reciben tratamiento para dejar de fumar y compruebe los beneficios obtenidos si mantienen la abstinencia continua más de 5 años.

En Atención Primaria el seguimiento de las personas que logran la abstinencia debería realizarse anualmente, para ayudar a mantener la abstinencia, prevenir recaídas y lograr menor morbilidad relacionada con el consumo de tabaco.

Consideraciones éticas

El autor para la correspondencia, en nombre del resto de las personas firmantes, garantiza la precisión, transparencia y honestidad de los datos y la información contenida en el estudio, que ninguna información relevante ha sido omitida y que todas las discrepancias entre ellas han sido adecuadamente resueltas y descritas.

Financiación

Para la realización del estudio se ha contado con una beca del Instituto de Investigación Valdecilla de Santander (IDI-VAL) PRIM-VAL 17/04.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A Juan Gutiérrez Rebanal, que fue contratado para realizar las encuestas, por su dedicación.

A M. Ángeles Peláez Martínez, responsable del área administrativa del centro de salud Puertochico, que nos ayudó a buscar y confirmar el domicilio de los encuestados.

Bibliografía

1. PHS Guideline Update Panel, Liaisons, and Staff. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. *Respir Care*. 2008;53:1217-22.
2. Olano E, Veiga S, Esteba A, Matilla B, Otero M. El tratamiento grupal del tabaquismo. *Trastor Adict*. 2007;9:14-20, [http://dx.doi.org/10.1016/S1575-0973\(07\)75626-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1575-0973(07)75626-X).
3. Servicio Cántabro de Salud. Manual de abordaje del tabaquismo en Atención Primaria. Santander: Dirección de General de Salud Pública, Consejería de Sanidad, Gobierno de Cantabria; 2010.
4. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. Madrid: Observatorio para Prevención del Tabaquismo, CNPT, Ministerio de Sanidad; 2008.
5. Olano E, Minué C, Ayesta FJ, Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo. Tratamiento farmacológico de la dependencia de la nicotina: revisión de la evidencia científica y recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo sobre su elección e individualización del tratamiento. *Med Clin (Barc)*. 2011;136:79-83, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2010.05.017>.
6. Córdoba García R, Camaralles Guillem F, Muñoz Seco E, Gómez Puente JM, San José Arango J, Ramírez Manent JI, et al., Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPs. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria*. 2020;52 Suppl 2:32-43, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2020.07.004>.
7. Sobradie N, García-Vicent V. Consumo de tabaco y patología psiquiátrica. *Trastor Adict*. 2007;9:31-8.
8. Camaralles F, Asensio A, Jiménez-Ruiz C, Becerrill B, Roderio D, Vidaller O. Efectividad de la intervención grupal para la deshabituación tabáquica. Ensayo clínico aleatorizado. *Med Clin (Barc)*. 2002;119:53-7.

9. Suárez-Varela Úbeda JF, Rodríguez-Vázquez S, Ordóñez Barranco JA, Vega Caldera G, Pérez Álvarez PP, Buitrago F. Effectiveness of individual and group multicomponent interventions for smoking cessation in primary care: A quasi-experimental study. *Fam Pract*. 2019;36:627–33.
10. Raich A, Martínez-Sánchez JM, Marquilles E, Rubio L, Fu M, Fernández E. Abstinencia a los 12 meses de un programa multicomponente para dejar de fumar. *Adicciones*. 2015;27:37–46.
11. Ochoa-Prieto JA, Aurrecoechea-Corral R, Llanderas-López P, Aparicio-García S. Tratamiento grupal multicomponente para dejar de fumar en atención primaria. Resultados de 5 años de intervención en un centro de salud. *Semergen*. 2010;36:377–85.
12. Alonso-Pérez F, Alonso-Cardenoso C, García-González JV, Fraile-Cobos JM, Lobo-Llorente N, Secades-Villa R. Efectividad de un programa multicomponente para dejar de fumar aplicado en atención primaria. *Gac Sanit*. 2014;28:222–4.
13. Barrueco Ferrero M, Torrecilla García M, Hernández Mezquita MA, Jiménez Ruiz C, Morales Sánchez A, Alonso Díaz A, et al. Deshabituación tabáquica. Valor del resultado en la fase de acción sobre el resultado en la fase de consolidación. *Arch Bronconeumol*. 2007;43:136–42.
14. Álvarez Gutiérrez FJ, Romero Romero B, Medina Gallardo JF, Ferrer Galván M, Ruiz Bernal A, Barrera Mancera M, et al. Deshabituación tabáquica a largo plazo. Estudio de 1.639 pacientes incluidos en programa de intervención psicofarmacológico tras 12 años de seguimiento. *Rev Esp Patol Torác*. 2018;30:136–42.
15. García-Vera MP. Clinical utility of the combination of cognitive-behavioral techniques with nicotine patches as a smoking-cessation treatment: Five-year results of the «Ex-Moker» program. *J Subst Abuse Treat*. 2004;27:325–33.
16. Nohlert E, Öhrvik J, Tegelman Å, Tillgren P, Helgason Asqueir R. Long-term follow-up of a high- and a low-intensity smoking cessation intervention in a dental setting: A randomized trial. *BMC Public Health*. 2013;13:592. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-592>.
17. Leung DY, Au DW, Lam TH, Chan SSC. Predictors of long-term abstinence among Chinese smokers following treatment: The role of personality traits. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013;14:5351–4.
18. Yudkin P, Hey K, Roberts S, Welch S, Murphy M, Walton R. Abstinence from smoking eight years after participation in randomised controlled trial of nicotine patch. *BMJ*. 2003;327:28–9.
19. Barrueco M, Jiménez Ruiz C, Palomo L, Torrecilla M, Romero P, Riesco JA. Veracidad de la respuesta de los fumadores sobre su abstinencia en las consultas de deshabituación tabáquica. *Arch Bronconeumol*. 2005;41:135–40.
20. Jarvis MJ, Tunstall-Pedoe H, Feyerabend C, Vesey C, Saloojee Y. Comparison of tests used to distinguish smokers from nonsmokers. *Am J Public Health*. 1987;77:1435–8.
21. Carreras JM, Fletes I, Quesada M, Sánchez-Torrecilla I, Sánchez-Agudo L. Diseño y primera evaluación de un programa de tratamiento de tabaquismo por teléfono. Comparación con un modelo estándar. *Med Clin (Barc)*. 2007;128:247–50.
22. Quesada Laborda M, Carreras JM, Sánchez L. Recaída en el abandono del consumo de tabaco: una revisión. *Adicciones*. 2002;14:65–78.
23. Macleod ZR, Charles MA, Arnaldi VC, Adams IM. Telephone counselling as an adjunct to nicotine patches in smoking cessation: A randomised controlled trial. *Med J Aust*. 2003;179:349–52.
24. Hartmann-Boyce J, Hong B, Livingstone-Banks J, Trigo Hannah T, Fanshawe TR. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;6. CD009670.
25. Álvarez Gutiérrez FJ, Ferrer Galván M, Ruiz Bernal A, Medina Gallardo JF, Romero B, Sáez Díaz A, et al. Predictors of 10-year smoking abstinence in smokers abstinent for 1 year after treatment. *Addiction*. 2016;111:545–51.
26. Gutiérrez L, Otero L, del Amo M, Ayesta FJ. Evaluación de una intervención para dejar de fumar en personas con enfermedad mental. *Rev Esp Salud Pública*. 2013;87:629–38.
27. Piper ME, Smith SS, Schlam TR, Fleming M, Bittrich A, Brown JL, et al. Psychiatric disorders in smokers seeking treatment for tobacco dependence: Relations with tobacco dependence and cessation. *J Consult Clin Psychol*. 2010;78:13–23.
28. Nerín I, Jané M. Libro blanco sobre mujeres y tabaco. Abordaje con una perspectiva de género. Zaragoza: Comité para la Prevención del Tabaquismo, Ministerio de Sanidad y Consumo.; 2007.
29. Marqueta A, Nerín I, Gargallo P, Beamonte A. Diferencias de género en el éxito al dejar de fumar: resultados a corto y largo plazo. *Adicciones*. 2017;29:13–21.