



## Original

## Resultados asistenciales de una unidad especializada en tabaquismo

Carlos A. Jiménez Ruiz\*, Marisa Mayayo Ulibarri, Ana Cicero Guerrero, Noelia Amor Besada, Juan José Ruiz Martín, Maribel Cristóbal Fernández y Jenaro Astray Mochales

Unidad Especializada en Tabaquismo, Comunidad de Madrid, Madrid, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

## Historia del artículo:

Recibido el 2 de marzo de 2009

Aceptado el 30 de junio de 2009

On-line el 15 de septiembre de 2009

## Palabras clave:

Unidad especializada en tabaquismo

Tratamiento

Eficacia

Abstinencia continua

Gasto en fármacos

## RESUMEN

**Introducción:** El objetivo del presente artículo es presentar los resultados asistenciales y de gasto farmacéutico de una unidad especializada en tabaquismo (UET).

**Pacientes y métodos:** Se aplicaron 2 protocolos asistenciales: individual y grupal. En ambos casos se oferta una combinación de tratamiento farmacológico y psicológico en 10 consultas, a lo largo de 12 meses de seguimiento. Como tratamiento farmacológico se emplea: tratamiento sustitutivo con nicotina, bupropión o vareniclina, o una combinación de ellos. El tratamiento psicológico contempla: realización de autorregistros, identificación de situaciones de alto riesgo, técnicas de afrontamiento, técnicas cognitivo-conductuales y apoyo intratratamiento. En todos los casos el tratamiento fue gratuito.

**Resultados:** Se han realizado 21.418 consultas sanitarias a un total de 3.920 fumadores (un 49% varones). Se analiza una muestra constituida por 1.850 fumadores que acudieron consecutivamente a la UET entre enero de 2004 y marzo de 2007. Su edad media ( $\pm$  desviación estándar) era de  $47,83 \pm 11,03$  años, y la puntuación media del test de Fagerström,  $6,56 \pm 2,41$ . El 55,9% recibió tratamiento sustitutivo con nicotina, el 22,8% bupropión, el 18,9% vareniclina y un 2,4% no recibió tratamiento farmacológico. La abstinencia continua a los 6 y 12 meses de seguimiento fue del 58,5 y el 54,9%, respectivamente. Estas cifras fueron del 42 y el 35% a los 36 y 57 meses de seguimiento.

El coste en fármacos por paciente atendido fue de 118 €, y el coste por fumador atendido que consiguió mantenerse abstinentes a los 6; 12; 36, y 57 meses fue de 202; 215; 281, y 338 €, respectivamente.

**Conclusiones:** Una UET obtiene buenos resultados asistenciales y económicos a corto, medio y largo plazo.

© 2009 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

## Care Results in a Specialist Stop-Smoking Unit

## ABSTRACT

## Keywords:

Specialist stop-smoking unit

Treatment

Efficacy

Continuous abstinence

Drug costs

**Background and objective:** To present the short, medium and long-term results of a stop-smoking clinic after 5 years of experience. The clinic was designed following the SEPAR Recommendations.

**Patients and methods:** Two types of clinic protocols have been applied: individual and group. Both included the offer of a combination of psychological intervention and pharmacological treatment. The programme included 10 visits over 12 months. The pharmacological treatment consisted of: nicotine replacement therapy (NRT) or bupropion or varenicline or a combination. The psychological intervention consisted of: self-monitoring, copying skills, cognitive-behavioural therapy and social intra-treatment support. The treatment was always offered for free.

**Results:** A total of 3920 patients were seen in the clinic. These patients made 21,418 clinic visits. The analysis was performed on the 1850 smokers who attended the clinic consecutively. Their mean age was  $47.83 (\pm 11.03)$  and the mean fagerström test for nicotine dependence (FTND)-score was  $6.56 (\pm 2.41)$ . 55.9% patients received NRT, 22.8% bupropion, 18.9% varenicline and 2.4% did not receive any pharmacological treatment. Continuous abstinence rates at 6 and 12 months follow up were 58.5% and 54.9%, respectively. These abstinence rates at 36 and 57 months follow up were 42% and 35%, respectively. The cost in medication for each patient was 118 euros and the cost in medication for a successful abstainer at 6, 12, 36, and 57 months of follow up were 202, 215, 281 and 338 euros, respectively.

**Conclusions:** A stop-smoking clinic that is designed according to SEPAR Recommendations is effective and has a good cost/effective ratio.

© 2009 SEPAR. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: victorina@ctv.es (C.A. Jiménez Ruiz).

## Introducción

Hace algunos años, la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) elaboró unas recomendaciones para la organización y funcionamiento de las unidades especializadas en tabaquismo (UET)<sup>1</sup>. En esta normativa se especificaban los recursos materiales y humanos con los que aquéllas debían contar. Además, se exponían las funciones que deberían cumplir y se estimaba la población diana que podían atender. Desde aquel entonces y hasta el momento actual, en las diferentes comunidades autónomas de nuestro país se han desarrollado distintos planes integrales de prevención y control del tabaquismo. Un buen número de ellos ha incluido la creación de este tipo de unidades en los distintos centros sanitarios de la sanidad pública<sup>2-5</sup>. En muchos casos, los criterios que se han seguido para la instauración de dichas UET se han tomado de los expuestos en la normativa de la SEPAR<sup>5</sup>.

Más recientemente, la actualización de la «Guía de práctica clínica para el tratamiento del tabaquismo» del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. ha definido las características que debe cumplir un programa intensivo de tratamiento del tabaquismo para ser considerado como tal<sup>6</sup>. En estos casos, las intervenciones deben ser numerosas (4 o más sesiones a lo largo de un año de seguimiento) y duraderas (cada sesión debería durar más de 10 min). Además, deben ser ofertadas por un equipo multidisciplinario —licenciados/as en medicina, especialistas/expertos en tabaquismo, especialistas en diferentes especialidades médicas, diplomados/os en enfermería, licenciados/as en psicología, etc.— que prescriba tanto tratamiento farmacológico —tratamiento sustitutivo con nicotina (TSN), bupropión y/o vareniclina— como psicoterapia —técnicas cognitivas-conductuales y apoyo social intratratamiento—. Este tipo de intervenciones pueden pautarse en diferentes formatos: telefónico, individual y grupal<sup>6</sup>. Teniendo en cuenta estas características, parece que la UET, tal como se definía en las recomendaciones de la SEPAR, es el centro sanitario ideal donde llevar a cabo un programa intensivo de tratamiento del tabaquismo.

El objetivo de este artículo es presentar los resultados asistenciales a corto, medio y largo plazo que la UET de la Comunidad de Madrid ha tenido a lo largo de 5 años de experiencia (desde octubre de 2003 hasta octubre de 2008). La organización y el funcionamiento de dicha unidad se diseñaron siguiendo las recomendaciones de la SEPAR. Además, se presentarán datos sobre el gasto en fármacos que la UET ha tenido. Hasta donde sabemos, se trata del primer estudio español que analiza los resultados asistenciales y de gasto farmacéutico de una UET cuya organización y funcionamiento cumplen las líneas generales establecidas en las recomendaciones de la SEPAR.

## Pacientes y métodos

### *Recursos y sistemática asistencial*

La UET de la Comunidad de Madrid comenzó a funcionar en octubre de 2003. En la actualidad trabajan en ella 3 médicos neumólogos, 2 profesionales de la enfermería, una profesional de la psicología y una secretaria. Todos los sanitarios que trabajan en la unidad son especialistas/expertos en tabaquismo. El centro cuenta con todo el material clínico y ofimático necesario para llevar a cabo las labores asistenciales, docentes y de investigación que le son propias.

La actividad asistencial se realiza mediante la aplicación de 2 protocolos asistenciales: individual y grupal.

El protocolo asistencial individual consta de un total de 10 consultas, una es la basal y las 9 restantes, las de seguimiento. La

consulta basal tiene una duración de entre 30 y 40 min, al final de los cuales el paciente elige el día en que abandonará el consumo de tabaco (día D). Durante esta consulta, que corre siempre a cargo de un especialista en neumología, se realiza la historia clínica y de tabaquismo, así como diferentes exploraciones: cooximetría, espirometría y determinación de cotinina en líquidos corporales. Las consultas de seguimiento se efectúan con la siguiente periodicidad: las semanas 1; 2; 4; 8; 10, y 12 después del día D, y a los 4, 6 y 12 meses del día D. Las realizan independientemente los diferentes profesionales sanitarios de la UET. En estas consultas se efectúa el control de los síntomas del síndrome de abstinencia y del tratamiento farmacológico; además, se individualiza la psicoterapia. También se practican diferentes exploraciones: cooximetría y determinación de cotinina en líquidos corporales. De forma periódica, 3 veces por semana, se comenta la situación de los pacientes en una sesión clínica en que participan todos los profesionales sanitarios de la unidad. En esta sesión se discuten los casos y se toman las decisiones más adecuadas.

El protocolo asistencial grupal consta de un total de 9 sesiones. La primera tiene lugar unos días antes del día D y dura aproximadamente 80-90 min. Durante esta sesión los pacientes eligen el día D y reciben consejos de preparación para el abandono, y se les explican los fundamentos del síndrome de abstinencia. Asimismo, se llevan a cabo diversas exploraciones: cooximetría, espirometría y determinación de cotinina en líquidos corporales. El resto de sesiones se realizan con la siguiente periodicidad: las semanas 1; 2; 4; 8; 10, y 12 después del día D, y a los 4 y 5 meses del día D. En estas sesiones se controla la evolución del síndrome de abstinencia y la utilización del tratamiento farmacológico, y se explican diferentes técnicas cognitivo-conductuales a los pacientes. Igualmente realizan diferentes exploraciones: cooximetría y determinación de las concentraciones de cotinina en líquidos corporales.

El tratamiento que se prescribe es una combinación de tratamiento farmacológico y psicológico. Como tratamiento farmacológico se utilizan los diferentes tipos de TSN existentes en nuestro país, o bupropión o vareniclina, o una combinación de ellos. Como psicoterapia se pautan las siguientes actividades: realización de autorregistros, identificación de situaciones de alto riesgo, técnicas de afrontamiento, técnicas cognitivo-conductuales y apoyo intratratamiento.

Todos los pacientes acuden a la UET remitidos por un profesional sanitario. En la unidad se les pauta un tratamiento individualizado o grupal dependiendo de sus preferencias o por indicación facultativa. Es de destacar que este centro sanitario funciona en el contexto de la medicina pública española, y que los pacientes que acuden a él reciben gratuitamente cualquier tipo de tratamiento<sup>7</sup>.

### *Valoración de los resultados asistenciales*

Para la valoración de los resultados asistenciales utilizamos los siguientes parámetros. El principal parámetro de eficacia a un año fue la variable índice de abstinencia continua. Se define este parámetro como el número de pacientes que acudieron a la UET con intención de recibir tratamiento y no fumaron, ni siquiera una sola calada, desde al menos 15 días después del día D hasta completar 6 y 12 meses de seguimiento. La afirmación verbal de abstinencia se validaba en todos los casos mediante la determinación de las concentraciones de monóxido de carbono en aire espirado. Se exigían valores inferiores a 10 ppm para esta validación. Las concentraciones se determinaron con un cooxímetro Micro Smokerlyzer (Bedfont Scientific. Rochester, Reino Unido).

Como principal parámetro de eficacia a los 36 y 57 meses se utilizó la variable índice de abstinencia puntual. Se define este parámetro como el número de pacientes que acudieron a la UET con intención de recibir tratamiento y que, cuando se estableció contacto con ellos, afirmaban no haber consumido ni siquiera una calada en la semana previa. En estos casos la entrevista se realizaba por teléfono y no se validaba la respuesta con cooximetría.

### Análisis estadístico

Se configuró una base de datos en el programa SPSS versión 13.0, dentro de entorno Windows, para la exploración de los datos (SPSS Inc., Chicago, Illinois, EE.UU.). Se realizó un estudio descriptivo de las variables analizadas expresando las cuantitativas como media (desviación estándar) y las cualitativas como proporciones con sus frecuencias absolutas.

## Resultados

### Características de los pacientes atendidos

En la **tabla 1** se muestra la actividad asistencial realizada por la UET durante estos años. Se llevaron a cabo 21.418 consultas sanitarias que permitieron proporcionar ayuda para dejar de fumar a un total de 3.920 fumadores. El análisis de los resultados asistenciales se realiza sobre una muestra constituida por 1.850 fumadores que acudieron consecutivamente a la UET entre enero de 2004 y marzo de 2007. En la **tabla 2** se exponen las características sociodemográficas, clínicas y de tabaquismo de esta muestra. El grupo está constituido por el mismo número de varones que de mujeres, muchos de ellos presentaban comorbilidades y consumían un alto número de cigarrillos diariamente; más del 77% fumaba el primer cigarrillo en los primeros 30 min después de levantarse.

### Tratamientos utilizados

La inmensa mayoría de los pacientes atendidos (97,6%) recibió tratamiento farmacológico y psicoterapia, bien en formato individualizado, bien grupal. Sólo 42 (2,4%) recibieron únicamente tratamiento psicológico; 14 presentaban contraindicaciones para el uso de cualquier tratamiento farmacológico, y el resto no quiso utilizarlo. El tratamiento fue individualizado en el 87% de los pacientes y grupal en el resto. En la **tabla 3** se recogen el número y el porcentaje de pacientes que realizaron los diferentes tipos de tratamiento.

### Eficacia

Se muestran datos de eficacia a los 6; 12; 36, y 57 meses de seguimiento. En la **tabla 4** se exponen los índices de abstinencia

**Tabla 1**  
Actividad asistencial de la Unidad Especializada en Tabaquismo

Año	Consultas basales	Revisiones	Total consultas
2003, desde octubre	47	190	237
2004	327	1.793	2.120
2005	454	2.160	2.614
2006	760	3.390	4.150
2007	1.042	4.629	5.671
2008, hasta octubre	1.290	5.336	6.626
Total	3.920	17.498	21.418

**Tabla 2**

Características sociodemográficas, clínicas y de tabaquismo de los pacientes atendidos

N.º de pacientes	1.850
Sexo	
Mujeres	925 (50%)
Varones	925 (50%)
Edad media (años)	47,83 ± 11,03
Nivel socioeconómico	
Bajo	388 (21%)
Medio	1.165 (63%)
Alto	297 (16%)
Estado civil	
Soltero/a	352 (19%)
Casado/a	722 (39%)
Divorciado/a	499 (27%)
Viudo/a	277 (15%)
Pacientes con enfermedades asociadas al consumo	1.239 (67%)
Enfermedades cardiovasculares	261 (21%)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	397 (32%)
Otras enfermedades respiratorias crónicas	198 (16%)
Enfermedades tumorales	236 (19%)
Varias comorbilidades	147 (12%)
Pacientes con comorbilidad psiquiátrica	795 (43%)
Síndrome ansioso-depresivo	278 (35%)
Depresión mayor	207 (26%)
Esquizofrenia	143 (18%)
Trastorno bipolar	167 (21%)
Pacientes con otras drogodependencias	388 (21%)
Heroína	51 (13%)
Cocaína	110 (28%)
Hachís	120 (31%)
Varias drogas	97 (25%)
Drogas de diseño	10 (3%)
N.º medio de cigarrillos diarios	28,3 ± 10,4
Concentración de monóxido de carbono en aire espirado (ppm)	27,7 ± 9,4
Puntuación en el test de Fagerström	6,56 ± 2,41
Tiempo hasta al primer cigarrillo del día	
Antes de 5 min	561 (30,3%)
Entre 5 y 30 min	869 (47%)
Después de 30 min	420 (22,7%)

Valores expresados como media ± desviación estándar o número de pacientes (porcentaje).

**Tabla 3**

Tratamientos utilizados en la Unidad Especializada en Tabaquismo

Tratamiento sustitutivo con nicotina	1.034 (55,9%)
Parches de nicotina	554 (30%)
Chicles de nicotina	67 (3,6%)
Parches+chicles de nicotina	413 (22,3%)
Bupropión	424 (22,8%)
Bupropión solo	308 (16,6%)
Bupropión+chicles de nicotina	104 (5,6%)
Bupropión+parches de nicotina	12 (0,6%)
Vareniclina	350 (18,9%)
Vareniclina sola	324 (17,5%)
Vareniclina+chicles de nicotina	26 (1,4%)
Sin tratamiento farmacológico	42 (2,4%)
Tratamiento en formato grupal	240 (13%)
Tratamiento en formato individual	1.610 (87%)

continúa a los 6 y 12 meses de seguimiento en la muestra estudiada.

Desde octubre de 2005 hasta octubre de 2008, un total de 360 fumadores habían cumplido 36 meses de seguimiento. De estos

**Tabla 4**  
Índices de abstinencia continua

Tratamiento	Abstinencia continua	
	6 meses (%)	12 meses (%)
Sustitutivo con nicotina	54,1	49,6
Bupropión	60,3	57,6
Vareniclina	61,8	58,5
Sólo psiquiátrico	53,2	50
Total grupo	58,5	54,9

360 fumadores, se pudo establecer contacto telefónico con 324, de los que 151 (un 42% del total) permanecían en abstinencia puntual. Desde octubre de 2003 hasta octubre de 2008, un total de 47 fumadores habían cumplido 57 meses de seguimiento. De estos 47 fumadores, pudimos contactar telefónicamente con 30, de los que 16 (un 35% del total) cumplían con criterios de abstinencia puntual.

#### Descripción de los motivos de fracaso del tratamiento

A continuación describimos las principales causas que los pacientes adujeron como motivos del fracaso del tratamiento. Hemos evaluado a los fumadores que no consiguieron mantenerse abstinentes al cabo del año de seguimiento. Un total de 835 fumadores de los 1.850 atendidos habían fracasado. Las razones del fracaso fueron las siguientes: pérdida para el seguimiento en 351 casos (42%), deseo de no continuar en el programa en 209 (25%), no sentir ayuda con el tratamiento en 108 (13%) y otras razones en 167 (20%).

#### Gasto en fármacos

Para el análisis del coste en fármacos se estudió el gasto que tuvo la UET para financiar los tratamientos farmacológicos que se prescribieron en un período de 18 meses (entre enero de 2007 y junio de 2008). El gasto en fármacos durante dicho período ascendió a un total de 215.612 €, de los que el 38%, es decir, 81.664 €, se invirtió en diferentes tipos de TSN, el 14% (30.406 €) en bupropión y el 48% (103.542 €) en vareniclina.

Durante este período de tiempo la UET atendió a un total de 1.824 pacientes. De ellos, 894 (49%) recibieron TSN, 237 (13%) bupropión y 647 (35,5%) vareniclina; a 46 (2,5%) no se les prescribió ningún tratamiento farmacológico. Teniendo en cuenta estas cifras, se concluye que el gasto en fármacos por fumador atendido durante un período de 18 meses fue de 118 €.

Si se extrapolan las tasas de abstinencia a corto, medio y largo plazo que la UET ha tenido durante este tiempo, y se aplican a las cifras de gasto en fármacos que se han obtenido en este estudio, se puede estimar que el coste por fumador atendido y con éxito en la abstinencia a los 6; 12; 36, y 57 meses ha sido de 202; 215; 281, y 338 €, respectivamente.

#### Discusión

Se presenta el primer estudio español que analiza la actividad asistencial y el coste en fármacos de una UET que trabaja en el contexto de la medicina pública, y cuyas líneas de organización y funcionamiento se han inspirado en las recomendaciones de la SEPAR<sup>1</sup>.

A lo largo de 5 años, y con recursos humanos y materiales cuya cantidad varió en el curso del tiempo, se realizaron un total de 21.418 consultas sanitarias que procuraron tratamiento para dejar

de fumar a 3.920 fumadores. Entre las características más destacables de los fumadores que acudieron a la UET cabe señalar: a) la mayoría presentaba comorbilidad y más del 20% aquejaba otras drogadicciones, y b) alto grado de dependencia física por la nicotina. La comorbilidad, tanto psiquiátrica como de otras enfermedades asociadas al tabaquismo, es una constante en el grupo de fumadores que acuden a centros especializados. Un estudio reciente ha encontrado que más del 20% de los pacientes que acudieron al Nicotine Dependence Centre de la Clínica Mayo durante un período de 20 años presentaba depresión<sup>8</sup>. Igualmente, el alto grado de dependencia física por la nicotina entre quienes acuden a este tipo de centros es muy habitual. En nuestro medio, Nerin et al<sup>9</sup> describen que el 76,3% de sus pacientes consumen el primer cigarrillo en los primeros 30 min después de levantarse. Esta cifra es similar a la encontrada por nosotros (77,3%).

La actividad asistencial de la UET de la Comunidad de Madrid se ha ido incrementando de manera exponencial a lo largo de los años (tabla 4). De acuerdo con los datos del estudio de Croghan et al<sup>8</sup>, la actividad asistencial del Nicotine Dependence Centre también aumentó progresivamente desde su creación en 1988<sup>8</sup>. Es de destacar que el número de pacientes atendidos en la UET durante los últimos 2 años y medio de su funcionamiento casi ha cuadruplicado el número de atendidos en los 2 primeros años.

En cuanto al tratamiento prescrito, cabe señalar que el 97% de los pacientes recibió tratamiento combinado. En sólo 42 casos no fue posible utilizar tratamiento farmacológico. Hoy día ha quedado claramente establecido que el tratamiento del tabaquismo exige una combinación de farmacoterapia, para aliviar la dependencia física por la nicotina, y psicoterapia, para combatir la dependencia psíquica por el consumo del tabaco<sup>6,10</sup>. Sólo en escasas circunstancias no es necesaria la utilización de fármacos. De los 42 pacientes que no recibieron tratamiento farmacológico, 14 tenían contraindicación médica para el uso de este tipo de medicamentos y el resto se negó a utilizarlos.

La prescripción de uno u otro tratamiento farmacológico se basó en las características clínicas, de tabaquismo y de preferencias personales de cada fumador<sup>6,10</sup>. Siempre se siguió la normativa de la SEPAR para pautar las dosis y el tiempo de utilización de los tratamientos farmacológicos prescritos<sup>10,11</sup>. El TSN fue el tratamiento más utilizado: se prescribió a casi el 56% de los pacientes que acudieron a la UET. El resto se repartió entre bupropión y vareniclina. No obstante, hay que destacar que la vareniclina apareció en el mercado español en 2006, y ésta es una razón que puede explicar estas cifras. En el análisis que realizamos para estudiar el gasto farmacéutico, el cual abarcó entre enero de 2007 y junio de 2008, período en que todos los tratamientos estaban disponibles en el mercado español, la utilización de vareniclina se incrementó al 35,5%, la de bupropión se redujo al 13% y el TSN se estabilizó en torno al 50%.

Cabe destacar que el 87% de los pacientes recibió tratamiento en formato individualizado. Todos los metaanálisis coinciden en señalar que la eficacia del tratamiento del tabaquismo es independiente del formato en que se ofrezca<sup>6,11,12</sup>. La indicación de uno u otro formato depende de las características de la población atendida y de la metodología de trabajo del equipo terapéutico. Nuestro grupo utiliza más frecuentemente el formato individual o telefónico que el grupal, y hemos tenido resultados similares con ambos<sup>13-15</sup>.

Nuestro programa de tratamiento, que ha reunido todas las características de los programas intensivos, ha obtenido un índice de abstinencia continua al año de seguimiento de casi el 55%. Ésta es una cifra destacable por cuanto se expresa en un parámetro muy estricto de abstinencia<sup>16</sup>. Las cifras obtenidas por programas de tratamiento menos intensivos apenas alcanzan el 31% de éxitos en la abstinencia continua al año de seguimiento<sup>14,17</sup>. Un estudio reciente analiza la eficacia de un programa de tratamiento similar

al nuestro y encuentra cifras en torno al 62% de éxito en la abstinencia a los 6 meses de seguimiento<sup>9</sup>. Nuestro programa obtuvo un 58,5% de éxito al cabo de ese tiempo. No obstante, nuestro criterio de abstinencia es más estricto que el utilizado en el otro estudio.

La vareniclina fue el tratamiento farmacológico que más alto porcentaje de éxito consiguió. No obstante, el diseño de nuestro estudio no permite obtener conclusiones válidas en la comparación de la eficacia de los tratamientos utilizados.

Otros datos valorables son las cifras de abstinencia puntual a los 36 y 57 meses de seguimiento. El 42 y el 35% de los pacientes que habían cumplido 36 y 57 meses de seguimiento, respectivamente, permanecieron abstinentes. Aunque el criterio de abstinencia que utilizamos en esta ocasión es menos estricto que el exigido en la valoración a los 6 y 12 meses, el resultado no es por ello menos destacable. Probablemente la ausencia de confirmación de la abstinencia mediante la práctica de cooximetría a los 36 y 57 meses sea una de las limitaciones de nuestro estudio. No obstante, ciertos autores señalan que los fumadores incluidos en un programa de tratamiento prefieren abandonarlo antes que mentir en cuanto a su consumo de tabaco<sup>18</sup>. Es más, nuestro grupo, en otro estudio sobre 904 fumadores que recibieron tratamiento para dejar de fumar y en los que analizamos la fiabilidad de la respuesta dada por los pacientes sobre su abstinencia tabáquica, encontró que en el grupo de los que permanecen en el programa la fiabilidad es máxima, y que la práctica de la cooximetría es totalmente prescindible<sup>19</sup>.

Con nuestro estudio hemos estimado que el coste en fármacos por fumador atendido ha ascendido a 118 €, y que el coste por paciente que consigue dejar el tabaco al cabo del año de seguimiento ha sido de 215 €. Stapleton et al<sup>20</sup>, en su estudio sobre 412 pacientes atendidos en una unidad de tabaquismo inglesa, estimaron que el gasto por fumador atendido ascendía a aproximadamente 133,3 libras, y que el gasto por fumador con éxito al cabo de 12 semanas de seguimiento era de 206,4 libras. Las cifras de gasto que estimamos por fumador con éxito a los 36 y 57 meses de seguimiento son llamativas. Si bien es verdad que deben tomarse con prudencia por cuanto son sólo estimaciones, también es cierto que se ven apoyadas por las estimaciones que Stapleton et al<sup>20</sup> hacen en su estudio. Por otra parte, es bien conocida la excelente relación coste/beneficio de los tratamientos para dejar de fumar<sup>21,22</sup>.

En resumen, presentamos los resultados asistenciales a corto, medio y largo plazo de una UET que ha sido diseñada siguiendo las directrices marcadas por la normativa SEPAR. A lo largo de 5 años se trató a un total de 3.920 fumadores. El índice de éxito a los 12 meses fue de casi el 55%, y a los 57 meses fue del 35%. Todos los pacientes recibieron tratamiento gratuito. El coste en fármacos por fumador atendido ascendió a 118 €, y el coste por fumador con éxito al cabo de 12 y 57 meses de seguimiento fue de 215 y 338 €, respectivamente.

## Bibliografía

1. Jiménez Ruiz CA, Solano Reina S, Barrueco Ferrero M, De Granda Orive JJ, Lorza JJ, Alonso S, et al. Recomendaciones para la organización y funcionamiento de

- las unidades especializadas en tabaquismo. Arch Bronconeumol. 2001;37:382-7.
2. Plan Regional de Prevención y Control del Tabaquismo de la Comunidad de Madrid. 2005-2007. Madrid: Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad. Comunidad Madrid; 2005.
  3. Plan Regional de Prevención y Control del Tabaquismo de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. 2003-2010. Toledo: Consejería de Sanidad; 2003.
  4. Guirao García A, Rivero Cuadrado A. Plan Regional de Prevención y Control del Tabaquismo de la Comunidad de Madrid. Dos años después. Prev Tab. 2007;9:72-82.
  5. Camarrelles Guillem F, Salvador Llivina T, Ramos Torell J, Córdoba García R, Jiménez Ruiz CA, Lopez V, et al. Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. Madrid: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo; 2008.
  6. Fiore MC, Jaen CR, Baker TR, Bailey WC, Benowitz N, Curry S, et al. Treating tobacco use and dependence. 2008 update. Clinical Practice Guideline. Rockville, US: Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2008.
  7. Jiménez Ruiz CA, Ortiz Marrón H, Camarrelles Guillem F, Moreno Arnedillo J, Sánchez Suárez JL, Solano Reina S, et al. Organización y funcionamiento de las consultas de tabaquismo en una comunidad autónoma. Experiencia de la Comunidad de Madrid. Prev Tab. 2006;8:160-3.
  8. Croghan I, Ebbert J, Hurt RD, Hays T, Dale L, Warner N, et al. Gender differences among smokers receiving interventions for tobacco dependence in a medical setting. Add Behav. 2009;34:61-7.
  9. Nerin I, Novella P, Beamonte A, Gargallo P, Jiménez-Muro A, Marqueta A. Resultados del tratamiento del tabaquismo en una unidad especializada. Arch Bronconeumol. 2007;43:669-73.
  10. Jiménez Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Ramos Pinedo A, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, De Granda Orive JJ, et al. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Propuesta de financiación. Arch Bronconeumol. 2008;44:213-9.
  11. Jiménez Ruiz CA, Granda Orive JJ, Solano Reina S, Carrión Valero F, Romero Palacios J, Barrueco Ferrero M. Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo. Arch Bronconeumol. 2003;39:514-23.
  12. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2005;18(2):CD001007.
  13. Jiménez Ruiz CA, Cisneros C, Perelló Bosch O, Barrueco Ferrero M, Hernández Mezquita M, Solano Reina S, et al. Tratamiento individualizado del tabaquismo. Resultados utilizando chicles de 2 y 4 mg de nicotina. Arch Bronconeumol. 2000;38:129-32.
  14. Barrueco Ferrero M, Jiménez Ruiz CA, Palomo Cobos L, Torrecilla García M, Romero Palacios J, Riesco Miranda JA. Abstinencia puntual y continua con el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Med Clin (Barc). 2004;123:652-6.
  15. Camarrelles Guillem F, Asensio A, Jiménez Ruiz CA, Becerril B, Rodero D, Vidaller O. Efectividad de la intervención grupal en el tratamiento del tabaquismo. Resultados de un estudio clínico randomizado. Med Clin (Barc). 2002;119:53-7.
  16. SRNT Subcommittee on Biochemical Verification. Biochemical verification on tobacco use cessation. Nicotine Tob Res. 2002;4:149-59.
  17. Torrecilla García M, Barrueco Ferrero M, Maderuelo Fernández J, Jiménez Ruiz CA, Plaza Martín D, Hernández Mezquita M. Tratamiento del tabaquismo en atención primaria. Eficacia del consejo médico, de la intervención mínima y de la terapia sustitutiva con nicotina. Resultados a un año de seguimiento. Aten Primaria. 2001;27:629-36.
  18. Ockene J, Kristeller J, Goldberg R, Ockene I, Merriam P, Barret S, et al. Smoking cessation and severity of disease: the Coronary Artery Smoking Intervention Study. Health Psychol. 1992;11:119-26.
  19. Barrueco Ferrero M, Jiménez Ruiz CA, Palomo L, Torrecilla García M, Romero Palacios J, Riesco Miranda JA. Veracidad de la respuesta de los fumadores sobre su abstinencia en las consultas de deshabitación tabáquica. Arch Bronconeumol. 2005;41:135-40.
  20. Stapleton JA, Watson L, Spirling L, Smith R, Milbrandt A, Ratcliffe M, et al. Varenicline in the routine treatment of tobacco dependence: a pre-post comparison with nicotine replacement therapy an evaluation in those with mental illness. Addiction. 2008;103:146-54.
  21. Rowan K. Tobacco control program: save California billions. J Natl Cancer Inst. 2008;100:1426-7.
  22. De Granda Orive JJ, Gutiérrez Jiménez T, Martínez Albiach JM. Financing smoking cessation treatment through national health systems may improve success. Arch Bronconeumol. 2006;42:666.