

Deshabitación tabáquica. Valor del resultado en la fase de acción sobre el resultado en la fase de consolidación

Miguel Barrueco Ferrero^a, Miguel Torrecilla García^{b,c}, Miguel Ángel Hernández Mezquita^d, Carlos A. Jiménez Ruiz^e, Almudena Morales Sánchez^e, Alejandro Alonso Díaz^c y Dolores Plaza Martín^b

^aServicio de Neumología. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

^bCentro de Salud San Juan. Salamanca. España.

^cUnidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Salamanca. Salamanca. España.

^dServicio de Neumología. Hospital Virgen del Puerto. Plasencia. Cáceres. España.

^eUnidad Especializada en Tabaquismo. Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid. Madrid. España.

OBJETIVO: La escasez de estudios a largo plazo dificulta la valoración de la abstinencia mantenida en el tiempo de los fumadores que consiguen dejar de fumar. El objetivo de nuestro estudio ha sido determinar en qué medida los resultados obtenidos tras la intervención para dejar de fumar se consolidan en el tiempo, al cabo de 5 años.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se ha realizado un estudio longitudinal y prospectivo sobre 502 fumadores, cuasi experimental, al considerar el grado de dependencia nicotínica como criterio para la asignación del tratamiento: intervención mínima sistematizada en los fumadores con dependencia baja o que aún no se encontraban en fase de preparación, y tratamiento sustitutivo con nicotina en aquéllos con dependencia moderada-alta y/o alto consumo de cigarrillos.

RESULTADOS: De los 267 pacientes que completaron el seguimiento a los 5 años, el 29,6% dejó de fumar y se mantuvo abstinentes al año de seguimiento, y el 18,0% a los 5 años. De los que consiguieron dejar de fumar a los 2 meses de la intervención el 47,4% consolidó su abstinencia al cabo de los 5 años de seguimiento, y de los que no lo consiguieron seguía fumando el 88,1%.

CONCLUSIONES: Los resultados observados en la fase de acción pueden considerarse un elemento de ayuda para reorientar la actitud terapéutica, y quizá el planteamiento de controles programados en el tiempo ayude a consolidar la abstinencia tabáquica conseguida durante la intervención.

Palabras clave: *Deshabitación tabáquica. Abstinencia mantenida. Predictores de éxito.*

Introducción

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud del año 2003, el 30,9% de los españoles mayores de 16 años

Tobacco Cessation: Action-Stage Result as a Predictor of Successful Long-Term Maintenance

OBJECTIVE: The paucity of long-term studies makes it difficult to evaluate the sustained abstinence over time of smokers who quit. The objective of the present study was to determine to what extent the results of tobacco cessation interventions are maintained after 5 years.

PATIENTS AND METHODS: This was a longitudinal prospective study of 502 smokers. The design was quasi-experimental given that therapy was allocated according to the level of the patients' nicotine dependence: routine minimum intervention for smokers with mild addiction and those not in the preparation stage, and nicotine replacement therapy for patients with moderate-to-high dependence and/or a high level of tobacco consumption.

RESULTS: Of the 267 patients followed for 5 years, 29.6% quit and were still abstinent at 1 year, and 18.0% remained abstinent after 5 years. Of those who had managed to stop smoking within 2 months of starting the intervention, 47.4% were still abstinent on follow-up at 5 years while 88.1% of those who failed to quit within 2 months were still smoking 5 years later.

CONCLUSIONS: The results observed during the action stage could be of use in reorienting the treatment approach, and a planned schedule of follow-up contacts could help patients maintain the abstinence achieved in the course of the intervention.

Key words: *Tobacco cessation. Continuous abstinence. Predictors of success.*

Trabajo incluido en la convocatoria de ayudas para el desarrollo de proyectos de investigación, del Programa de Prevención y Control del Tabaquismo 2005 de la Junta de Castilla y León.

Correspondencia: Dr. M. Barrueco Ferrero.

Consulta de Tabaquismo. Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Salamanca.

P.º de San Vicente, 58. 37007 Salamanca. España.

Correo electrónico: mibafe@telefonica.net

Recibido: 19-1-2006; aceptado para su publicación: 24-10-2006.

se declaran fumadores y se observa un descenso considerable respecto a los porcentajes de fumadores recogidos en las encuestas previas¹⁻³. Las principales aportaciones de la última Encuesta Nacional de Salud³ para el estudio de tendencias de consumo son la consolidación del descenso entre los varones (del 42,1 al 37,5%) y, por primera vez, un descenso entre las mujeres (del 27,2 al 24,7%). Puede apreciarse también que continúa incrementándose el número de exfumadores, si bien parece haberse producido una desaceleración de la tendencia observada en los últimos años, ya que entre 2001 y 2003 el número de exfumadores creció sólo 0,5 puntos (del 16,8 al 17,3%).

Ante los escasos resultados obtenidos con los programas de prevención surge la pregunta de quién, cuándo y cómo debe realizarse la deshabituación tabáquica⁴. Numerosos autores han postulado que la inversión más eficaz es la que tiene como objetivo disminuir la prevalencia del número de fumadores diagnosticando y tratando a los que desean dejar de fumar, y se han publicado diversos artículos que valoran la eficacia y la eficiencia de los distintos tratamientos. Además, se ha investigado la existencia de factores predictores que ayuden a identificar a los sujetos más susceptibles de finalizar con éxito el tratamiento o a modificar el mismo con el objetivo de aumentar las posibilidades de éxito de todos y cada uno de ellos. Las únicas variables predictoras de éxito identificadas hacen relación a la consecución de la abstinencia durante las 2 primeras semanas de tratamiento^{5,6}. También se ha publicado que el éxito en las etapas finales del tratamiento (8 semanas) resulta igualmente predictivo, lo que permite modificar o prologar el tratamiento cuando se considere necesario⁷.

Sin embargo, existen diversas limitaciones, como los distintos criterios de eficacia utilizados y el hecho de que la gran mayoría de los estudios han publicado resultados a corto plazo, de modo que no se dispone de información a medio y largo plazo. De hecho, sólo recientemente se ha incorporado la fase de finalización, como la abstinencia mantenida durante 5 años, al esquema tradicional de Prochaska y DiClemente⁸.

El objetivo de nuestro estudio ha sido conocer qué ha sucedido a los 5 años con los fumadores que consiguieron dejar de fumar con un programa de deshabituación tabáquica realizado según las recomendaciones de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) vigentes al iniciarlo⁹, y analizar el valor predictivo de los resultados obtenidos a los 2 meses —que habían demostrado ser predictores del resultado al año⁷— en el mantenimiento de la abstinencia tabáquica a los 5 años de iniciada, es decir, al final de la fase de consolidación. En relación con el tratamiento instaurado y disponible al comienzo del presente estudio, sigue siendo consecuente con la normativa SEPAR actual, ya que las diferencias fundamentales estriban en la incorporación y recomendaciones de uso de las nuevas opciones terapéuticas en el tratamiento del tabaquismo¹⁰, así como con el documento de consenso en el tratamiento del tabaquismo de las principales sociedades científicas implicadas en el abordaje de tabaquismo¹¹.

Pacientes y métodos

Se ha llevado a cabo un estudio de cohortes prospectivas, cuyas características de diseño metodológico y estadístico se describen a continuación y son similares a las referidas en el trabajo ya mencionado, en el que se estudiaba el valor predictivo de los resultados a los 2 meses⁷, con las puntualizaciones propias del presente trabajo.

En cuanto a los criterios de inclusión y exclusión, se incluyó en el estudio a todos los fumadores mayores de 18 años que durante el período de captación (de enero a julio de 1997) acudieron por cualquier motivo a una consulta de medicina de familia del Centro de Salud San Juan y los que acudieron a una consulta externa de neumología del Hospital Universita-

rio de Salamanca y que no presentaban criterios de exclusión. Se consideraron como tales los que figuraban en la ficha técnica de los parches transdérmicos de nicotina, como son la presencia de infarto de miocardio reciente, arritmias cardíacas graves, angina inestable, embarazo, lactancia, úlcera gastroduodenal activa o enfermedades mentales graves. Asimismo se consideraron motivos de exclusión en ambos grupos de intervención la adicción a otras drogas o la negativa a participar en el estudio. Se tuvieron presentes las normativas legales de prescripción vigentes en nuestro país, a pesar de que, como se ha demostrado en algunos ensayos clínicos, el tratamiento sustitutivo con nicotina es más seguro que fumar en algunos de los grupos en los que se han establecido contraindicaciones para su uso¹², lo que en un futuro, a buen seguro, será motivo de nuevos cambios en las normativas, guías clínicas y documentos de consenso.

Intervención

Se recogieron los datos personales de cada fumador (nombre, edad, sexo y teléfono de contacto), los antecedentes patológicos e información relacionada con el consumo de tabaco: número de cigarrillos/día, consumo de nicotina/día, índice paquetes-año, fase de abandono en la que se encontraba, grado de dependencia (medido por el test de Fagerström) y concentraciones de monóxido de carbono en aire espirado (determinado mediante el cooxímetro Micro Smokerlyzer[®] de Bedfont).

El estudio se considera cuasi experimental porque no hubo asignación aleatoria en el tipo de intervención efectuada, ya que se realizó según los criterios de la normativa SEPAR vigente⁹ en todos los pacientes. A todos ellos se les ofreció consejo médico y se les entregó material de ayuda por escrito adecuado a la fase en la que se encontraban en relación con su proceso de abandono del tabaco.

El tratamiento consistió en una intervención conductual (intervención mínima sistematizada) en las personas con baja dependencia nicotínica, y la misma intervención conductual más apoyo farmacológico mediante tratamiento sustitutivo con parches de nicotina en aquéllos con dependencia nicotínica alta (puntuación en el test de Fagerström ≥ 7) o moderada (puntuación en el test de Fagerström entre 5 y 6 puntos) que además presentaban un consumo superior a 10 cigarrillos-día o referían intentos previos de deshabituación que habían fracasado por presentar síndrome de abstinencia nicotínica, según las recomendaciones vigentes del Área de Tabaquismo de la SEPAR⁹. A quienes se encontraban en fase de precontemplación se les entregó una hoja informativa sobre el tabaco, y a los que estaban en las fases de contemplación, preparación y acción, además de la hoja citada, se les facilitó una hoja con el decálogo para dejar de fumar, así como la guía práctica para dejar de fumar. La metodología y el consejo proporcionado en ambas consultas se consensuaron. El consejo médico, que fue ofrecido siempre por las mismas personas, se ajustaba a las recomendaciones ya citadas; en un tiempo aproximado de 3 min se informaba al fumador de los perjuicios del consumo de tabaco, así como de las ventajas que tanto a corto como a largo plazo tiene su abandono.

Seguimiento

Si bien en un principio se estableció un seguimiento de un año (con controles a los 2, 6 y 12 meses), como recomiendan las guías clínicas, para la realización de este estudio se amplió hasta 5 años. Mediante contacto telefónico se instaba a los participantes a acudir a una consulta para realizar los controles habituales, entre ellos la medición del monóxido de carbono en aire espirado, que debía confirmar, en su caso, la decla-

ración de abstinencia (se consideró que una concentración de 10 ppm era un indicador de que el paciente era fumador¹³), aun cuando la autodeclaración de abstinencia ha demostrado su validez como confirmación del abandono del tabaco¹⁴. En los controles prefijados en un principio se comprobó el abandono del tabaco; en caso de que el paciente siguiera fumando, se registraron el número de cigarrillos/día consumidos, la dependencia nicotínica, las concentraciones de monóxido de carbono en aire espirado, la fase en el proceso de abandono de tabaco y si había habido o no cambio respecto a la fase inicial, previa a la intervención, además de reforzarse la información ofrecida para tratar de conseguir la abstinencia en ambos grupos de pacientes⁷.

Participantes en el estudio

La muestra de 357 sujetos que participaron en el estudio inicial⁷ se vio incrementada a 502, ya que al seguir realizando diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en las consultas implicadas se consideró oportuno incluir a aquellos que por el tiempo transcurrido desde la intervención realizada podrían formar parte del presente trabajo, al poder realizar sobre ellos un seguimiento de 5 años.

Para el análisis de los resultados se ha utilizado 2 criterios: por una parte, se han valorado los resultados según intención de tratar sobre los 502 fumadores incluidos inicialmente, y por otra, sobre los 267 sujetos que fueron localizados y completaron los 5 años de seguimiento. En el primero de los 2 métodos se consideraron casos perdidos todos los sujetos que no acudieron a los controles establecidos; a los 5 años no pudo localizarse a 235 (46,8%), lo que supone un porcentaje alto de pérdidas, que tienen implicaciones en la valoración de los resultados. Se consideraron casos perdidos cuando no fue posible establecer contacto telefónico con ellos después de 5 intentos al menos, o se constató que el número de teléfono era erróneo, habían cambiado de ciudad de residencia, habían fallecido, o bien cuando simplemente no acudieron a la cita tras el contacto telefónico.

El criterio de valoración según intención de tratar, habitual en los estudios a corto plazo, creemos que no es válido en estudios a medio y largo plazo, ya que las pérdidas pueden pro-

ducirse por razones distintas de las estrictamente clínicas. Por ello, hemos estudiado también los resultados en el grupo de pacientes a los que se pudo localizar y que aceptaron acudir a la cita programada.

Análisis estadístico

El análisis se realizó, con las consideraciones mencionadas en el apartado anterior. A continuación se comenta el análisis estadístico, que fue el mismo que el que se describe en el artículo de referencia⁷. La capacidad predictiva del éxito a los 2 meses en relación con el éxito al año y a los 5 años se evaluó mediante el cálculo de la sensibilidad, la especificidad y los valores predictivos, con sus respectivos intervalos de confianza (IC) del 95%, obtenidos mediante el método de Diamond. El tamaño muestral disponible permitía obtener estimaciones de sensibilidad y especificidad con una precisión de un 8%, considerando un error alfa del 5% y unos valores a priori de ambos parámetros del 75%.

Para contrastar la significación estadística de dicha modificación de efecto se empleó el test de la χ^2 . El nivel de significación estadística asumido en todos los contrastes realizados fue de 0,05.

Resultados

Se incluyó en el estudio a 502 pacientes –270 varones (53,8%) y 232 mujeres–, con una edad media (\pm desviación estándar) de $40 \pm 13,1$ años – $44 \pm 13,6$ en los varones y $35,3 \pm 10,9$ en las mujeres ($p < 0,001$)–. Las características de consumo de tabaco y dependencia se recogen en la tabla I. De las 502 personas incluidas inicialmente en el estudio, 267 completaron el seguimiento a los 5 años. El número de sujetos que se perdieron en el seguimiento se incrementó desde el 10% al año hasta el 46,8% a los 5 años.

Según intención de tratar, considerando el total de la muestra e independientemente del tipo de intervención practicada, el porcentaje de personas que habían dejado de fumar al año de la intervención fue del 33,7% (IC del 95%, 29,6-38,0%), y a los 5 años, del 14,5% (IC del 95%, 11,6-18,0%). En el grupo de los 267 pacientes a los que pudo localizarse y que, por tanto, se consideró que habían completado el seguimiento de 5 años, los porcentajes de abstinencia puntual fueron del 37,8% (IC del 95%, 32,0-43,9%) al año y del 27,3% (IC del 95%, 22,1-33,1%) a los 5 años.

Cuando se analizó la abstinencia continuada desde los 2 meses, los porcentajes obtenidos en la muestra total fueron del 25,7% (IC del 95%, 22,0-29,8%) al año y del 9,6% (IC del 95%, 7,2%-12,6%) a los 5 años. Entre los que fueron localizados y completaron el seguimiento, los porcentajes observados, considerados según intención de tratar, fueron del 29,6% (IC del 95%, 24,2-35,5%) al año y del 18,0% (IC del 95%, 13,6-23,1%) a los 5 años. Los resultados por grupos de intervención quedan reflejados en las figuras 1 y 2.

Del total de pacientes abstinentes al año de la intervención (fase de mantenimiento), 135 (80,4%; IC del 95%, 73,3-86,1%) llevaban sin fumar desde los 2 meses. De los que a los 5 años no fumaban (fase de consolidación), 54 (75,0%; IC del 95%, 63,4-84,5%) mantenían la abstinencia desde los 2 meses de la intervención.

TABLA I

Características personales, de dependencia y consumo de los pacientes incluidos en los grupos de intervención mínima (IM) y de tratamiento sustitutivo con nicotina (TSN)

	Total	IM	TSN
Total	502	234	268
Sexo			
Varones	270	128 (54,7%)	142 (53,0%)
Mujeres	232	106 (45,3%)	126 (47,0%)
Edad			
< 30 años	118	77 (32,9%)	41 (15,3%)
≥ 30 años	384	157 (67,1%)	227 (84,7%)
Dependencia nicotínica			
Baja	113	50 (24,8%)	17 (6,3%)
Moderada-alta	389	176 (75,2%)	251 (93,7%)
Cigarrillos/día			
< 20	97	75 (32,1%)	22 (8,2%)
≥ 20	405	159 (67,9%)	246 (91,8%)
Monóxido de carbono en aire espirado			
≤ 20 ppm	207	118 (50,4%)	89 (33,2%)
> 20 ppm	295	116 (49,6%)	179 (66,8%)

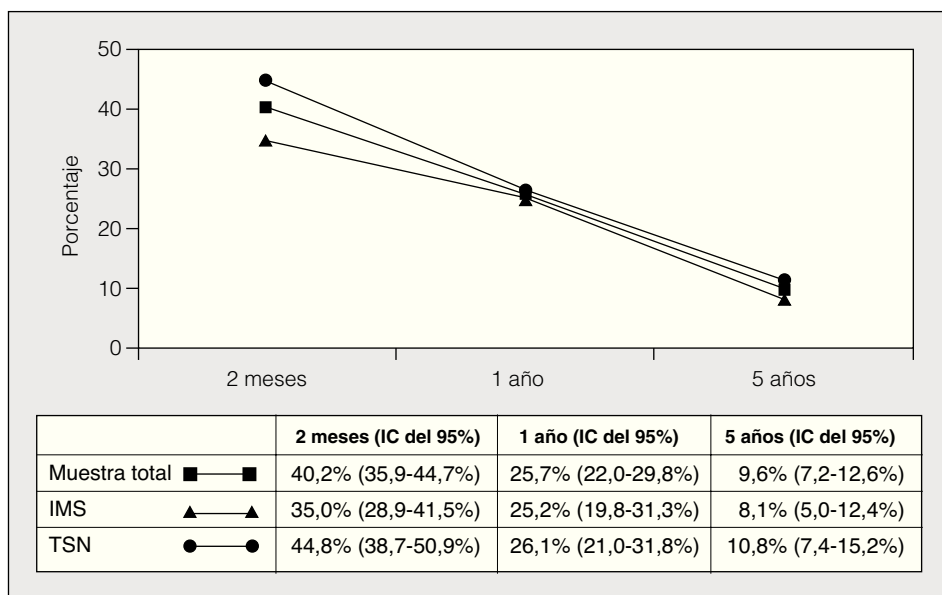


Fig. 1. Abstinencia continuada desde los 2 meses, según intención de tratar, a corto, medio y largo plazo (muestra total: 502 pacientes). IC: intervalo de confianza; IMS: intervención mínima sistematizada; TSN: tratamiento sustitutivo con nicotina.

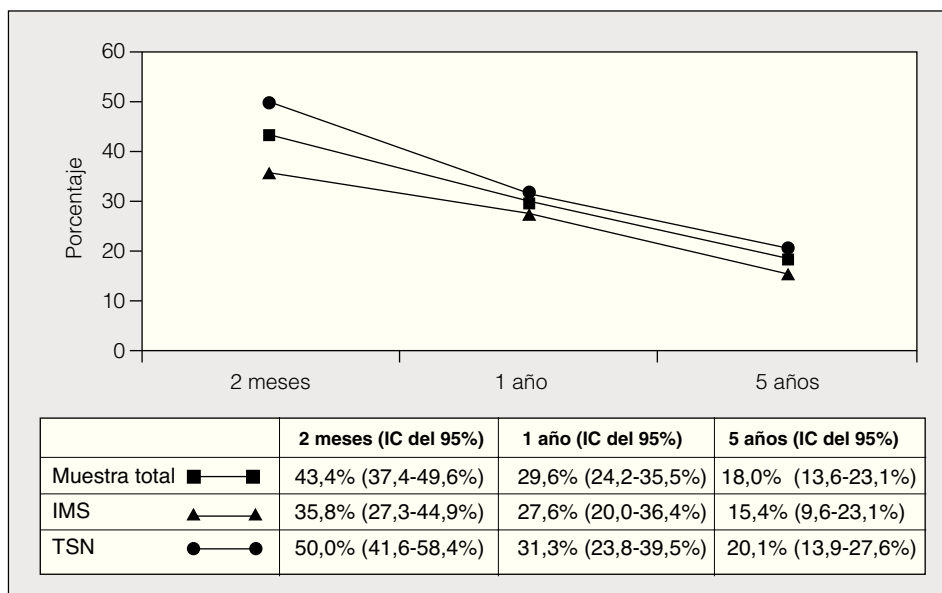


Fig. 2. Abstinencia continuada desde los 2 meses, según intención de tratar, a corto, medio y largo plazo (pacientes localizados: 267). IC: intervalo de confianza; IMS: intervención mínima sistematizada; TSN: tratamiento sustitutivo con nicotina.

El porcentaje de pacientes que habiendo logrado abandonar el consumo de tabaco a los 2 meses de la intervención se mantenían sin fumar al año fue del 75,6% (IC del 95%, 64,9-84,4%), y a los 5 años, del 24,4% (IC del 95%, 15,6-35,1%) en el grupo de la intervención mínima, y del 61,7% (IC del 95%, 52,4-70,4%) al año y del 29,2% (IC del 95%, 21,2-38,2%) a los 5 años en el grupo del tratamiento sustitutivo con nicotina.

Por lo que respecta a la sensibilidad y especificidad del resultado obtenido a los 2 meses como indicador del éxito de la intervención a medio y largo plazo, en el total de la población estudiada el resultado conseguido a los 2 meses permitió identificar al 80,5% (IC del 95%, 74,5-86,5%) de los fumadores que lograron la abstinencia al año de la intervención y al 75,3% (IC del 95%,

65,5-85,2) que la lograron a los 5 años (sensibilidad), y también al 80,2% (IC del 95%, 75,9-84,5%) de los que no consiguieron dejar de fumar al año y al 65,7% (IC del 95%, 61,2-70,2%) de los se declaraban fumadores en el control de los 5 años (especificidad) (tabla II).

El valor predictivo positivo del resultado obtenido a los 2 meses como indicador de éxito terapéutico a los 5 años fue del 27,2% (IC del 95%, 21,1-33,4%); es decir, las personas que abandonaron el hábito tabáquico a los 2 meses presentarían una probabilidad del 27,2% de mantener la abstinencia a los 5 años de seguimiento. En cambio, en los que no consiguieron la abstinencia tabáquica en dicho control la probabilidad de continuar fumando a los 5 años de la intervención (valor predictivo negativo) fue del 94,0% (IC del 95%, 91,3-96,7%). En

el grupo de intervención mínima la sensibilidad fue significativamente menor y la especificidad significativamente mayor que en el grupo del tratamiento sustitutivo con nicotina, de forma similar a como ocurrió cuando se analizaron los datos al año, pero los valores predictivos tanto positivo como negativo no presentaron diferencias significativas, a diferencia de lo que ocurrió en el análisis al año (tabla II).

En el estudio del grupo de pacientes a los que se localizó y que se consideró que habían completado el seguimiento de 5 años, la sensibilidad y especificidad de los resultados a los 2 meses respecto al éxito terapéutico a los 5 años no variaron de forma significativa (respecto a la muestra total); en cambio, el valor predictivo positivo fue significativamente mayor, del 47,4 frente al 27,2%. Respecto a los valores obtenidos en la valoración al año de la intervención, independientemente del grupo evaluado, continuaron perdiendo, de forma significativa, capacidad predictiva, del 67,3-69,8 al 47,4% a los 5 años (tablas II y III).

Discusión

A pesar del incremento notable de publicaciones relacionadas con el tratamiento del tabaquismo a corto plazo¹⁵⁻²⁰, se carece de resultados a largo plazo, así como de información sobre la influencia de las fases iniciales del tratamiento en el resultado final obtenido.

En nuestro estudio los porcentajes de abstinencia a los 5 años son significativamente inferiores a los observados al año. Podría considerarse que son similares a los obtenidos en estudios a 3 años, en los que la abstinencia continuada es del 13,8%¹⁵, pero inferiores a los comunicados por García-Vera¹⁹ a los 5 años, con por-

centajes de abstinencia puntual del 58,5% y continuada (en los 12 últimos meses) del 33,1%, si bien en nuestro trabajo se consideró la abstinencia continuada con un criterio mucho más estricto (la mantenida durante los 5 años de seguimiento). Anthonisen et al²¹ publican cifras de abstinencia a los 5 años del 5,4 y del 21,7% en función de la intensidad de la intervención realizada. La escasez de estudios a largo plazo impide una valoración más exhaustiva de este aspecto.

Antes de valorar los resultados creemos necesario realizar dos consideraciones. En primer lugar, debe tenerse en cuenta que, más allá del año de abstinencia (período habitualmente utilizado para definir a una persona que ha dejado de fumar como exfumadora), los porcentajes de abstinencia disminuyen, lo cual debería obligar a redefinir el concepto de exfumador, considerando como tal al fumador que lleva sin fumar un período posiblemente no menor de 5 años. Por otro lado, también debería valorarse el criterio de éxito utilizado en estos estudios, al menos en los que aportan resultados a largo plazo. Creemos que el criterio de éxito según intención de tratar que se utiliza en los estudios a corto plazo no es de utilidad en los estudios a medio y, especialmente, a largo plazo. Éstos sufren necesariamente una pérdida de casos por motivos ajenos al estudio (movilidad geográfica, cambio de domicilio o de teléfono, fallecimiento). A medida que aumenta el tiempo de seguimiento, el número de sujetos que se van perdiendo se incrementa. Consideramos que el número de pérdidas al año producidas en nuestro trabajo es similar al comunicado en trabajos de características parecidas, si bien es superior en los controles posteriores: Picardi et al²² comunican pérdidas del 9,2% al año y del 10,8% a los 2 años. No parece razonable atribuir estas pérdidas siempre al fra-

TABLA II
Resultados según intención de tratar en la muestra total (los casos no localizados se consideran fracasos terapéuticos)

	Resultados al año de la intervención							
	Éxito a los 2 meses		Fracaso a los 2 meses		Sensibilidad (IC del 95%)	Especificidad (IC del 95%)	VPP (IC del 95%)	VPN (IC del 95%)
	Éxito al año	Fracaso al año	Éxito al año	Fracaso al año				
Pacientes con IMS	62	20	25	127	71,3% (61,8-80,8%)	86,4% (80,9-91,9%)	75,6% (66,3-84,9%)	83,6% (77,7-89,5%)
Pacientes con TSN	74	46	8	140	90,2% (83,8-96,7%)	75,3% (69,1-81,5%)	61,7% (53,0-70,4%)	94,6% (91,0-98,2%)
Total	136	66	33	267	80,5% (74,5-86,5%)	80,2% (75,9-84,5%)	67,3% (60,9-73,8%)	89,0% (85,5-92,5%)
	Resultados a los 5 años de la intervención							
	Éxito a los 2 meses		Fracaso a los 2 meses		Sensibilidad (IC del 95%)	Especificidad (IC del 95%)	VPP (IC del 95%)	VPN (IC del 95%)
	Éxito a los 5 años	Fracaso a los 5 años	Éxito a los 5 años	Fracaso a los 5 años				
Pacientes con IMS	20	62	10	142	66,7% (49,8-83,5%)	69,6% (63,3-76,0%)	24,4% (15,1-33,7%)	93,4% (89,5-97,4%)
Pacientes con TSN	35	85	8	140	81,4% (69,8-93,0%)	62,2% (55,9-68,6%)	29,2% (21,0-37,3%)	94,6% (91,0-98,2%)
Total	55	147	18	282	75,3% (65,5-85,2%)	65,7% (61,2-70,2%)	27,2% (21,1-33,4%)	94,0% (91,3-96,7%)

IC: intervalo de confianza; IMS: intervención mínima sistematizada; TSN: tratamiento sustitutivo con nicotina; VPN: valor predictivo negativo; VPP: valor predictivo positivo.

TABLA III
Resultados en los sujetos a los que se localizó tras la llamada telefónica y acudieron a consulta presencial y en los que se consideró completado el seguimiento de 5 años

	Resultados al año de la intervención							
	Éxito a los 2 meses		Fracaso a los 2 meses		Sensibilidad (IC del 95%)	Especificidad (IC del 95%)	VPP (IC del 95%)	VPN (IC del 95%)
	Éxito al año	Fracaso al año	Éxito al año	Fracaso al año				
Pacientes con IMS	34	10	16	63	68,0% (55,1-80,9%)	86,3% (78,4-94,2%)	77,3% (64,9-89,7%)	79,7% (70,9-88,6%)
Pacientes con TSN	47	25	4	68	92,2% (84,8-99,5%)	73,1% (64,1-82,1%)	65,3% (54,3-76,3%)	94,4% (89,1-99,7%)
Total	81	35	20	131	80,2% (72,4-88,0%)	78,9% (72,7-85,1%)	69,8% (61,5-78,2%)	86,8% (81,4-92,2%)
	Resultados a los 5 años de la intervención							
	Éxito a los 2 meses		Fracaso a los 2 meses		Sensibilidad (IC del 95%)	Especificidad (IC del 95%)	VPP (IC del 95%)	VPN (IC del 95%)
	Éxito a los 5 años	Fracaso a los 5 años	Éxito a los 5 años	Fracaso a los 5 años				
Pacientes con IMS	20	24	10	69	66,7% (49,8-83,5%)	74,2% (65,3-83,1%)	45,5% (30,7-60,2%)	87,3% (80,0-94,7%)
Pacientes con TSN	35	37	8	64	81,4% (69,8-93,0%)	63,4% (54,0-72,8%)	48,6% (37,1-60,2%)	88,9% (81,6-96,2%)
Total	55	61	18	133	75,3% (65,5-85,2%)	68,6% (62,0-75,1%)	47,4% (38,3-56,5%)	88,1% (82,9-93,3%)

IC: intervalo de confianza; IMS: intervención mínima sistematizada; TSN: tratamiento sustitutivo con nicotina; VPN: valor predictivo negativo; VPP: valor predictivo positivo.

caso terapéutico. En nuestro estudio, la búsqueda y localización de los sujetos fueron exhaustivas, y encontramos dificultades objetivas que ya han sido señaladas y que nada tienen que ver con el éxito o fracaso terapéutico. Por ello, exponer los resultados de los casos que han sido localizados podría reflejar de forma más real el verdadero éxito de la intervención. En el grupo integrado por los pacientes a los que se localizó y que completaron el seguimiento, el porcentaje de abstinencia puntual a los 5 años fue del 27,3% y el de abstinencia continuada del 18%. Estos resultados, que se aproximan más al valor obtenido al año, podrían seguir dando validez al concepto clásico de exfumador, en contra de lo que hemos señalado anteriormente.

Buscar argumentos y posibilidades de cambio de actitud terapéutica fue el objetivo del trabajo publicado hace unos años⁷, y el que ha promovido la revisión actual. Se observa un descenso significativo del valor predictivo positivo observado a los 5 años respecto al del año, con independencia de que se consideren o no los resultados según intención de tratar, hecho que, junto al análisis de los porcentajes de abstinencia, nos lleva a plantear que el seguimiento del fumador es una pieza clave en el éxito de la intervención. Aunque sean necesarios estudios que aborden y analicen la influencia del seguimiento en los resultados de las intervenciones de deshabituación tabáquica a largo plazo, es obvio que las posibilidades de recaer persisten más allá del año de abandonar el consumo del tabaco. De todas formas, conocer las probabilidades de éxito de los que consiguen dejar de fumar a los 2 meses siempre es de ayuda, sobre todo cuando, con las consideraciones que se han co-

mentado respecto a los resultados según intención de tratar, se puede afirmar que cerca de la mitad se mantendrán abstinentes y no volverán a fumar (tabla III).

Trabajos futuros podrán dar las claves para redefinir el concepto de exfumador si se considera oportuno, pero por el momento programar controles al cabo del año podría contribuir a consolidar el éxito de la intervención, si bien este tipo de seguimiento estará condicionado por el propio paciente y por las características del medio asistencial donde se haya llevado el proceso de deshabituación. En todo caso, es aconsejable realizar una revisión al menos cada 2 años²³ y contar con la posibilidad de utilizar recordatorios telefónicos que pueden ayudar a consolidar al exfumador en su condición de no fumador¹⁷.

A tenor de los resultados obtenidos, es indiscutible que quienes a los 2 meses no han conseguido dejar de fumar presentan unas probabilidades muy bajas de conseguirlo en controles sucesivos, ya que los valores predictivos negativos se mantienen muy altos (tablas II y III). Por tanto, el cambio de actitud y el replanteamiento terapéutico parecerían obligados en los fumadores que a los 2 meses siguen fumando, de persistir el objetivo de abandono del tabaco.

En definitiva, se puede seguir considerando que los resultados a los 2 meses de la intervención son un elemento de ayuda para la conducta a seguir en el tratamiento del fumador, y su valor como predictor de éxito dependerá de consideraciones futuras respecto a cómo valorar los resultados de los programas de deshabituación a largo plazo, pero siempre debería tenerse en cuenta a la hora de reconducir el planteamiento terapéutico, sobre todo cuando en breve, o en un período más o

menos cercano, el profesional sanitario podrá contar con nuevas opciones terapéuticas para el tratamiento de la adicción nicotínica, tanto farmacológicas²⁴ como de índole inmunológica (vacuna antinicotínica)²⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2001. Disponible en: <http://www.msc.es>
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2003. Disponible en: <http://www.msc.es>
4. Pérez Trullén A, Herrero I, Clemente ML, Escosa L. Abordaje de la prevención y el tratamiento del tabaquismo: ¿a quién, cuándo y cómo realizar la deshabituación tabáquica? Arch Bronconeumol. 2004;40:63-73.
5. Stapleton JA, Russell MA, Feyerabend C, Wiseman SM, Gustavsson G, Sawe U, et al. Dose effects and predictors of outcome in a randomized trial of transdermal nicotine patches in general practice. Addiction. 1995;90:31-42.
6. Tonnesen P, Paoletti P, Gustavsson G, Russell MA, Saracci R, Gulsvik A, et al. Higher dosage nicotine patches increase one-year smoking cessation rates: results from the European CEASE trial. Eur Respir J. 1999;13:238-46.
7. Barrueco M, Torrecilla M, Maderuelo JA, Jiménez Ruiz CA, Hernández Mezquita MA, Plaza MD. Valor predictivo de la abstinencia tabáquica a los dos meses de tratamiento. Med Clin (Barc). 2001;116:246-50.
8. Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Goldstein MG, Marcus BH, Rakowski W, et al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. Health Psychol. 1994;13:39-46.
9. Jiménez CA, Solano S, González de Vega JM, Ruiz MJ, Flórez S, Ramos A, et al. Tratamiento del tabaquismo. En: Recomendaciones SEPAR. Barcelona: Doyma; 1998. p. 421-36.
10. Jiménez-Ruiz CA, De Granda Orive JI, Solano Reina S, Carrión Valero F, Romero Palacios P, Barrueco Ferrero M. Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo. Arch Bronconeumol. 2003;39:514-23.
11. Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Torrecilla García M, Domínguez Grandal F, Díaz-Maroto Muñoz JL, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. Arch Bronconeumol. 2003;39:35-41.
12. Jiménez Ruiz CA. Tratamiento sustitutivo con nicotina durante el embarazo. Arch Bronconeumol. 2006;42:404-9.
13. Jarvis M, Russell MAH, Saloojee Y. Expired air carbon monoxide. A simple breath test for tobacco smoke intake. Br Med J. 1980;281:484-5.
14. 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.
15. Richmond RL, Kehoe L, De Almeida Neto AC. Three year continuous abstinence in a smoking cessation study using the nicotine transdermal patch. Heart. 1997;78:617-8.
16. Rodríguez-Artalejo F, Lafuente Urdinguio P, Guallar-Castillón P, Garteizurrekoa Dublang P, Sainz Martínez O, Díez Azcárate JI, et al. One year effectiveness of an individualised smoking cessation intervention at the workplace: a randomised controlled trial. Occup Environ Med. 2003;60:358-63.
17. 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.
18. Barrueco Ferrero M, Jiménez Ruiz C, Palomo Cobos L, Torrecilla García M, Romero Palacios P, Riesco Miranda JA. Abstinencia puntual y continuada con el tratamiento farmacológico del tabaquismo en la práctica clínica. Med Clin (Barc). 2004;123:652-6.
19. 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;27:325-32.
20. Nerín I, Crucelaegui A, Mas A, Villalba JA, Guillén D, Gracia A. Resultados de un programa integral de prevención y tratamiento del tabaquismo en el entorno laboral. Arch Bronconeumol. 2005;41:197-201.
21. Anthonisen NR, Skeans MA, Wise RA, Manfreda J, Kanner RE, Conté JE. The effects of a smoking cessation intervention on 14.5 year mortality. Ann Intern Med. 2005;142:233-9.
22. Picardi A, Bertoldi S, Morosini P. Association between the engagement of relatives in a behavioural group intervention for smoking cessation and higher quit rates at 6, 12 and 24 month follow-ups. Eur Addict Res. 2002;8:109-17.
23. Robledo de Dios T, Ortega Sánchez-Pinilla R, Cabezas Peña C, Forés García D, Nebot Adell M, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Aten Primaria. 2003; 32 Supl 2:30-44.
24. Sampablo Lauro I, Angrill Paxeras J. Actualización en el tratamiento del tabaquismo. Arch Bronconeumol. 2004;40:123-32.
25. De Granda Orive JI. ¿Cuánto falta para la vacuna antinicotínica? Arch Bronconeumol. 2005;41:2-4.