

## Estructura sanitaria de atención al tabaquismo

Francisco Pascual Pastor<sup>1</sup>, Julio Fontoba Ferrandiz<sup>2</sup>, Francisco Ponce Lorenzo<sup>3</sup>,  
Vicente F. Gil Guillén<sup>2</sup> y Joan Lloret Llinares<sup>1</sup>

1. Dirección Departamento de Salud 18. Elda. Agencia Valenciana de Salud

2. Unidad Investigación. Departamento de Salud 18. Elda. Agencia Valenciana de Salud

3. Ayuntamiento de Petrer. Concejalía de Sanidad

### Resumen

El presente artículo trata de analizar la necesidad de generar una estructura sanitaria de atención al tabaquismo en los distintos departamentos de salud, dependientes de la red pública sanitaria. Esta estructura cobra fuerza y llega a un mayor número de sujetos si se asienta sobre la Atención Primaria de salud, articulándose alrededor de las consultas específicas de tabaquismo en los distintos centros de Salud. Estas consultas deben contar como mínimo con un médico y una enfermera que se dediquen especialmente a atender la consulta al menos 4 horas a la semana.

Aun siendo la Atención Primaria la principal puerta de entrada de los pacientes, no podemos descartar el papel de otras unidades o servicios como, medicina Preventiva, los servicios de Neumología o las Unidades de Conductas Adictivas, que también deben hacer un papel importante a la hora de su interrelación. Con todo esto hay que establecer una correcta coordinación entre los distintos servicios, consultas y unidades, sumando a ellas los recursos de Salud Pública e incluso el apoyo que se pueda ofrecer desde distintos ayuntamientos y otras administraciones no sanitarias.

Al contar con una estructura definida y una organización coordinada se puede llegar al máximo número de pacientes, además de realizar otras tareas como la prevención o incluso la investigación en este campo, por parte de personas que conozcan toda la problemática de los fumadores. A pesar de los documentos previos, llega la hora de que los distintos gobiernos tanto a nivel autonómico como estatal, consensúen y establezcan un modelo de Atención sanitaria al tabaquismo para todo el Estado español. En este trabajo, aparte de presentar nuestro proyecto, ofrecemos los resultados preliminares que nos indica que nuestra experiencia es efectiva y eficiente en nuestro Departamento de Salud cuando se compara con otros trabajos. Esperamos que con el seguimiento aportemos datos más concluyentes.

### Palabras Clave

Tabaco, asistencia sanitaria, atención primaria, tabaquismo.

— Correspondencia a:

Francisco Pascual Pastor  
Dirección Médica del Hospital General de Elda  
Ctra. Elda a Sax, s/n - 03600 Elda (Alicante)  
E-mail: pascual\_fra@gva.es



### **Abstract**

This article attempts to analyze the need to create a health care structure to facilitate the implementation of tobacco cessation programs (TCP) in the various departments of health, on public health network. This structure is strengthened and reaches a larger number of subjects if it is based on primary health care, structured around a specific TCP consultation in every health center. These consultations must be at least one physician and one nurse who were specially engaged to seek consultation at least 4 hours a week.

While the AP's main gateway for patients, we can not discount the role of other units or services as preventive medicine, pneumology services or units of addictive behaviours, which should also make an important role in their interrelationship. With all this we must establish a proper coordination between different services, consultations and units, adding them to the public health resources and support is available from various municipalities and other non-health authorities.

By having a defined structure and a coordinated organization can reach the maximum number of patients, as well as perform other tasks or even preventing this research by people who know all the problems of smokers. Despite the documents before it is time that governments at both state autonomy as a consensus and establish a model of healthcare for smoking-Spanish throughout the state. In this work a part of our project we present our preliminary results indicate that our experience is effective and efficient in our health department when compared to other jobs. We expect to bring the monitoring results more conclusive.

### **Key Words**

Tobacco, health care, primary care, smoking.

## **INTRODUCCIÓN**

Durante los últimos años las repercusiones del consumo de tabaco se han evidenciado de forma clara y se ha llegado a la conclusión de que el consumo de tabaco constituye el factor más importante para la aparición de las enfermedades más prevalentes y que a la vez provocan mayor morbimortalidad, además de incrementar las desigualdades sociales en salud, en género y de ser un trastorno adictivo

que está considerado como una enfermedad crónica de gran relevancia en la práctica clínica (CNPT, 2008). Todo esto ha llevado a que se instauren una serie de acciones para prevenir y evitar el desarrollo de estas complicaciones.

Dentro de estas acciones se han arbitrado medidas legislativas, preventivas, informativas, educacionales y asistenciales. Estas últimas encaminadas a la cesación del hábito tabáquico (Ebbert et al., 2008).



Pero de momento el desarrollo y los resultados han sido dispares en las distintas Comunidades autónomas del Estado español, tanto es así que se elaboró en España un Documento técnico de consenso en el que participaron distintas consejerías, profesionales y sociedades científicas, para poder llegar a un acuerdo sobre los mínimos básicos para la atención sanitaria del tabaquismo en España (CNPT, 2008).

No ha habido un proceso homogéneo, hasta ese momento, ni un acuerdo institucional para que la respuesta a este problema de Salud Pública hubiese merecido un consenso mayoritario, en todos los campos, pero sobre todo en el asistencial en donde las necesidades son más prioritarias al tratarse de pacientes con muchísimo riesgo cardiológico y pulmonar.

Son más que loables las acciones altruistas, individualizadas y poco retribuidas que han desarrollado, distintos servicios y grupos de profesionales, muchas de ellas al amparo de colectivos o sociedades científicas, como: SEMFYC, SEMERGEN, SEPAR, SOCIDROGALCOHOL y sobre todo la CNPT. No obstante y a pesar de ser conscientes del beneficio de dar un asistencia al fumador, no se ha sido capaz de definir que estructura sanitaria uniforme, debe ser la responsable de esta tarea, así el documento contempla distintas posibilidades según cada nivel asistencial, pero ello genera cierta complejidad e incertidumbre.

Dependiendo del interés de algunos profesionales y de su disponibilidad, la dependencia al tabaco se ha tratado en los servicios de neumatología o de medicina preventiva de ciertos hospitales, unidades de conductas adictivas, consultas específicas de tabaquismo o equipos

de atención primaria. Esta falta de uniformidad genera dificultades en los pacientes y ambigüedad, pues duplica la atención sanitaria y aumenta el costo.

Creemos que lo importante no es quien trate la dependencia, sino que se pueda atender al mayor número de adictos posible, claro está, siempre y cuando los profesionales dedicados al tema tengan una mínima formación y si es posible experiencia.

Ya que todos los profesionales sanitarios deben intervenir sobre el tabaquismo de manera adecuada. En cualquier lugar del sistema asistencial se puede y debe intervenir sobre el tabaquismo (Jiménez-Ruiz, 2003), el hecho de que todos los profesionales sanitarios deberían aconsejar insistentemente a todos los fumadores que abandonen el tabaco tiene un grado máximo de recomendación clínica (A), según la Guía Clínica Socidrogalcohol basada en la evidencia científica (Pereiro et al., 2008).

Se trata pues de un problema de primera magnitud y con una prevalencia muy elevada, un 26,44% (el 31,56% de los hombres y el 21,51% de las mujeres) son fumadores diarios según la Encuesta Nacional de Salud de España del INE del 2006, o incluso más ya que en el informe de la encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 2007/08 que realiza el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), la cifra se elevaba al 29,6% para personas de entre 15 a 64 años, afectando más a hombres (32,9%) que a mujeres (24,4%) en todas las clases sociales, con una edad de inicio en el consumo de 16,5 años. Aunque esta tendencia va cambiando si atendemos a la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2008



realizada por el PNSD entre estudiantes de 14 a 18 años, el consumo diario se sitúa en el 14,8%, destacando que en esta franja de edad el consumo se incrementa con la edad y es mayor entre el sexo femenino.

Como decíamos, al tratarse de un problema de primera magnitud, la apuesta debe ser la de acercar mediante consenso la atención al usuario de forma más eficiente y en su lugar habitual de consulta. Sin duda la estructura sanitaria específica más cercana a la población es la Atención Primaria, ya que el paciente no se desplaza para recibir su intervención.

Sin embargo, esto no quiere decir que descartemos la utilidad y funcionalidad del resto de niveles, consultas o unidades, ya que se debe buscar protocolos de interrelación, aunque apostamos por definir la Atención Primaria como el eje central de la atención al tabaquismo, coordinada con todos los demás servicios que estén implicados en la misma.

Definiremos y valoraremos en este artículo una estructura asistencial desde un departamento de salud de la Comunidad Valenciana, con la idea de que sirva de punto de reflexión y si es posible de inflexión para organizar de forma clara la asistencia sanitaria al tabaquismo.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Partiendo de la hipótesis conceptual de que hay tratamientos eficaces y eficientes para dejar de fumar y de que la intervención terapéutica sobre el tabaquismo, para que sea eficaz y eficiente, debe ser global y estructurada.

Esta debería extenderse a todos los fumadores dependiendo del tipo intensidad y características propias del fumador. Siendo el

SNS quien debiera disponer de un modelo de asistencia sanitaria al fumador (De Granda et al., 2006).

Teniendo en cuenta estas premisas, desde principios del año 2007, en el departamento de salud nº 18 – Elda de la Agencia Valenciana de Salud, se ha instaurado un protocolo de atención a la dependencia al tabaco que pivota sobre Atención Primaria y en el que participan además el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital, las 2 Unidades de Conductas Adictivas, el Servicio de Farmacia, distintos profesionales de otros Servicios como neumatología, Medicina interna y cardiología junto a otras Unidades y al Departamento de Salud Pública, este último sobre todos en tareas de Promoción de la Salud.

Valoraremos pues cómo se puede organizar la estructura y qué resultados a nivel de asistencial y de abandono de hábito tabáquico se está obteniendo, pero para ello debemos considerar los antecedentes del proyecto, el cual se remonta al año 2005, en el que se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar que se encargó de desarrollar un programa de prevención y control del tabaquismo coordinado por la Unidad de Promoción de la Salud del Centro de Salud Pública de Elda.

Este grupo de trabajo reunía fundamentalmente a médicos, enfermeros, psicólogos y técnicos en promoción de la salud de distintos servicios sanitarios, por lo que aglutinaba distintas sensibilidades y por supuesto los distintos niveles asistenciales.

Este grupo de profesionales defienden y propugnan con igual importancia las tareas preventivas como asistenciales, y en este ambiente de consenso se define la atención



primaria como la base para la Atención al tabaquismo en el departamento de Salud.

Con un amplio consenso se decidió generar la siguiente estructura asistencial (véase Figura 1) en la que se viesan implicado todos los profesionales y niveles asistenciales aunque con especial relevancia de la Consulta de tabaquismo de los Centros de Salud, sobre la que iba a basarse fundamentalmente la atención.

Se precisa además un protocolo de derivación entre los distintos niveles de intervención terapéutica, según las características de los fumadores teniendo en cuenta su nivel de dependencia o la comorbilidad orgánica o psiquiátrica. Este protocolo define el punto de asistencia para cada caso (véase Figura 2).

Por supuesto que la obligación y compromiso de cualquier facultativo y por extensión del resto de sanitarios es la de ofertar asistencia a cualquier persona que lo requiera o lo necesite.

Pero para ello es necesario que todos los médicos y enfermeros con atención asistencial directa a pacientes, tengan una formación básica en atención breve o intervención mínima, con la finalidad de diagnosticar, orientar y motivar a los fumadores hacía dejar de fumar, consiguiendo de este modo que abandonen el hábito el mayor número de personas posible.

Ahora bien, la alta demanda asistencial para todas las patologías en atención primaria determina una escasez evidente de tiempo para programas de salud, por lo que se hace difícil dedicar un tiempo mínimo por parte de todo el personal sanitario a este menester y en concreto a los programas de atención a la dependencia nicotínica.

Por este motivo, el grupo de trabajo sobre tabaquismo del departamento, decidió que la forma más rentable, accesible y dinámica, era procurar que en cada Centro de Salud existiese al menos un médico y una enfermera referentes para tratar con más intensidad y dedicación, constituyéndose así la Consulta de Atención al tabaquismo en Atención Primaria. De esta forma se lograba la consolidación de la Consulta en Atención Primaria.

La idea originaria, hasta aquí expresada, es la que estamos llevando a cabo con la siguiente organización de las consultas de deshabituación tabáquica en cada centro de Salud.

La consulta específica de Deshabituación Tabáquica tendrá un modelo único de historia clínica y se organizará de la siguiente manera:

#### **1ª VISITA: Realizada por enfermería.**

Duración aproximada 30 minutos.

Contenido:

- Apertura historia clínica.
- Protocolo de diagnóstico de tabaquismo.
- Pesar al paciente. Toma de tensión arterial y frecuencia cardiaca.
- Entregar "Guía de ayuda para dejar de fumar".
- Realización de cooximetría y análisis de cotinina en orina.
- Recomendaciones días previos: lista de motivos, registro de cigarrillos, etc.

#### **2ª VISITA: Realizada por personal médico.**

Duración aproximada 45 minutos.

Contenido:

- Asesoramiento práctico:
  - Fijar Día "D" (día elegido para dejar de fumar).

**Figura 1.** Coordinación de la estructura asistencial aprobada por consenso en el Departamento de Salud 18 de la Comunidad Valenciana

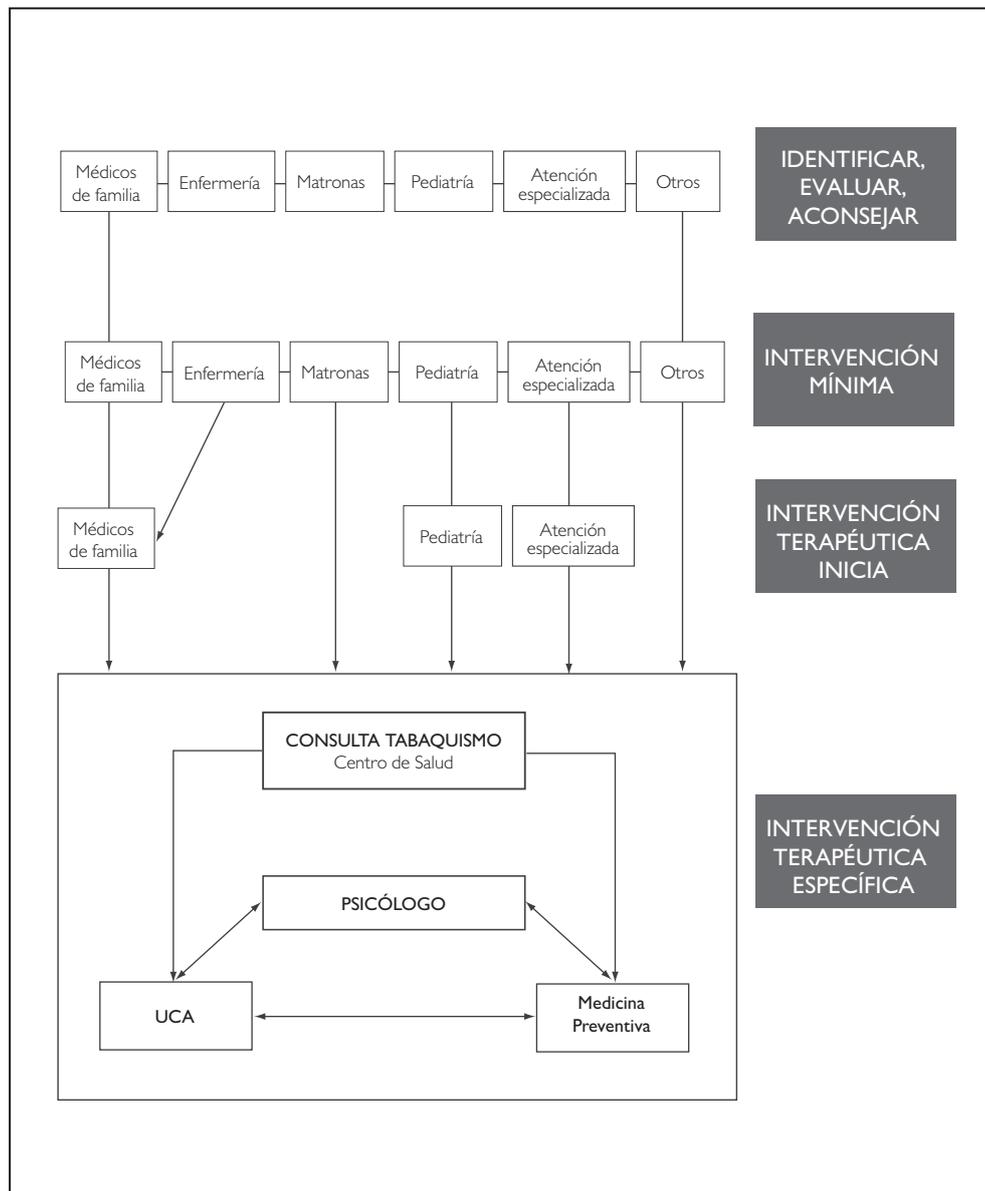
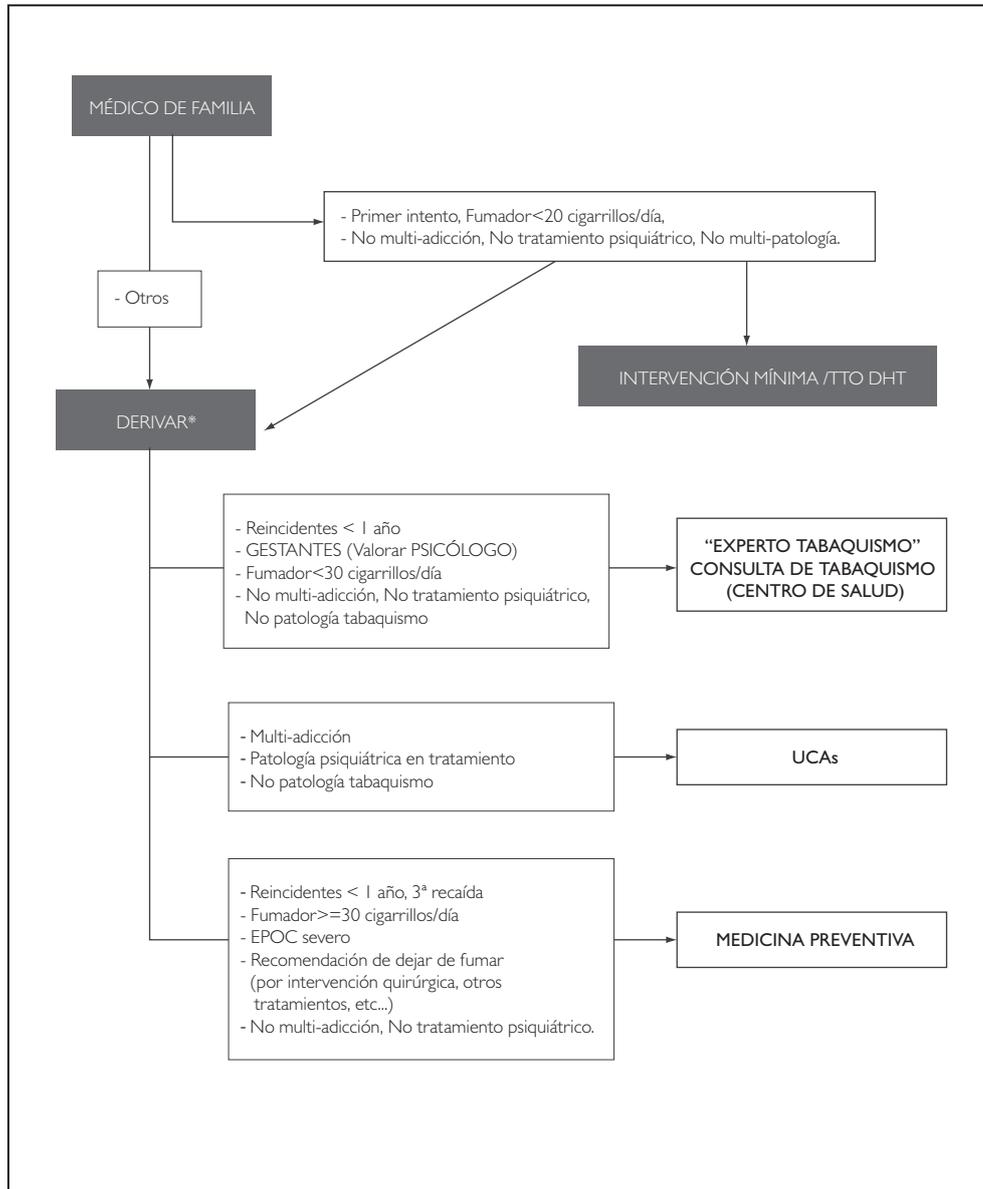




Figura 2. Protocolos de derivación de los diferentes niveles de intervención terapéutica





- Recomendaciones día "D" y primeros días sin fumar: pautas dietéticas y de ejercicio físico, técnicas de relajación, evitación de situaciones estresantes, etc.
- Informar al paciente de las posibles fases que atravesará a lo largo del proceso de abandono.

- Realización de cooximetría.
- Valoración de la necesidad de tratamiento (farmacológico/psicológico). Entregar hoja informativa tratamiento.

A partir de los siete días sin fumar, en abstinencia tabáquica se realizarán las vistas de seguimiento, la primera a cargo del médico, con una duración de 15 minutos cada una. Y las siguientes como visitas alternas realizadas por el personal médico y de enfermería de la Consulta de Tabaquismo, según el momento de tratamiento. Aunque siempre, según las necesidades particulares de cada paciente se podrá plantear una valoración conjunta. El esquema de seguimiento previsto es el siguiente para todas las visitas:

- Felicitar al paciente.
- Preguntar sobre síntomas y síndrome de abstinencia.
- Repetir cooximetría.
- Realizar control de fármacos: cumplimiento, efectos secundarios, etc.
- Recordar consejos prácticos.

Estos seguimientos se harán después de conseguida la abstinencia, a los 15 días, al mes, a los dos meses, a los tres meses, a los seis meses y al año.

Para esta última visita se prevé una consulta conjunta entre el médico y enfermería como

reconocimiento al "esfuerzo", en la que consideraremos al paciente como "exfumador", con una duración de 20 minutos y con la realización de la última cooximetría y cotinina, como incentivo y contraste de los logros.

Esta forma de trabajar, precisa no obstante de algunos ajustes, sobre todo en cuanto a los tiempos de los distintos seguimientos y a la acomodación de la consulta en cada centro de salud. Por ejemplo, acotación de un tiempo preciso para esta actividad, reestructuración de la agenda y por supuesto la colaboración del resto de personal del centro de salud, para cubrir entre todos el tiempo dedicado a la consulta de tabaquismo, que será de 2 a 4 horas semanales.

Pero existen otras estructuras sanitarias en la atención al tabaquismo y al igual que en otros departamentos, ha sido el servicio de Neumología el encargado de tratar o incluso de ser el "embrión" de distintas iniciativas, en el Departamento de Elda, ha sido el Servicio de Medicina Preventiva el que tradicionalmente ha dado atención al tabaquismo, en especial a los trabajadores sanitarios y a pacientes con distintas patologías orgánicas que eran remitidos desde las diferentes especialidades hospitalarias.

El departamento cuenta además con dos Unidades de Conductas Adictivas (UCA) para el tratamiento de cualquier tipo de adicción, incluida la adicción al tabaco pero quizá por ese mismo motivo la mayor proporción de usuarios son adictos a alcohol, cocaína, cannabis, etc. y el tabaco resulta casi anecdótico, cuando no se trata solo como una sustancia de policonsumo entre los pacientes tratados por otras drogas (Ranney et al., 2006).



De forma espontánea los pacientes acuden a atención primaria, o bien desde el hospital son remitidos al servicio de medicina preventiva, quedando en un segundo término las UCAs para aquellos pacientes, con otros consumos, con comorbilidad psiquiátrica o intentos repetidos y repetidos fracasos de abandono.

En el departamento propugnamos una coordinación entre todos y cada uno de los servicios y niveles asistenciales, así como entre distintos profesionales, incluso los que trabajan paralelamente o cumplimentando la labor de la red pública sanitaria, así intentamos coordinar la Atención Primaria, las Unidades de Conductas adictivas, el Servicio de Medicina Preventiva hospitalaria, el Servicio de Neumología, la Unidad de Prevención Comunitaria, el Centro de Salud Pública y las farmacias intra y extrahospitalarias, con los farmacéuticos, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, matronas... lo que da verdadera consistencia a un programa integral de tabaquismo.

Sabemos que dentro del consenso asistencial se propugna la creación de las Unidades Especializadas de Atención al Tabaquismo (CNPT, 2008), integradas por un equipo multidisciplinar, que en estos momentos sería difícil de conseguir a tenor de los recursos existentes por lo que nuestra propuesta se basa en rentabilizar los recursos existentes sin que ello conlleve un gasto adicional.

Contemplamos pues la atención primaria como núcleo asistencial al tabaquismo, ya que además las funciones del médico de Atención Primaria ante el tabaquismo son la modélica, educadora, social y terapéutica, con la característica de ser seria, sencilla, corta y personalizada y aunque con el simple consejo,

se alcanza una eficacia OR de entre 1.50 a 1.56 y si nos basamos en materiales de autoayuda, la eficacia OR puede alcanzar 1.80 (AETS, 2003), según Jiménez et al. (1997) y estas actuaciones dan iguales resultados en primaria, consultas especializadas y hospitales se necesita además reducir la prevalencia del tabaquismo y este es un objetivo de Salud Pública (Ferrante et al., 2007) y los servicios de Atención Primaria constituyen un lugar idóneo para la ejecución de las posibles estrategias.

Así, según Garrido et al. (2003), la intervención activa de los profesionales sanitarios de Atención Primaria en la deshabituación tabáquica se recomienda desde diversos grupos de expertos e instituciones sanitarias, entre ellos: US Service Task Force, Canadian Task Force, PAPPS Agency for Health Care Policy and Research. La OMS (2000), como recoge el Convenio Marco sobre la Lucha Antitabaco, considera la atención primaria como una línea prioritaria de actuación.

La Atención Primaria es la primera línea de actuación en Sanidad y es donde acude un mayor número de pacientes y además el nivel de confianza y de conocimiento de las personas es mayor por parte de los sanitarios de Primaria, por lo que es el lugar ideal para realizar una actuación entorno al tabaquismo.

La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica -SEPAR- propone incorporar a cada nivel asistencial el papel que a cada uno le corresponde, con dos niveles de atención, que incluyan desde la prevención primaria hasta los tratamientos más especializados (De Granda et al., 2006).

El primer nivel o escalón básico: actuación breve, todo médico o incluso sanitario debe



ejercer: intervención mínima (ideal para la atención primaria), en este nivel el consejo antitabaco no debe durar más de 2 o 3 minutos y debe estar sistematizado y basado en el modelo de los estadios de cambio.

En cuanto al segundo nivel, propone una intervención especializada, con la creación de UETs (Unidades Especializadas de Tabaquismo) en atención especializada (Jiménez-Ruiz et al., 2001). Su propuesta es que esté a cargo de neumólogos, no obstante afirman que "podría ubicarse si se dieran determinadas condiciones en el ámbito de la atención primaria", y nuestra propuesta es que las consultas estén ubicadas en Atención Primaria y que pasen a denominarse Consultas de Tabaquismo.

## RESULTADOS

Los resultados que hemos obtenido no son despreciables, fundamentalmente por la cantidad de personas con consumo de tabaco que hemos podido captar para que dejen de fumar, pero sobre todo lo que se ha observado es la imperiosa necesidad de coordinar todos los servicios y estructuras asistenciales.

Además hemos podido evidenciar que siempre existen una diversidad de factores que pueden interferir en el éxito o fracaso de los distintos programas terapéuticos, como pueden ser los propios recursos o la disponibilidad y cercanía a los pacientes (López Varela et al., 2007).

Hay que valorar la importancia del número global de usuarios, como primer objetivo del programa del departamento de conseguir llegar al mayor número de fumadores posible, así como la tasa de abstinencia, elevada, aunque temprana.

Con toda la estructura puesta en marcha dentro del departamento, se han conseguido que 10 de los 14 Centros de Salud cuenten con una consulta específica de tabaquismo, además de la consulta hospitalaria llevada por el servicio de Medicina Preventiva y las dos unidades de conductas adictivas, con lo que cada año se están atendiendo alrededor de 500 nuevos pacientes entre todas las consultas.

De ellos en las UCAs se están atendiendo anualmente alrededor de 50 pacientes año, en Medicina Preventiva 75 y el resto lo son en las consultas de Atención Primaria.

En ellas y dentro de las funciones establecidas en el protocolo debemos destacar el importantísimo papel que tiene la enfermería en la acogida, motivación y seguimiento de los pacientes y sobre todo en la educación para la salud como incentivadores a iniciar un tratamiento (Rice & Stead, 2008).

Pero también el programa sirve para disminuir las complicaciones de los fumadores al intentar un abandono temprano o bien un cese en aquellos que presentan patología orgánica (Stead & Lancaster, 2008).

Hemos querido analizar los resultados preliminares para ver de forma descriptiva la efectividad del programa y para ello se han seguido, durante el primer año de implantación del programa, un número de 363 pacientes debidamente historiadados, de ellos el 52,6% eran hombres y el 47,4% mujeres. Esta muestra es representativa del Departamento con un nivel de confianza al 95%, una precisión del 5% y asumiendo la variabilidad más desfavorable o  $p \times q = 0,25$ .

La media de edad ha resultado de 44,9 años y el 39,7% presentaba algún factor de riesgo



añadido para su salud, tal como diabetes, hiperlipemia, hipertensión arterial..., incluso un 13% de los estudiados tenía 2 ó más factores de riesgo cardiovascular, lo que de alguna forma justifica más las intervenciones de deshabitación tabáquica para disminuir su riesgo cardiovascular.

En cuanto al tratamiento farmacológico, el 76,6% fue tratado con vareniclina, el 0,8% con bupropion, el 5,5% con TSN, el 7,4% con grupos psicoterapéuticos, el 1,9% con disminución progresiva, en cambio el 5,2% no recibió ningún tipo de prescripción por decisión propia del paciente y en el 2,2% no procedió realizar tratamiento, al menos en ese momento (véase Gráfico 1).

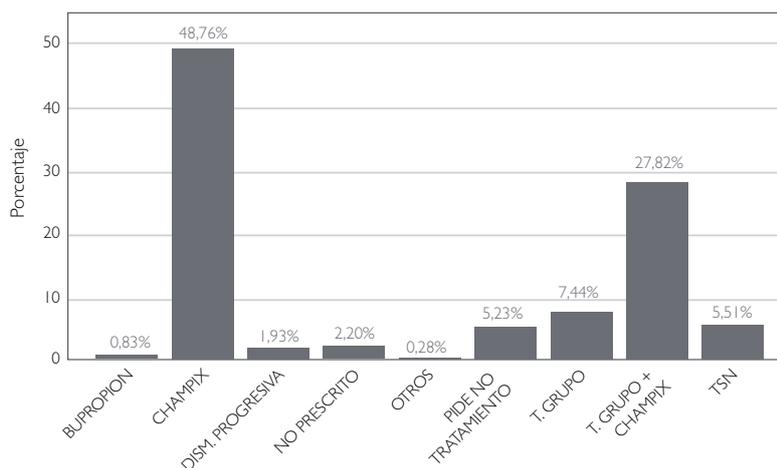
En los Centros de Salud de Villena y Petrer se ofrecía como complemento terapéutico psicoterapia de grupo a aquellos pacientes tributarios (capacidad de comprensión, míni-

mo nivel de implicación, deseo de abandonar el hábito...) y que voluntariamente accedían.

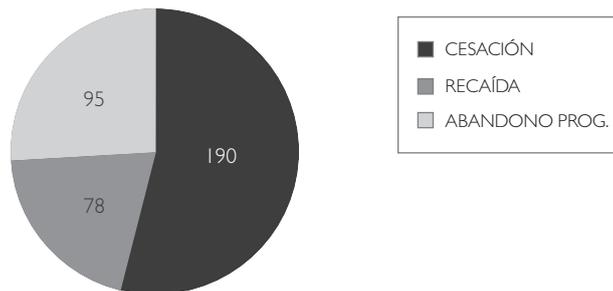
El 20,7% era la primera vez que intentaba abandonar el hábito tabáquico, el resto habían tenido varios intentos.

En principio el éxito se ha calculado a 12 semanas, consiguiendo una tasa de abstinencia a los tres meses del 52,3% (IC al 95%: 47,7-51,7). Este resultado es superior al obtenido con el mismo tiempo de seguimiento con Vareniciclina (44%) y superior al 17% con placebo y 30% con Bupropion. (Centro de Investigación y Evaluación de Fármacos, 2006; Gonzales et al., 2006). Lo cual coincide con distintos trabajos revisados y analizados en un artículo publicado en 2009 en el *Clinical Therapeutics* en que se define a la vareniclina como una opción de primera línea en el tratamiento de la cesación tabáquica (Garrison & Dugan, 2009) (véanse Gráficos 2 y 3).

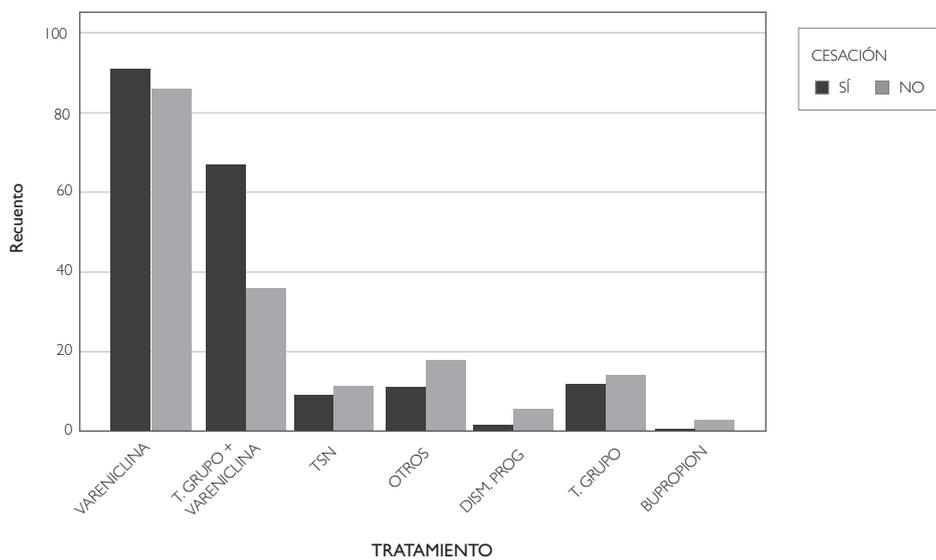
**Gráfico 1.** Tratamiento prescrito



**Gráfico 2.** Cesación en cifras absolutas



**Gráfico 3.** Cesación por tratamientos en cifras absolutas





Como la intención desde que el programa se puso en marcha fue la mayor integración posible de todos los recursos, tanto sanitarios como poblacionales, se consiguió en una localidad, Petrer, que se sumase al programa el ayuntamiento y las farmacias locales por lo que en este punto y como iniciativa a tener en cuenta debemos señalar que el programa que se realiza en Petrer, el cual cuenta con dos centros de Salud, está apoyado por el ayuntamiento, que da soporte psicológico y que además se llega a financiar entre ayuntamiento y farmacias hasta el 50% del coste de la vareniclina, para aquellos que finalmente optan por esta opción terapéutica y que en Villena, también con dos centros de salud se cuenta con apoyo psicológico con un enfoque cognitivo-conductual.

En Petrer se da el número más importante de la muestra, ya que al cofinanciar el fármaco la captación de pacientes se incrementa, hasta representar más de un tercio de los pacientes vistos en todo el Departamento.

En este caso las tasas de abstinencia para un grupo de pacientes que han superado las 24 semanas llega al 53,4% frente a (IC 95%: 39,7 – 57,1), siendo mayor entre los que han participado en la terapia grupal: un 63,5% de cesación tabáquica ( $p=0,014$ ).

Otro grupo a los que se les ha añadido además un aspecto facilitador del tratamiento es el del colectivo de los trabajadores de la Sanidad del departamento, que es poner a su alcance cualquiera de las consultas tanto las de Atención Primaria como la de hospital y UCAs y se cofinancia para ellos también el Vareniclina al 50%, en este caso los resultados todavía están por medir.

Ya que las modalidades terapéuticas se van diversificando y se incluyen otros elementos como el copago, o la psicoterapia de grupo en algunos casos, nos obliga en sucesivos estudios a separar cada uno de los centros, debido a las particularidades de cada uno de ellos.

Nos queda pendiente, además, analizar los resultados del programa de intervención en pacientes hospitalizados, programa que está llevando a cabo el servicio de Medicina Preventiva del hospital, ya que la intervención intrahospitalaria presenta unas características peculiares, en cuanto a la patología de los pacientes (Rigotti et al., 2008).

## DISCUSIÓN

Lógicamente llevar a cabo un programa de esta envergadura en los distintos Departamentos de Salud implica una serie de problemas ya que en principio falta una estructura definida y apoyo institucional suficiente para llevarlo a cabo y muchas veces contamos exclusivamente con la nada inestimable voluntariedad de los profesionales (médicos, enfermeras y psicólogos).

A ello añadiremos el exceso de carga asistencial existente en los equipos de Atención Primaria, lo que solucionaría con la liberalización de un tiempo específico para esta consulta, contando con el apoyo del resto del personal sanitario del centro o con otro tipo de incentivos.

Y por último señalar la disparidad entre los distintos centros y municipios y la escasa respuesta por parte de los sanitarios en su papel ejemplificador, a pesar de contar con un programa específico, con bonificación en la toma de vareniclina. A pesar de que este artículo es más descriptivo que analítico, nos



sirve para presentar y contrastar una serie de necesidades frente a una serie de realidades que dificultan el cumplimiento de los programas asistenciales estructurados.

Si sabemos que la patología originada por el consumo de tabaco es prevenible, evitando así una elevada morbimortalidad, ¿por qué no se desarrollan los recursos asistenciales necesarios?, ¿por qué no se promueve la atención gratuita y universal, incluyendo la financiación de los fármacos?, ¿por qué no se arbitran políticas integradoras y coordinadas entre los distintos recursos asistenciales?

Con este modelo que hemos presentado podemos ver como con una adecuada articulación desde Atención Primaria y con una correcta coordinación, se llega a un mayor número de pacientes, con el consiguiente ahorro económico y sanitario.

Creemos que la creación de UET, tal y como propone el Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España (CNPT, 2008), supondría un incremento del coste en cada departamento de salud, que hoy por hoy nos parece inviable, dada la escasez de recursos económicos y de personal y pensamos que se pueden aprovechar las estructuras sanitarias ya existentes.

Además, como el propio documento recoge "la necesidad de establecer consultas específicas para ayudar a dejar de fumar en Atención Primaria es motivo de discusión actualmente, existiendo distintas propuestas de organización de la atención al tabaquismo en la Atención Primaria. En cualquier caso, las personas que fuman refieren gran satisfacción con la atención de salud prestada cuando se interviene en tabaquismo desde Atención Primaria".

Por otro lado, cuando hay una financiación, aunque sea parcial de los fármacos, se aumenta todavía más la posibilidad de captación de pacientes, como ocurre en la población de Petrer e incluso la probabilidad de éxito que pasa de un 52,3% a un 53,4%. (Resultados preliminares a los 12 meses con un 30% de la muestra analizada).

Y aunque ambas cifras son positivas podemos observar el incremento cuando se refuerza la atención, con apoyo psicológico individual o con psicoterapia de grupo.

Queda por último señalar que la incentiva-ción de los profesionales que se dedican a la atención tabáquica, lograría un mejor resultado, sirvan de ejemplo algunos centros de salud que al disponer de tiempo específico para la atención tabáquica pautado en la agenda consiguen mejorar la adhesión y los resultados.

En todo caso, se podría hacer la consulta fuera del horario asistencial de la Consulta de Atención primaria, pero claro está, en este caso debidamente remunerado.

E insistimos, hay que potenciar y utilizar los recursos existentes en cada departamento, Atención primaria, especializada, UCAs, salud pública y recursos asistenciales y ciudadanos, pero con una premisa bien clara, la de la correcta coordinación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias - AETS (2003). Instituto de Salud Carlos III Ministerio de Sanidad y Consumo. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Nº 40. Madrid, Septiembre de 2003.



Centro de Investigación y Evaluación de Fármacos. Envase aprobado para: nº solicitud NDA 21-928: revisión (es) estadística (s). Sitio web de la Dirección General de Fármacos y Alimentos de los Estados Unidos. Disponible en at: [http://www.fda.gov/cder/foi/nda/2006/021928\\_s000\\_Chantix\\_StatR](http://www.fda.gov/cder/foi/nda/2006/021928_s000_Chantix_StatR). Se accedió el 8 de Septiembre de 2006.

CNPT y Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. CNPT.

De Granda, José I.; Carrión, Francisco; Alonso, Soledad et al. (2006). Atención y prestación de servicios en materia de tabaquismo. *Arch Bronconeumol*. 42(11):600-4.

Ebbert, J.O.; Montori, V.; Vickers, K.S.; Erwin, P.C.; Dale, L.C. & Stead, L.F. (2008). Interventions for smokeless tobacco use cessation (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Ferrante, Daniel; Levy, David; Peruga; Armando; Compton, Christine & Romano, Eduardo. The role of public policies in reducing smoking prevalence and deaths: the Argentina Tobacco Policy Simulation Model. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 21(1), 2007.

Garrido Elustondo, S.; Hurtado Riesgo, V.; Vicente María, E.; González Romo, I. y Serrano Fernández, M<sup>a</sup> C. (2003). Resultados de un Programa de Deshabitación Tabáquica en Atención Primaria. *MEDIFAM*. 13: 23-28.

Garrison, G.D. & Dugan S.E. (2009). Varenicline: A first-line treatment option for smoking cessation. *Clinical Therapeutics*, 31 (3): 463-91.

Gonzales, D.; Rennard, S.I.; Nides, M. et al. (2006). por el grupo de estudio de fase 3 con vareniclina. Varenicline, an  $\alpha 4\beta 2$  nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006: 47-55.

INE. Encuesta Nacional de Salud. 2006.

Jiménez, C.A.; Raja, O.; Ramos, A. y Flores, S. (1997). Prevención del Tabaquismo. *Medicine*. 7(45):1995-2004.

Jiménez-Ruiz, C.A.; Solano Reina, S.; Barrueco Ferrero, M. et al. (2001). Recomendaciones para la organización y funcionamiento de las unidades especializadas en tabaquismo. *Arch Bronconeumol*. 37: 382-387.

Jiménez-Ruiz, C.A.; de Granda Orive, J.I.; Solano Reina, S.; Carrión Valero, F.; Romero Palacios, P. y Barrueco Ferrero, M. (2003). NORMATIVA SEPAR. Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol*, 39(11):514-23.

López Varela, María Victorina; Anido, Turquesa; Rovira, Mabel et al. (2007). Factores asociados con la abstinencia y eficacia de un programa de cesación de tabaquismo. *Rev Med Urug*. 23: 25-33.

OMS (2000). Convenio marco de la OMS para la lucha antitabáquica.

Pereiro Gómez, César; Becoña Iglesias, Elisardo; Córdoba García, Rodrigo; Martínez Raga, José; Pinet Ogué, Cristina (2008). TABAQUISMO. Guías Clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica. SOCIDROGALCOHOL. 2008.

Plan Nacional sobre Drogas (2008). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 2007/08. Octubre 2008: 10.



Plan Nacional sobre Drogas (2008). Encuesta estatal sobre uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES). 2008: 21-25.

Ranney, L.; Melvin, C.; Lux, L.; McClain, E. and Lohr, K.N. (2006). Systematic Review: Smoking Cessation Intervention Strategies for Adults and Adults in Special Populations. *Ann Intern Med.* 145:845-856.

Rice, V.H. & Stead, L.F. (2008). Intervenciones de enfermería para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Rigotti, N.A.; Munafo, M.R. & Stead, L.F. (2008). Intervenciones para el abandono del hábito de fumar en pacientes hospitalizados (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Stead, L.F. & Lancaster, T. (2008). Intervenciones para reducir los daños causados por el consumo continuo de tabaco (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).