

ORIGINAL

# Efectividad del uso financiado del tratamiento con vareniclina para la deshabituación tabáquica en atención primaria

Muñoz Galiano JC<sup>1</sup>, Larrubia García M<sup>1</sup>,  
Pérez Milena A<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Belén. Jaén.  
Servicio Andaluz de Salud

<sup>2</sup>Doctor en medicina. Médico de Familia.  
Centro de Salud El Valle. Jaén. Servicio Andaluz de Salud

## CORRESPONDENCIA

Juana Cruz Muñoz Galiano

Correo electrónico: janicruz91@hotmail.com

## PALABRAS CLAVE

Atención Primaria, Cese del Hábito de Fumar, Vareniclina.

## RESUMEN

**Título:** Efectividad del tratamiento financiado con vareniclina para la deshabituación tabáquica en atención primaria.

**Objetivo:** Se pretende conocer la efectividad del uso financiado de la vareniclina en Centros de Salud públicos.

**Diseño:** Estudio descriptivo mediante.

**Emplazamiento:** 8 Centros de Salud urbanos.

**Población y muestra:** Pacientes fumadores incluidos en el programa de intervención avanzada individual contra el tabaquismo durante el año 2020 y que han tomado vareniclina para conseguir la abstinencia.

**Intervenciones:** Encuesta telefónica y auditoría de historias clínicas.

**Resultados:** Participaron 96 pacientes, tratados durante  $7,0 \pm 3,3$  semanas con  $2,7 \pm 1,3$  consultas de seguimiento. 82,3 % dejaron de fumar, pero solo 46,2% consiguieron una abstinencia mantenida superior a un año, relacionada con menor dependencia a la nicotina medida con el test de Fagerström (OR 0,39) y posiblemente un mayor consumo de cigarrillos (OR 1,02). Los fumadores que recaen tienen menor dependencia a la nicotina que antes de tomar vareniclina (Fagerstrom  $5,3 \pm 2,0$  vs.  $8,1 \pm 0,8$ ;  $p < 0,05$  test t Student) y presentan motivaciones diferenciadas por sexo.

**Conclusiones:** Se podría incrementar la efectividad de la vareniclina con un seguimiento proactivo por el médico de familia, disminuyendo la dependencia y provocando disonancias cognitivas de las motivaciones para el tabaquismo.

## KEYWORDS

Primary Health Care, Smoking Cessation, Varenicline.

## SUMMARY

**Title:** Effectiveness of the funded use of treatment with varenicline for smoking cessation in primary care.

**Objective:** Smoking is a global health problem. The present investigation is intended to know the effectiveness of the financed use of Varenicline in andalusian public Centers of Primary Care.

**Design:** A descriptive study is designed.

**Setting:** 8 Primary Care Centers.

**Population and sample:** Smokers included in the individual advanced intervention program against smoking during the year 2020 and who have taken varenicline to achieve smoking cessation.

**Interventions:** A telephone survey and an audit of medical records.

**Results:** 96 patients participated, treated  $7.0 \pm 3.3$  weeks with  $2.7 \pm 1.3$  follow-up visits. 82.3% quit smoking but only 46.2% achieved sustained abstinence for more than one year, related to less dependence on nicotine, measured with the Fagerström test (OR 0.39), and possibly higher number of cigarette consumption (OR 1.02). Smokers who relapsed are less dependent on nicotine regarding the start of the study (Fagerström  $5.3 \pm 2.0$  vs  $8.1 \pm 0.8$ ;  $p < 0.05$  Student's t test) and presented motivations differentiated by sex.

**Conclusions:** The effectiveness of Varenicline could be increased with a proactive follow-up by the general practitioners, reducing dependency and causing cognitive dissonances of motivations for smoking.

## INTRODUCCIÓN

El tabaquismo constituye el principal problema de salud pública prevenible en los países desarrollados siendo un factor determinante de numerosas patologías y la primera causa de morbimortalidad evitable (1). En la actualidad hay 1300 millones de consumidores de tabaco en el mundo, frente a los 1320 millones que había en 2015, y la OMS espera que esta cifra descienda a 1270 millones en 2025 (2). En Europa, la prevalencia de fumadores es del 25,6% de la población, superior en hombres (32,5%) que en mujeres (18,7%) (3). Los datos en España son también preocupantes, con aproximadamente 9 millones de personas fumadoras (3), mientras que en Andalucía la prevalencia de consumo de tabaco diario es del 31,4% en hombres y del 24,6 % en mujeres, con un inicio del consumo a los 17 años (4). Para alcanzar las metas mundiales de reducción del consumo de tabaco, es necesario ampliar los servicios que promueven el abandono de este hábito y reforzar las medidas de lucha para el abordaje del tabaquismo (1). Además del incremento de morbimortalidad que genera el consumo de tabaco, en España provoca un elevado coste sanitario y social por lo que se considera prioritario establecer estrategias de apoyo a los fumadores para que abandonen el consumo cuanto antes (5).

La OMS orienta a la realización de intervenciones breves, el establecimiento de líneas telefónicas gratuitas y la prescripción de intervenciones farmacológicas que, pese a incrementar el gasto sanitario, están demostrando ser eficaces (1). A nivel individual es preciso informar a las personas fumadoras sobre la amplia variedad de intervenciones disponibles para ayudarlas a dejar el tabaquismo (6). En Atención Primaria, pese al consejo breve y las intervenciones motivacionales, muchos fumadores tienen dificultades para llevar a cabo el abandono del consumo (7). Para este subgrupo de fumadores, con gran dependencia a la nicotina e intentos fallidos previos para conseguir la abstinencia, se ha propuesto el uso de trata-

mientos farmacológicos como la Terapia de Reemplazo de Nicotina (NRT), la Vareniclina y el Bupropión (7) (8) (6). La Vareniclina se une con mayor afinidad y selectividad que la nicotina a los receptores nicotínicos neuronales de acetilcolina  $\alpha 4\beta 2$ , donde actúa como agonista parcial con menor eficacia intrínseca que la nicotina. Su principal acción es atenuar la liberación de dopamina inducida por la nicotina, aliviando así los síntomas provocados con la abstinencia del consumo de tabaco (9). Su uso como farmacoterapia para dejar de fumar permite duplicar con creces la posibilidad de dejar de fumar a los 6 meses en comparación con el placebo (10,11) (12).

La Vareniciclina fue aprobada en el año 2006 por la Agencia Europea del Medicamento y financiado su uso en España en 2019, momento en el que se prescribieron más de 85.000 envases del medicamento en el territorio nacional. En el año 2021 se procedió a su retirada por un problema de suministro provocado por la presencia de impurezas en tres lotes comercializados (13). Pese a su extendido uso, no hay evidencias sobre su eficiencia en Atención Primaria para conseguir el cese mantenido del consumo de tabaco. Por ello, el presente trabajo tuvo como principal objetivo conocer los porcentajes de abstinencia mantenida tras el uso financiado de la Vareniciclina en fumadores dentro del programa de intervención avanzada para el tabaquismo de Atención Primaria de Salud. Otros objetivos específicos fueron conocer las variables relacionadas con el cese del consumo de tabaco, valorar la adherencia al tratamiento y los efectos secundarios de la Vareniciclina y cuantificar la frecuentación sanitaria que supone la intervención avanzada para el tabaquismo en las consultas del médico/a de familia.

## SUJETOS Y MÉTODOS

### Diseño, población y muestreo

Se diseñó un estudio descriptivo transversal

realizado en 8 Centros de Salud de Atención Primaria de Jaén capital, que atienden a toda la población de Jaén capital y algunos pueblos que dependen del mismo distrito, con un total estimado de 112.757 habitantes.

La población de referencia estuvo compuesta por los fumadores que fueron identificados en la historia clínica digital al estar incluidos en el programa “tabaquismo” y/o con diagnóstico codificado 305.1 de la CIE 9 (trastorno por consumo de tabaco: dependencia del tabaco), o cualquier otro diagnóstico codificado o no relacionado con el consumo de tabaco. La población de estudio se seleccionó entre aquellos pacientes fumadores que usaron la Vareniciclina como tratamiento farmacológico financiado para la deshabituación del hábito tabáquico durante el año 2020. Se definió a una persona como fumadora cuando, como mínimo, han fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos antes del inicio del tratamiento con Vareniciclina.

Como criterio de inclusión se estableció que la Vareniciclina hubiera sido financiada por el Servicio Andaluz de Salud. Son, por tanto, pacientes que en el último año no han tomado ningún otro fármaco para la deshabituación tabáquica, con un test de Fagerström igual o superior a 7 puntos –dependencia severa por nicotina- y que han intentado al menos una vez el cese del consumo durante el año previo a la toma de vareniciclina. Los criterios de exclusión dejaron fuera del estudio a las personas fumadoras con un trastorno de salud mental grave y/o un deterioro cognitivo importante.

Se estimó una población fumadora en Jaén de aproximadamente 2.480 personas, aplicando una prevalencia de consumo de tabaco del 22% (3). Durante el primer trimestre de 2020 se prescribieron tanto como Bupropión a un total de 23.190 fumadores, lo que supone un 1,2% de pacientes fumadores en

total. Con estos datos, la población diana del estudio fue un 4% del total de los fumadores, lo que en Jaén supone un total de 120 personas. De igual forma se estima el cese mantenido del consumo de tabaco (igual o superior a un año) en un 40% (14). Con estos datos, asumiendo un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%, se obtuvo un tamaño de muestra mínimo de 91 pacientes, que se incrementó a 96 sujetos a reclutar al estimar un porcentaje de pérdidas del 5%.

Se obtuvo un listado de usuarios para quienes, durante el año 2020, se aprobó la indicación financiada del uso de la Vareniciclina a través del Servicio de Farmacia del Distrito Sanitario de Jaén-Jaén Sur (Servicio Andaluz de Salud). Posteriormente se procedió al reclutamiento de los pacientes mediante un muestreo aleatorio simple.

### Variables y recogida de datos

La variable principal fue el cese del consumo de tabaco. Se considera exfumador a aquella persona que ha mantenido la abstinencia del tabaquismo al menos durante un periodo de 12 meses (15). El resto de variables independientes se recogieron mediante una auditoría de las historias clínicas y una entrevista telefónica individual a cada paciente.

- Variables recogidas en la historia clínica: edad y sexo, presencia de enfermedades pulmonares crónicas (asma, EPOC) y tratamiento farmacológico de las mismas, valor del test de Fagerström, frecuentación en consultas de intervención avanzada antitabaco, y dosis, duración y iatrogenia del tratamiento con Vareniciclina.
- Datos de interés en la entrevista telefónica individual:
  - Tabaquismo: edad de inicio del consumo; índice de paquetes año (IPA) calculado como [número de cigarrillos día x nº años

fumando/20]; número de intentos previos para dejar de fumar.

- Cese del consumo: fecha de cese del consumo, abstinencia definitiva (más de 12 meses sin fumar), recaída y tiempo desde el cese del consumo hasta la recaída (en días).
- En caso de recaída: motivos para fumar y motivos para dejar de fumar. Test de Fagerström y test de Richmond.

El test de Fagerström es un test validado útil para conocer el nivel de adicción a la nicotina del fumador. Consta de seis preguntas con una serie de respuestas asociadas a una valoración numérica. La máxima puntuación puede ser de 10 y la mínima de 0. Se clasifica al fumador como poco dependiente de la nicotina (valores 0 a 4), dependencia media (5 y 6) y dependencia alta (7 a 10).

El Test de Richmond es un test que evalúa la motivación del fumador para dejar de fumar. Está validado para población española. Se trata de un test de 4 ítems con un rango de puntuación que oscila entre 0 y 10 puntos. Una puntuación inferior a 3 puntos indica una motivación nula o baja para dejar de fumar. Una puntuación entre 4 y 5 indica una motivación dudosa. Una puntuación de 6 a 7 indica una motivación moderada a dejar de fumar. Una puntuación de 8 a 10 indica una alta motivación para dejar de fumar.

### Aspectos éticos

El estudio se llevó a cabo según la Ley 14/2007 de Investigaciones Biomédicas, la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente y la Ley Orgánica 3/2018 de protección de datos personales, así como la normativa del informe Belmont y la Declaración de Helsinki (actualizada en la Asamblea de Brasil en 2013) para la investigación biomédica. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Jaén.

El acceso a las historias clínicas se realizó

por dos médicos de familia identificándose mediante el uso de usuario y contraseña propios. Las llamadas telefónicas se realizaron por una sola investigadora quien se identificó como médica de familia, facilitando información sobre el objetivo del estudio y solicitando un consentimiento informado verbal. Tras la entrevista se envió por correo postal una documentación impresa con la hoja de información al paciente sobre la investigación, así como los datos de contacto del investigador principal, recordando los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos.

El análisis se realizó sobre una base de datos anonimizada. La información obtenida se utilizó exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

### Análisis estadístico

Para el análisis de los datos, se creó una base de datos en el software Excel© para su posterior análisis a través del programa informático SPSS© v21.0. Se realizó primero un análisis descriptivo (proporciones y medias con su desviación estándar) y posteriormente un análisis bivalente según la existencia o no de una abstinencia mantenida tras la toma de la Vareniclina. Para las comparaciones de medias se comprobó la Normalidad de la distribución de las variables (test de Shapiro) y su homocedasticidad (test de Levene), empleándose el test t de Student o su correspondiente test no paramétricos (U de Mann Whitney) para variables cuantitativas y el (test  $\chi^2$  para cualitativas. Por último, se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística empleando la variable dependiente principal (ser exfumador -al menos 12 meses de abstinencia- o continuar fumando tras una recaída) y el resto de variables como variables independientes.

## RESULTADOS

- Características de la muestra estudiada

El tamaño de la muestra fue de 96 pacientes, con una edad media de 52,6 años ( $\pm 12,1$ ) y un intervalo de 25 a 82 años. Los principales datos de la muestra estudiada se exponen en la tabla 1, diferenciados por sexo. El 72,1% de los pacientes reclutados no padecían ninguna enfermedad, mientras que un 16,3% tenían diagnosticada una enfermedad pulmonar obstructiva crónica y un 11,6% asma bronquial. Un 29,7% de las personas que tomaron vareniclina usaban inhaladores como terapia farmacológica para su problema enfermedad pulmonar, siendo los broncodilatadores de acción larga agonista beta-2 (LABA) los más usados, seguidos por los broncodilatadores de acción corta agonistas beta-2 (SABA). Los hombres fueron los que más empleaban la terapia con SABA (23,3%), en un porcentaje mayor que las mujeres (8%) y con diferencias casi significativas (tabla 1,  $p=0,061$  test X<sup>2</sup>).

- Características del consumo de tabaco

El valor medio del Índice Paquetes/Año (IPA) fue de 36,1 ( $\pm 24,9$ ) (rango de 5 a 137) con un consumo superior en los hombres (43,2  $\pm$  30,8) frente a las mujeres (29,9  $\pm$  16,1) ( $p=0,008$  test t Student). La edad de inicio del consumo de tabaco fue 17,2 años ( $\pm 3,0$ ), con edades en la muestra estudiada que ofrecieron un rango desde los 12 hasta los 30 años de edad. En cuanto al número de intentos previos, se obtuvo un valor medio de 2,9 intentos ( $\pm 2,6$ ) con un intervalo muy amplio que oscila de 1 a 14 intentos. En la figura 1 se muestran los porcentajes de sujetos de estudio según el número de intentos previos para dejar de fumar. Todos los pacientes presentaron una dependencia alta a la nicotina con un valor medio de 8,0 ( $\pm 0,8$ ), en el test de Fagerström.

- Resultados de la intervención con vareniclina

La frecuentación sanitaria debida al programa de intervención antitabaco para el seguimiento del paciente fumador fue de 2,7

Tabla 1. Principales resultados de las variables estudiadas en la muestra según el sexo

	Hombre	Mujer
Tamaño de muestra	45,8% (44)	54,2% (52)
Edad	52,2±13,6	52,9±10,7
Sin patología	67,6%	75%
EPOC	14,7%	17,3%
ASMA	17,6%	7,7%
Uso de inhaladores	34,1%	26%
• LABA	18,2%	19,2%
• LAMA	7%	11,5%
• SABA (*)	23,3%	8%
• SAMA	7%	11,5%
Índice Paquetes/Año (†)	43,2±30,8	29,9±16,1
Edad de inicio del tabaquismo	16,7±2,6	16,7±3,2
Número de intentos previos para el cese	2,8±2,7	3,0±2,5
Test de Fagerström	8,1±0,7	7,9±0,9
Número de consultas de seguimiento	2,5±1,2	2,9±1,4
Duración del tratamiento (semanas)	6,6 ±3,3	7,3±3,4
• Sin efectos secundarios	68,2%	51,9%
• Náuseas	18,2%	19,2%
• Vómitos	0%	5,8%
• Cefalea	4,5%	5,8%
• Epigastralgia	2,3%	5,8%
• Insomnio	6,8%	11,5%

Tabla 2. Modelo explicativo de la abstinencia mantenida del tabaquismo tras el uso de la vareniclina

Variable	Coficiente	OR	IC 95%	Chi2 (Wald)	p
Edad (años)	0,579	1,784	[0,67 – 4,8]	1,325	0,250
IPA	0,027	1,027	[1,0 – 1,1]	3,004	0,083
Test Fagerström	0,935	0,393	[0,2 – 0,9]	5,489	0,019
Número de consultas	0,313	1,367	[0,9 – 2,0]	2,605	0,107
Constante	5,238	188,238		3,278	0,070

Diferencias significativas con (\*) p=0,061 test X<sup>2</sup> (†) p=0,008 test t Student

( $\pm 1,3$ ) con un amplio intervalo que va de 1 a 6 consultas programadas (figura 2). El valor medio del tiempo de tratamiento con Vareniciclina realizado por los pacientes seleccionados para el estudio ha sido de 7,0 semanas ( $\pm 3,3$ ). El 59,4% de los pacientes tuvieron diferentes efectos secundarios, siendo los más frecuentes las náuseas (18,8%), el insomnio (9,4%), la cefalea (5,2%), la epigastralgia (4,2%) y los vómitos (3,1%). Tras la instauración del tratamiento, el 82,3% de los pacientes dejaron de fumar y la abstinencia mantenida (definida como más de un año sin fumar) fue conseguida por el 46,2%. En la figura 3 se muestran los porcentajes del cese temporal y definitivo del consumo de tabaco por sexo, sin encontrar diferencias significativas.

- Factores predictores del cese mantenido del tabaquismo tras el uso de Vareniciclina

En la tabla 2 se presenta el modelo final obtenido mediante regresión logística binaria tras utilizar el método de pasos hacia atrás de Wald con ajuste de modelos mediante la prueba de Homer y Lemeshow ( $\chi^2 = 4,719$  y  $p = 0,787$ ). De todas las variables inicialmente estudiadas, solamente la puntuación del test de Fagerström se muestra como un factor de riesgo, dado que a mayor puntuación menor posibilidad de conseguir el cese mantenido del consumo, con una OR de 0,4. El Índice Paquetes/Año presenta una OR de 1,03, lo que supondría que un mayor consumo de cigarrillos conllevaría una mayor

probabilidad de conseguir la abstinencia, pero el intervalo de confianza engloba el valor 1 por lo que no puede afirmarse estadísticamente. El resto de las variables no presentaron ninguna influencia en los diferentes modelos realizados.

- Perfil de los pacientes con recaída en el tabaquismo tras el uso de Vareniciclina

Un 53,8% del total de la muestra estudiada volvió a consumir tabaco tras un periodo temporal de 111,4 días ( $\pm 94,3$ ), similar entre mujeres ( $118,9 \pm 110,5$ ) y hombres ( $99,3 \pm 61,7$ ), e inferior en aquellas personas que notaron secundarismos con la toma de Vareniciclina ( $101,1$  días  $\pm 90,4$ ), aunque sin diferencias significativas. Pese a la recaída, la puntuación del test de Fagerström fue inferior ( $5,3 \pm 2,0$  tras recaída vs  $8,1 \pm 0,8$  antes de iniciar el tratamiento;  $p < 0,05$  test t Student). La puntuación media del test de Richmond fue de  $6,5 \pm 1,2$ , con un 84% de fumadores con motivación moderada/alta para volver a intentar el cese del consumo.

Los motivos para fumar y no fumar en los pacientes que no mantuvieron la abstinencia se muestran en la figura 4. Los motivos más frecuentes para la recaída en el tabaquismo fueron el deseo intenso de fumar y la necesidad de evadirse de problemas diarios (figura 4.1). Entre los motivos para dejar de fumar de nuevo destacaron el ahorro económico y la mejora de síntomas como la tos o la disnea (figura 4.2).

Figura 1. Distribución porcentual de los pacientes estudiados según el número de intentos previos para dejar de fumar

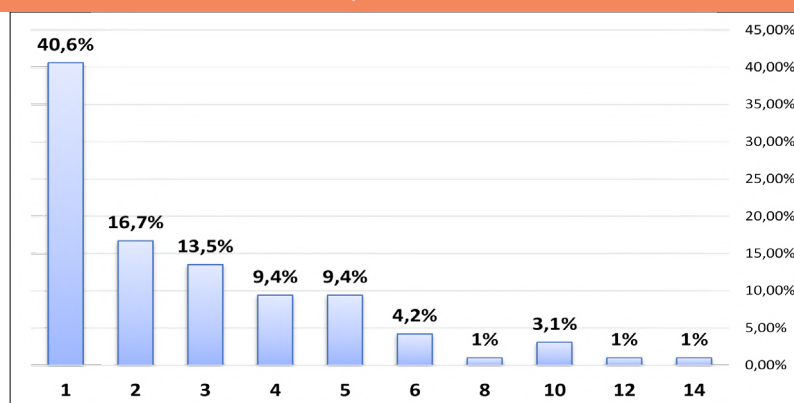


Figura 2. Distribución porcentual de los pacientes estudiados según el número de consultas de seguimiento realizadas para el seguimiento del uso de la Vareniclina

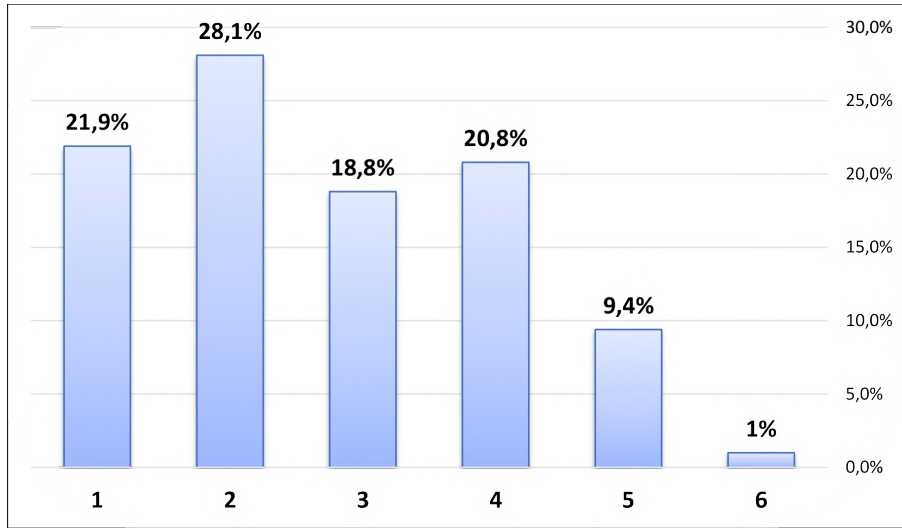
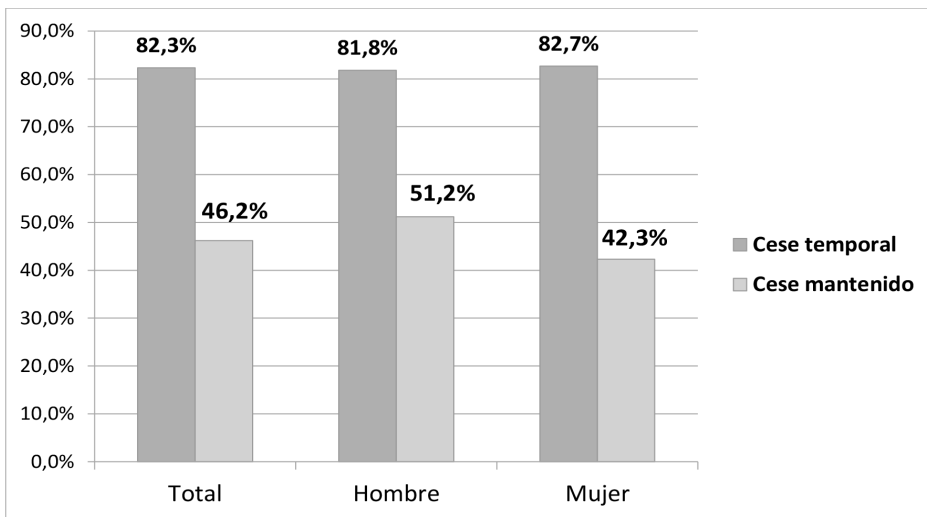


Figura 3. Porcentaje de pacientes con cese temporal y cese definitivo del tabaquismo tras el tratamiento con vareniclina





Figuras 4

Figura 4.1 Motivos para fumar en los sujetos con recaída tras el tratamiento con Vareniciclina

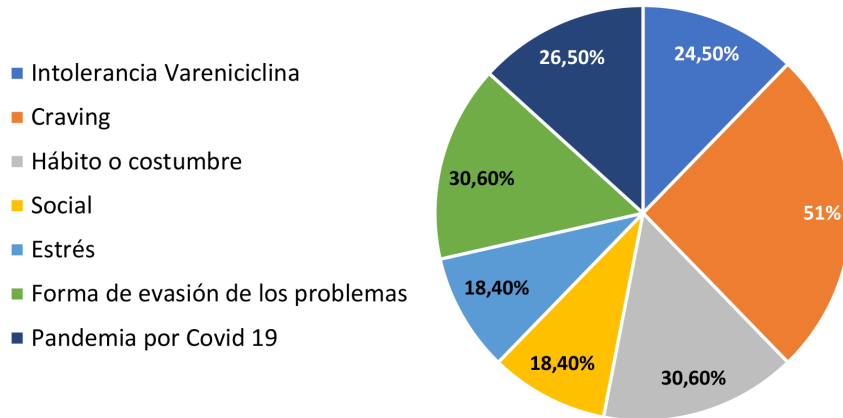
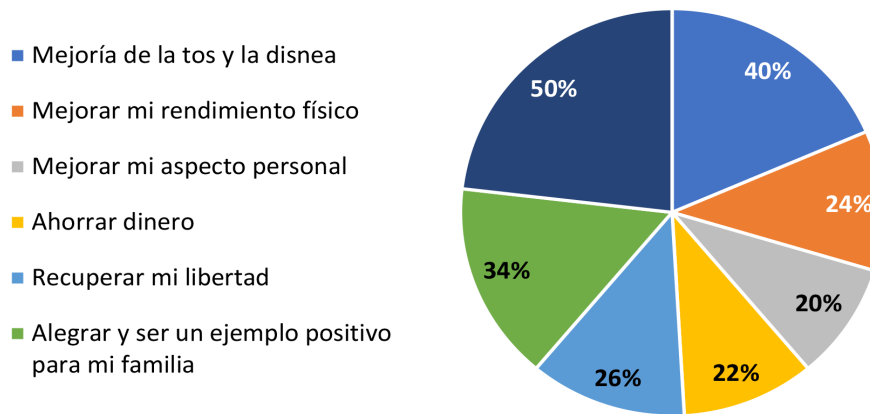


Figura 4.2 Motivos para dejar de fumar en los sujetos con recaída tras el tratamiento con vareniciclina



## DISCUSIÓN

Muchos estudios han examinado la eficacia de las terapias farmacológicas para dejar de fumar en la población general. Los fármacos más empleados, como son el tratamiento de reemplazo de Nicotina, el Bupropión y la vareniclina, aumentan las probabilidades de abstinencia tabáquica en mayor medida que el placebo (12,16), mientras que la Citi-sina no obtendría resultados inferiores (17). Se pueden encontrar resultados discrepantes sobre la eficacia de la vareniclina respecto al uso de la terapia sustitutiva con nicotina y al Bupropión para mantener la abstinencia más de 6 meses (16,18), pero la ventaja que ofrece frente a placebo está claramente evidenciada (10).

El presente estudio muestra unas elevadas tasas de abandono conseguidas en la práctica cotidiana del médico de familia, lográndose que 8 de cada 10 pacientes dejen de fumar. Como ocurre en la inmensa mayoría de series publicadas, la abstinencia mantenida al año del tratamiento disminuye obteniendo unas tasas de abandono del tabaquismo cercanas al 50%, similar a otros trabajos realizados en ámbito hospitalario (19) y en unidades especializadas en terapia contra el tabaquismo (20,21).

La financiación del tratamiento con vareniclina y el seguimiento proactivo de los pacientes son las principales características del protocolo de intervención avanzada antitabaco del Servicio Andaluz de Salud, potenciando ambas el cese mantenido del tabaquismo (12,14). En otros trabajos se aprecia que la gratuidad del fármaco favorece la adherencia al tratamiento y permite la obtención de mayores tasas de abandono del tabaco a los seis meses, confirmadas bioquímicamente, frente a intervenciones sin uso de fármacos (22) (23). De igual forma, el asesoramiento intensivo y prologando ofrece evidencias moderadas de mantenimiento de la abstinencia respecto a otras intervenciones breves (24) (25). El uso del consejo

personalizado añadido al uso de vareniclina ha demostrado una mejora cercana al 10% en las tasas de abstinencia de fumar a los seis meses (26).

Los pacientes incluidos en este estudio tuvieron un número de consultas de seguimiento inferior al detallado en el protocolo de prescripción de la vareniclina, lo que podría haber provocado una disminución del efecto de este fármaco para la consecución y mantenimiento de la abstinencia tabáquica. Este escaso seguimiento pudo estar influenciado por la excepcional situación provocada por la pandemia por COVID-19 que obligó a realizar cambios en la organización de la asistencia sanitaria, motivo por el cual muchas de estas consultas de seguimiento se han realizado por teléfono, no obstante, no parecen existir diferencias significativas respecto de la atención presencial durante el seguimiento activo (23).

El tiempo de duración del tratamiento ha sido algo inferior a dos meses, lo que puede inducir a recaídas en aquellos pacientes con mayor dependencia o menor motivación (27), que podrían haber prolongado su terapia hasta los tres meses. Otros estudios muestran mejoras en los resultados con la vareniclina cuando se programa una retirada progresiva del consumo, en fumadores que no quieren o no pueden dejar de fumar abruptamente, a quienes se recomienda un tratamiento prolongado para ayudar a mantener la abstinencia (12,16).

A pesar de que más de la mitad de los pacientes manifestaban haber padecido efectos secundarios con el tratamiento y que existe la indicación de adaptar la dosis de vareniclina a las necesidades del paciente para contribuir a la mejora del cumplimiento terapéutico (10,15), no se llevó a cabo dicha reducción por la falta de notificación de los efectos y por la dificultad que supuso realizar un mayor seguimiento, siendo la in-

tolerancia uno de los motivos de abandono del tratamiento.

El perfil del paciente que sufre una recaída en el hábito de fumar incluye a aquellas personas con mayor dependencia a la nicotina, pero no se relaciona con un mayor consumo de cigarrillos, dado que podría generar una sensación de mayor dependencia o de mala salud que favorecería el cambio. Hay que destacar la reducción del grado de dependencia a la nicotina de aquellos pacientes que no consiguieron dejar de fumar, lo que puede favorecer el éxito en un siguiente intento para dejar de fumar.

Las limitaciones del estudio han estado relacionadas con el sesgo de información debido a la falta de datos o a la imprecisión de la información recogida en las historias clínicas, originándose de las anotaciones realizadas tanto por profesionales de medicina como enfermería. Es preciso valorar el sesgo de memoria y de deseabilidad social durante la recogida de datos mediante entrevista telefónica, ya que la persona entrevistada puede haber olvidado datos de un año atrás o no ser sincera en sus respuestas. Se debe tener en cuenta que algunos pacientes han iniciado el tratamiento justo antes o durante los meses de la pandemia por COVID-19, por lo que ha dificultado el seguimiento de los profesionales sanitarios implicados en el programa de deshabituación tabáquica, así como la realización conjunta de la terapia cognitivo-conductual y los talleres de intervención grupal que hubiesen aumentado el éxito del tratamiento (28). No se han tenido en cuenta algunos aspectos personales, como la asertividad o las habilidades sociales del fumador (27), en el éxito del tratamiento. Los actuales problemas de suministro de la Vareniciclina impiden, por el momento, aumentar el tamaño de muestra para conocer la efectividad real del uso de la vareniclina en Atención Primaria de forma financiada, así como para conocer el perfil de aquellos fumadores que no logran mantener la abstinencia.

El presente estudio ha mostrado que los médicos de familia logran tasas de abstinencia mantenida similares a otros estudios realizados en ámbitos hospitalarios o en consultas dedicadas únicamente a las terapias para dejar de fumar, siendo sin embargo mucho más costo-efectivas (29). Hay que reconocer, no obstante, que hay un amplio margen de mejora para ser más proactivos a la hora del seguimiento, siendo necesario programar la duración adecuada del tratamiento farmacológico y el número adecuado de las consultas de revisión precisas para asegurar un correcto apoyo al abandono del tabaco. Los tratamientos para el abandono del tabaquismo tienen un éxito irregular, que depende tanto de la determinación y fuerza de voluntad de quienes los emprenden, como de la ayuda profesional personalizada y eficaz. El conocimiento de la historia personal y familiar del fumador, la cercanía y el uso de técnicas propias como la entrevista motivacional (30), hacen que la Atención Primaria sea el entorno más adecuado para las intervenciones centradas en el cese de consumo de tabaco.

### Conflicto de intereses

Ninguno.

### BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. It's time to invest in cessation: the global investment case for tobacco cessation [Internet]. 2021, noviembre [citado 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240039285>
2. World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, third edition [Internet]. 2019, diciembre [citado 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition>
3. Epdata. El consumo de tabaco en España y el mundo, en datos y gráficos [Internet]. Abril, 2023 [citado 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.epdata.es/datos/consumo-taba>

co-espana-datos-graficos/377

4. Fernández LG, Cortés JMM, Sánchez-Cruz JJ. V Encuesta Andaluza de Salud (Adultos) 2015-2016. [citado 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/La%20Salud%20en%20Andaluc%C3%ADa-%20Adultos.pdf>
5. Villalbí JR, Suelves JM, Martínez C, Valverde A, Cabezas C, Fernández E, et al. El control del tabaquismo en España: situación actual y prioridades. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2019, 93. [citado 15 de abril de 2023] Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1135-57272019000100014&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272019000100014&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
6. The National Institute for Health and Care Excellence Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence. [Internet]. NICE; 2021 [citado 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng209>
7. Lindson N, Klemperer E, Hong B, Ordóñez-Mena JM, Aveyard P. Smoking reduction interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 30 de septiembre de 2019;9(9):CD013183.
8. US Service of Health and Human Services. Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General – Key Findings [Internet]. HHS.gov. 2020 [citado 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.hhs.gov/surgeongeneral/reports-and-publications/tobacco/2020-cessation-sgr-factsheet-key-findings/index.html>
9. Galanti LM. Tobacco smoking cessation management: integrating varenicline in current practice. *Vasc Health Risk Manag*. 2008; 4(4):837-45.
10. Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 9 de mayo de 2016;2016(5):CD006103.
11. Jordan CJ, Xi ZX. Discovery and development of varenicline for smoking cessation. *Expert Opin Drug Discov*. 2018; 13(7):671-83.
12. Tonstad S, Arons C, Rollema H, Berlin I, Hajek P, Fagerström K, et al. Varenicline: mode of action, efficacy, safety and accumulated experience salient for clinical populations. *Curr Med Res Opin*. 3 de 2020; 36(5):713-30.
13. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. La AEMPS comunica problemas de suministro y retirada del mercado de varios lotes del medicamento CHAMPIX comprimidos recubiertos con película [Internet]. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Ministerio de Sanidad, Gobierno de España 2021 [citado 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/informa/la-aemps-comunica-problemas-de-suministro-y-retirada-del-mercado-de-varios-lotes-del-medicamento-champix-comprimidos-recubiertos-con-pelicula/>
14. Gobarani RK, Abramson MJ, Bonevski B, Weeks GR, Dooley MJ, Smith BJ, et al. The efficacy and safety of varenicline alone versus in combination with nicotine lozenges for smoking cessation among hospitalised smokers (VANISH): study protocol for a randomised, placebo-controlled trial. *BMJ Open*. 2020; 10(10):e038184.
15. Tabaquismo, abordaje en Atención Primaria. Guía de práctica clínica basada en la evidencia. [Internet]. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, 2011 [citado 15 de abril de 2023]. Disponible en: [https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/12/2011\\_GuiaAbTab.pdf](https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/12/2011_GuiaAbTab.pdf)
16. Guo K, Wang S, Shang X, E F, Hou L, Li J, et al. The effect of Varenicline and Bupropion on smoking cessation: A network meta-analysis of 20 randomized controlled trials. *Addict Behav*. 2022; 131:107329.
17. Courtney RJ, McRobbie H, Tutka P, Weaver NA, Petrie D, Mendelsohn CP, et al. Effect of Cytisine vs Varenicline on Smoking Cessation: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2021;326(1):56-64.
18. Patnode CD, Henderson JT, Melnikow J, Coppola EL, Durbin S, Thomas R. Interventions for Tobacco Cessation in Adults, Including Pregnant Women: An Evidence Update for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2021 Jan. Report No.: 20-05264-EF-1. Cabrera C E, Fernández A MC, Velasco G JL, Reina M N, López L L, Vera S MC, et al. Abandono del hábito tabáquico tras un primer

- ingreso en el Servicio de Neumología. *Rev Chil Enfermedades Respir*. 2016; 32(1):7-12.
19. Pascual-Lledó JF, De la Cruz-Amorós E, Bustamante-Navarro R, Buades-Sánchez MR, Contreras-Santos C, Castillo-Aguilar C. Abstinencia de tabaquismo tras 12 meses de seguimiento en una unidad de tabaquismo integral. *Med Clin (Barc)*. 2006; 126(16):601-6.
  20. Sicras Mainar A, Navarro Artieda R, Díaz Cerezo S, Martí Sánchez B, Sanz De Burgoa V. Tasas de abstinencia de vareniclina frente a bupropión y terapia sustitutiva con nicotina en la cesación del tabaco en atención primaria. *Aten Primaria*. 2011; 43(9):482-9.
  21. Park ER, Perez GK, Regan S, Muzikansky A, Levy DE, Temel JS, et al. Effect of Sustained Smoking Cessation Counseling and Provision of Medication vs Shorter-term Counseling and Medication Advice on Smoking Abstinence in Patients Recently Diagnosed With Cancer. *JAMA*. 2020; 324(14):1406-18.
  22. Rigotti NA, Regan S, Levy DE, Japuntich S, Chang Y, Park ER, et al. Sustained care intervention and postdischarge smoking cessation among hospitalized adults: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2014; 312(7):719-28.
  23. Ávila García R, Salguero Chaves E, Gragera Gómez M. Efectividad de una intervención muy breve en tabaquismo realizada por residentes de enfermería y medicina familiar y comunitaria de un centro de salud urbano. *Medicina General y de Familia*. 2022; 11(1):16-21.
  24. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 31 de marzo de 2017;3(3):CD001292.
  25. Cox LS, Nollen NL, Mayo MS, Faseru B, Greiner A, Ellerbeck EF, et al. Effect of Varenicline Added to Counseling on Smoking Cessation Among African American Daily Smokers: The Kick It at Swope IV Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2022; 327(22):2201-9.
  26. Leal BM, Ocampo AM, Cicero R. Niveles de asertividad, perfil sociodemográfico, dependencia a la nicotina y motivos para fumar en una población de fumadores que acude a un tratamiento para dejar de fumar. *Salud mental* 2010; 33:489-98.
  27. Lira-Mandujano J, Rosales García M, Míguez Varela MC, Cruz-Morales SE. Efectividad de una intervención cognitivo-conductual para dejar de fumar combinada con vareniclina. *Perspectivas en Psicología* 2020; 16(2):387-97.
  28. Castañal-Canto X, Martín-Miguel MV, Hervés-Beloso C, Pérez-Cachafeiro S, Espinosa-Arévalo MM, Delgado-Martín JL. Trabajando con nuestros pacientes fumadores en atención primaria. Un análisis de coste-efectividad. *Aten Primaria*. 2012; 44(11):659-66.
  29. Pérez-Milena A, Navarreteguillén AB, Mesa-Gallardo MI, Martínez Pérez R, Leal-Helmling FJ, Pérez-Fuentes C. Eficiencia de dos intervenciones motivacionales para la deshabituación tabáquica en adolescentes (breve e intensiva) realizadas en Institutos de Educación Secundaria. *Adicciones*. 2012;24(3):191-9.