

EFFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS DE CESACIÓN TABÁQUICA EN FUMADORES DE TABACO DE LIAR EN GALICIA

Carlos Rábade Castedo (1), Cristina Pou Álvarez (1), Álvaro Hermida Ameijeiras (2), Carlos Zamarrón Sanz (1), Ana Estany Gestal (3), Lucia Ferreiro Fernández (1,4), María Elena Toubes Navarro (1), Nuria Rodríguez Núñez (1), Adriana Lama López (1) y Luis Valdés Cuadrado (1,4)

(1) Servicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. España.

(2) Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. España.

(3) Unidad de Metodología de la Investigación. Fundación Instituto de Investigación de Santiago (FIDIS). Santiago de Compostela. España.

(4) Grupo Interdisciplinar de Investigación en Neumología. Fundación Instituto de Investigación de Santiago (FIDIS). Santiago de Compostela. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

RESUMEN

Fundamentos: Actualmente en los países desarrollados existe un aumento del consumo de tabaco de liar lo que se asocia a una mayor proporción de usuarios de esta forma de tabaco que desean realizar un intento de abandono. El objetivo de este estudio fue analizar la efectividad de las intervenciones de cesación tabáquica en función del tipo de tabaco consumido.

Métodos: Estudio longitudinal de una cohorte de 641 fumadores reclutados entre 2015 y 2018 en un área sanitaria de Galicia incluidos en programas de deshabituación tabáquica, basados en el asesoramiento psicológico y en el tratamiento farmacológico. Se evaluaron las características y el éxito de la intervención en dos grupos: fumadores de tabaco de liar (TL) y fumadores de tabaco manufacturado (TM). Se realizó una regresión logística para determinar la probabilidad de éxito en la cesación tabáquica. La medida de riesgo fue el *odds ratio* (OR) con su intervalo de confianza al 95%.

Resultados: Los consumidores de TL se iniciaron a una edad más temprana y tenían un estrato sociocultural más bajo que los consumidores de TM. Las intervenciones para abandonar el tabaco en los consumidores de TL se asociaron a una menor abstinencia a las 4 semanas (52%TM vs 38% TL) (OR: 0,5; 95%IC 0,35-0,99; p=0,045;) y a los 3 meses (42%TM vs 30%TL) (OR:0,6; 95%IC 0,33-0,98; p=0,04).

Conclusiones: Los programas de cesación tabáquica son menos efectivas en los consumidores de TL a corto plazo. No se observan diferencias en la abstinencia a largo plazo entre ambos grupos.

Palabras clave: Abstinencia, Tabaco de liar, Deshabituación tabáquica, Eficacia, Tabaco manufacturado.

ABSTRACT

Effectiveness of smoking cessation programs of roll-your-own tobacco smokers in Galicia

Background: Currently in developed countries there is an increase in the consumption of roll your own tobacco, which is associated with a higher proportion of users of this form of tobacco who wish to make an attempt to quit. The objective of this study was to analyze the effectiveness of tobacco cessation interventions based on the type of tobacco consumed.

Methods: Longitudinal study of a cohort of 641 smokers recruited between 2015 and 2018 in a health area of Galicia included in smoking cessation programs, based on psychological counseling and pharmacological treatment. The characteristics and success of the intervention were evaluated in two groups: roll your own tobacco smokers (RYO) and manufactured tobacco smokers (MT). A logistic regression was performed to determine the probability of success in smoking cessation. The risk measure was the odds ratio (OR) with its 95% confidence interval.

Results: RYO users started at a younger age and had a lower sociocultural stratum than MT users. Interventions to quit smoking in RYO users were associated with less abstinence at 4 weeks (52% MT vs 38% LT) (OR: 0.5; 95% CI 0.35-0.99; p=0.045;) and at 3 months (42% TM vs 30% TL) (OR:0.6; 95% CI 0.33-0.98; p=0.04).

Conclusions: Smoking cessation programs are less effective in short-term RYO users. There are no differences in long-term abstinence between the two groups.

Key words: Abstinence, Roll your own tobacco, Smoking cessation, Effectiveness, Manufactured tobacco.

Correspondencia:

Carlos Rábade Castedo
Travesía da Choupana, s/n
15706 Santiago de Compostela (La Coruña), España
crabcas1@gmail.com
carlos.rabade.castedo@sergas.es

Cita sugerida: Rábade Castedo C, Pou Álvarez C, Hermida Ameijeiras A, Zamarrón Sanz C, Estany Gestal A, Ferreiro Fernández L, Toubes Navarro ME, Rodríguez Núñez N, Lama López A, Valdés Cuadrado L. Efectividad de los programas de cesación tabáquica en fumadores de tabaco de liar en Galicia. Rev Esp Salud Pública. 2021; 95: 2 de noviembre e202111146.

INTRODUCCIÓN

Una cuarta parte de la población mundial es fumadora y el tabaco es la principal causa de mortalidad evitable en el mundo⁽¹⁾. La forma de tabaco manufacturado (TM) es la más consumida por la población. Sin embargo, en la última década nuevas formas de tabaco como los dispositivos electrónicos de liberación de nicotina, el tabaco de baja combustión o formas tradicionales como el tabaco de liar o la pipa de agua han aumentado su uso⁽²⁾. Así, una de estas formas, el tabaco de liar (TL) ha incrementado sus ventas en los últimos veinte años en los países desarrollados. Se estima en el momento actual que el consumo de este tipo de tabaco en el mundo representa entre un 10 y un 30% del total de todos los fumadores^(3,4). En España coincidiendo con la crisis económica entre los años 2014 a 2017 se observa un aumento del TL un 200% con respecto al año 2007⁽⁵⁾. Actualmente un 15,4% de los españoles declara consumir TL y el 7,6% restante simultáneamente cigarrillos de liar y manufacturado⁽⁵⁾.

Entre las razones del incremento de esta forma de tabaco se encuentran el menor coste con respecto al TM y la creencia de la menor concentración de aditivos tóxicos^(6,7). Todo ello facilita el acceso e inicio del consumo de tabaco por parte de menores⁽⁶⁾. Además, provoca que muchos fumadores no se propongan la realización de un intento serio de abandono, pasándose a esta forma de tabaco en respuesta a los precios del TM^(6,7). Asimismo, los fumadores de TL presentan una menor motivación para dejar de fumar y realizan menos intentos de abandono que los de TM⁽⁸⁾.

El consumo regular de cualquier forma de tabaco desencadena una adicción que requiere la intervención de un profesional sanitario para su deshabituación. En este sentido, las intervenciones basadas en el tratamiento psicológico y farmacológico son las que han demostrado ser las

más eficaces para abandonar el hábito tabáquico. No obstante, no existe suficiente evidencia científica sobre la probabilidad de cesación tabáquica en los fumadores de TL⁽⁹⁾. Por todo ello, se precisa un mejor conocimiento de las características de estos fumadores que posibilitará una mayor tasa de éxito de estas intervenciones.

El objetivo del estudio fue determinar las características clínicas de fumadores de TL que acuden a los programas de deshabituación tabáquica y evaluar el porcentaje de abstinencia a corto y largo plazo, con respecto a los fumadores de TM.

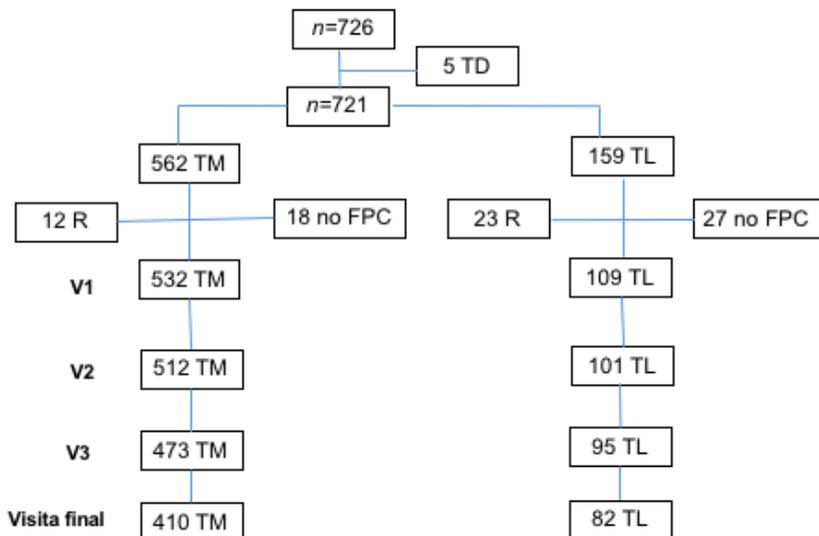
SUJETOS Y MÉTODOS

Población de la muestra: La población fumadora del área de Santiago de Compostela que requiere ayuda para abandonar el consumo de tabaco es de 10.000. Se estima que el porcentaje de fumadores es de un 20% en nuestra área. Asumiendo un intervalo de confianza del 95%, un error E del 5% y un $Z=1,96$, el número mínimo de pacientes que debemos incluir es de 258.

Partiendo de ese número mínimo y atendiendo a la temporalidad estudiada, se decidió incluir a todos los pacientes de ese intervalo, aunque el número fuera superior al justificado en el tamaño de muestra, con el fin de tener un abordaje más poblacional.

El número total de fumadores a los que se le realizaron intervenciones de deshabituación tabáquica en el área sanitaria de Santiago-Barbanza (Galicia-España) entre los años 2015 a 2018 fue de 726 pacientes. De ellos se excluyeron un total de 85. 35 rechazaron ayuda para abandonar el tabaco, 45 no se encontraron en fase de preparación y 5 consumían simultáneamente tabaco de liar y manufacturado. Tras dicho proceso de selección la muestra quedó constituida por 641 pacientes ($53,9 \pm 10,1$ años; rango 18-70, 61% varones) (figura 1).

Figura 1
Diagrama de flujo.



TD: fumadores duales; TL: fumadores de tabaco de liar; TM: fumadores de tabaco manufacturado; R: rechazo de la intervención FPC, no se encuentran en fase de preparación; V1: visita inicial; V2: 4 semanas; V3: 3 meses; Visita final: 6 meses.

Diseño del estudio: Estudio longitudinal realizado a partir de los datos procedentes de las historias clínicas de los fumadores que acuden a las consultas y unidades de cesación tabáquica en el área sanitaria de Santiago-Barbanza (Galicia, España). Estos datos se recogieron de forma retrospectiva registrándose en la base de datos asistencial de Tabaquismo de nuestra área sanitaria. Se realizó una búsqueda en dicha base para identificar a los pacientes fumadores y el tipo de tabaco consumido. Se analizaron las características basales de dos grupos de fumadores (TL vs TM) y posteriormente se midió la abstinencia en cada grupo a las 4 semanas, 3 meses y 6 meses. En cada control de seguimiento se determinó de forma puntual el abandono del tabaco. La abstinencia se evaluó mediante la autodeclaración del paciente y se verificó a través de la determinación de CO en aire espirado con cooximetría. Se definió fumador como aquel que tiene un

monóxido de carbono (CO>6 ppm) y no fumador aquel que presentaba unos niveles de CO<6 ppm. La abstinencia se expresó como el porcentaje de fumadores que se mantienen sin fumar a las 4 semanas, a los 3 y a los 6 meses.

Intervención realizada: Los programas de cesación tabáquica consistieron en una intervención individual intensiva basados en el asesoramiento psicológico mediante la terapia cognitivo conductual, tratamiento farmacológico y un seguimiento⁽¹⁰⁾. La ayuda al fumador fue proporcionada por un facultativo capacitado en abordaje del tabaquismo procedente de Atención Primaria y Especializada. Contó con el apoyo de personal de enfermería reforzando la terapia psicológica. Las visitas de seguimiento tuvieron como finalidad verificar la abstinencia del fumador, servir de refuerzo positivo en el proceso de deshabituación y prevención de recaídas.

En relación al tratamiento farmacológico, todos los pacientes estuvieron en tratamiento farmacológico bien con vareniclina o bien con Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN), la mayor parte de ellos, en terapia combinada (chicles de nicotina o spray bucal de nicotina y parches).

Variables a estudio: De cada fumador en la visita basal se recogieron datos personales y demográficos como la edad, sexo o el nivel de estudios (ausencia de estudios, elementales, secundarios, superiores) y datos relacionados con el consumo de tabaco: fase de abandono del fumador (preparación o contemplación), consumo actual de tabaco medido en cigarrillos al día, consumo acumulado (paquetes-año), tipo de tabaco que consume (TM o TL), patrón de inhalación (superficial o profunda), número de intentos previos realizados y duración de dichos intentos.

Se definió como intento previo de abandono del tabaco la abstinencia con anterioridad durante más de 24 horas. Asimismo, se evaluó la dependencia nicotínica a través del test de $\dot{\epsilon}$ (FTND). Definimos dependencia baja como la puntuación del test de FTND de 0-3 puntos, dependencia moderada de 4-6 puntos y dependencia alta a una puntuación de 7 o más puntos. En cada fumador se determinó la motivación mediante dos métodos diferentes: la escala visual analógica de la motivación y el test de Richmond. Definimos paciente motivado como aquel que tenía una puntuación mayor a 7 en la escala visual analógica y en el test de Richmond.

Se analizó el test de recompensa de ambos grupos de fumadores definiendo fumador con recompensa positiva aquel que fumaba por placer o satisfacción.

Se recogió el valor del monóxido de carbono en aire exhalado en ppm por cooximetría en ambos grupos de fumadores.

Análisis de los datos: Tras la recogida de los datos se realizó un análisis estadístico descriptivo de la muestra. Para cada variable cuantitativa, la hipótesis de una distribución normal fue verificada mediante el test de Kolgomorov-Smirnov. Las variables cuantitativas que siguieron una distribución normal se representaron mediante medias aritméticas \pm desviación típica y las variables cualitativas mediante número y porcentaje. Posteriormente, se calculó mediante un análisis univariante las diferencias entre ambos grupos de fumadores (TL vs TM) usando el test Chi-cuadrado, el test t-student y test no paramétricos en el caso de variables que no presentaron una distribución normal. Finalmente se verificó mediante un análisis de regresión logística si el consumo de TL se asociaba a una menor probabilidad éxito en la cesación tabáquica. Se tomaron como factores de confusión características demográficas (edad, género, nivel de estudios), motivación, presencia de intentos previos de abandono y dependencia a la nicotina. Los resultados fueron presentados como *odds ratio* ajustados (ORs) con intervalo de confianza del 95%. El análisis estadístico de los datos se desarrolló mediante el programa estadístico SPSS versión 15.0. El nivel de significación se estableció en un valor de $p < 0,05$.

Aspectos éticos: Este estudio no presentó riesgos adicionales para el paciente pues la entrevista formaba parte de la práctica clínica diaria. En todos los casos se garantizó la privacidad y confidencialidad de los datos, respetando la legislación vigente (*Real Decreto-Ley 5/2018, Reglamento UE 2016/679 de Protección de Datos* y la *Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente*).

Este trabajo se realizó respetando la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial 1964 y ratificaciones de las asambleas siguientes (Tokio 75, Venecia 83, Hong Kong 89, Somerset Oeste 96, Escocia 00, Seúl 08 y Fortaleza 13) sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres

humanos. Fue aprobado por el CEIC (Comité Ético de Investigación Clínica Santiago-Lugo) con código de registro (2020/441).

RESULTADOS

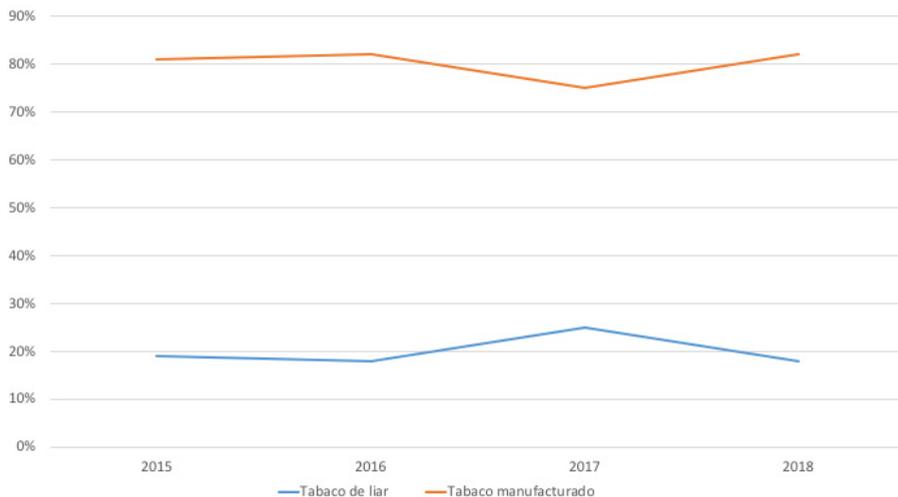
Características descriptivas de la muestra: De los 641 fumadores un 71% de los pacientes no tenían estudios o eran elementales, un 48% procedían de consultas de Atención Especializada y un 60% de los pacientes desearon realizar un intento serio de abandono en los siguientes 30 días. Los pacientes de la muestra presentaron un consumo de tabaco moderado-intenso con un valor medio de consumo acumulado de $41,9 \pm 21,8$ paquetes-año y de cooximetría 15 ± 10 ppm. Se observó en estos fumadores que acudían a la consulta una alta motivación con un valor medio medido por el test de Richmond de $7,2 \pm 1,1$ puntos y por la escala visual analógica $8,4 \pm 2,3$ puntos. El valor medio de la dependencia nicotínica medido a través del test de Fagërstrom (FTND) fue de $4,7 \pm 2$ puntos.

Un 75% realizó previamente algún intento serio de abandono del tabaco.

El consumo de tabaco de liar en esta cohorte fue de 109 fumadores (17%). 532 (83%) fumaban tabaco manufacturado. Dicho consumo se mantuvo estable durante el periodo del estudio a excepción del 2017 donde observamos un incremento del 25,5% (figura 2). Un 64% de los pacientes fueron usuarios de TL por el menor precio y un 36% por la creencia que es menos nocivo para la salud.

Al comparar ambos grupos de la muestra (TL vs TM) mediante un análisis univariante se objetivó en los fumadores de tabaco de liar un menor nivel de estudios. Un 80% de estos fumadores no tenían estudios o eran elementales frente a un 69% de fumadores de TM siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0,014$). Asimismo, los fumadores de TL se iniciaron antes en el consumo de tabaco $15,6 \pm 2,7$ años frente a $16,9 \pm 4,1$ años ($p=0,03$).

Figura 2
Evolución en porcentaje del número de fumadores de tabaco de liar con respecto a tabaco manufacturado. Se excluyen los fumadores duales.



La edad media de los consumidores de TL fue menor con respecto a los de TM no alcanzándose la significación estadística ($p=0,056$). Tampoco se observaron entre ambos grupos diferencias estadísticamente significativas en el género, intentos previos, intensidad de tabaquismo, patrón de inhalación, nivel de motivación y grado de dependencia (tabla 1).

Análisis de la intervención: En cuanto a la abstinencia, se lograron resultados moderados, consiguiendo un porcentaje de éxito de abandono en el número total de fumadores a las 4 semanas del 49%, a los 3 meses del 39% y a los 6 meses del 31%.

En el análisis univariante la abstinencia a las 4 semanas (38% TL frente a 52% TM; $p=0,008$) y a los 3 meses (30%TL vs 42%TM; $p=0,021$) tras la intervención fue menor en fumadores de TL que de TM siendo estas diferencias estadísticamente significativas. No obstante, pese a que se siguió observando a los 6 meses una menor abstinencia en los fumadores de TL (24% TL frente a un 33%TM) no se alcanzó la significación estadística $p=0,054$ (figura 3).

No se observaron diferencias en el tipo de intervención realizada en la visita inicial entre ambos grupos de fumadores. El fármaco más frecuentemente administrado en ambos grupos fue vareniclina (45% en fumadores de TM frente a 44% en fumadores de TL) ($p>0,05$).

Por último, se analizó si el consumo de TL fue un factor predictor de menor probabilidad de abandonar el tabaco en esta muestra de pacientes. Para ello se realizó un análisis multivariante mediante un modelo de regresión logística multivariante. Entre los factores asociados a la abstinencia a las 4 semanas estaban la menor dependencia a la nicotina medida por el test de FTND ($p=0,030$; OR:0,9 IC 95% 0,81-0,99) y el consumo de TL ($p=0,045$; OR:0,5 IC 95% 0,35-0,99). Asimismo, tanto el consumo de TL ($p=0,04$; OR: 0,6 IC 95% 0,33-0,98) como la dependencia nicotínica medida por el FTND ($p=0,006$; OR: 0,85 IC 95% 0,7-0,95) fueron predictores de abstinencia a los 3 meses. No se observaron el uso de una u otra forma de tabaco como un predictor de abstinencia a los 6 meses de la intervención (tabla 2).

Figura 3
Tasa de abstinencia de los fumadores de la muestra en función de la forma de tabaco.

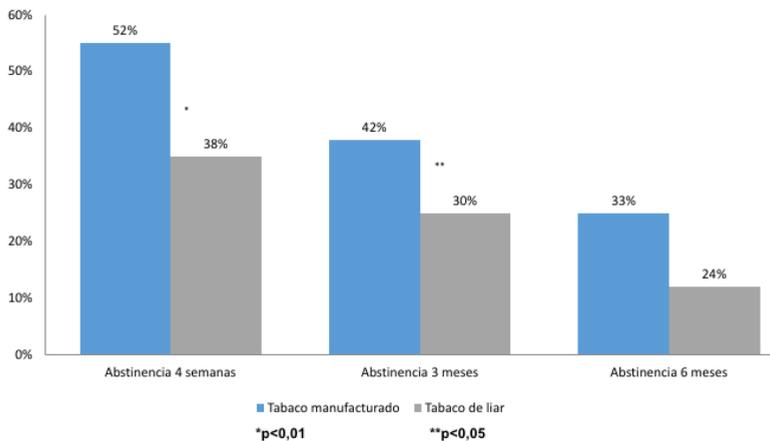


Tabla 1
Análisis univariante de las características diferenciales de los fumadores de tabaco de liar (TL) vs manufacturado (TM).

Variables	Manufacturado (n=532)	De liar (n=109)	<i>p</i>
Edad (años)	54,27± 10,2	52,30±9,6	0,056
Género varón	330 (62%)	61 (56%)	0,12
Nivel de estudios bajo	367 (69%)	87 (80%)	0,01
Fase de abandono preparación (nº %)	330 (62%)	68 (63%)	0,47
Consumo actual (cigarrillos/día)	18,34±10	17,6±11,2	0,52
Consumo acumulado (paquetes/año)	41,69±21,2	43,3±24,5	0,54
CO (ppm)	15,2±9,5	15,2±9,8	0,97
Edad de inicio (años)	16,9±4,1	15,60±2,7	0,03
Patrón de inhalación profunda (%)	303 (57%)	71 (65%)	0,1
Intentos previos de abandono (nº)	415 (78%)	79 (73%)	0,19
Recompensa positiva	239 (45%)	42 (39%)	0,16
Richmond	7,2±1,1	7,2±1,1	0,85
FTND	4,7±1,9	4,7±2,2	0,8

Tabla 2
Modelo de regresión logística que analiza los factores predictores de abstinencia a las 4 semanas, a los 3 meses y a los 6 meses.

Variables	Abstinencia al mes		Abstinencia a los 3 meses		Abstinencia a los 6 meses	
	OR (95%IC)	<i>p</i>	OR (95%IC)	<i>p</i>	OR (95%IC)	<i>p</i>
Edad (años)	1 (0,99-1,04)	0,17	1 (0,99-1,03)	0,45	1 (0,99-1,04)	0,2
Género varón	0,8 (0,74-1,05)	0,8	1,1 (0,7-1,6)	0,74	1,26 (0,8-1,9)	0,31
Nivel social bajo	0,7 (0,47-1,1)	0,14	0,7 (0,5-1,2)	0,2	0,77 (0,47-1,2)	0,30
Consumo paquetes/año	1,1 (0,99-1,02)	0,062	1 (0,99-1,01)	0,1	1 (0,99-1,1)	0,23
Tipo de tabaco (tabaco de liar)	0,5 (0,35-0,99)	0,045	0,6 (0,33-0,98)	0,04	0,64 (0,35-1,13)	0,15
Intentos previos de abandono	0,65 (0,41-1,02)	0,062	0,72 (0,45-1,1)	0,17	0,86 (0,52-1,43)	0,57
Motivación	1 (0,91-1,11)	0,066	1 (0,9-1,1)	0,8	0,98 (0,88-1,1)	0,78
Dependencia	0,9 (0,80-0,99)	0,035	0,85 (0,7-0,95)	0,006	0,93 (0,83-1,01)	0,2

DISCUSIÓN

Este estudio es, hasta la fecha, uno de los primeros de nuestro país que evalúa en la práctica clínica la efectividad en función del tipo de fumador de los programas de deshabituación tabáquica. El principal hallazgo, consiste en que los fumadores de tabaco de liar presentan una abstinencia menor a corto plazo que los fumadores de tabaco manufacturado.

El porcentaje medio de fumadores de TL en este estudio durante 4 años es parecido al descrito en otras poblaciones oscilando entre un 15-20%. Se aprecia un repunte en el año 2017 llegando al 25,5% reflejando unos datos similares a los de encuestas poblacionales^(11,12).

Observamos, asimismo, características diferenciales en los consumidores de TL con respecto a los fumadores de TM. Los fumadores de TL son más jóvenes y se inician en el consumo de esta forma de tabaco a menor edad. De hecho, la encuesta EDADES (*Encuesta sobre el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas*) realizada en España en 2017 confirma que los jóvenes de edades comprendidas entre los 15-24 años constituyen el segmento de población donde el consumo de tabaco de liar es mayor (20,7%)⁽¹³⁾.

Pese a observarse una menor edad media en fumadores de TL no se aprecia significación estadística. Sin embargo, en el trabajo de Gilmore et al. aquellos segmentos de edad de menos de 55 años se asocian a un mayor uso de este tipo de tabaco⁽¹¹⁾. No obstante, en nuestro estudio la muestra se limita sólo al grupo de fumadores que desean realizar un intento serio de abandono y no a toda la población fumadora.

Los usuarios de TL presentan un nivel de estudios significativamente más bajo confirmando los resultados de otros trabajos. Esto puede deberse a que este grupo de pacientes dispone

de menos información y por lo tanto tiene una menor percepción del daño del TL. Además, el bajo nivel de estudios de estos usuarios se asocia a ambientes sociales más desfavorecidos disponiendo estos fumadores de menor nivel adquisitivo para comprar TM⁽¹⁴⁾.

Recientemente un estudio basado en una encuesta europea encuentra que los fumadores de TL presentan una menor edad y a un nivel de estudios menor⁽¹⁵⁾.

El grado de tabaquismo y las concentraciones de marcadores de daño como el monóxido de carbono son similares en ambos grupos. Esto contradice la creencia de la menor toxicidad de esta forma de tabaco^(14,15,16,17,18,19).

De la misma forma que otros estudios no se aprecia una menor dependencia nicotínica en fumadores de TL. Incluso en uno de ellos se demuestra una mayor dependencia al tabaco que podría atribuirse a componentes no nicotínicos del TL^(19,20).

El uso de TL se asocia a una menor abstinencia a las 4 semanas y a los 3 meses de la intervención. La razón por la que existe una menor abstinencia a corto plazo en estos pacientes podría estar en un mayor porcentaje de recaídas precoces motivadas por una mayor incidencia de síntomas de abstinencia en el grupo de fumadores de TL. Asimismo, estos cigarrillos más baratos pueden tener un atractivo relativamente alto al ser asequible fumar impidiendo que abandonen el tabaco.

No existen diferencias entre ambos grupos de fumadores con respecto a otras variables que pudieran explicar la menor abstinencia en fumadores de TL como la motivación en contraste con otros estudios^(9,21). A pesar de objetivarse una menor abstinencia a los 6 meses en los fumadores de TL no se encuentra una asociación estadísticamente significativa al igual que otros

estudios⁽²¹⁾. La no diferencia en la tasa de abstinencia a los 6 meses de seguimiento habla a favor de la medida de intervención.

Por todo ello, el abordaje del tabaquismo en los fumadores de TL presenta una mayor dificultad siendo necesarias intervenciones específicas. De esta forma se requieren medidas destinadas a aumentar la intensidad de la intervención, a incrementar la motivación, así como aumentar la adherencia a los programas de deshabitación mediante la financiación del tratamiento farmacológico. En conclusión, el fumador de TL podría ser un grupo que necesitaría una mayor intensidad en la intervención especialmente en las primeras semanas.

A diferencia de otros trabajos basados en encuestas poblacionales^(21,22) o intervenciones telefónicas⁽⁹⁾ este estudio plantea los problemas reales de la práctica clínica diaria que incluye a una población de fumadores que acuden a una consulta de deshabitación tabáquica realizando intervención individual. La intensidad de dicha intervención es idéntica en ambos grupos de fumadores. Además, la abstinencia se verifica de forma objetiva mediante cooximetría. En contraste con otros estudios excluimos al grupo de fumadores duales por constituir un sesgo en la medición del efecto de la intervención^(21,22).

Entre las limitaciones de este estudio destacan la ausencia de datos relativos a la población general, ya que disponemos de información de un grupo seleccionado de pacientes que acuden a programas de deshabitación tabáquica y no de datos relativos al global de los individuos fumadores de nuestra área sanitaria. Además, contamos en nuestra muestra con un número desigual de consumidores de tabaco de liar y de tabaco manufacturado. Es de resaltar el porcentaje de abandonos a los 6 meses de seguimiento por lo que las conclusiones diferenciales entre ambos grupos de consumo deberán ser corroboradas en nuevos trabajos. Finalmente,

en función de los datos de abstinencia obtenidos, creemos que es necesario tomar en consideración el tipo de fumador, a la hora de elaborar estrategias diagnósticas y terapéuticas en los pacientes que acuden a un programa para abandonar el consumo de tabaco.

BIBLIOGRAFÍA

1. Monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva. World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO [Consultado 28 de abril 2019]. Disponible en: https://www.who.int/tobacco/global_report/2017/en/
2. Cramer MR, Wang TW, Babb S *et al.* Tobacco product use and cessation indicators among adults-United States, 2018 MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2019;68:1013–1019.
3. Young D, Borland R, Hammond D *et al.* Prevalence attributes of roll-your-own smokers in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control.* 2006;15: 76–82.
4. Raising taxes on tobacco. Geneva: World Health Organization; 2015.WHO 2015.Licence: CC BYNC-SA 3.0 IGO [Consultado 28 de octubre 2020]. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/publications/raising_taxes_on_tobacco/en/
5. De Granda-Orive JI, Jiménez-Ruiz CA. Algunas consideraciones sobre el tabaco de liar. *Arch Bronconeumol.* 2011;47(9):425–426.
6. Gilmore AB, Tavakoly B, Taylor G *et al.* Understanding tobacco industry pricing strategy and whether it undermines tobacco tax policy: the example of the UK cigarette market. *Addiction* 2013; 108:1317-1326.
7. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline Executive Summary.
8. O'Connor RJ, Mc Neill A, Borland R *et al.* Smoker's beliefs about the relative safety of other tobacco products: findings from the ITC collaboration. *Nicotine Tob Res.* 2007;9: 1033–1042.

9. Li J, Grigg M, Weerasekera D *et al*. Characteristics and quitting success of roll-your-own versus tailor-made cigarette smokers. *N Z Med J* 2010;123: 64–73
10. Jiménez-Ruiz CA, De Granda Orive JI, Solano Reina S *et al*. Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2003;39:514-523.
11. Gilmore AB, Tavakoly B, Hiscock R *et al*. Smoking patterns in Great Britain. The rise of cheap cigarette brands and roll our own (RYO) tobacco *J Public Health* 2015; 37:78-88.
12. Tarrazo M, Pérez Rios M, Santiago-Pérez MI *et al*. Cambios en el consumo de tabaco: auge del tabaco de liar e introducción de los cigarrillos electrónicos. *Gac Sanit* 2017; 31:204-209.
13. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. Encuesta sobre el alcohol, el tabaco y otras drogas en España (EDADES) 2017. [Consultado 23 de diciembre 2020]. [Disponible en la página web: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017_Informe.pdf].
14. Laugesen M, Epton M, Framptom CM *et al*. Hand-rolled cigarette smoking patterns compared with factory made cigarette smoking in New Zealand men. *BMC Public Health*. 2009; 9:194.
15. Filippidis FT, Driezen P, Kyriakos CN *et al*. Transitions from and to roll-your-own tobacco, perceptions and health beliefs among smokers: findings from the EUREST-PLUS ITC Europe Surveys *Eur J Public Health* 2020; 30:1-8.
16. Bayly M, Scollo MM, Wakefield MA. Who uses rollies? Trends in product offerings, price and use of roll-your-own tobacco in Australia. *Tob Control*. 2019; 28:317-324
17. Darral KG, Figgins JA. Roll-your-own smoke yields: theoretical and practical aspects. *Tob Control*. 1998; 7:168–175.
18. Shabab L, West R, Mc Neill A. A comparison of exposure to carcinogens among roll-your-own and factory-made cigarette smokers. *Addict Biol*. 2009; 14:315–320.
19. Shabab L, West R, Mc Neill A. The feasibility of measuring puffing behaviour in roll-your-own cigarette smokers. *Tob Control*. 2008; 17:17–23. doi: 10.1136/tc.2007.021824
20. Joseph S, Krebs NM, Zhu J *et al*. Differences in nicotine dependence, smoke exposure and consumer characteristics between smokers of machine -injected roll-your-own cigarettes and factory-made cigarettes. *Drug and Alcohol Depend*. 2018;187: 109-115.
21. Jackson SE, Shahab L, West R, Brown J. Roll-your own cigarette use and smoking cessation behavior: a cross-sectional population study in England. *BMJ Open* 2018;8:e025370.
22. Jackson SE, Shahab L, Garnett C, Brown J. Trends in and correlates of use of roll-your-own cigarettes: a population study in England 2008-2017. *Nicotine Tob Res* 2020; 22(6):942-949.