

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el tabaquismo: principales factores de riesgo en las neumonías de personas mayores de 65 años

Introducción. En nuestro país se declaran entre 400 y 600 casos de neumonía por 100.000 habitantes/año, y se estima que la incidencia real en personas mayores de 65 años puede situarse en 15-25 casos por 1.000 habitantes/año. La neumonía por *Streptococcus pneumoniae* representa del 20-30% de las neumonías adquiridas en la comunidad (NAC), de las cuales un 5-20% desarrollan bacteriemia; este agente es el causante del 30-50% de las neumonías graves que requieren hospitalización, con una letalidad global del 5% y del 15 al 20% en las formas bacteriémicas (ascendiendo al 60% en pacientes con enfermedades subyacentes y/o mayores de 70 años)^{1,2}.

La efectividad de la vacuna antineumocócica de 23 serotipos (VAN) respecto a la prevención de la adquisición de la infección está actualmente en discusión, y ésta además parece disminuir en la población anciana. Sin embargo, la indicación de la vacuna sigue manteniéndose en este grupo de edad, independientemente de que los pacientes presenten o no otros factores de riesgo (además de la edad) para la neumonía^{3,4}.

Objetivo. Conocer la incidencia de NAC entre la población mayor de 65 años y analizar su posible relación con la presencia de factores preventivos y/o de riesgo.

Diseño. Estudio longitudinal observacional retrospectivo.

Ámbito. Área Básica de Salud (ABS) urbana.

Sujetos. Muestra aleatoria sistemática de 602 pacientes mayores de 65 años al inicio del período de seguimiento (enero de 1994), estratificada al 50% según vacunación antineumocócica.

Medidas e intervenciones. Mediante revisión exhaustiva de las historias clínicas

TABLA 1. Tasas de incidencia media anual (por 1.000 personas) y riesgos relativos (RR) en personas mayores de 65 años, según presencia de algunos factores de riesgo y de vacunación antineumocócica (VAN) previa. Valls, 1994-2000

	Incidencia con VAN	Incidencia sin VAN	Total		
			Incidencia	RR	IC del 95%
Diabetes	1,389	1,258	1,327	1,01	0,43-2,22
Cardiopatía	2,273	1,471	1,866	1,66	0,83-3,29
EPOC	5,917	1,191	3,639	4,68	2,38-9,20
Tabaquismo	2,745	3,571	3,031	2,88	1,15-7,00
Enolismo	0,926	3,922	2,381	2,03	0,65-5,87

RR: riesgo relativo; IC: intervalo de confianza; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

de atención primaria (HCAP) y listados de altas del hospital de referencia identificamos las NAC diagnosticadas (con confirmación radiológica) durante el período 1994-2000. Registramos la presencia, al inicio del estudio, de VAN en los 12 meses previos, así como la presencia o no de diabetes mellitus (DM), cardiopatía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), tabaquismo y/o enolismo.

Resultados. Durante los 6 años estudiados, observamos un total de 48 NAC (30 en personas vacunadas y 18 en no vacunados previamente frente a *S. pneumoniae*), lo cual supone una tasa de incidencia acumulada del 79,7‰ (99,7‰ en vacunados y 59,8‰ en no vacunados; $p = 0,10$).

En la tabla 1 puede observarse la incidencia de neumonía según VAN previa y presencia de algunos factores de riesgo, así como los riesgos relativos (RR) para la presentación de NAC.

Como puede apreciarse en la citada tabla, aunque todos los factores de riesgo estudiados presentaron un $RR > 1,00$, sólo existía significación estadística en el caso de pacientes con EPOC ($RR = 4,68$; $p < 0,001$) o con hábito tabáquico ($RR = 2,68$; $p < 0,05$).

Conclusiones. En nuestro estudio no se observa una reducción del RR para la aparición de NAC entre aquellas personas mayores de 65 años que habían recibido vacunación antineumocócica. Este dato es compatible con los resultados obtenidos en otros estudios que parecen avalar la falta de eficacia de esta vacuna para prevenir la infección neumocócica.

Por otra parte, nuestros resultados confirman el hecho de que, si bien existen otros factores de riesgo para las NAC, la EPOC y el hábito tabáquico son sin duda los más

importantes por su elevada prevalencia y la magnitud de sus RR.

A. Vila Córcoles^a, O. Ochoa Gondar^b, I. Hospital Guardiola^c y M.L. Marín Canseco^d

Médicos de Familia. ^aServicio de Atención Primaria (SAP) Tarragona-Reus-Terres del Ebre. España. ^bÁrea Básica de Salud Sant Pere i Sant Pau. SAP Tarragona. España. ^cÁrea Básica de Salud Valls. SAP Tarragona. España. ^dÁrea Básica Morell. SAP Tarragona. España.

1. Salleras L. Vacunación antineumocócica en la tercera edad. *Vacunas Invest Pract* 2000;1:55-8.
2. Plans P, Garrido O, Salleras L. Coste-efectividad de la vacunación neumocócica en Cataluña. *Rev Esp Salud Pública* 1995;69:409-17.
3. Aller AI, Garjón FJ, Buisán MJ, Palacín JC. ¿Está justificada la vacunación contra el neumococo en mayores de 65 años? *Aten Primaria* 2002;7:433-7.
4. Álvarez MJ, Mayer MA. El dilema sobre el coste efectividad de la vacuna antineumocócica sigue abierto. *Medifam* 2001; 3:115-21.

Incidencia de cáncer, supervivencia y demanda asistencial secundaria en los municipios de Fisterra y Corcubión (A Coruña)

Introducción. En Galicia, al igual que en el resto de España, el cáncer es la segunda

Palabras clave: Neumonía adquirida en la comunidad. Tabaco. EPOC.

Palabras clave: Cáncer. Incidencia. Supervivencia. Frecuentación.

causa de muerte. Entre 1980 y 1997 supuso una mortalidad proporcional del 24,81%¹.

Los pacientes con cáncer tienen una demanda asistencial con características específicas. La atención primaria desempeña un papel importante en su cuidado, tanto en actividades de prevención como en las fases terminales de la enfermedad^{2,3}.

Objetivo. Determinar la incidencia de cáncer en Fisterra y Corcubión, la supervivencia de los tumores más frecuentes y la frecuentación al centro de salud.

Diseño. Estudio observacional de seguimiento retrospectivo y prospectivo.

Emplazamiento. Centros de salud de los municipios de Fisterra y Corcubión (A Coruña).

Participantes. Ciento cincuenta y dos casos incidentes de cáncer diagnosticados desde el 1 de enero de 1995 al 31 de diciembre de 1999.

Mediciones principales. Edad, sexo, localización del tumor según CIE-9, fechas de diagnóstico y muerte. Número de consultas y motivos.

Resultados. El cáncer más frecuente es, sin contar los de piel, el de pulmón, con una tasa estandarizada de 46,31 casos por 100.000 habitantes. El segundo es el de mama, con una tasa ajustada de 89,75 por 100.000 mujeres, y el tercero, el de colon y recto, con una tasa estandarizada de 26,04 por 100.000 habitantes. Les siguen en frecuencia el gástrico, el prostático, el de vejiga y el de útero.

La media de edad en el momento del diagnóstico del total de los tumores estudiados es de 64 años y la razón varón/mujer, de 3/2.

La supervivencia a los 12 meses es del 100% en el cáncer de mama, del 88,89% para los cánceres de vejiga y colon, del 56,25% en el de próstata, del 53,33% en el gástrico y del 48% en el de pulmón.

Durante el estudio, los pacientes incluidos consultaron 1.596 veces, con una media de 1,08 consultas por mes. Ajustando por edad, sexo, localización y presencia de dolor, la variable más próxima a modificar el número de consultas por mes ha sido la presencia de dolor. Éste fue el motivo más frecuente de consulta (35,9%), seguido de causas burocráticas y de control de constantes y parámetros analíticos.

Discusión y conclusiones. Los tumores más frecuentes en la población de Fisterra y Corcubión son el de pulmón y el de mama, como en la mayoría de los estudios realizados a escala nacional y europea⁴.

En cuanto a la supervivencia, los resultados obtenidos son también consistentes con estadísticas nacionales y europeas respecto a los cánceres de mama, vejiga y estómago⁵.

Uno de los problemas fundamentales en el cuidado del paciente con cáncer es el control de síntomas como el dolor, que en nuestro estudio es el primer motivo de consulta. Dicho hallazgo es consistente a lo largo del seguimiento de estos pacientes tras el diagnóstico⁶. Este estudio pone además de manifiesto cómo la frecuentación se ve afectada por la presencia del dolor. Por todo esto consideramos que los profesionales de atención primaria deben estar preparados para el abordaje de esta patología a fin de ofrecer la mejor calidad asistencial a lo largo del proceso evolutivo de la enfermedad.

S. Pita Fernández^a, M.J. Platero Castro^b, S. Pértega Díaz^a y E. Feijoo Fernández^c

^aUnidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. España.

^bCentro de Salud de Fisterra. A Coruña. España.

^cCentro de Salud de Corcubión. A Coruña. España.

1. Mortalidade en Galicia 1980-1997. Documentos Técnicos de Saúde Pública. Serie B, n.º 22 (CD-Rom). Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade e Servizos Sociais, 2000.
2. Simo Cruzet E, Urena Tapia MM, Vernet Vernet M, Sender Palacios MJ, Larrossa Saez P, Jovell Fernández E. Intervención del médico de familia en el diagnóstico del cáncer. *Aten Primaria* 2000;26:104-6.
3. Brotzman GL, Robertson RG. Role of the primary care physician after the diagnosis of cancer. The importance of the team approach. *Prim Care* 1998;25:401-6.
4. Black RJ, Bray F, Ferlay J, Parkin DM. Cancer incidence and mortality in the European Union: cancer registry data and estimates of national incidence for 1990. *Eur J Cancer* 1997;33:1075-107.
5. Berrino F, Sant M, Verdecchia A, Capocaccia R, Hakulinen T, Esteve J, editors. *Survival of cancer patients in Europe. The Eurocare study.* Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1995.

6. Pita Fernández S, Borbujo Martínez C, López-Docasar ME. Sobre el manejo de los pacientes con cáncer terminal. *Aten Primaria* 1995;15:125.

Variables familiares asociadas al incumplimiento de las citas programadas en pacientes con hipertensión arterial

Objetivo. El objetivo del presente estudio es cuantificar el grado de adhesión a las visitas de control de la hipertensión arterial (HTA) que presentan los pacientes y explorar qué variables sociofamiliares influyen en la asistencia a las mismas.

Diseño. Estudio observacional prospectivo con un seguimiento de un año.

Emplazamiento. Centro de Saúde Mariña-mansa-A Cuña de Ourense (Galicia).

Participantes. Se eligió a 236 pacientes hipertensos por muestreo aleatorio para un nivel de confianza del 95% y un poder estadístico del 80%.

Mediciones principales. Se recogió información sobre edad, sexo, diabetes, dislipemia, tabaco, alcohol, peso, actividad laboral, clase social, nivel cultural, estado civil, tipo de familia, función familiar, red social y apoyo social (medido a través del cuestionario de Duke-Unc-11¹). La asistencia a las citas de control de la HTA se calculó con el índice de cumplimiento del programa (número de citas acudidas/número de citas teóricas × 100). Los pacientes son citados cada tres meses. Se considera que el paciente es mal cumplidor cuando, después de dos intentos de contacto telefónico, acude a menos del 80% de los controles previstos.

Resultados. La edad media fue de 63,5 años (intervalo de confianza [IC] del 95%, 62,1-65,0%). Detectamos un 77,8% (IC del 95%, 70,9-83,4%) de familias normofuncionantes. El 30,2% (IC del 95%, 24,5-36,6%) de los pacientes hipertensos presentan una baja red social (0-1 contactos sociales). El bajo apoyo social percibido as-

Palabras clave: Hipertensión. Cumplimiento. Atención primaria.

TABLA 1. Resultados del análisis de regresión logística del incumplimiento de las citas de control de la hipertensión arterial

Variable	BETA	ES	OR	p	IC del 95%
Tipo de familia					
Nuclear/extensa	-	-	1	-	-
Otras*	1,35	0,44	3,87	0,002	1,62-9,21
Apoyo social afectivo					
Elevado	-	-	1	-	-
Bajo	1,15	0,57	3,16	0,04	1,03-9,70
Diabetes					
No	-	-	1	-	-
Sí	0,89	0,50	2,45	0,07	0,90-6,63
Constante	-2,62	0,33			

Para la construcción del modelo final de regresión también se exploraron las siguientes variables: edad, sexo, grado de hipertensión, consumo de tabaco, presencia de dislipemia, peso, consumo de alcohol y red social. BETA: coeficiente de regresión logística; ES: error estándar del coeficiente; OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confianza. *Otros tipos de familia: monoparental, binuclear, equivalentes familiares y personas sin familia.

ciende, en nuestra muestra, al 22% (IC del 95%, 16,9-27,9%).

Encontramos al final del estudio un 14,1% (IC del 95%, 10,1-20,1%) de mal cumplimiento de las visitas de control de la HTA. Al realizar el análisis bivalente observamos que una mala adhesión a las visitas concertadas de control de la HTA se asocia a tener una familia no nuclear (monoparental, binuclear, equivalente familiar o persona sin familia). El riesgo de abandono del programa de HTA es más alto en pacientes con estas características familiares, de tal modo que los pacientes hipertensos con familias no nucleares presentan 3,87 veces más posibilidades de no acudir a las citas de control de la HTA respecto de los individuos con familias nucleares. También observamos que existe una tendencia (aunque no alcanza la significación estadística) al hipocumplimiento en familias disfuncionales, diabéticos e hipertensos con bajo apoyo social.

Al construir el modelo multivariante de regresión logística, a la tipología familiar se le añade el apoyo social como variable asociada al mal cumplimiento de las visitas de control de la HTA con una *odds ratio* de 3,16 (IC del 95%, 1,03-9,70%) (tabla 1). La función familiar no se incluyó en el análisis multivariante por existir colinealidad con el tipo de familia. No se encontró significación estadística respecto del resto de variables estudiadas.

Discusión y conclusiones. Las características demográficas de la muestra estudiada son semejantes a la población hipertensa controlada en los equipos de atención primaria. Con respecto al porcentaje de mal cumplimiento de las visitas de control de la HTA que encontramos en nuestro estudio (14,5%), observamos que, aunque es similar a algunas series², presenta una cifra ligeramente inferior respecto de otras series de pacientes hipertensos publicadas en España donde el porcentaje oscila entre el 24 y el 38%^{3,4}.

En nuestro estudio observamos que los pacientes con familias no nucleares presentan un mayor riesgo de abandono del programa de control de la HTA. Tan sólo encontramos un trabajo en el que se analizase la tipología familiar en relación con la adhesión a las citas concertadas. En esta publicación⁵ sus autores coinciden con nosotros al observar que los pacientes que viven solos incumplen más la asistencia a las citas de control.

Ningún método es ideal para predecir qué paciente va a ser mal cumplidor de las citas programadas, pero al método señalado por Piñero et al⁶ se le podrían añadir las características familiares del paciente hipertenso para ayudar a identificar a los individuos de mayor riesgo de abandono del programa y concentrar en éstos las intervenciones educativas.

Agradecimientos. Este trabajo forma parte del proyecto de investigación de Fondo de Investigaciones Sanitarias del Ministerio de Sanidad y Consumo con el expediente 96/1480.

C. Menéndez Villalva^a, A. Montes Martínez^b, T. Gamarra Mondelo^c y A. Alonso Fachado^c

^aDoctor en Medicina. Médico de Familia. Centro de Saúde Mariñamansa-A Cuña. Ourense, España. ^bProfesor titular. Departamento de Medicina Preventiva e Saúde Pública. Facultade de Medicina de Santiago. Santiago de Compostela, España. ^cMédico de Familia. Centro de Saúde Mariñamansa-A Cuña. Ourense, España.

1. Bellón JA, Delgado A, De Dios J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-Unc-11. *Aten Primaria* 1996;18:153-63.
2. Kyngäs H, Lahdenperä T. Compliance of patients with hypertension and associated factors. *J Adv Nursing* 1999;29: 832-9.
3. Iturrioz P, Mariñelalarena E, Guillén P, Abad I, Garicano M, Arrieta M, et al. Evaluación del cumplimiento de la citación y del control de la tensión arterial en un grupo de hipertensos. *Aten Primaria* 1991;8:212-6.
4. Gil V, Martínez JL, Muñoz C, Alberola T, Belda J, Merino J. Estudio durante cuatro años de la observancia terapéutica de pacientes hipertensos. *Rev Clin Esp* 1993;193:351-6.
5. Orueta R, Gómez-Calcerrada M, Redondo S, Soto M, Alejandro G, López J. Factores relacionados con el incumplimiento a citas concertadas de un grupo de pacientes hipertensos. *Medifam* 2001; 11:140-6.
6. Piñero F, Gil V, Pastor R, Merino J. El incumplimiento de las citas programadas en los pacientes hipertensos: perfil del incumplidor. *Rev Clin Esp* 1998;198: 669-72.

Michel Foucault y el MIR

Sr. Director: Sólo por la atinadísima frase del (para mí) desconocido Dupont de Nemours recogida en el imprescindible *El nacimiento de la clínica*¹ de Foucault y que recuperan Pérez Franco y Turabián, merece la pena leer la carta en la que tratan de aclarar(me) qué son sus Servicios Funcionales de Medicina de Familia y Comunitaria en los Hospitales². Unas pocas frases llenas de diáfano sentido común que es di-

fácil de encontrar en nuestros relatos, repletos de números, significaciones estadísticas y evidencias.

Foucault no es tan sencillo, pero la penetración de su mirada, la belleza de su lenguaje recovecado y la atención que prestó al análisis de muchos de los tópicos médicos me sugiere proponer, a la luz de este recuerdo de Franco y Turabián, que bien podría ser Foucault materia de seminarios MIR. Su tesis doctoral, *Historia de la locura en la época clásica*³, fue un texto fundamental en los mentideros reformadores de la psiquiatría en los ochenta y desveló una nueva forma de mirar el fenómeno de la locura y su concepción histórica y social. En su siguiente libro, *El nacimiento de la clínica*¹, analizó la medicina de los siglos XVIII y XIX, caracterizada por la descripción pormenorizada de síntomas y signos, el florecimiento de las clasificaciones y la búsqueda, una vez que el cuerpo se abrió al ojo humano, de la correlación anatomoclínica. El magma sociopolítico de la época (la herida argelina o el aún mal comprendido mayo del 68) y sus preferencias sexuales, vividas dolorosamente hasta su definitiva militancia gay sin estridencias, orientaron su producción posterior al estudio del poder y de la sexualidad. Acuñó el concepto de «biopoder», de gran fecundidad heurística y extrañamente olvidado, definido como aquel conjunto de intervenciones y controles que, teniendo como sustrato el cuerpo humano y a la medicina como gran médium, detenta un papel fundamental en la penetración del poder (un concepto difuso, por otro lado) en las sociedades contemporáneas⁴. Proporcionó jugosas reflexiones sobre la medicalización y la crisis de la medicina⁵ en diálogo y confrontación con el hoy obviado Illich de *Némesis médica*. Su última obra, los tres breves tomos de la *Historia de la sexualidad*⁶, se adentra en el estudio de cómo se fueron condensando históricamente prescripciones, reglas y prácticas acerca del sexo. Por fin, no conviene dejar de lado sus aportaciones sobre la ética, en un momento en que la ética médica adquiere un *corpus* y una dirección unívoca, que olvida que no existe la ética sino las éticas, y que lo que hoy se plantea como *problema ético* ni monopoliza ni agota los verdaderos problemas éticos de la práctica médica contemporánea.

En fin, lo que no sé es qué pensaría Foucault sobre los Servicios Funcionales de Medicina de Familia en los Hospitales.

F. Miguel García

Coordinador de la Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria Valladolid Oeste. Gerencia de Atención Primaria. Valladolid. España.

1. Foucault M. El nacimiento de la clínica. Madrid: Siglo XXI, 1991.
2. Pérez Franco B, Turabián JL. Servicios funcionales de medicina de familia y comunitaria: la clave está en la «deshospitalización». *Aten Primaria* 2002;30:136.
3. Foucault M. Historia de la locura en la época clásica [2 vols.]. Madrid: FCE, 1976.
4. Foucault M. Microfísica del poder. Madrid: La Piqueta, 1979.
5. Foucault M. La vida de los hombres infames. Madrid: La Piqueta, 1990.
6. Foucault M. Historia de la sexualidad [3 vols.]. Madrid: Siglo XXI, 1987.

Más de tabaquismo

Sr. Director: Sobre el interesante y completo trabajo realizado por Torrecilla et al¹ y sobre el editorial que le sigue², queremos felicitar a los autores y hacer los siguientes comentarios.

En relación con los resultados que presentan, el porcentaje de fumadores que abandonó el tabaco es muy similar en el ámbito de atención primaria (AP) y en el de la especializada. Cabría obtener mayor porcentaje de abandonos, a igual calidad de intervención, en esta última. Ello se debe a que entre los motivos para dejar de fumar están, en primer lugar, motivos de salud³. Los pacientes de la consulta de neumología, como era de esperar, presentan patología dos veces más que los de AP. Esto nos demuestra la mayor eficacia del abordaje del tabaquismo en AP. Aunque no se debe perder ninguna oportunidad para el tratamiento del tabaquismo y debe realizarse en ambos niveles asistenciales, el seguimiento,

tan importante para conseguir buenos resultados, parece más oportuno hacerlo en AP, sobre todo por razones de accesibilidad. Estamos de acuerdo en que el tratamiento farmacológico debe hacerse en ambos niveles asistenciales, como en cualquier otra patología, siempre que se conozcan bien los medicamentos. Pensar que el tratamiento farmacológico sólo se haría en la especializada sería como pensar que el paciente hipertenso que no se controla con dieta hiposódica debería ser remitido a una unidad de hipertensión.

Respecto a si debe llamarse intervención mínima o breve, creemos que ambas definiciones pueden ser incompletas; nosotros preferimos intervención básica (consejo breve, claro, sistemático y personalizado) e intervención farmacológica (sustitutos de la nicotina o bupropión) cuando éstos son necesarios.

La prevención y el tratamiento del tabaquismo constituyen la actividad preventiva más eficiente. Sin embargo, se realizan todavía de forma esporádica. Las causas, como siempre, son muy variadas (excesiva burocratización de las consultas, falta de tiempo, escasa formación de los profesionales, falta de motivación, etc.), como ya apuntan los autores.

La actuación sobre el tabaquismo debería implementarse paulatinamente dentro de la cartera de servicios de AP. Es cierto que puede haber profesionales que desconozcan cómo realizar esta actividad, por la todavía insuficiente formación en este campo. Es una oportunidad para que se incluya dentro de la formación continuada. En el curso 2001-2002 de la Facultad de Medicina de Valladolid, en la asignatura optativa de AP, hemos introducido un seminario que incluye prevención y tratamiento del tabaquismo.

Se aducen problemas de tiempo, un factor muy importante en AP, sin darnos cuenta de la cantidad del mismo que gastamos en otras actividades mucho menos eficientes, o en la medicalización que actualmente vivimos y que día a día va aumentando a un ritmo que puede llegar a hacerse insostenible. Deberíamos priorizar la actuación sobre el tabaquismo frente a otras actividades de dudosa eficacia.

Se desconoce la legislación o, si se conoce, no se cumple ni se hace cumplir. El Minis-

Palabras clave: Tabaco. Deshabitación. Formación.

terio de Sanidad y las comunidades autónomas tienen un importante papel sobre el tema. ¿Llegará el plan nacional para combatir y prevenir el tabaquismo que la anterior ministra quería poner en marcha? Vivir para ver.

P. García Ortega, R.N. Pérez Martín, M. Herrero Baladrón y M. Carrascal Martín

Centro de Salud Sur Valladolid. España.

1. Torrecilla García M, Barrueco M, Made-ruelo JA, Jiménez Ruiz C, Plaza Martín MD, Hernández Mezquita MA. El abordaje del tabaquismo en atención primaria y especializada, una oportunidad real y una necesidad de Salud Pública. *Aten Primaria* 2002;30:197-204.
2. Córdoba García R. La educación sanitaria de las enfermedades crónicas en Atención Primaria. *Aten Primaria* 2002; 30:205-6.
3. Marín Tuyá D. Tratamiento no farmacológico del tabaquismo. *Psiquiatría y Atención Primaria* 2001;(Supl I):21-8.

Respuesta de los autores

Sr. Director: En respuesta a la carta de García Ortega et al, en primer lugar deseamos agradecerle el interés mostrado en la misma y el apoyo que con sus comentarios brinda para que el abordaje del tabaquismo sea una realidad en la actividad diaria de los centros de salud, y en segundo lugar permítasenos parafrasear a D. Antonio Machado: *... caminante no hay camino, se hace camino al andar.*

El abordaje del tabaquismo, como ya exponíamos en nuestro artículo¹, y bien apuntan García Ortega et al, no es una actividad de una consulta especializada o, mejor dicho, si lo es, de igual forma que lo es en la consulta de atención primaria. No existen diferencias y tendría que dar igual que el fumador estuviese en una consulta de neumología, cardiología o de medicina de familia para que fuera atendido correctamente y profesionalmente su problema de salud, que a la postre es lo que es en realidad su adicción al tabaco; pero sin olvidar que, dadas las características intrínsecas de la actividad asistencial

ofrecida en atención primaria (accesibilidad, cobertura y presentar una atención integral, integrada, continuada y permanente), permite un mejor y más intenso seguimiento del proceso de deshabitación tabáquica. Sin embargo, a pesar de lo comentado, la eficacia de la intervención no vendrá dada por el nivel asistencial donde se lleve a cabo la intervención y sí por el tipo de intervención realizada, metodología empleada e interés del profesional que realice la intervención, y no olvidemos que, a pesar de que la hipertensión es una enfermedad asumida y tratada en atención primaria, también existen unidades especializadas en el tratamiento de dicha enfermedad para aquellos casos recalcitrantes y de difícil control terapéutico, pese a que se realice un tratamiento correcto². Por desgracia, todavía no es usual la existencia de unidades especializadas en el tratamiento del tabaquismo, unidades que deberían estar dirigidas por un profesional (aunque sea obvio decirlo) especializado en el tratamiento del tabaquismo, independientemente de su condición previa de neumólogo, cardiólogo o médico de familia, por citar sólo tres especialidades médicas, y a la que se debería remitir a aquellos enfermos que por sus características así se considerase oportuno, tanto desde una consulta especializada (de neumología, de cardiología, etc.) o de atención primaria. Hablar de distintos especialistas en relación con el abordaje del tabaquismo y de quién es más propio que lo realice sólo refleja que dicha actividad no está siendo asumida por los profesionales sanitarios que tienen que asumirla, es decir, todos. Pero «se está haciendo el camino» y se está empezando a tomar conciencia del problema. Recientemente varias sociedades científicas se han sentado para trabajar conjuntamente, olvidándose de la condición previa de sus miembros (la de ser médico especialista en...), con el objetivo de establecer unas normas o consejos básicos en el abordaje diagnóstico inicial del paciente fumador; normas que han quedado recogidas en un documento de consenso publicado en distintas revistas científicas³⁻⁶: *Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador. Documento de consenso.*

También estamos de acuerdo con García Ortega et al en la confusa utilización de alguno de los términos relacionados con el abordaje terapéutico del tabaquismo. Muchas veces en el concepto de intervención mínima se incluyen actividades que pueden quedar incluidas en intervenciones más avanzadas. Por ello, nosotros abogamos por el término de intervención mínima sistematizada para diferenciarla del consejo médico aislado y realizado de forma puntual, y de las intervenciones en las que se aplican medidas farmacológicas, aunque bien pudiera echarse mano de estas últimas en algún momento del seguimiento, a partir del cual se estaría pasando a otro tipo de intervención.

La intervención mínima sistematizada, al menos como nosotros la entendemos, sería aquella intervención no farmacológica que consiste en el ofrecimiento de un consejo médico breve, serio, firme y personalizado, acompañado de la entrega de material escrito de apoyo, ayuda psicológica para aumentar la autoeficacia del fumador y, por tanto, de la propia intervención, y programación de un seguimiento, seguimiento que se vería reforzado en cualquier consulta que el fumador, en este caso nuestro paciente, realizase por cualquier otro motivo. Como no podía ser de otra forma, también estamos de acuerdo con García Ortega et al en que el tabaquismo debería incluirse dentro de las actividades de la cartera de servicios de atención primaria, y de hecho nos consta que hay gerencias que ya lo han hecho⁷ y esperamos que el ejemplo de éstas se extienda a las demás. Será la manera de que el abordaje del tabaquismo deje de ser una actividad excepcional en la actividad asistencial del médico de familia.

Nos alegra conocer que dentro del currículo de la licenciatura de medicina de la Facultad de Medicina de Valladolid se vaya incluyendo el abordaje del tabaquismo, seguramente debido al esfuerzo y concienciación de compañeros que, como García Ortega et al, consideran que el tabaquismo es un auténtico problema de salud y como tal debe tratarse.

Una vez más agradecemos la oportunidad que se nos ofrece al contestar esta interesante carta para reafirmar el interés y la preocupación que compartimos con García Ortega et al sobre un problema que no en

vano ha sido catalogado como la gran epidemia del siglo XXI.

M. Torrecilla García^a, M. Barrueco Ferrero^b, D. Plaza Martín^a y M.A. Hernández Mezquita^a

^aCentro de Salud de San Juan. Salamanca. España. ^bServicio de Neumología del Hospital Universitario de Salamanca. España.

1. Torrecilla García M, Barrueco M, Made-ruelo JA, Jiménez Ruiz CA, Plaza Martín MD, Hernández Mezquita MA. El abordaje del tabaquismo en atención primaria y especializada, una oportunidad real y una necesidad de salud pública. *Aten Primaria* 2002;30:197-206.
2. Jiménez Ruiz CA, Solano S, Barrueco M, De Granda JI, Lorza JJ, Alonso S, et al. Recomendaciones para la organización y funcionamiento de las unidades especializadas en tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2001;37:382-7.
3. Torrecilla García M, Domínguez Grandal F, Torres Lana A, Cabezas Peña C, Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador. Documento de consenso. *Aten Primaria* 2002;30:310-7.
4. Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, De Granda Orive I, Torrecilla García M, Domínguez Grandal F, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador. Documento de consenso. *SEMERGEN* 2002;28:429-35.
5. Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Torrecilla García M, Domínguez Grandal F, Díaz-Maroto Muñoz JL, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador. Documento de consenso. *Prev Tab* 2002;4:147-55.
6. Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Torrecilla García M, Domínguez Grandal F, Díaz-Maroto Muñoz JL, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador. Documento de consenso. *Arch Bronconeumol* 2003;39(1):35-41.
7. Alonso Fernández M. A propósito del abordaje del tabaquismo y la cartera de servicios. *Aten Primaria* 2001;28:510-4.