

Efectividad de los métodos no farmacológicos para la deshabituación tabáquica en atención primaria

B. Sanz Pozo^a, J. de Miguel Díaz^b, M. Aragón Blanco^c, A.I. González González^d, M. Cortes Catalán^e e I. Vázquez^f

Objetivo. Determinar la efectividad de un programa de consejo antitabaco intensivo sistemático frente al consejo antitabaco breve.

Diseño. Ensayo clínico controlado y aleatorizado.

Emplazamiento. Consultas de medicina y enfermería de atención primaria de un centro de salud urbano de Getafe.

Participantes. Fumadores que demandan asistencia por cualquier motivo en las consultas de medicina durante el período de captación y que, cumpliendo los criterios de inclusión, quieran participar en el estudio. Los criterios de inclusión son: edad igual o superior a 18 años, personas que han fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos y motivación alta (puntuación del test de Richmond mayor de 7).

Intervención. Los pacientes captados por cada médico, que en total son 110, se incluirán, según la consulta de la que procedan, en el grupo control (consejo breve) o en el grupo intervención (consejo intensivo). Para los pacientes del grupo intervención se programarán visitas de seguimiento hasta completar 6 meses desde la deshabituación. A los miembros de ambos grupos se les llamará por teléfono al año para preguntarles si siguen fumando.

Mediciones principales. Abstinencia a los 12 meses.

Mediciones secundarias. *a)* Registradas al inicio (datos personales, antecedentes médicos y antecedentes tabáquicos), y *b)* registradas en las visitas (abstinencia, fecha de inicio de abandono y síntomas del síndrome de abstinencia).

Discusión. El estudio definirá el papel de los profesionales de enfermería en la deshabituación tabáquica y ayudará a definir la efectividad de los métodos no farmacológicos en ésta.

Palabras clave: Consejo. Deshabituación tabáquica. Atención primaria. Enfermería. Medicina.

EFFECTIVENESS OF NON-PHARMACOLOGICAL PRIMARY CARE METHODS FOR GIVING UP TOBACCO DEPENDENCY

Objective. To determine the effectiveness of a systematic and intensive programme of tobacco counselling, as against brief anti-tobacco counselling.

Design. Controlled and randomised clinical trial.

Setting. Primary care medical and nursing clinics at an urban Health Centre in Getafe.

Participants. Smokers who request health care at the medical clinics for any reason during the recruitment period, who satisfy the inclusion criteria and who want to take part in the study. The inclusion criteria are: 18 years old or more, people who have smoked daily during the previous month any amount of cigarettes, and high motivation (score over 7 on the Richmond test).

Intervention. The 110 patients recruited by each doctor will be included, depending on the clinic they come from, in the control group (brief counselling) or the intervention group (intensive counselling). For the patients in the intervention group, monitoring visits will be programmed for 6 months after giving up. Both groups will be called by phone after a year to see if they are still smoking.

Main measurements. Abstinence at 12 months.

Secondary measurements. *a)* Recorded at the start: personal details, medical history and smoking history; *b)* recorded at the consultations: abstinence, date of first giving up and symptoms of withdrawal syndrome.

Discussion. The study will define the role of nursing professionals in taking patients off tobacco and will help define the effectiveness of non-medical methods to achieve this.

Key words: Counselling. Giving up tobacco. Primary care. Nursing. Medicine.

^aEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Greco. Área 10 de Madrid. Getafe (Madrid). España.

^bDoctor en Medicina, especialista en Neumología. Experto universitario en Tabaquismo. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

^cEspecialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Profesora asociada de la Unidad de Medicina Preventiva del Departamento de Ciencias de la salud. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid. España.

^dEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Responsable de Servicios Sanitarios. Gerencia Área 10 de Madrid. Madrid. España.

^eMédico general. Centro de Salud El Greco. Área 10 de Madrid. Getafe (Madrid). España.

^fMédico general. Centro de Salud El Greco. Área 10 de Madrid. Getafe (Madrid). España.

Correspondencia:
Blanca Sanz Pozo.
Centro de Salud Greco.
Avda. Reyes Católicos, s/n.
28904 Getafe (Madrid).
España.
Correo electrónico:
bsanzpozo@hotmail.com

Manuscrito recibido el 23 de abril de 2003.
Manuscrito aceptado para su publicación el 16 de junio de 2003.

Introducción

El consumo de tabaco es la primera causa de morbilidad prevenible en los países desarrollados¹. Cada año mueren en nuestro país 56.000 personas a causa del consumo de tabaco¹, cuya prevalencia es, según la Encuesta Nacional de Salud de 2001, del 34%². Es un problema sanitario que las autoridades están abordando con la aprobación del nuevo Plan Nacional para la Prevención del Tabaquismo (2003-2007), lo que supondrá que un mayor número de fumadores solicitará atención médica para dejar de fumar. Es fundamental que se pueda disponer de un dispositivo asistencial adecuado a esta demanda.

Con este estudio queremos determinar la efectividad de los métodos no farmacológicos realizados en atención primaria (AP), siguiendo el clásico estudio realizado por Rusell et al³. De acuerdo con estos autores, una de las formas de disminuir el tabaquismo, desde una perspectiva de salud pública, es conseguir que el diagnóstico y el tratamiento de los fumadores sea aceptado como una responsabilidad por los profesionales de AP.

Existen varios niveles posibles de intervención adaptados al proceso y las características de cada fumador. Hemos optado por comparar métodos no farmacológicos por dos razones: para garantizar que todas las personas, con independencia de su condición socioeconómica, puedan acceder a la deshabituación tabáquica (de momento los fármacos no están financiados por la Seguridad Social), y porque de esta manera el seguimiento lo puede realizar completamente el personal de enfermería.

El consejo breve es la mínima intervención que debe administrarse a todos los pacientes. Es de sobra conocido que su realización por parte de los médicos de AP podría conseguir la cesación de un 6% de los fumadores al año⁴. Sin embargo, no está claro si las intervenciones más extensas con más gasto de recursos (personal, tiempo) producen tasas de abstinencia significativamente superiores y, por tanto, susceptibles de realizarse. Éste es el objetivo del presente estudio. Si así fuera, podría proponerse el consejo intensivo realizado por profesionales de enfermería como una muy buena estrategia para la deshabituación tabáquica en nuestro país⁵.

Objetivos

Principal. Determinar la efectividad de un programa de consejo antitabaco intensivo sistemático.

Secundarios: a) comparar la efectividad del consejo antitabaco intensivo frente al consejo antitabaco breve, y b) analizar las características de los pacientes que dejan de fumar (antecedentes médicos, antecedentes tabáquicos y puntuación del test de Richmond⁶ y Fagerström⁷) por si se pudieran determinar los factores pronósticos de éxito o de fracaso en cada intervención.

Material y métodos

Diseño del estudio

Ensayo clínico controlado y aleatorizado realizado entre febrero de 2002 y junio de 2003.

Emplazamiento

El estudio se realiza en un centro de salud urbano de Getafe (Madrid), en el que trabaja el equipo de atención primaria Greco II, que atiende a una población aproximada de 10.462 personas. El personal sanitario en plantilla orgánica son 6 médicos, un pediatra y 7 enfermeras.

Participantes

La población diana es la compuesta por los fumadores que demandan asistencia por cualquier motivo en nuestro centro de salud durante el período de captación (que se inicia en febrero de 2002 y que acaba cuando se completa el tamaño muestral, que correspondió a junio de 2003) en las consultas de medicina.

Los criterios de inclusión son: edad entre 18 y 65 años, personas que han fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos y motivación alta (puntuación en el test de Richmond mayor de 7).

Los criterios de exclusión son: pacientes en estado terminal, deficiencia mental o patología psiquiátrica grave, adicción a otras drogas, demanda de tratamiento farmacológico para la deshabituación tabáquica (terapia sustitutiva con nicotina o bupropión) y la negativa del paciente a participar en el estudio.

Los criterios de salida del estudio son: incumplimiento de las visitas de seguimiento (la primera vez que falten a una visita se les localizará y recordará de forma telefónica; si faltan otras veces, ya no se les localizará y se consideraran fumadores) y seguir fumando a pesar de estar ya en la segunda visita después del cese teórico.

Intervención

Se selecciona a los fumadores que cumplían los criterios de inclusión y acudieron a la consulta de medicina. La imposibilidad de incluir en días de consultas saturadas por alta demanda a todos los pacientes que cumplen los criterios de inclusión hace que se establezcan unos límites diarios en función de dicha demanda⁸: si ésta es inferior a 20 pacientes, se incorporan al estudio todos los fumadores; si oscila entre 20 y 30, se fija un máximo de 2 fumadores a incluir en el estudio; si hay más de 30 citas, se incluye sólo un fumador.

Para minimizar los sesgos de selección se pasará el formulario con los criterios de inclusión/exclusión de forma consecutiva, eligiendo siempre al primer paciente que cumpla los requisitos. Si los cumple, se le explicará en qué consiste el estudio, y si acepta participar, se le pedirá su consentimiento de forma verbal y, según su médico, se le asignará al grupo control (GC) o grupo intervención (GI). Se han aleatorizado los médicos y 3 de ellos forman parte del GI, al que pertenecen los pacientes que captan a ese grupo; los otros 3 médicos pertenecen al GC e, igualmente, los pacientes captados por ellos corresponden a este grupo.

Posteriormente, se le pasará un cuestionario previamente aprobado, para la medición de las variables registradas al inicio (tabla 1). El consejo y el seguimiento serán, en lo posible, iguales para todos los grupos. Para ello, se realizarán dos sesiones con todos los profesionales sanitarios que vayan a participar en el estudio con el fin de homogeneizar su contenido y duración, y minimizar las diferencias de interpretación para tener la mayor validez posible.

TABLA 1

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Datos personales |
| Edad |
| Sexo |
| Teléfono de contacto |
| Profesión |
| Antecedentes médicos |
| Asma-enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) |
| Factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes, dislipemias, enfermedad vascular periférica, obesidad) |
| Neoplasia pulmón-otras (especificar) |
| Embarazo |
| Otros: especificar |
| Antecedentes tabáquicos |
| N.º de cigarrillos/día |
| Duración consumo (años) |
| Cantidad de nicotina del tabaco utilizado |
| N.º de intentos fallidos de deshabituación |
| Método utilizado (si la respuesta anterior es afirmativa) |
| Puntuación del test de Richmond y Fagerström |

Grupo control

A los pacientes del GC se les proporcionará un consejo breve. El consejo será individualizado: verbal, directo, de 3 a 5 min de duración, eminentemente positivo, y en el que se resaltarán las ventajas de convertirse en ex fumador⁹. El consejo se reforzará mediante la entrega al paciente de un folleto de apoyo, para que sea leído en el domicilio. Estas hojas serán las mismas en todos los grupos y estarán ajustados a las recomendaciones de la Sociedad Española de Medicina de Familia (tablas 2 y 3)¹⁰. Se abandona el tema en ese punto, a fin de no dar pie a un consejo encubierto.

Grupo intervención

Con los pacientes del GI se procede a completar el estudio y se les cita en consulta programada, a ser posible, en el plazo de una semana.

En la primera visita concertada se comenzará con el programa diseñado de deshabituación tabáquica para el GI: se refuerza el consejo breve dado en la primera visita, pero se insta a fijar una fecha para el abandono del hábito.

Las visitas concertadas sucesivas se realizarán con el objetivo de reforzar positivamente la decisión del GI, siguiendo el esquema presentado en la figura 1, hasta completar los 6 meses de deshabituación. Se recogerá en cada visita la variable abstinencia, y si la hubo, la fecha de inicio y los síntomas del síndrome de abstinencia.

Mediante una encuesta telefónica a los 12 meses de la captación en el GC y 12 meses después de la fecha fijada para el abandono en el GI, se evaluará como éxito a los ex fumadores (considerando a los pacientes que manifiestan no fumar a los 12 meses del consejo). En esta encuesta se recogerán distintas variables que posteriormente se definirán.

A los pacientes que no fumen se les citará para confirmación con la medición del CO en aire espirado.

TABLA 2 Consejos para dejar de fumar: los días previos al abandono

| |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Compromisos |
| Anunciar a sus familiares y amigos que va a dejar de fumar |
| Realizar una lista con los motivos que tiene para dejar de fumar (llévala en el paquete de tabaco y léala cada vez que vaya a encender uno) |
| Fijar una fecha a partir de la cual dejará de fumar. Es preferible que sea un día en el cual esté tranquilo y no tenga compromisos sociales. La fecha será inamovible |
| Apóyese en amigos que no fuman o que inicien la deshabituación al mismo tiempo |
| Establecer un acuerdo con un familiar o amigo con el que se comprometa a dejar de fumar |
| Pequeños consejos |
| Lleve un registro de los cigarrillos que fuma, cuánto y cuándo los disfruta |
| Coloque el tabaco en lugares poco accesibles |
| No compre tabaco hasta que se haya fumado el último cigarro del anterior paquete |
| No comprar dos cajetillas seguidas de la misma marca. Si es posible con filtro |
| Imponerse horarios para no fumar (p. ej., no fumar en horas pares) |
| Desde que aparece el impulso de fumar, hasta que fume, espere 1 o 2 min. Realizar 3 o 4 inspiraciones profundas y pensar si realmente lo necesita |
| No tragarse el humo |
| Retirar el cigarrillo de la boca entre calada y calada |
| Fumar con la mano contraria a la que lo hace habitualmente |
| Tirar las colillas cada vez más largas |
| Dieta |
| Hacer comidas pequeñas y frecuentes (5-6 comidas al día) |
| Beber abundantes líquidos, en especial zumos ricos en vitamina C |
| Aumentar el consumo de alimentos ricos en fibras |
| Tomar alimentos ricos en vitamina B (pan integral, cereales y arroz integral) |
| Ejercicio |
| Pasear al aire libre |

Tamaño muestral

El tamaño muestral se calcula para un contraste unilateral, con un intervalo de confianza del 95% y una potencia del 80%, a fin de detectar una diferencia del 16,5%, que es la que existe, según Schwart⁴, entre el consejo intensivo (un 22,5% de abstinencia al año) y el consejo breve (un 6% de abstinencia al año). El número de pacientes requerido es de 55 en el GI y de 55 en el GC, con un total de 110.

Variables principales

Mediciones principales: abstinencia a los 12 meses (la abstinencia se determina por testimonio personal directo) y se confirmará con medición CO en aire espirado.

Mediciones secundarias:

– Registradas al inicio: datos personales (edad, sexo y profesión); antecedentes médicos (asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, factores de riesgo cardiovascular [hipertensión, diabetes, dislipemias, enfermedad vascular periférica, obesidad], neoplasia

TABLA 3

| |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Al levantarse |
| Piense que nunca volverá a fumar |
| Levántese media hora antes de lo habitual, sin prisas |
| Dúchese con agua caliente, terminando con agua fría (le ayudará a relajarse) |
| Al levantarse cepílese los dientes con una pasta de sabor intenso |
| Arréglese más de lo habitual. Hoy deberá sentirse bien consigo mismo |
| Desayuno nutritivo para calmar los nervios |
| 2. El ambiente |
| Ventilar muy bien la casa. Poner ambientadores |
| Haga copias de su lista de razones para dejar de fumar y colóquela en lugares visibles |
| Retire todos los objetos relacionados con el tabaco |
| Revise sus registros. Vea en qué momentos disfruta más. Ésas serán las situaciones más difíciles |
| 3. Actividades |
| Realice un ejercicio moderado (p. ej., ir al trabajo andando) |
| Planee un día para estar plenamente ocupado (deportes, paseo, <i>hobby</i> olvidado...) |
| Tenga sus manos ocupadas con objetos (p. ej., llaves, bolígrafos, una pequeña pelota de goma...) |
| 4. Cambiar hábitos |
| Elimine provisionalmente las bebidas alcohólicas y cualquier bebida que suele acompañar el consumo del tabaco (café) |
| Evite los lugares donde el consumo de tabaco suele ser habitual (cafetería...) |
| Vaya a algún lugar donde esté prohibido fumar (cine, teatro...) |
| 5. Felicidades. Lo está consiguiendo |
| En un calendario vaya marcando los días que lleva sin fumar |
| Celébrelo periódicamente. Hágase pequeños regalos cada poco tiempo con el dinero que gastaba en tabaco. Después puede ir espaciándolos y cómprese cosas de más valor |
| Cada noche, al acostarse, felicítese. Lo está consiguiendo |
| No se exija demasiado a sí mismo estos días. Mantenerse sin fumar es ya un éxito |
| 6. Recaídas |
| Cuando los deseos de fumar sean irresistibles consulte las hojas de consejos |
| Piense que si fuma todo su esfuerzo no ha servido para nada |
| Si se ha fumado un cigarrillo, piense qué le motivó a hacerlo. Esto le servirá para evitarlo en el futuro |
| Solicite ayuda y apoyo a los que le rodean |

sias, embarazo, otros antecedentes médicos); antecedentes tabáquicos (número de cigarrillos al día, duración del consumo, cantidad de nicotina del tabaco utilizado, intentos fallidos de deshabituación [número y método utilizado] y puntuación de distintos tests [Richmond, Fagerström]).

- Registradas en las visitas: abstinencia; si la hubo, la fecha de inicio y los síntomas del síndrome de abstinencia (forma cualitativa [deseo de fumar, humor depresivo, nerviosismo, insomnio, dificultad de concentración, aumento de apetito, otros]).
- Registrada en la llamada telefónica a los 12 meses: si hubo abstinencia, se registran los siguientes datos: fecha de inicio, motivo

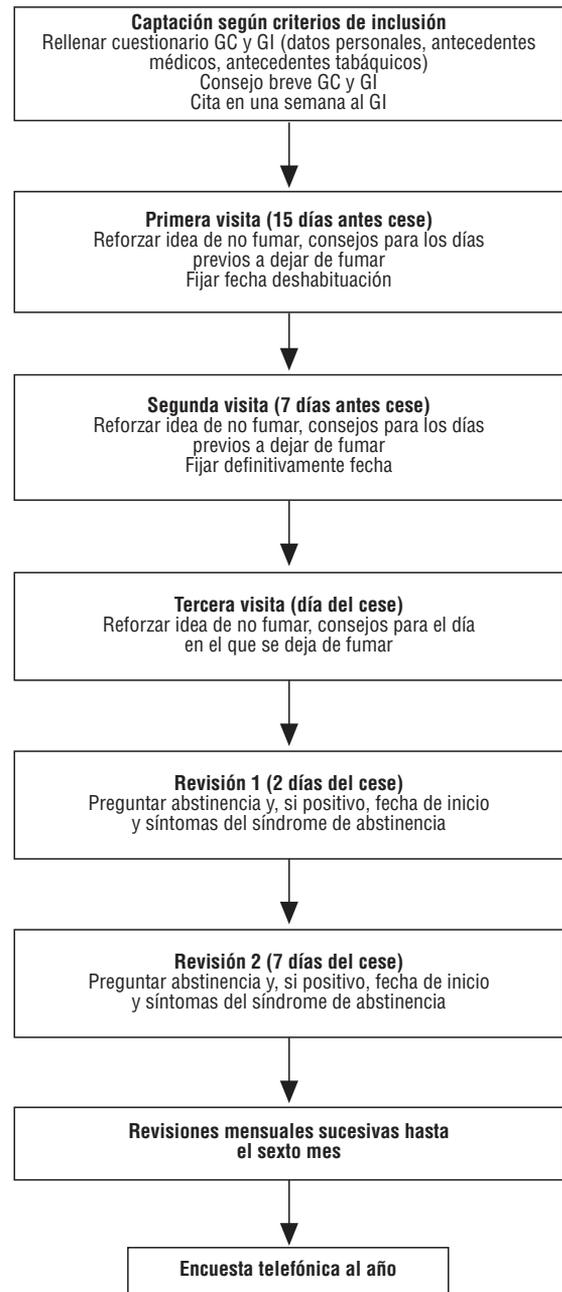


FIGURA 1

de la decisión de dejar el tabaco; si el paciente continúa fumando, se registran los intentos fallidos de abandono del hábito, su duración y el número de cigarrillos diarios en ese momento.

Estrategia de análisis

Para el análisis estadístico de los datos cualitativos se aplicará la prueba de la χ^2 de Pearson, con corrección de Yates, calculando las diferencias de proporciones; para las variables cuantitativas se utilizará la

prueba de la *t* de Student. Para valorar la eficacia de la intervención se calculará el riesgo relativo (RR), la reducción del riesgo absoluto (RRA), la reducción del riesgo relativo (RRR) y el número de pacientes que será necesario tratar para conseguir un resultado positivo (NNT) con sus intervalos de confianza del 95%. En todos los casos se realiza un análisis por intención de tratamiento.

Discusión

Limitaciones del diseño

Es difícil generalizar los resultados de este estudio, debido a la obtención de la muestra y a su representatividad. En primer lugar, debido a que se realiza en un único centro de salud de un pueblo concreto, con unas determinadas características sociodemográficas. Para intentar subsanar esta limitación, cabe reseñar que aunque en la dependencia al tabaco exista un componente psicológico-conductual, que puede ser valorado por el test de Glover-Nilson¹¹, el componente más importante es la dependencia física relacionada, sobre todo, con la cantidad de cigarrillos consumidos, independientemente de las características de la población. En segundo lugar, no todos los pacientes fumadores acuden a la consulta de AP, motivo por el cual pretendíamos determinar la efectividad de las intervenciones no farmacológicas en AP¹². En tercer lugar, el análisis se realiza por intención de tratamiento, considerando a los pacientes que no acuden a las visitas como no fumadores¹³. Hay un sesgo de selección al incluir dependiendo del volumen de demanda a un número determinado de pacientes. Sin embargo, pensamos que de esa manera puede garantizarse mejor el reclutamiento de los pacientes dada la excesiva presión asistencial que, en ocasiones, tienen los equipos de atención primaria.

Aplicabilidad e interés de los resultados

Existen numerosas guías terapéuticas nacionales^{1,9,14} e internacionales^{15,16} que tratan de optimizar los resultados de la intervención médica sobre los fumadores. Pero existen pocos estudios en nuestro país que intenten definir el papel de los profesionales de enfermería en la deshabituación tabáquica. Por ello se planteó este proyecto, que proporcionará información útil para la planificación y el desarrollo del servicio 319 de la Cartera de Servicios, denominado «deshabituación tabáquica», implantado recientemente en nuestro país.

Bibliografía

1. Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Torrecilla García M, Domínguez Grandal F, Díaz Maroto Muñoz JL, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. Arch Bronconeumol 2003;39:35-41.
2. Encuesta Nacional de Salud. Dirección General de Salud Pública. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001.
3. Russell MA, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioner's advice against smoking. Br Med J 1979;2:231-5.
4. Schawrtz JL. Methods of smoking cessation. Med Clin North Am 1992;76:451-76.
5. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. The Cochrane Library. Issue 4. Oxford: Update Software, 2002.
6. Richmond RL, Kehoe LA, Webster JW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. Addiction 1993;88:1127-35.
7. Fagerström KO, Scheneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström tolerance nicotine questionnaire. J Behav Med 1989;12:159-82.
8. Comas A, Suárez R, López ML, Cueto A. Efectividad a largo plazo del consejo antitabaco en atención primaria: el proceso de recaída. Rev Esp Salud Pública 1996;70:283-93.
9. Jiménez Ruiz CA, Solano S, González Vega JM, Ruiz M, Flórez S, Ramos A, et al. Normativa sobre tratamiento del tabaquismo. Arch Bronconeumol 1999;335:499-506.
10. Guía para ayudar a la gente a dejar de fumar. Programa de actividades preventivas y promoción de la salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y comunitaria. Disponible en: <http://www.almirallprodesfarma.com/quies/g3.html>
11. Torrecilla García M, Barrueco Ferrero M, Jiménez Ruiz CA, Hernández Mezquita MA, Plaza Martín MD, González Bustos M. Ayudar al fumador. Tratar el tabaquismo. Medifam 2001; 11:194-206.
12. Badia X. La investigación de resultados en salud. 1.ª ed. Barcelona: Edimac, 2000.
13. Jorenby D, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AT, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. N Engl J Med 1999;340:685-91.
14. Jiménez Ruiz CA, Ayesta J, Planchuelo MA, Abengoza R, Torrecilla M, Quinta AM, et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET) sobre el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Prev Tabac 2001;3:78-85.
15. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. Thorax 1998;53(Suppl 5):1-19.
16. US Public Health Service Report. A clinical practice guidelines for treating tobacco use and dependence. JAMA 2000;283:3244-54.