

Síndrome de Brugada. A propósito de un caso

Introducción. En 1992, Brugada y Brugada describieron un síndrome caracterizado por episodios de síncope y muerte súbita en pacientes sin cardiopatía estructural, con patrón electrocardiográfico de bloqueo de rama derecha y elevación del segmento ST en las derivaciones precordiales V1 a V3¹. Se han identificado 3 mutaciones del cromosoma 3 que afectan a la función del canal de sodio cardíaco y causan la presentación de trastornos de conducción, con periodos refractarios ventriculares heterogéneos, que facilitan la aparición de arritmias. El electrocardiograma (ECG) puede verse modulado por cambios autonómicos o la administración de antiarrítmicos, y en ocasiones es difícil su diagnóstico debido a la existencia de formas intermitentes u ocultas del síndrome². Causa un 50% de las muertes súbitas anuales en pacientes jóvenes con corazón normal². Actualmente su tratamiento consiste en la implantación de un desfibrilador.

Caso clínico. Varón de 21 años, sin alergias medicamentosas, hábitos tóxicos, ni antecedentes patológicos de interés. El paciente refiere padre con hipertrofia ventricular y hermano y tío paterno muertos a los 18 años de muerte súbita. El paciente acude a urgencias por fiebre de 39 °C, náuseas y palpitaciones. En la exploración destaca: tensión arterial, 140/70 mmHg; frecuencia cardíaca, 104 lat/min y frecuencia respiratoria, 20 resp/min. La auscultación revela soplo sistólico 2/6 mesocárdico, y el resto de la exploración es normal. Se solicita analítica (hemograma, bioquímica y estudio tiroideo), que es normal. El ECG muestra bloqueo incompleto de rama derecha con elevación del segmento ST en precordiales derechas de V1 a V2 (fig. 1). El paciente se deriva al servicio de cardiología donde, después de practicarle una inducción con ajmalina, se le diagnostica el síndrome y se le implanta un desfibrilador.

Discusión y conclusiones. En el síndrome de Brugada se han descrito 2 morfologías del segmento ST en precordiales derechas: una convexa (*coved*) y otra en forma de silla de montar (*saddle-back*)². La primera se asocia a un fuerte potencial arritmógeno y la segunda a un curso crónico. En nuestro caso observamos la alternancia de las 2 morfo-

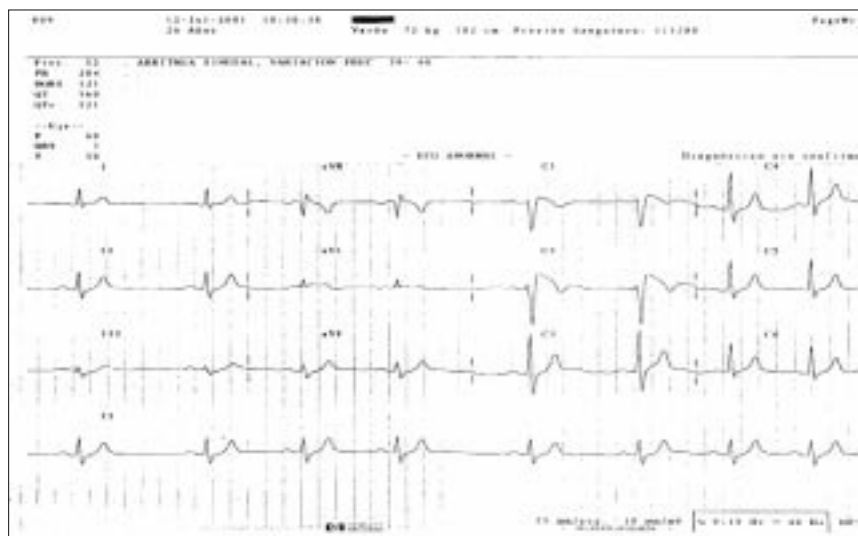


Figura 1.

gías. Al revisar la historia del paciente hallamos un ECG, practicado en 1992, cuando aún no se había descrito el síndrome, con morfología tipo *saddle-back*; otro ECG practicado en 1994 era normal, mientras que el último ECG presentaba una morfología de tipo *coved*. Este caso demuestra el carácter dinámico de los cambios del ECG, mostrando a veces patrones poco evidentes del síndrome que pueden confundir el diagnóstico. En muchos casos publicados del síndrome, las arritmias se presentan en reposo o durante el sueño, sugiriendo una causa bradicardia-dependiente. La hipótesis de que el bloqueo simpático y la estimulación vagal podrían inducir arritmias ventriculares malignas se apoyaría en la presentación de cambios del ECG por la acción del sistema nervioso autónomo o los antiarrítmicos. Dado que la temperatura corporal puede causar variaciones en la cinética de los canales de sodio, creemos que la hipertermia y el exceso de sudación por el síndrome febril causaron la arritmia y el consiguiente diagnóstico de nuestro paciente.

Palabras clave. Síndrome de Brugada. Muerte súbita. Arritmia.

F.X. Marín Gómez, S. Martínez de A. Fernández y M.M. Picó Nicolau
ABS Vic Nord. Vic. Osona. Barcelona.

1. Brugada P, Brugada J. Right bundle branch block, persistent ST segment elevation and sudden cardiac death: a distinct clinical and electrocardiographic

syndrome. J Am Coll Cardiol 1992;20:1391-6.

2. Brugada J, Brugada P. Further characterization of the syndrome of right bundle branch block, persistent ST segment elevation, and sudden cardiac death. J Cardiovasc Electrophysiol 1997;8:325-31.

Toxicodermia asociada a alendronato

Introducción. Las toxicodermias son reacciones cutáneas producidas por fármacos debidas a un mecanismo inmunológico (reacciones alérgicas) o no inmunológico¹. Cualquier fármaco puede producir toxicodermia, aunque ninguna es exclusiva de un medicamento en particular².

El alendronato es un bisfosfonato indicado para el tratamiento de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas. El eritema tóxico o erupción cutánea exantemática y la urticaria constituyen los dos tipos de toxicodermias más frecuentes en la práctica clínica, pero existen múltiples patrones de presentación². El eritema fijo medicamentoso representa una dermatosis muy específica. Se presenta a las 24-48 horas de la administración del fármaco. Se inicia con una erupción constituida por una o varias placas redondeadas inicialmente eritematosas, aunque posteriormente adquieren un color eritematovioláceo. Se acompaña de sensación pruriginosa o incluso de dolor. Siempre se manifiestan en la misma locali-

zación tras la readministración del fármaco y tienden a desaparecer dejando una pigmentación residual^{1,2}.

Caso clínico. Mujer de 75 años de edad con antecedentes de osteoporosis, gonartrosis, hipertensión arterial y diabetes mellitus en tratamiento con losartán más hidroclorotiazida, acarbosa, lorazepam y un gel de diclofenaco. En octubre de 1999 se le prescribe alendronato a una dosis de 10 mg/día. Al cabo de 8 días la paciente consulta por presentar a las 48 horas de la administración del fármaco una erupción maculopapular eritematosa en ambas piernas con sensación de escozor sin prurito. Las lesiones son de diferente tamaño. En principio se atribuyen al diclofenaco tópico o al alendronato recientemente introducidos, por lo que ambos fármacos se retiran, continuando con el resto de la medicación. A los 15 días algunas lesiones han desaparecido y otras presentan una ligera tonalidad violácea. Esta pigmentación desaparece en el curso de 2 meses tras la retirada de alendronato. La paciente había continuado automedicándose con diclofenaco tópico a pesar de la indicación expresa de su retirada.

Discusión y conclusiones. Esta reacción adversa medicamentosa (RAM) fue notificada al Centro Piloto de Farmacovigilancia de Castilla y León.

En la bibliografía revisada en Medline, con las palabras clave *bisphosphonates* and *skin* no hemos encontrado ninguna toxicodermia por alendronato, pero sí por pamidronato, clodronato y tiludronato por vía intravenosa^{3,4}.

Aunque no se pueda descartar otra causa alternativa, la existencia de una secuencia temporal tras la introducción de alendronato, la desaparición de las lesiones tras su retirada y que existan otras toxicodermias por bifosfonatos sugiere que el alendronato pudiera ser el responsable del eritema fijo medicamentoso de nuestra paciente⁵. La prueba definitiva sería volver a introducir el fármaco (prueba de provocación), únicamente justificada en este tipo de reacción adversa (eritema fijo medicamentoso); sin embargo, por norma general no se aconseja la reintroducción, salvo que la medicación sea esencial para la vida del paciente (que no es este caso)^{1,2}.

Las reacciones adversas a fármacos son frecuentes. La localización en la piel ocupa un 30-40% del total^{1,6}. El médico de atención primaria desempeña un papel fundamental en su detección, porque es el responsable de la prescripción y seguimiento de cualquier tratamiento farmacológico.

Palabras clave. Toxicodermia. Bisfosfonato. Efectos adversos.

P. García Ortega^a, M. Carrascal Martín^b, M. Herrero Baladrón^b y R. Pérez Martín^b

^aMédica de Familia. Centro de Salud Sur. Profesora Asociada de la Facultad de Medicina de Valladolid. ^bResidentes de Familia. Centro de Salud Sur. Valladolid.

1. González Castro J. Reacciones cutáneas secundarias a la toma de medicamentos. JANO 2000;58:51-8.
2. Ribera Pibernat M, Sola Casas MA. Alteraciones cutáneas producidas por medicamentos. Med Integral 1995;26:363-75.
3. Adami S, Zamberlan N. Adverse effects of bisphosphonates. Drug Safety 1996;14:158-70.
4. Phillips E, Knowles S, Weber E, Shear NH. Skin reactions associated with bisphosphonates: A report of 3 cases and an approach to management. J Allergy Clin Immunol 1998;102:697-8.
5. Ferran M, Bundó M, Díez J, Fandos JM, Mundet X, Trilla C, et al. Reacciones adversas a fármacos: una propuesta metodológica para su detección en Atención Primaria. Aten Primaria 1987;4:321-6.
6. Mundet X, Ibáñez L, Díez J, Bundó M, Fandos JM, Ferran M. Reacciones adversas a medicamentos en un servicio de urgencias. Aten Primaria 1988;5:38-43.

Infecciones urinarias no complicadas: comparación de una pauta con norfloxacino durante 7 días frente a norfloxacino durante 3 días

Objetivo. Evaluar la efectividad y seguridad de norfloxacino, a dosis de 400, mg 2 veces al día, durante 7 o 3 días, en mujeres con infecciones urinarias no complicadas.

Diseño: ensayo clínico aleatorio simple ciego, realizado durante 1998 y 1999.

Emplazamiento. Centro de asistencia primaria de Tortosa (Tarragona).

Pacientes. Se incluyeron 151 pacientes de sexo femenino, mayores de 18 años que presentaban sintomatología de infección urinaria y no tenían ningún criterio de exclusión (diabetes, embarazo, insuficiencia renal, hospitalización en los últimos 15 días, sondaje vesical, anomalías urológicas, fiebre y dolor lumbar, tratamiento antibiótico previo en los últimos 15 días o contraindicaciones al norfloxacino). Se excluyeron 5 pacientes por aislamiento de gérmenes resistentes a norfloxacino, 12 por cultivo inicial negativo y 16 por pérdidas durante el seguimiento. Ninguna paciente abandonó el estudio por efectos adversos. Los datos completos se refieren a 118 pacientes, 58 del grupo 7 días y 60 del grupo de 3 días.

Intervenciones. A las pacientes que cumplían los criterios de inclusión se les recogían los datos demográficos, factores de riesgo y síntomas clínicos, se obtenía por escrito su consentimiento y eran asignadas según un código de aleatorización a uno de los grupos de tratamiento. El primer grupo recibió tratamiento con norfloxacino, 400 mg oral 2 veces al día, durante 7 días, y el segundo grupo la misma dosis durante 3 días. No se permitió el uso de otros antibióticos durante el estudio.

Mediciones principales. Se realizaron 3 urocultivos, al inicio, a los 3 días de finalizar el tratamiento y a los 30 días del inicio. La respuesta bacteriológica se clasificó como:

- *Curación:* eliminación de los gérmenes en los cultivos practicados a los 3 días de finalizar el tratamiento y en el practicado al mes desde el inicio del tratamiento.
- *Persistencia:* presencia significativa del mismo germen en el primer cultivo de control.
- *Recidiva:* persistencia $\geq 10^5$ UFC/ml del mismo germen inicial en el cultivo al mes.
- *Reinfección:* presencia de $> 10^5$ UFC/ml en uno de los cultivos de control de un nuevo patógeno.

Resultados. Los grupos fueron homogéneos para las variables demográficas y facto-

TABLA 1 Resultados microbiológicos según el grupo de tratamiento

Grupo	Largo (7 días)	Corto (3 días)	p
Curación*	56 (96,6%)	56 (93,3%)	0,53
Recidiva*	2 (3,4%)	3 (5%)	0,84
Persistencia*	1 (1,7%)	2 (3,3%)	1
Reinfección*	1 (1,7%)	2 (3,3%)	1

p: nivel de significación

*Definiciones en el texto

res de riesgo. *Escherichia coli* fue el germen más frecuente (84% de los cultivos) en ambos grupos. La curación clínica fue del 96,6% (56) en el grupo de 7 días y del 91,6% (55) en el grupo de 3 días ($p = 0,3$). Resultados microbiológicos: las pacientes del grupo de 3 días tuvieron más recidivas (2 y 3 casos, respectivamente), la curación microbiológica sin recidiva fue del 93,1% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 87-99%) en el grupo de 7 días y del 88,3% (IC del 95%, 80-96%), en el de 3 días ($p = 0,84$). Las persistencias y reinfecciones fueron similares (tabla 1).

Conclusiones. Las infecciones urinarias no complicadas son muy frecuentes en mujeres de todas las edades. Varios estudios previos han demostrado que las pautas de tratamiento de 3 días han mostrado ser efectivas, utilizando antibióticos con actividad contra los gérmenes más habituales y capaces de alcanzar concentraciones urinarias elevadas y persistentes¹⁻⁴. Norfloxacin consigue altas con-

centraciones en orina y en secreciones vaginales y es útil en el tratamiento de las infecciones urinarias⁵. Sólo conocemos 2 estudios que comparen pautas de tratamientos con norfloxacin (no de otras quinolonas) de 3 y 7 días en pacientes de las características descritas^{4,6}. Nuestros resultados concuerdan con estudios previos^{4,6} en los que una pauta de 3 días de norfloxacin puede ser tan eficaz como la de 7 días para el tratamiento de las infecciones urinarias en mujeres, siempre que los gérmenes sean sensibles, y que el tratamiento se limite a pacientes con diagnóstico de infección urinaria no complicada y sin factores de riesgo adicionales como los mencionados.

Palabras clave. Norfloxacin. Infección urinaria. Tratamiento.

G. García Bernal, E. Favà Aixendri, V. Rubio Carque y J. Luna Jarque
ABS Tortosa-Est y Hospital de Tortosa
Verge de la Cinta. Tarragona.

1. Warren JW, Abrutyn E, Hebel JR, Johnson JR, Shaefer AJ, Stamm WE. Guidelines for antimicrobial treatment of uncomplicated acute pyelonephritis in women. Clin Infect Dis 1999;29:745-58.
2. Iravani A, Tice A, McCarty J, Sikes D, Nolen T, Gallis H, et al. Short-course ciprofloxacin treatment of acute uncomplicated urinary tract infection in women. Arch Intern Med 1995;155:485-94.
3. Iravani A, Klinberg I, Briefer C, Munera C, Kowalsky SF, Echols RM, and the Urinary Tract Infection Group. J Antimicrob Chemother 1999;43(Suppl A):68-75.
4. Inter-Nordic Urinary Tract Infection Study Group. Double-blind comparison of 3-days versus 7-days treatment with norfloxacin in symptomatic urinary tract infection. Scand J Infect Dis 1988;20:619-24.
5. Ronald A. The quinolones and renal infection. Drugs 1999;58 (Suppl 2):96-8.
6. Piippo T, Pitkääjärvi T, Salo SA. Three-day versus seven-day treatment with norfloxacin in acute cystitis. Curr The Res 1990;47:644-53.

Financiación: este trabajo ha sido financiado parcialmente por la beca n.º 8/96 de la Fundació Ferran per a la Recerca Biomèdica. Tortosa. Tarragona.

Los resultados parciales se presentaron en el XVIII Congreso de la semFYC de Zaragoza en noviembre de 1998, donde obtuvo el segundo premio de paneles. El estudio recibió la conformidad del Comité Ético de la Fundació para la Recerca a l'Atenció Primària Jordi Gol i Gurina.

Análisis clínicos y atención primaria

Sr. Director: La relación entre los distintos servicios de análisis clínicos y los equipos de atención primaria es cada vez mayor, y su importancia tanto cualitativa como cuantitativa se va desarrollando con gran rapidez.

Lo que caracterizaría esta relación sería:

- Los análisis clínicos son uno de los apoyos básicos para el diagnóstico en atención primaria¹.
- Las muestras recogidas en atención primaria han aumentado mucho en volumen, diversidad y complejidad.
- Necesidad de un control de calidad exhaustivo en el ámbito de estructura, proceso y resultado.

Para todo ello, nuestro objetivo como profesionales que trabajamos en estos ámbitos (en el hospital y en atención primaria) debe ser conseguir la *máxima calidad* en nuestras actuaciones y que de este modo la *satisfacción del usuario* sea la mayor posible (entendiendo como usuario tanto al paciente como a los profesionales que intervienen en todo el proceso).

Sin embargo, debe haber unos criterios que nos permitan medir si logramos esos niveles de calidad adecuados. Éstos serían:

- Accesibilidad.
- Rapidez.
- Validez y fiabilidad de los resultados.
- Eficiencia.

Los pacientes deben tener facilidad por cercanía al centro de extracción, por flexibilidad de horarios, etc. Asimismo, el tiempo de espera para obtener los resultados debe ser el mínimo, siempre que se garantice su calidad, es decir, que mida lo que realmente se quiere medir (*validez*) y que con las mismas condiciones reproduzca los mismos resultados (fiabilidad o *reproductibilidad*).

Todo esto debe ir acompañado de la máxima eficiencia posible, es decir, lograr los mejores resultados al menor coste.

Para lograr estos objetivos deberemos, por un lado, *seleccionar* adecuadamente las *pruebas de laboratorio* que demandamos y, por otro, establecer *mecanismos de garantía*

de calidad en las fases *preanalítica, analítica y postanalítica*².

La selección de las pruebas las realiza el médico de familia teniendo como base las *características del paciente* (sintomático o no), *objetivos asistenciales* (diagnóstico de enfermedad, evolución de ésta, etc.). En este punto va a ser muy importante la buena sincronización y relación con los *profesionales de análisis clínicos*, ya que éstos pueden aconsejar, complementar y, en ocasiones, según los resultados de los parámetros demandados desde atención primaria, realizar otros que estén indicados para resolver las dudas que nos depare la situación.

Por otro lado, estaría el control de calidad, que debe ser exhaustivo en todas las fases. En la *fase analítica* ya se hace de modo habitual con *controles internos y externos* al laboratorio, con normas muy exigentes.

Nos centraremos sobre todo en la *fase preanalítica*, en la cual se producen los errores y la demora en tiempo más importante.

Desde los horarios de extracciones y de recogida de muestras, en los medios adecuados para cada una de ellas, pasando por la identificación de éstas (últimamente se utiliza el código de barras, único para cada paciente y para cada prueba a realizar), método de almacenaje en las condiciones idóneas (temperatura, etc.), hasta la cadencia de transporte al laboratorio de referencia, etc., son algunos de los factores que hay que controlar para poder lograr la mayor efectividad en el menor tiempo posible y con la máxima calidad. Para esto necesitaremos *personal suficiente*, adecuadamente *formado y concienciado* de la importancia de esta fase para el buen resultado posterior de las analíticas.

En esta fase, y en estos aspectos, también es fundamental la interrelación entre los profesionales de atención primaria y de los servicios de análisis clínicos, ya que entre todos se podrían monitorizar todas estas actividades, con unos criterios consensuados, que nos permitan corregir los fallos que se detecten adecuadamente.

En la *fase postanalítica*, los especialistas en análisis clínicos contrastan los resultados con los datos que la solicitud de atención primaria nos trae (es por tanto fundamental la información que proporcione el médico de familia en el volante), tomando la decisión de validar los resultados y, por tan-

to, transmitir la información o solicitar otras nuevas determinaciones.

En conclusión, para conseguir una calidad adecuada y un aprovechamiento máximo de los resultados de los análisis clínicos en atención primaria, es fundamental una *interrelación constante* en los ámbitos individual y colectivo, de una manera *reglada, controlada y evaluable*, y de un modo periódico, de los profesionales que trabajan en los servicios hospitalarios de análisis clínicos y los que lo hacen en atención primaria. Esto debe fomentarse tanto por parte de los jefes de servicio correspondientes como por los *coordinadores de los equipos de atención primaria* y, por tanto, desde la administración sanitaria de un modo inequívoco y prioritario.

J.B. Cervera Moscardó

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. MIR Análisis Clínicos.

1. De Gracia-Gomis MC, Pérez-Royo A, Hernández-Aguado I, Berbegal J, Arrese R. Análisis de la demanda de pruebas de laboratorio desde atención primaria en un área de salud. *Aten Primaria* 1999;23:26-31.
2. Argimón JM. Valoración de las pruebas diagnósticas. *Aten primaria* 1989;6:58-62.

A propósito de la II Semana Sin Humo de semFYC: ¿cuántos fumadores están preparados para dejar de fumar en atención primaria y qué podemos hacer por ellos?

Sr. Director: La II Semana Sin Humo se desarrolló con gran éxito en mayo-junio de 2001. Muchos centros de salud mantuvieron experiencias interesantes y originales a lo largo de las dos ediciones de esta campaña. El Centro de Salud Delicias Sur de Zaragoza ha intentado ser especialmente activo en estas campañas¹. Para ello se organizó una mesa informativa con servicio durante 4 horas diarias a lo largo de toda la

semana. La mesa estaba atendida por residentes de medicina de familia y dotada con diversos materiales educativos, un cooxímetro y una breve encuesta. A la mesa se remitían los fumadores que acudían al centro por cualquier motivo o estaban en las salas de espera, aunque no vinieran ellos mismos a visitarse. Se captaron 128 fumadores. De éstos, un 55% era varón y el 80% tenía 25-64 años. El 71% de los fumadores que se atendieron consumía más de 10 cigarrillos diarios y un 60% fumaba el primer cigarrillo la primera media hora después de levantarse de la cama. Al determinar el nivel de monóxido de carbono (CO) se observó que el 41% daba lecturas de más de 18 partes por millón. Un 70% de los encuestados había realizado al menos un intento voluntario previo de abandono del tabaco. El 70% de los fumadores estaba dispuesto a dejar de hacerlo en los próximos 6 meses con ayuda de su médico o de su enfermera de cabecera. El 39% de los encuestados estaba dispuesto a fijar una fecha para dejar de fumar con ayuda en las siguientes 4 semanas, es decir, que se sentían preparados para dejar de fumar. Un 60% de los fumadores dijo haber recibido consejo de su médico de cabecera para dejar de fumar durante el último año. A pesar de que la mayor parte de los fumadores encuestados no tenían enfermedades crónicas severas, el 42% decía presentar frecuentemente tos y expectoración, un 37% refería disnea y el 12% palpitaciones en el último año.

Este conjunto de datos indica que el nivel de dependencia de los fumadores que acuden a atención primaria es en numerosos casos moderado o alto, y que en muchos el consejo simple no va a funcionar. El nivel de motivación es bastante alto, pero la dependencia impide en muchos casos alcanzar la abstinencia y consolidarla.

La mayoría de fumadores ha intentado (sin éxito) dejar de hacerlo en alguna ocasión y en este grupo de fumadores el 60% sería contemplador, mientras el 40% sería precontemplador. Pero lo sorprendente es que cerca del 40% del total se declaraba preparado para dejar de fumar *con ayuda* en el si-

guiente mes y estaba dispuesto a fijar una fecha para el intento. Estos datos contrastan con lo que ocurre en España con la población general de fumadores, en la que menos del 30% se encuentra en fase de contemplación y menos del 10% se considera preparado o dispuesto para dejar de fumar en un plazo breve². Es probable que la labor desarrollada en el centro durante la última década haya propiciado una maduración de los fumadores atendidos y que las tasas de contempladores y preparados sean más altas que la media. También cabe pensar que la posibilidad de recibir ayuda específica para dejar de fumar animaría a muchos contempladores a pasar a la acción. Por lo demás, puede indicar un sesgo de autoselección de los fumadores más informados y motivados para acercarse a la mesa informativa de la Semana sin Humo, por lo que su valor es meramente indicativo. Respecto a la utilización del consejo breve, el resultado es mejor que en los estudios más amplios, que indican que sólo uno de cada 3 fumadores son aconsejados para abandonar el tabaco, pero coincide con publicaciones realizadas en áreas con mayor tradición de intervención en tabaco donde 2 de cada 3 fumadores son aconsejados³. Por último, debe señalarse que muchos fumadores presentan síntomas menores que pueden deteriorar su calidad de vida de forma significativa y que a menudo muchos síntomas mejoran al cabo de un tiempo de dejar de fumar, particularmente el gusto y el olfato, así como las palpitaciones. Sin embargo, la tos puede aumentar paradójicamente a veces durante varios meses por un efecto de «*toilette* bronquial» debido a la reactivación del sistema ciliar. No obstante, al cabo de 3 meses siempre mejora la función respiratoria y disminuyen las infecciones y los demás síntomas respiratorios⁴.

En conclusión, la cifra de fumadores preparados depende de la actividad desarrollada por el equipo de atención primaria a lo largo del tiempo y puede ser muy heterogénea entre unas zonas y otras. Una cifra alta de fumadores preparados para el abandono supone un nuevo reto para los profe-

sionales, debido a que la asistencia a los fumadores requiere algo más que buenas palabras y breves consejos. Empieza a ser hora de plantear algunas excepciones al dogma del carácter integral e integrado de la asistencia (que compartimos en su esencia). Las evidencias científicas indican que, por diversas razones y no solamente por la falta de tiempo, la mayoría de las consultas de atención primaria no pueden utilizar todos los recursos que el fumador preparado precisa para abandonar su adicción, y que fracasan las experiencias que pretenden integrar esta intervención^{5,6}. Debemos empezar a hablar ya seriamente de la posibilidad de establecer en los centros de salud consultas de tabaco dispensarizadas (a tiempo parcial), atendidas por médicos de familia o personal de enfermería entrenados. Seguramente nuestros pacientes fumadores y los compañeros menos activos en este tema lo agradecerán.

R. Córdoba, I. González, M.J. Cuello y J.A. Montañés

Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza.

1. Mas A, Cuello MJ, Torres I, Toribio B. La experiencia de la «semana sin humo» en un centro de salud. *Aten Primaria* 2000;26:577-8.
2. Becoña E. Estadios de cambio en la conducta de fumar: su relevancia en el tratamiento a fumadores. *Prevención del Tabaquismo* 2000;2:106-12.
3. Kava T, Taylor J, Gamble E, Partridge MR. The availability of smoking cessation advice from health professionals— a consensus from on East London District. *Respir Med* 2000;94:983-4.
4. Samet JM. Health benefits of smoking cessation. *Clin Chest Med* 1991;12:669-79.
5. Stepoe A, Doherty S, Rink E. Behavioural counselling in general practice for the promotion of healthy behaviour among adults at increased risk of coronary disease: randomised trial. *BMJ* 1999;319: 943-7.
6. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane database syst Rev* 2000; 2:CD001188.