

Efectividad a medio plazo de un plan de ayuda al fumador desarrollado en atención primaria

M. Alonso Fernández^a, A. Franco Vidal^b, P. López Sampedro^c y J. García Lavandera^c

Objetivo. Conocer la efectividad de un plan de ayuda al fumador (PAF) a medio plazo.

Diseño. Estudio observacional de seguimiento de una cohorte.

Emplazamiento. Atención primaria.

Participantes. Muestra aleatoria (n = 289) de los pacientes captados en el PAF entre el 1 de julio de 1998 y el 30 de septiembre de 2001, entre aquellos fumadores mayores de 14 años que habían sido atendidos en consulta de atención primaria por cualquier motivo (se incluyeron en ese período 987).

Intervenciones. Intervención mínima sistematizada y/o tratamiento sustitutivo con nicotina.

Mediciones principales. A través de encuesta telefónica, se estudiaron: estado de fumador o ex fumador, recaída, tiempo medio sin fumar y número de intentos de abandono posteriores al estudiado. A partir de las hojas de seguimiento se recogieron datos sociodemográficos, características del hábito tabáquico, patologías crónicas, grado de dependencia y motivación, terapia sustitutiva con nicotina (TSN) y desarrollo del programa.

Resultados. El 27% de los pacientes dejó de fumar, con una media de 23 meses de abstinencia en el momento del estudio. La tasa de éxitos es superior entre varones, de mayor edad, que llevan más tiempo fumando, están más motivados y no utilizan TSN. El 35,6% recae, y el 75% de las recaídas se produce en los 6 primeros meses.

Conclusiones. El desarrollo del PAF en el ámbito de atención primaria es efectivo y factible, si bien es necesario intensificar el seguimiento en los primeros meses ayudando a aceptar las recaídas como parte del proceso.

Palabras clave: Tabaco. Tabaquismo. Plan de ayuda al fumador. Atención primaria.

MIDDLE-TERM EFFECTIVENESS OF A SUPPORT PROGRAM FOR SMOKERS IMPLEMENTED IN PRIMARY CARE

Aim. To determine the middle-term effectiveness of a support program for smokers (SPS) wishing to quit.

Design. Observational, cohort follow-up study.

Setting. Primary care.

Participants. Random sample (n=289) of patients older than 14 years who took part in the SPS between 1 July 1998 and 30 September 2001, from among a total of 987 patients who had been seen in the primary care center for any reason during this period.

Interventions. Systematic minimal intervention, nicotine replacement therapy (NRT), or both.

Main outcome measures. A telephone survey was used to study smoker/ex-smoker status, relapses, mean period of abstinence and number of attempts to quit after the study period. Information obtained from the data sheets used in the program included sociodemographic characteristics, smoking habits, chronic illnesses, degree of dependence and motivation, use of NRT, and participation in the program.

Results. Of all patients in the program, 27% quit, with a mean period of abstinence of 23 months at the time of the study. The success rate was higher among older participants, men, participants who has been smokers for longer periods, those who were more highly motivated to quit, and those who did not use NRT. Of all participants, 35.6% failed to quit, and of these, 75% relapsed within the first 6 months.

Conclusions. The SPS offered within the primary care setting was effective and feasible, although participants should be followed closely during the first months so they can be advised to accept the fact that relapses are part of the quitting process.

Key words: Tobacco. Smoking. Support program for smokers. Primary care.

English version available at

www.atencionprimaria.com/50.720

A este artículo sigue un comentario editorial (pág. 547)

^aDoctora en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria. Área VIII. Asturias. España.

^bEspecialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Gerencia de Atención Primaria. Área Sanitaria VIII de Asturias. España.

^cEspecialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Felguera. Área Sanitaria VIII de Asturias. España.

Correspondencia: Margarita Alonso Fernández. C/ Ildefonso Sánchez del Río, 5, bajo. 33001 Oviedo. España. Correo electrónico: margaraf@princast.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 29-IV-2002.

Introducción

En España el consumo de tabaco empieza a considerarse una conducta socialmente no aceptable¹ y su prevalencia está disminuyendo en los grupos de más edad pero no así en mujeres; sin embargo, este descenso es menor que en otros países europeos². Los beneficios del abandono del tabaco son evidentes³: dejar de fumar es el paso más importante que un fumador puede dar para mejorar su nivel de salud; por este motivo es necesario informar a los pacientes de los riesgos del tabaco, los beneficios de su abandono y las opciones que tienen para conseguirlo. El consejo antitabaco debería aplicarse sistemáticamente, así como el tratamiento más adecuado a cada fumador para ayudarle a dejar el hábito⁴⁻⁶, ya que la eficiencia de estas medidas no ofrece dudas⁷⁻⁹. La atención primaria, por su cobertura y accesibilidad, es el marco idóneo para estas actuaciones¹⁰⁻¹². En los últimos años se van desarrollando programas sistemáticos de intervención por el médico de cabecera encaminados a abordar el tabaquismo como un factor de riesgo de salud pública^{4,13,14}, pero sería deseable que éstos fuesen más generalizados. Con el fin de facilitar el abordaje oportunista de los fumadores, proporcionar consejo y realizar seguimiento personalizado a los más motivados^{15,16}, en 1998 se puso en marcha el Plan de Ayuda al Fumador (PAF) en el Área Sanitaria VIII de Asturias¹⁷. Con el presente trabajo pretendemos conocer, tres años después de su implantación, su efectividad en cuanto a la cesación del hábito tabáquico. Un objetivo secundario es determinar el tiempo medio de recaída con el fin de valorar la necesidad de intensificar el seguimiento del paciente fumador.

Material y métodos

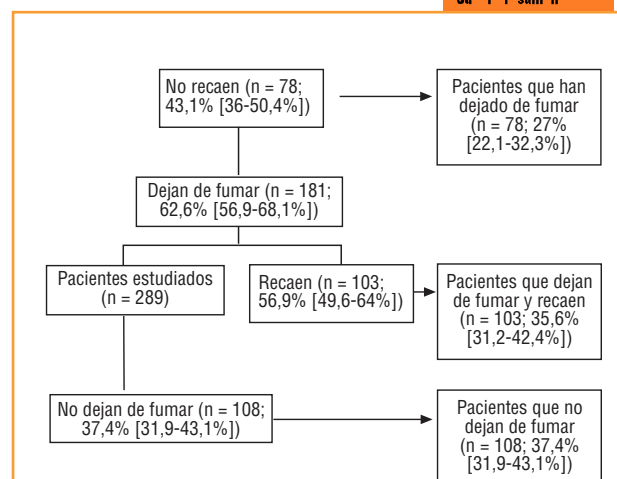
Diseño

Estudio observacional de seguimiento de una cohorte de pacientes incluidos en el PAF.

Población de estudio

Pacientes captados en el PAF, entre el 1 de julio de 1998 y el 30 de septiembre de 2001, entre aquellos fumadores mayores de 14 años que habían sido atendidos en consultas de Atención Primaria del Área Sanitaria VIII de Asturias por cualquier motivo (se incluyó en el PAF entre las fechas señaladas a un total de 987 pacientes). Se excluyó a los que en el momento de realizar el estudio no vivían en el Área o habían fallecido. Consideramos captados a los fumadores que, habiendo aceptado entrar en el programa, habían sido citados para llevar a cabo una serie de actividades programadas, incluyendo al menos los tests de Richmond y Fagerström. Se les realizó una intervención mínima sistematizada junto con tratamiento sustitutivo si su dependencia era alta. La muestra fue de 400 y se calculó en función del número total de pacientes incluidos en el plan, con una prevalencia esperada del 50%, una precisión del 5% y una tasa de pérdidas del

M t r l y m t s
Cu r r s u m n



Esquema general del estudio

Estudio observacional de seguimiento de una muestra de fumadores a los que se realiza una intervención mínima sistematizada y/o tratamiento sustitutivo con nicotina.

35%. Para garantizar que parte de la muestra tuviera un seguimiento mínimo superior a 24 meses fue dividida al 50% en dos estratos según la fecha de captación. En ambos, la muestra fue seleccionada aleatoriamente utilizando el listado de pacientes incluidos en el PAF y una tabla de números aleatorios.

Variables de resultado

Estado de fumador o ex fumador, recaídas, tiempo medio sin fumar y número de intentos posteriores al estudiado. La recogida de esta información se llevó a cabo a partir de una encuesta telefónica al propio paciente realizada por personal facultativo.

Variables independientes

Recogidas a partir de las hojas de seguimiento del PAF incluidas en la historia clínica: edad, sexo, años fumando, número de cigarrillos/día en el momento de la captación, presencia de patologías crónicas, intento previo de abandono del tabaco, puntuación en los tests de Fagerström y Richmond, terapia sustitutiva con nicotina (TSN), realización de refuerzo previo, número de visitas de seguimiento y tiempo medio del mismo.

Análisis estadístico

Las variables cuantitativas se describen a partir de la media, desviación mediana y mediana; las cualitativas, con la distribución de frecuencias absolutas y relativas. Para describir las recaídas se utilizó el análisis de supervivencia. Para cada estimador se presentan los intervalos de confianza (IC) del 95%. Las diferencias en la valoración de los ítem en función de las variables de control se evaluaron con la prueba de la χ^2 o con la de la t de Student. El nivel de significación estadística se fijó en 0,05. Todos los análisis se realizaron con el paquete SPSS.

TABLA 1
Desarrollo del Plan de Ayuda al Fumador

	Estimador	IC del 95%
Sin visitas de seguimiento (sólo captación)	11%	7,8-15,1%
N.º medio de visitas	4,19	3,8-4,58
Pacientes con sólo una visita de seguimiento	26%	20,9-31,7%
Tiempo medio de seguimiento (meses)	8,2	7,1-9,3
Uso de sustitutos de nicotina	32,4%	27,1-38%
Uso de refuerzo previo	56,6%	47,7-65,2%

IC: intervalo de confianza.

Resultados

De los 400 pacientes inicialmente incluidos en el estudio se pudo contactar con 289 (72,3%). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la tasa de respuesta ob-

tenida en función del encuestador. Del grupo de pacientes con los que no fue posible establecer contacto se recogieron las variables disponibles en la hoja de seguimiento, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas en la distribución de ninguna de ellas. De la muestra final, 143 pacientes (49,5%) habían sido incluidos en el PAF antes del año 2000; la edad media fue de 44 años teniendo menos de 50 años el 75%; 177 (58,9%) eran varones. Por término medio llevaban fumando 24 años una media de 26 cigarrillos al día. La puntuación media en los tests de dependencia y motivación fue de 5,3 y 7,8, respectivamente. El 83,4% presentaba alguna patología crónica. Un 67% había intentado dejar de fumar con anterioridad. En 281 (97%) casos del total de pacientes estudiados se disponía de hoja de seguimiento, y de éstos en 31 (11%) no constaba ninguna visita de seguimiento posterior a la captación («sólo captados»). El número medio de visitas, el tiempo de seguimiento, la TSN y realización de refuerzo previo se exponen en la tabla 1. De los 289 fumadores, 181 abando-

TABLA 2
Relación de determinadas variables con la tasa de éxitos

	Dejan de fumar	No dejan de fumar	p
Sexo (%)			0,017
Varón	31,6	68,4	
Mujer	19,6	80,4	
Edad (años)	48,06	42,05	< 0,0001
Tiempo medio fumando (años)	28,65	22,43	0,001
Cigarrillos/día	24,82	26,04	NS
Patología crónica (%)			NS
Sí	29	71	
No	22,7	77,3	
Intentos previos (%)			NS
Sí	26,7	73,3	
No	31,8	68,2	
Puntuación media en el test de Fagerström	4,88	5,47	0,07
Puntuación en el test de Richmond	8,33	7,64	0,007
Uso de refuerzo previo (%)			NS
Sí	30,4	69,6	
No	28,3	71,7	
Pacientes sólo captados (%)			0,042
Sólo captados	12,9	87,1	
Con seguimiento	28,8	71,2	
Tiempo medio de seguimiento en PAF (días)	319	206	0,001
N.º medio de visitas en PAF	5,5	3,1	< 0,0001
Uso de sustitutos de nicotina (%)			0,009
Sí	17,6	82,4	
No	31,6	68,4	

PAF: Plan de Ayuda al Fumador; NS: diferencia no significativa al 95%.

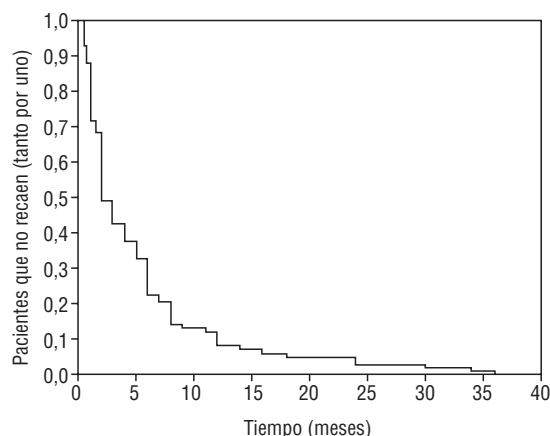


FIGURA 1

Proporción de pacientes que aún no recayeron según el tiempo (sólo para pacientes con recaídas).

naron el hábito inicialmente, y 78 se mantenían sin fumar en el momento del estudio. No hubo diferencias estadísticamente significativas en las tasas de éxito (proporción de pacientes que dicen haber dejado de fumar) en función del encuestador, pero sí en relación con algunas variables estudiadas (tabla 2). De los 108 pacientes que no consiguieron dejar el hábito, el 71,1% (IC del 95%, 64,7-76,9%) no lo volvió a intentar, y entre los que lo hicieron, el 58,1% (IC del 95%, 45,5-69,8%) sólo lo intentó una vez. Respecto a los 103 pacientes que recayeron, únicamente 98 recordaban el tiempo que se mantuvieron sin fumar: una media de 5,25 meses (IC del 95%, 3,9-6,6). En la figura 1 se presenta la curva de supervivencia, de donde se desprende que el 50% recayó en los dos primeros meses (IC del 95%, 1,4-2,6) y el 75% en los 6 primeros (IC del 95%, 4,6-7,4). Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la tasa de recaídas en función de distintas variables (tabla 3). Los pacientes que en el momento del estudio se mantenían sin fumar llevaban una media de 23,19 meses (IC del 95%, 20,8-25,6) de abstinencia, de tal forma que el 80% permanecía más de un año sin fumar y el 50% más de 23 meses. Si tenemos en cuenta sólo a los fumadores que habían entrado en el programa hacía más de 12 meses, y consideramos ex fumador al que llevaba al menos un año abstinentes, la tasa de éstos es del 27,2% (IC del 95%, 21,8-33,1%; 65 de 239 pacientes).

Discusión

La tasa de pérdidas es relativamente alta (27,7%), lo que podría sesgar los resultados, pero no consideramos que los

pacientes a los que no se pudo encuestar difieran en las variables resultado de aquellos en los que se completó el estudio, ya que a partir de las hojas de seguimiento se pudo recoger información de las variables independientes sin hallar diferencias significativas en la distribución de éstas en ambos grupos, ni en función del encuestador. Como en otros trabajos^{18,19}, la mayoría de los pacientes que participaron en el plan son varones, la edad media en nuestro caso es superior ya que no existe límite para entrar en el programa. En el 11% de los casos no constaba ninguna visita posterior a la captación, suponemos que el paciente abandonó el programa o que la actividad no estaba registrada; no obstante, esta cifra es claramente inferior a la encontrada en una evaluación anterior¹⁵, donde en el 32,8% de los captados no constaba ninguna intervención posterior. Todos los años, coincidiendo con la evaluación de cartera de servicios, se evalúa este programa, lo que pudo contribuir a mejorar su seguimiento. A diferencia de otros estudios¹⁹, en el 56,6% de los casos se realizó refuerzo previo. En nuestra área el plan lo llevan a cabo conjuntamente médicos y enfermeros, siendo fundamental la implicación del personal de enfermería en este tipo de programas. El éxito fue mayor en los fumadores con motivación más alta y en los que se realizó un seguimiento más prolongado pero, en contraste con otros trabajos^{11,20}, fue menor cuando se utilizó la TSN. No encontramos explicación para este resultado pues, si bien los tratados con TSN fumaban más y tenían mayor dependencia, también eran los más motivados. Los efectos adversos no han sido valorados. El porcentaje de ex fumadores es superior al comunicado por otros autores¹⁸, pero éstos no utilizan TSN y el nivel de motivación inicial era claramente inferior al de nuestros pacientes, se trataba de una intervención sistemática y oportunista en una población de fumadores no seleccionados. El porcentaje de éxitos obtenido en nuestro trabajo también es superior a otros⁴ que sí contemplan la utilización de parches de nicotina. Sin embargo, nuestros resultados son peores que los conseguidos por Torrecilla et al¹¹, tanto con una intervención mínima sistematizada como con el empleo de TSN. Uno de los sesgos más destacables de nuestro estudio se debe a la evaluación de la principal variable resultado a partir de una encuesta personal sin utilizar ningún método analítico para corroborar la respuesta del paciente, a pesar de que los centros de salud del área disponen de monitores CO tipo Bedfont para el seguimiento. El estudio se realizó de forma centralizada y entendimos que citar a los pacientes podría aumentar el número de pérdidas. Este sesgo puede comportar una sobrestimación de la efectividad de la intervención evaluada relacionada con la posibilidad de infradeclaración de la condición de fumador, estimada por algún autor en el 2-4%¹, mientras que Córdoba et al²¹ y Comas et al²² evidencian un «porcentaje de decepción» del 15 y el 17,6%, respectivamente, si bien en estos últimos la encuesta la realizaban los profesionales del centro de salud. En nuestro caso la efectuaron 4 médi-

TABLA 3
Relación de determinadas variables con la tasa de recaídas

	Recaen	No recaen	p
Sexo (%)			0,017
Varón	50,4	49,6	
Mujer	67,6	32,4	
Edad media (años)	41,8	48,1	< 0,0001
Tiempo medio fumando (años)	22,2	28,7	0,001
Cigarrillos/día	25,9	24,8	NS
Patología crónica (%)			NS
Sí	53,6	46,4	
No	61,5	38,5	
Intentos previos (%)			0,07
Sí	58,9	41,1	
No	44,9	55,1	
Puntuación media en el test de Fagerström	5,4	4,9	NS
Puntuación media en el test de Richmond	8	8,3	NS
Uso de refuerzo previo (%)			NS
Sí	51,2	48,8	
No	57,1	42,9	
Pacientes sólo captados (%)			NS
Sólo captados	56,4	43,6	
Con seguimiento	63,6	36,4	
Tiempo medio de seguimiento en PAF (días)	213	319	0,007
N.º medio de visitas en PAF	3,6	5,5	< 0,0001
Uso de sustitutos de nicotina (%)			< 0,001
Sí	74,2	25,8	
No	47,4	52,6	

PAF: Plan de Ayuda al Fumador; NS: diferencia no significativa al 95%.

cos de familia de distintos centros y el técnico de salud, por lo que no debemos atribuir falsos positivos al afán del paciente por agradar a su médico. Además, la encuesta se realizaba fuera del ámbito de la consulta y no se encontraron diferentes tasas de abandono según el encuestador. Por otra parte, la respuesta se cotejó con las anotaciones realizadas en la hoja de seguimiento. Otra limitación deriva de las características del estudio, que al carecer de grupo control no permite contrastar si la tasa de éxitos se debe a la intervención evaluada o a otros factores. De la bibliografía revisada, el programa que más se asemeja al nuestro es el descrito por Martín et al¹⁹, con el que consiguieron un 18% de ex fumadores, cifra inferior a la nuestra, si bien en ningún momento hacen referencia a la utilización de TSN. Conseguimos que inicialmente dejara de fumar el 62,6% de los pacientes, de los cuales recayó el 56,9%, la mitad en los dos primeros meses y una cuarta parte después de 6 meses. Parece lógico plantearse un seguimiento más estrecho durante los primeros meses utilizando además los refuerzos telefónicos, especialmente en los que no acuden a

SCUS II
Cu r r sum n

Lo conocido sobre el tema

- La eficiencia de las intervenciones para dejar de fumar no ofrece dudas.
- La atención primaria es el marco idóneo para llevar a cabo estas intervenciones.

Qué aporta este estudio

- Se confirma la efectividad de estos programas: un 27% de ex fumadores.
- Se debería intensificar el seguimiento durante los 6 primeros meses, ya que en este periodo es cuando se producen la mayoría de las recaídas.

las visitas programadas, y trabajar con el paciente en la idea de la recaída como parte del proceso, apoyando nuevos intentos de abandono del tabaco. El objetivo del estudio era conocer la efectividad del programa y ésta parece aceptable, la cobertura alcanzada es baja (estimamos que la población diana es de 25.109 pacientes¹⁵ y han sido captados en el programa 987 desde que se inició, lo que supone un 4% de los fumadores). Mientras que otros programas los llevan a cabo de forma aislada médicos interesados en la prevención y control del tabaquismo^{5,23}, en nuestro caso forma parte de una línea institucional con la que pretendemos que este problema de salud sea abordado progresivamente por todos los profesionales de atención primaria, y la sensibilización de éstos requiere un tiempo, por lo que no hemos sido muy ambiciosos en los objetivos planteados a los equipos de atención primaria. A pesar de la baja cobertura, es necesario tener en cuenta que los fumadores que entran en programa son aquellos que, habiendo aceptado, han acudido al menos a una cita, pero el plan contempla la identificación de los fumadores, que se les informe sobre el hábito, se les aconseje y ofrezca ayuda. Por tanto, además de los pacientes captados, otros fueron aconsejados y de éstos se espera que al menos el 5% haya dejado de fumar²⁴.

De cualquier modo, y una vez conocida la efectividad del programa, debemos ser más ambiciosos en cuanto a coberturas, puesto que un porcentaje elevado de fumadores tiene intención de abandonar el hábito²⁵.

Agradecimientos

A los Dres. Carlos Fernández Benítez y José Fuentes por su colaboración en la realización de las encuestas.

Bibliografía

- Paluzie G, Sans S, Balañá L, Puig T, González-Sastre F, Balaguer-Vintró I. Tendencias seculares del tabaquismo según el nivel educativo entre 1986-1996: estudio MONICA-Cataluña. *Gac Sanit* 2001;15:303-11.
- Franceschi S, Naett C. Trends in smoking Europe. *Eur J Cancer Prev* 1995;4:271-84.
- Doll R, Bradford Hill A. Mortality in relation to smoking: ten year observations of British doctors. *BMJ* 1964;1:1399-410.
- Grandes G, Cortada JM, Arrazola A. ¿Podemos ayudar a nuestros pacientes a dejar de fumar?: la experiencia del Programa de Abandono del Tabaco. *Gac Sanit* 2001;15:312-9.
- Torrecilla M, Barrueco M, Jiménez Ruiz CA, Maderuelo JA, Plaza MD, Hernández Mezquita MA. El médico y el paciente en la toma de decisión del abandono del tabaco. Repercusión de la iniciativa en el resultado de la intervención. *Arch Bronconeumol* 2001;37:127-34.
- Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. *Thorax* 1998;53(Suppl 5):1-19.
- Plans P, Navas E, Tarín A, Rodríguez G, Gali N, Gayta R, et al. Coste-efectividad de los métodos de cesación tabáquica. *Med Clin (Barc)* 1995;104:49-53.
- Comas Fuentes A, Suárez Gutiérrez R, López González ML, Cueto Espinar A. Coste-efectividad del consejo sanitario antitabaco en atención primaria de salud. *Gac Sanit* 1998;12:126-32.
- Grandes G, Cortada J, Arrazola A. An evidence-based programme for smoking cessation: effectiveness in routine general practice. *Br J Gen Pract* 2000;50:803-7.
- Aleixandre i Martí E, Casanova Matutano MA, Mitjas Lafont J, Sánchez Monfort J, Sanmartín Almenar A. Ensayo clínico de dos intervenciones de deshabituación tabáquica en atención primaria. *Aten Primaria* 1998;22:424-8.
- Torrecilla García M, Barrueco Ferrero M, Maderuelo Fernández JA, Jiménez Ruiz CA, Plaza Martín MD, Hernández Mezquita MA. Deshabituación tabáquica en una consulta de atención primaria: eficacia del consejo médico, la intervención mínima y la terapia sustitutiva con nicotina al año de seguimiento. *Aten Primaria* 2001;27:629-36.
- Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation. Clinical practice guidelines. *JAMA* 1996;275:1270-80.
- Torrecilla M, Barrueco M, Maderuelo JA, Jiménez Ruiz C, Plaza MD, Hernández Mezquita MA. ¿Se puede predecir el éxito de la intervención mínima en tabaquismo? *Prev Tab* 2001;3:13-9.
- Nebot M, Solberg LI. Una intervención integral sobre el tabaquismo desde la atención primaria: «el Proyecto de Ayuda a los Fumadores». *Aten Primaria* 1990;7:698-702.
- Alonso Fernández M, Robles García MB, Gonzalvo Rodríguez C. Evaluación a corto plazo de un plan para dejar de fumar en un área sanitaria de Asturias. *Cuadernos de Gestión* 2001;7:36-43.
- Alonso Fernández M. A propósito del abordaje del tabaquismo y la cartera de servicios. *Aten Primaria* 2001;28:510.
- García Lavandera J, López Sampedro P, Comas Fuentes A, Cabal García A, Gonzalvo Rodríguez C. Plan de Ayuda al Fumador. Gerencia de Atención Primaria Área VIII de Asturias. IN-SALUD. Sama de Langreo (Asturias), 1998.
- Córdoba R, Martín C, Casas R, Barberá C, Botaya M, Hernández A, et al. Valor de los cuestionarios breves en la predicción del abandono del tabaco en atención primaria. *Aten Primaria* 2000;25:32-6.
- Martín Cantera C, Córdoba García R, Jané Julio C, Nebot Adell M, Galón Herrera S, Aliaga M, et al. Evaluación a corto plazo de un programa de ayuda a los fumadores. *Med Clin (Barc)* 1997;109:744-8.
- Ramón JM, Bou R, Alkiza ME, Romea S, Oromf J, Saltó E, et al. Proceso de cambio y sexo como predictores del abandono del consumo de tabaco. *Arch Bronconeumol* 1999;35:488-93.
- Córdoba R, Martín JM, Aznar P, Die S, Sanc MC, Fores MD. Efecto de la oferta de seguimiento versus consejo aislado en una muestra de fumadores disonantes. *Aten Primaria* 1990;7:350-4.
- Comas Fuentes A, Suárez Gutiérrez R, López González ML, Cueto Espinar A. Efectividad a largo plazo del consejo antitabaco en atención primaria: el proceso de recaída. *Rev Esp Salud Pública* 1996;70:283-93.
- Torrecilla García M, Barrueco Ferrero M, Maderuelo Fernández JA, Plaza Martín MD, Hernández Mezquita MA. Réplica de los autores [carta]. *Aten Primaria* 2001;28:510-1.
- Russell MA, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioner's advice against smoking. *BMJ* 1979;2:231-5.
- Becoña Iglesias E. Estadios de cambio en la conducta de fumar: su relevancia en el tratamiento de fumadores. *Prev Tab* 2000;2:106-12.

COMENTARIO EDITORIAL

Las intervenciones sistemáticas para dejar de fumar: situación actual y retos de futuro

C. Martín Cantera

Miembro del Grupo para el Abordaje del Tabaquismo en Atención Primaria (GRAPAT) de la Sociedad Catalana de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona. España.

La investigación en tabaquismo desde la atención primaria se ha basado tradicionalmente en la denominada «intervención breve», y esto es explicable dadas las características de su factibilidad debido al bajo «coste» y a la tradición histórica que iniciara Russell en 1979. Por otra parte, se trata de la intervención más ampliamente estudiada, como muestra la revisión en la última edición de la base Cochrane (Silagy et al, 2002)¹, que incluye 34 ensayos clínicos realizados con más de 27.000 fumadores, y en la que los profesionales de enfermería han demostrado un papel importante (Rice et al, 2002)².

Más recientemente, las recomendaciones de diferentes agencias (CDC 2000³ y WHO 2001⁴) señalan la necesidad de incorporar la entrevista motivacional en la intervención breve y el uso de terapias farmacológicas (terapia sustitutiva de nicotina-TSN y bupropión) como estrategias de primera elección; pero además indican la necesidad de incorporar en la intervención a todos los profesionales sanitarios (médicos, enfermería, farmacéuticos, comadronas, etc.), que son partes fundamentales en la atención primaria.

En este número M. Alonso et al nos presentan un interesante trabajo, en el que tiene especial interés el esquema de intervención mínima sistematizada, con apoyo de enfermería y el uso apropiado de TSN. Destaca que un 27% ha dejado de fumar, porcentaje más elevado que en estudios similares pero que, como indican los autores, probablemente se deba a una coordinación mejor entre los profesionales (médicos y enfermería) y a la utilización de fármacos (TSN). Los autores señalan algunas limitaciones de su estudio, por ejemplo no disponer de un grupo control, pero este tipo de estudios que no son estrictamente experimentales, y que valoran los resultados en las condiciones «normales» de la consulta, tienen el inmenso valor de hacerlos más creíbles y aplicables en nuestras consultas.

Por otra parte, el artículo ayuda a señalar alguno de los ámbitos de futuras investigaciones, como por ejemplo la valoración de una intervención específica para prevenir recaídas o el apoyo telefónico dentro de los programas de ayuda. Estas mismas líneas de trabajo las encontramos en una revisión de intervenciones comunitarias, realizada por

- Las intervenciones sistemáticas para ayudar a dejar de fumar, con soporte de todo el equipo de atención primaria, se demuestran como muy útiles y factibles en nuestro medio.
- Es necesario introducir elementos de la entrevista motivacional, los refuerzos telefónicos y programas específicos para prevenir las recaídas en futuras investigaciones.
- Los programas de ayuda al fumador, en las consultas de atención primaria, precisan mejorar la cobertura poblacional mediante sistemas de recuerdo en las historias clínicas, con soporte informático.

la Task Force on Community Preventive Services⁵, la cual apoya con el máximo nivel («*strongly recommended*») las «estrategias del sistema de salud para mejorar la disponibilidad de terapias eficaces de cesación», y especialmente las intervenciones que den soporte telefónico, en el contexto de intervenciones multicomponentes.

Por último es destacable la autocritica que realizan los autores, con relación a la cobertura del programa, que en su caso valoran en sólo un 4%. Pero es evidente que entre las estrategias para ampliar la atención a este problema los profesionales de atención primaria tienen un papel fundamental, tanto porque atienden y dan cobertura a toda la población, como por ser el lugar más adecuado. Probablemente son necesarias, por una parte, políticas educativas más activas, que incluyan formación específica tanto en pregrado como en posgrado o formación continuada (CNPT 2001)⁶. Pero además es preciso incorporar sistemas que permitan aumentar la frecuencia de identificación de los pacientes fumadores e incrementar la oferta de ayuda y soporte, y probablemente los soportes informáticos puedan ser muy útiles (por ejemplo, programas informáticos de recuerdo, durante el seguimiento, en las historias clínicas)^{3,5}.

Bibliografía

1. Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software.
2. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software.
3. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service Report. JAMA 2000;283:3244-54.
4. WHO evidence based recommendations on the treatment of tobacco dependence. Copenhagen: WHO, 2001.
5. CDC. Strategies for reducing exposure to environmental tobacco smoke, increasing tobacco-use cessation, and reducing initiation in communities and health-care systems. A report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. MMWR 2000;49(RR-12):1-11.
6. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Guía de procedimientos para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. 2001. En: www.cnpt.es/docu_pdf/guiacnpt2.pdf