

ORIGINALES

Deshabitación tabáquica en una consulta de atención primaria: eficacia del consejo médico, la intervención mínima y la terapia sustitutiva con nicotina al año de seguimiento

M. Torrecilla García^a, M. Barrueco Ferrero^b, J.A. Maderuelo Fernández^c, C.A. Jiménez Ruiz^d,
M.D. Plaza Martín^a y M.A. Hernández Mezquita^a

^aCentro de Salud San Juan (Salamanca). ^bServicio de Neumología. Hospital Universitario de Salamanca. ^cUnidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Salamanca. ^dUnidad de Tabaquismo. Hospital de la Princesa (Madrid).

Objetivo. El objetivo principal es comparar la eficacia que sobre la abstinencia tabáquica tienen tanto el consejo antitabaco ofrecido de forma aislada y puntual, como con la intervención mínima sistemática. Por otra parte, un objetivo secundario es valorar la eficacia de la terapia sustitutiva con nicotina (TSN) aplicada en el marco de una consulta de atención primaria.

Diseño. Ensayo clínico controlado y aleatorizado.

Emplazamiento. Atención primaria.

Participantes. Pacientes fumadores que acudieron a una consulta de atención primaria en un centro de salud urbano, en un período de 12 meses (304 pacientes).

Intervenciones. En los pacientes con baja dependencia nicotínica se realizaron de forma aleatoria dos tipos de intervención (consejo médico aislado o integrado dentro de la denominada intervención mínima y realizado de forma sistemática), y en los pacientes con dependencia nicotínica moderada-alta se realizó TSN con parches de nicotina (Nicotinell®).

Mediciones y resultados principales. La abstinencia puntual conseguida al año de la intervención mediante la intervención mínima fue del 39% (29,4-49,3%) y del 30,9% (29,4-49,3%) como abstinencia mantenida, frente al 11% (5,6-18,8%) de abstinencia puntual del grupo en el que se realizó el consejo aislado ($p < 0,0001$). En el grupo de la TSN se observó una abstinencia puntual del 35,3% (24,1-47,8%) y una abstinencia mantenida del 30,8%.

Conclusiones. Atención primaria es un marco idóneo para la intervención contra el tabaquismo, mediante el uso de cualquiera de las intervenciones establecidas: consejo médico aislado, intervención mínima sistemática o tratamiento farmacológico especializado mediante el uso de la TSN, por lo que estos tipos de intervención deben formar parte de la actividad diaria de estas consultas.

Palabras claves: Tabaquismo. Cesación tabáquica. Atención primaria.

TOBACCO DETOXICATION AT A PRIMARY CARE CLINIC: EFFICACY OF MEDICAL COUNSELLING, THE MINIMAL INTERVENTION AND NICOTINE REPLACEMENT THERAPY AT THE ONE-YEAR CONTROL

Objective. The main objective was to compare the efficacy of one-off tobacco counselling and of the systematic minimum intervention on making people give up smoking. A secondary aim was to evaluate the efficacy of nicotine replacement therapy (NRT) in the context of a primary care consultation.

Design. Controlled and randomised clinical trial.

Setting. Primary care.

Participants. Smokers who over 12 months attended a primary care clinic at an urban health centre (304 patients).

Interventions. Two kinds of intervention were conducted at random on patients with low nicotine dependence (one-off medical counselling and counselling integrated into what is known as the minimal intervention, but conducted systematically). NRT was administered through nicotine patches (11% nicotine) to patients with moderate-to-high nicotine dependence.

Measurements and main results. Short-term cessation a year after the minimal intervention was 39% (29.4-49.3%), and maintained cessation 30.9% (29.4-49.3%), as against 11% (5.6-18.8%) short-term cessation in the group that received one-off counselling ($p < 0.0001$). Short-term tobacco cessation in the NRT group was 35.3% (24.1-47.8%), and maintained cessation 30.8%.

Conclusions. Primary care is a suitable context for an intervention against tobacco dependency, through the use of any of the established interventions: one-off medical counselling, systematic minimal intervention, or specialist drug treatment through NRT. Therefore, these kinds of intervention must form part of PC clinics' daily activity.

Key words: Tobacco dependency. Smoking cessation. Primary care.

(Aten Primaria 2001; 27: 629-636)

Correspondencia: Miguel Torrecilla García.
Centro de Salud San Juan. C/ Valencia, 32. 37005 Salamanca.
Correo electrónico: mtorrecillag@papps.org

Manuscrito aceptado para su publicación el 19-II-2001.

Introducción

La prevalencia del consumo de tabaco en España, según la Encuesta Nacional de Salud de 1997, es del 35,7%, siendo fumadores habituales un 33,1% y ocasionales el 2,6%¹. España mantiene porcentajes de fumadores superiores al resto de los países de la Unión Europea, y el impacto del consumo de tabaco sobre la salud pública permite prever un grave problema sanitario durante los próximos años².

A pesar de ello las autoridades sanitarias no han abordado el problema con la prioridad y determinación que la situación exige, y más allá de citas genéricas en los planes de salud de las comunidades autónomas o del propio Ministerio de Sanidad y Consumo, no se han elaborado estrategias destinadas a disminuir la prevalencia. El diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en España está aún confinado a grupos de profesionales sensibilizados, a unidades especializadas o a iniciativas de grupos de trabajo de distintas sociedades científicas, todos ellos con encomiable espíritu, pero con escasa incidencia sobre la salud pública.

Desde el clásico estudio de Russell et al³, parece indudable que una de las formas de disminuir el tabaquismo (al menos desde una

perspectiva de salud pública) es conseguir que el diagnóstico y tratamiento de los pacientes fumadores sea aceptado como una responsabilidad propia por los profesionales de atención primaria.

La magnitud del problema, junto con los pocos medios que son necesarios para su abordaje en la práctica asistencial rutinaria, debería impulsar a las autoridades sanitarias a convencer, estimular, implicar y capacitar para ello, cuando sea necesario, a los profesionales de atención primaria.

El tratamiento del tabaquismo implica realizar un análisis de la fase en la que se encuentra el paciente fumador dentro de su proceso particular de abandono del tabaco, fases definidas por Prochaska y Di Clemente⁴ como de precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. El tratamiento de los pacientes fumadores, una vez realizado el análisis de la fase en la que se encuentran, puede ser abordado de forma sistemática a través de la denominada intervención mínima o a través del tratamiento especializado.

El concepto de intervención mínima, aunque en revisión constante, incluye la realización de un consejo antitabaco sistemático acompañado de la entrega de documentación escrita y apoyo psicológico, así como el seguimiento del paciente en su proceso de deshabituación. Este consejo debe ser serio, firme, amable y amigable, breve (no debe sobrepasar los 3 minutos) y personalizado, es decir, ajustado a las características del fumador y dependerá en parte de la fase en la que se encuentre⁵. El consejo médico que se acompaña de un seguimiento del proceso de deshabituación tabáquica obtiene mejores resultados que el ofrecido de forma aislada⁶.

En aquellos pacientes que por sus características personales y su historia de fumador no se considere adecuada la intervención mínima,

se pueden realizar otras intervenciones destinadas a favorecer el abandono del tabaco, siendo el tratamiento farmacológico la más adecuada, y la terapia sustitutiva con nicotina (TSN) la más utilizada hasta la fecha, aunque las perspectivas que ofrece el tratamiento con bupropión parecen excelentes⁷.

La TSN está indicada en los pacientes fumadores con una dependencia nicotínica media-alta, que son el grupo con mayores dificultades para abandonar el consumo y en el que los porcentajes de éxito son aún reducidos. Con la TSN estándar se consiguen porcentajes de sustitución nicotínica de un 30-50%, lo que puede explicar el elevado porcentaje de fracasos existentes⁸. Recientemente se ha introducido el concepto TSN a altas dosis, que pretende conseguir porcentajes de sustitución del 90-100%, y algunos autores señalan con este tipo de terapia porcentajes de éxito de hasta un 85% al año de seguimiento, considerándose una forma terapéutica segura, bien tolerada y sin efectos adversos significativos⁹⁻¹¹, pero de difícil aplicación en atención primaria, pues se aconseja realizar determinaciones previas de cotinina para el cálculo exacto del porcentaje de sustitución. La eficacia de la TSN es variable, y en un metaanálisis realizado por Silagy¹² se recogen porcentajes de éxito que varían desde el 15% con el inhalador bucal hasta un 24% con el nebulizador nasal.

Otros tipos de intervenciones son las modificadoras de la conducta, entre las que se incluyen las terapias psicológicas, que resultan un complemento imprescindible de la terapia farmacológica.

En definitiva, el tratamiento del tabaquismo ha de ser un complemento terapéutico individualizado para cada fumador en el que se puede y debe utilizar la combinación de varias modalidades terapéuticas orientadas a obtener la abstinencia tabáquica, siendo los

pilares fundamentales el consejo médico, la terapia farmacológica (TSN o bupropión) y el apoyo psicológico, todos ellos al alcance de los profesionales de atención primaria.

Valorar la eficacia en este marco, una consulta de atención primaria, de distintas intervenciones (consejo aislado, intervención mínima sistematizada y TSN mediante parches transdérmicos de nicotina) es el objetivo del presente estudio, siendo el objetivo principal comparar la eficacia de la intervención mínima (consejo médico, entrega de material por escrito, apoyo psicológico así como seguimiento del proceso de deshabituación) ofrecida de forma sistemática frente al consejo antitabáquico aislado y ofrecido de forma puntual. Un objetivo secundario fue valorar el éxito de la TSN, con parches transdérmicos de nicotina en los pacientes en los que ésta estuviera indicada.

Material y método

El diseño del estudio corresponde a un ensayo clínico controlado y aleatorizado. Se incluyeron todos los fumadores mayores de 18 años que acudieron por cualquier motivo, durante 1997, a una consulta de medicina de familia del Centro de Salud San Juan, siendo el único criterio de inclusión ser fumador y de exclusión (únicamente en el grupo de la TSN) las contraindicaciones formales de este tipo de terapia: infarto de miocardio reciente, arritmias cardíacas graves, angina inestable, embarazo, lactancia, úlcera gastroduodenal activa, enfermedades mentales graves o adicción a otros tipos de drogas.

Se reclutaron un total de 304 personas a las que se les solicitó información sobre sus datos personales (nombre, edad, sexo, teléfono de contacto), antecedentes patológicos y tabáquicos (número de cigarrillos/día, consumo de nicotina/día, índice paquetes/año), determinándose la fase de abandono en la que se encontraba el paciente, el grado de dependencia medido por el test de Fagerström y las concentraciones de monóxido de carbono en aire espirado determinado mediante el cooxímetro Bedfont Micro Smokerlyzer.

Después de clasificar a los pacientes en función del grado de dependencia nicotínica, se separaron en 2 grupos: uno integrado por las 104 personas con dependencia nicotínica alta (puntuación en el test de Fagerström ≥ 7) y por los fumadores con dependencia moderada (puntuación en test de Fagerström de 5-6 puntos) que, además, presentaban un consumo superior a 20 cigarrillos/día o referían intentos previos de deshabituación tabáquica fallidos por presentar síndrome de abstinencia nicotínica. A estos pacientes se les ofreció consejo médico (oral y escrito) adecuado a la fase de abandono en la que se encontraran y soporte farmacológico mediante tratamiento sustitutivo con parches de nicotina (Nicotinell TTS®) según el protocolo que se refleja en la tabla 1, basado en las recomendaciones del Área de Tabaquismo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)¹³, y se evaluó su evolución mediante controles sistemáticos periódicos.

Otro grupo, integrado por 200 fumadores con bajo consumo de cigarrillos y dependencia nicotínica baja, fueron distribuidos mediante el método de asignación por bloques de 10 individuos, con asignación aleatoria dentro de cada bloque¹⁴, a los 2 grupos de estudio: grupo control, constituido por 100 fumadores a los que se les facilitó consejo antitabaco de forma aislada, y grupo de intervención, formado por 100 pacientes en los que se practicó la intervención mínima sistematizada (consejo antitabaco sistemático aprovechando cualquier motivo de consulta, entrega de material escrito de apoyo ajustado a las recomendaciones de la SEPAR, apoyo psicológico y seguimiento del proceso de deshabituación del paciente con visitas programadas). Este tamaño permite detectar una diferencia en el grado de abstinencia tabáquica entre los grupos de un 13%, considerando un contraste unilateral con un error alfa del 5%, una potencia del 80% y un porcentaje de éxito en el grupo control del 10%.

En el grupo de intervención mínima se realizaron visitas programadas a los 15 días, al mes y a los 2, 3, 6 y 12 meses, si bien se dejó abierta la posibilidad de tantas consultas como el paciente considerase oportuno. En el grupo en el que se realizó el consejo de forma aislada, no se efectuaron controles intermedios y sólo se fijó la visita del control anual, que fue recordada telefónicamente en la totalidad de los pacientes. En cada control se determinó el abandono del taba-

TABLA 1. Protocolo terapéutico de tratamiento farmacológico utilizado para la deshabituación tabáquica (basado en las recomendaciones del Área de Tabaquismo de la SEPAR)

| N.º de cigarrillos | Test de Fagerström | CO (ppm) | Tratamiento (parches nicotina) |
|--------------------|--------------------|----------|--|
| 10-19 | 1-4 | < 15 | 14 mg (4-8 semanas) 7 mg (4 semanas) |
| 20-30 | 5-6 | 15-30 | 21 mg (4 semanas) 14 mg (4 semanas) 7 mg (4 semanas) |
| > 30 | 7-10 | > 30 | 21 mg (4-6 semanas) 14 mg (4 semanas) 7 mg (4 semanas) |

co, considerando la abstinencia por testimonio personal directo, confirmada con la determinación de CO < 10 ppm. En caso de no abandono, se registró el número de cigarrillos/día consumidos, la dependencia nicotínica, las concentraciones de CO en aire espirado, la fase en el proceso de abandono de tabaco y si hubo o no cambio respecto a la fase inicial, previa a la intervención.

La principal variable final considerada ha sido la abstinencia tabáquica a los 6-12 meses. El éxito del programa se ha medido en función de la «intención de tratamiento», es decir, considerando como fracaso a los que no lo lograron junto con los que no acudieron a los controles programados. La abstinencia se determinó por testimonio personal directo, confirmándolo con la determinación de CO < 10 ppm.

La comparación entre los 2 grupos de estudio se efectuó mediante el test de ji-cuadrado para las variables categóricas y con la t de Student para las variables cuantitativas. Para valorar la eficacia de la intervención, se calculó 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 evitar un resultado negativo (NNT), con sus respectivos intervalos de confianza del 95%. La valoración de la presencia de factores de confusión y de variables modificadoras del efecto se realizó mediante un análisis estratificado por las variables que mostraron una distribución diferente en el análisis de comparabilidad inicial de los 2 grupos. En los análisis estratificados se ha calculado, además de las medidas antes mencionadas para cada uno de los estratos, el RR ajustado usando el método de Mantel-Haenszel y el RA directamente ajustado usando la ponderación del inverso de la variancia¹⁵. La presencia de interacción se ha valorado mediante el test de

Breslow-Day¹⁶. El nivel de significación estadística asumido en todos los contrastes realizados fue de 0,05.

Resultados

Los porcentajes de abandono del programa (pacientes que no acudieron y no pudieron ser localizados) fue del 6% en el grupo de consejo aislado, del 3% en el de la intervención mínima sistematizada y del 7,7% en el de la TSN. Todos ellos se clasificaron como fracasos terapéuticos.

Grupo de intervención mediante consejo médico o intervención mínima sistematizada

La edad media en este grupo fue de 35,1 años (IC del 95%, 33,3-36,9), un 36% (29,3-42,7) fueron varones y el 64% (57,3-70,7), mujeres. Con relación a las características de consumo de tabaco al inicio de la intervención, el total de la muestra presentó un consumo medio de 18,5 cigarrillos/día (17,1-19,9), una dependencia nicotínica de 5,3 (4,95-5,65) puntos en el test de Fagerström y una concentración de CO en aire espirado de 23,0 ppm (21,7-24,3).

En ningún caso las diferencias observadas entre los 2 grupos de intervención al inicio del seguimiento respecto a las características de consumo de tabaco mostraron diferencias significativas, con excepción del número de cigarrillos/día, que fue superior en el grupo de intervención mínima (tabla 2). Respecto a la fase en la

TABLA 2. Comparación de los resultados entre los grupos de intervención mínima en tabaquismo y el consejo aislado

| | Intervención mínima (n = 100) | Consejo aislado (n = 100) | Significación estadística |
|--------------------|--|--|------------------------------|
| Edad | 32,7 (12,4) ^b (30,1-35,3) ^a | 37,4 (13,0) ^b (34,8-40) ^a | 0,008 |
| Sexo | Varones, 37% Mujeres, 63% | Varones, 35% Mujeres, 65% | 0,9 |
| Cigarros/día | 20,8 (10,3) ^b (18,8-22,8) ^a | 16,2 (9,2) ^b (14,4-18,0) ^a | 0,001 |
| < 10 cig./día | 9% | 20% | 0,004 |
| 10-19 cig./día | 23% | 24% | |
| 20-29 cig./día | 45% | 49% | |
| ≥ 30 cig./día | 23% | 7% | |
| Paquetes/año | 16,0 (17,4) ^b (12,6-19,4) ^a | 15,2 (17,7) ^b (11,8-18,6) ^a | 0,6 |
| Test de Fagerström | 5,3 (2,6) ^b (4,7-5,9) ^a | 5,3 (2,5) ^b (4,9-5,7) ^a | 0,9 |
| ≤ 4 | 35% (25,7%-45,2%) ^a | 35% (25,7%-45,2%) ^a | 0,7 |
| 5-6 | 30% (21,2-40,0) ^a | 34% (24,8-44,2) ^a | |
| ≥ 7 | 35% (25,7-45,2) ^a | 31% (22,1-41,0%) ^a | |
| Fase | | | |
| Precontemplación | 28% | 29% | 0,9 |
| Contemplación | 19% | 19% | |
| Preparación | 53% | 52% | |
| CO | 23,5 (10,3) ^b (21,5-25,5) ^a | 22,5 (8,4) ^b (20,9-24,1) ^a | 0,6 |
| No acuden | 3% (0,6-8,5%) ^a | 6% (2,2-12,6%) ^a | 0,4 |

^aIC del 95%. ^bDesviación estándar.

TABLA 3. Medidas brutas del efecto de la intervención mínima sobre la cesación del hábito tabáquico al año del inicio del programa

| | Resultado al año | | RR | RRA | RRR | NT |
|---------------------|------------------|---------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | Fuma | No fuma | (IC del 95%) | (IC del 95%) | (IC del 95%) | (IC del 95%) |
| Intervención mínima | 61 | 39 | 0,69 | 0,28 | 0,31 | 4 |
| Consejo aislado | 89 | 11 | (0,58-0,81) | (0,17-0,39) | (0,19-0,42) | (3-6) |

RR: riesgo relativo; RRA: reducción del riesgo absoluto; RRR: reducción del riesgo relativo, y NNT: número de pacientes que será necesario tratar para evitar un resultado negativo.

que se encontraba dentro del proceso de abandono del tabaco, según el esquema de Prochaska y DiClemente, tampoco se observaron diferencias entre ambos grupos, de forma que en el grupo del consejo aislado un 29% estaba en fase de precontemplación, el 19% en fase de contemplación y el 52% en fase de preparación, mientras que en el grupo de la intervención sistematizada estos porcentajes fueron del 28, 19 y 53%, respectivamente.

La prevalencia del consumo de tabaco en la consulta de atención primaria fue del 38,6%, porcentaje superior al observado en la población española¹.

La abstinencia observada en el grupo en el que se realizó la intervención mínima fue a los 2 meses del 40% (30,3-50,3%), a los 6 meses del 35% (25,7-45,2%) y a los 12 meses del 39% (29,4-49,3%), encontrándose en fase de mantenimiento (6 meses de abstinencia) un 30,9% (21,9-41,1%) (fig. 1). En el grupo

en el que se intervino mediante el consejo médico aislado, la abstinencia observada al año fue del 11% (5,6-18,8%). El RR correspondiente a los 12 meses fue de 0,69 (0,58-0,81), la RRA de 0,28 (0,17-0,39) (tabla 3).

La estimación del efecto de la intervención mínima ajustada por la edad y el consumo de cigarrillos al inicio del programa mediante sendos análisis estratificados no mostró diferencias con la estimación bruta, y tampoco se observaron diferencias significativas entre los diferentes estratos (tablas 4 y 5).

Entre los pacientes que lograron abandonar el tabaco, ya fuera tras la intervención mínima o mediante el consejo aislado, no se apreciaron diferencias significativas al comparar la abstinencia tabáquica observada con las distintas variables analizadas, a diferencia de lo que ocurría cuando se analizaron los sujetos que no lo lograron. En el grupo de intervención mínima sistematizada, los fumadores que fracasaron en su intento de deshabitación tabáquica presentaban una edad media de 31,6 ± 11,8 años, frente a 37,3 ± 13,6 años del grupo del consejo aislado ($p < 0,05$) y un consumo de cigarrillos 22,2 ± 9,9 cigarrillos/día frente a 16,5 ± 8,7, respectivamente.

Grupo de intervención mediante terapia sustitutiva con nicotina

Los sujetos a los que se les ofreció la TSN presentaban un consumo medio de 31,2 cigarrillos/día, una dependencia nicotínica de 7,7 en el test de Fagerström y una concentración media de CO en aire espirado de 25,9 ppm. La edad media fue de 38,0 y la mitad de ellos eran mujeres.

La abstinencia tabáquica observada en el grupo de la TSN fue a los 2 meses del 50,5% (40,1-60,9), a los 6 meses del 36,9% (26,6-48,1) y al año del 35,3% (24,1-47,8), encontrándose un 30,8% en fase de mantenimiento.

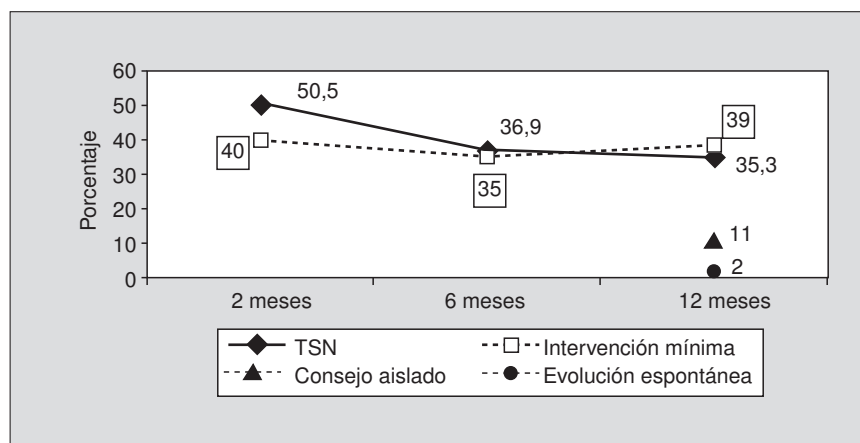


Figura 1. Evolución de la abstinencia conseguida en los distintos grupos de intervención.

TABLA 4. Análisis estratificado de efecto de la intervención mínima según la edad

| | Resultado al año | | RR (IC del 95%) | RRA (IC del 95%) | RRR (IC del 95%) | NNT (IC del 95%) |
|---|------------------|---------|--|---------------------|---------------------|---------------------|
| | Fuma | No fuma | | | | |
| Edad ≤ 40 años | | | | | | |
| Intervención mínima Consejo aislado | 50 60 | 26 8 | 0,75 (0,62-0,90) | 0,22 (0,09-0,35) | 0,25 (0,09-0,38) | 5 (3-11) |
| Edad > 40 años | | | | | | |
| Intervención mínima Consejo aislado | 11 29 | 13 3 | 0,51 (0,32-0,79) | 0,45 (0,22-0,67) | 0,49 (0,25-0,74) | 2 (1-4) |
| Resumen de los 2 apartados | | | | | | |
| RR ponderado, 0,68 (0,57–0,81) RRA ponderado, 0,28 (0,17–0,39) | | | χ^2 para valorar la interacción, 2,46; p = 0,12 | | | |

RR: riesgo relativo; RRA: reducción del riesgo absoluto; RRR: reducción del riesgo relativo, y NNT: número de pacientes que será necesario tratar para evitar un resultado negativo.

TABLA 5. Análisis estratificado de efecto de la intervención mínima según el consumo de cigarrillos al inicio del programa

| | Resultado al año | | RR | RRA | RRR | NNT |
|---------------------------------|------------------|---------|--|--------------|--------------|--------------|
| | Fuma | No fuma | (IC del 95%) | (IC del 95%) | (IC del 95%) | (IC del 95%) |
| < 15 cig./día | | | | | | |
| Intervención mínima | 10 | 12 | 0,56 | 0,35 | 0,44 | 3 |
| Consejo aislado | 29 | 7 | (0,35-0,92) | (0,11-0,60) | (0,13-0,74) | (2-9) |
| ≥ 15 cig./día | | | | | | |
| Intervención mínima | 51 | 27 | 0,70 | 0,28 | 0,30 | 4 |
| Consejo aislado | 60 | 4 | (0,59-0,83) | (0,16-0,40) | (0,17-0,43) | (2-6) |
| Resumen de los 2 apartados | | | | | | |
| RR ponderado: 0,66 (0,56–0,79) | | | χ^2 para valorar la interacción: 0,65; p = 0,42 | | | |
| RRA ponderado: 0,30 (0,19–0,40) | | | | | | |

RR: riesgo relativo; RRA: reducción del riesgo absoluto; RRR: reducción del riesgo relativo, y NNT: número de pacientes que será necesario tratar para evitar un resultado negativo.

La figura 1 muestra la evolución de los resultados obtenidos en los distintos grupos de intervención, observándose cómo con la

TSN la abstinencia en el control de los 2 meses es significativamente superior que con la intervención mínima, igualándose

ambas conforme transcurre el tiempo.

Discusión

No por reiterativo resulta menos necesario señalar que el tabaquismo es el principal problema socio-sanitario de los países industrializados, siendo la causa de más de 46.000 fallecimientos anuales en nuestro país, y considerándose como la primera causa prevenible de muerte, siendo la tercera causa el tabaquismo pasivo^{2,17}.

La prevención y promoción de la salud es una actividad fundamental en atención primaria, y los profesionales sanitarios tenemos un papel fundamental en la lucha contra el tabaquismo. Desde 1979, con el estudio de Russell et al³ quedó inequívocamente establecido que los profesionales sanitarios de atención primaria desempeñan un papel importante en la lucha contra el tabaquismo. Por otra parte, también se ha señalado hasta la saciedad que el coste que conlleva el tratamiento del tabaquismo, tanto desde el punto de vista de la intervención mínima como de la TSN o del tratamiento farmacológico en general, es menor que otras actividades que cotidianamente se realizan en cualquier consulta de atención primaria como el tratamiento de la hipercolesterolemia o de la hipertensión arterial, lo que convierte a esta actividad en un servicio además de eficaz, eficiente¹⁸.

Al estudiar las muestras en las que se realizó el consejo médico, ya fuera integrado dentro del concepto de intervención mínima sistematizada u ofrecido de forma aislada, llama la atención el elevado porcentaje de pacientes en fase de preparación. La posible explicación a este hecho es que algunos de los pacientes que formaron parte del estudio fueron enviados de otras consultas del mismo centro de salud, pacientes que estaban lógicamente motivados

para abandonar el consumo de tabaco y, por tanto, en fase de preparación dentro del esquema de abandono del tabaco de Prochaska y DiClemente⁴.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio mediante el consejo médico son similares a los descritos por otros autores, siempre similares a los descritos inicialmente por Russell³ situados en un 5-10%, en absoluto despreciables en términos de salud pública. Law y Tang¹⁹ analizan los resultados de 188 ensayos y encuentran que la eficacia del consejo médico aislado es del 2%. Sin embargo, cuando se sistematiza el consejo, los beneficios esperables aumentan significativamente. Al comparar los resultados obtenidos en nuestro estudio con el consejo médico aislado ofrecido a los pacientes fumadores en el momento de la apertura de la historia, sin posterior seguimiento (11%), con los obtenidos con la intervención mínima sistematizada (39%; $p < 0,0001$) se demuestra la efectividad de esta última. Por otra parte, la existencia de un RR de 0,69 está indicando que los fumadores que reciben la intervención mínima sistematizada tienen 1,44 veces, es decir un 44%, más de probabilidad de abandonar el consumo de tabaco que los que reciben el consejo aislado, y además la intervención mínima sistematizada reduce la probabilidad de seguir fumando en un 31%. El número de personas que se habría que tratar para conseguir que al menos una dejara de fumar es de 4 (NNT, 3,57). Al realizar el análisis estratificado por las variables edad y número de cigarrillos consumidos al inicio del estudio, no se detectó interacción significativa entre el grupo de intervención y dichas variables, y se constató que la magnitud del efecto protector de la variable grupo no está confundida por el efecto de la edad o el número de cigarrillos.

La intervención mínima sistematizada, con aporte de consejo mé-

dico, información escrita y seguimiento del paciente permite mejorar los resultados del simple consejo aislado. Este tipo de intervención no es aceptado por todos los autores como intervención mínima, y existen diversas interpretaciones de los aspectos que pueden englobarse bajo dicho concepto. En todo caso, sus resultados mejoran los obtenidos mediante el consejo aislado, son variables y dependen de la metodología utilizada: a mayor nivel de intervención mejores resultados.

Los resultados de nuestro estudio son mejores que los publicados por otros autores; la mayoría de los estudios publican porcentajes de éxito que oscilan en el 10-20% de abstinencia al año de la intervención²⁰⁻²⁸. Creemos que el mayor porcentaje de abstinencia puede deberse al hecho de haber ofertado un consejo médico sistematizado, un seguimiento individualizado a cada paciente, dejando abierta la posibilidad de cualquier consulta si el paciente lo considerase oportuno, así como a la mayor concienciación social e individual que hoy día existe de la necesidad de abandonar el consumo de tabaco, por lo que los resultados de este tipo de intervenciones tienden a mejorar progresivamente.

El porcentaje obtenido en el grupo del consejo aislado (11% de abstinencia puntual) ya es un porcentaje de éxito a tener en cuenta, observándose cómo el simple acto de preguntar sobre el hábito tabáquico, y máxime si va acompañado de una clasificación del fumador en función de su dependencia nicotínica, fase en el proceso de abandono del tabaco en la que se encuentra y determinación de monóxido de carbono, pueden contribuir a disminuir la prevalencia de fumadores. Actuaciones que exceden del consejo aislado entendido de forma estricta y que cada una, de forma independiente, supone una intervención, y que junto a los carteles

aconsejando el abandono del tabaco situados en el centro de salud y en la propia consulta donde se realizó la intervención, intervención pasiva, puede explicar el porcentaje observado y supone un sesgo para una correcta interpretación de los resultados obtenidos.

En los pacientes en los que, por sus características personales, se ha utilizado la TSN, los porcentajes obtenidos son similares a los observados con la intervención mínima en los pacientes con baja dependencia nicotínica, siendo también superiores a los encontrados en otros estudios²⁹⁻³⁴, pudiendo explicar los mejores resultados por las mismas razones que hemos comentado acerca de la intervención mínima. En estudios recientes como el de Ramón Torrel et al³⁵, los resultados que obtuvieron (41% de abstinencia y 29% en fase de mantenimiento) son similares a los nuestros (35,3% de abstinencia y 30,8% en fase mantenimiento). Estos resultados nos permiten afirmar que la TSN puede y debe ser utilizada en atención primaria.

Creemos que atención primaria debe abordar el tratamiento del tabaquismo de forma integral, utilizando todos los instrumentos disponibles, tanto el consejo y la intervención mínima sistematizada, como el tratamiento farmacológico en sus dos vertientes: terapia nicotínica o no nicotínica. La facilidad de manejo de la terapia sustitutiva nicotínica hace de ella un método adecuado para ser utilizado en atención primaria, de forma similar a la terapia farmacológica no nicotínica, sobre todo al disponer recientemente en la farmacopea española del bupropión (primer tratamiento farmacológico no nicotínico con indicación explícita para el tratamiento del tabaquismo). Quizás en un futuro esté contemplada la vacuna antitabaco como una más dentro de las que se puedan ofertar en atención primaria, pero por el mo-

mento sólo es una línea de investigación³⁶, como las que involucran factores genéticos en la iniciación del consumo de tabaco³⁷, con lo que eso conllevaría: ¿manipulación genética?, ¿posibilidad de elección de ser o no fumador?... Es probable que aún falte unificar criterios, establecer acuerdos y protocolos que permitan evaluar mejor los resultados que se obtienen —por ejemplo, qué entendemos por consejo antitabaco y qué por intervención mínima—, pero ello no debería retardar el abordaje del diagnóstico y tratamiento del tabaquismo de forma generalizada y por todos los médicos de atención primaria, ya que sólo la atención primaria puede garantizar la intervención continua y sistemática a lo largo del tiempo, para evitar la pérdida de eficacia del consejo que tiene lugar con el transcurso del tiempo³⁸.

Por otra parte, la disponibilidad de instrumentos de asesoramiento y ayuda, fácilmente disponibles³⁹⁻⁴³, y la posibilidad de contrastar los resultados³⁹, permite incluir este tipo de actividades en la actividad asistencial de forma rutinaria. A pesar del esfuerzo de distintas sociedades profesionales, y especialmente de la semFYC, este tipo de actividad no ha sido incluida en la actividad asistencial rutinaria de los médicos de atención primaria. En ocasiones aun no lo es ni el registro del consumo de tabaco en la historia clínica⁴⁴. En un reciente estudio realizado por Carrión Valero et al⁴⁵ un 57,4% de los fumadores consultados no había recibido nunca consejo antitabaco.

Creemos que las autoridades sanitarias deberían estimular e incluso exigir la inclusión de estas actividades en la cartera de servicios de los centros de atención primaria, y que los profesionales deberían asumirlas como una parte muy importante de su actividad profesional. Algunos autores proponen la inclusión del hábito tabáquico entre los signos vitales

que debe recoger la historia clínica para aumentar así la sensibilización del médico ante el problema y la intervención mínima⁴⁶. La alternativa de la creación y aun multiplicación de unidades especializadas de tratamiento del tabaquismo⁴⁷ puede ayudar a profundizar en el mejor conocimiento del problema, pero no a resolverlo en términos de salud pública.

Bibliografía

1. Encuesta Nacional de Salud 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
2. González J, Villar F, Banegas JR, Rodríguez F, Martín JM. Tendencia de la mortalidad atribuible al tabaquismo en España, 1978-1992: 600.000 muertes en 15 años. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 577-582.
3. Russell MA, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioner's advice against smoking. *BMJ* 1979; 2: 231-235.
4. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51: 390-395.
5. The Agency for Health Care Policy and Research. Smoking cessation clinical practice guideline. *JAMA* 1996; 275: 1270-1280.
6. Silagy C, Ketteridge S. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford: Update Software, 1988.
7. Jorenby D, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999; 340: 685-691.
8. Tang JL, Law M, Wald N. How effective is nicotine replacement therapy in helping people to stop smoking? *BMJ* 1994; 308: 21-26.
9. Fiore MC, Jorenby DE, Baker TB, Kenford SL. Tobacco dependence and the nicotine patch. Clinical guidelines for effective use. *JAMA* 1992; 268: 2687-2694.
10. Dale LC, Hurt RD, Offord KP, Lauson GM, Croghan IT, Schroeder DR. High-dose nicotine patch therapy. Percentage of replacement and smoking cessation. *JAMA* 1995; 274: 1353-1358.
11. Fredrickson PA, Hurt RD, Lee GM, Wingender L, Croghan IT, Lauger G et al. High dose transdermal nicotine therapy for heavy smokers: safety, tolerability and measurement of nicotine and cotinine levels. *Psychopharmacology* 1995; 122: 215-222.
12. Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. En: Lancaster T, Silagy C, Fullerton D, editores. *Tobacco addiction. Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews* (updated 01 December 1997). The Cochrane Collaboration, issue 1. Oxford: Update Software, 1998.
13. Jiménez CA, Solano S, González de Vega JM, Ruiz MJ, Flórez S, Ramos A et al. Tratamiento del tabaquismo. Normativa SEPAR. *Arch Bronconeumol* 1999; 35: 499-506.
14. Argimon Pallas JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación aplicados a la atención primaria de salud. Barcelona: Doyma, 1991.
15. Kleinbaum DG, Kupper LL, Mosteller H. *Epidemiologic research. Principles and quantitative methods*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold, 1982.
16. Epidemiology Program Office. *Epi Info 2000 manual*. Atlanta: Centers for Disease Control, 2000. Disponible en: URL: <http://www.cdc.gov/epiinfo/>
17. Recomendaciones del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo. En: *Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Libro Blanco sobre el tabaquismo en España*. Barcelona: Glosa, 1998; 253-258.
18. Plans P, Navas E, Tarín A, Rodríguez G, Galí N, Gayta R et al. Coste-efectividad de los métodos de cesación tabáquica. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 49-53.
19. Law M, Tang JL. An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Arch Intern Med* 1995; 155: 1933-1941.
20. Stewart PJ, Rosser WW. The impact of routine advice on smoking cessation from family physicians. *Can Med Assoc J* 1982; 126: 1051-1054.
21. Jamrozik F, Fowler G, Vessey M. Controlled trial of three different anti-smoking interventions in general practice. *BMJ* 1984; 288: 1499-1503.
22. Comas A, Suárez R, López ML, Cueto A. Eficacia del consejo sanitario antitabaco. *Medifam* 1994; 4: 67-74.
23. Slama K, Karsenty S, Hirsh A. Effectiveness of minimal intervention by ge-

- neral practitioners with their smoking patients: a randomised, controlled trial in France. *Tobacco Control* 1995; 4: 162-169.
24. Tonnesen P, Mikkelsen K, Markholst C, Ibsen A, Bendixen M, Pedersen L et al. Nurse conducted smoking cessation with minimal intervention in a lung clinic: a randomized controlled study. *Eur Respir J* 1996; 9: 2351-2355.
25. Jiménez CA, Barrueco M, Carrión F, Cordovilla R, Hernández I, Matínez E et al. Intervención mínima personalizada en el tratamiento del tabaquismo. Resultados de un estudio multicéntrico. *Arch Bronconeumol* 1998; 34: 433-436.
26. Martín C, Jane C, Nebot M. Evaluación anual de un programa de ayuda al fumador. *Aten Primaria* 1993; 12: 86-90.
27. Strecher VJ, Kreuter M, Den Boer DJ, Kobrin S, Hospers HJ, Skinner CS. The effects of computer-tailoring smoking cessation messages in family practice settings. *J Fam Pract* 1994; 39: 262-270.
28. Aleixandre E, Casanova MA, Mitjas J, Sánchez J, Sanmartín A. Ensayo clínico de dos intervenciones de deshabituación tabáquica en atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 22: 424-428.
29. Abelin T, Ehrt R, Imhof P. Clinical experience with a transdermal nicotine system in healthy nicotine dependent smokers. En: Willhelmsen L, editor. *Smoking as a cardiovascular risk factor. New strategies for smoking cessation*. Lewiston: Hogrefe and Huber, 1991; 35-46.
30. Daughton D, Heatley S, Prendergast J. Effect of transdermal nicotine delivery as an adjunct to low-intervention smoking cessation therapy. A randomized, placebo-controlled, double-blind study. *Arch Intern Med* 1991; 151: 749-752.
31. Tonnesen P, Norregaard J, Simonsen K, Sawe U. A double blind trial of a 16-hour transdermal nicotine patch in smoking cessation. *N Engl J Med* 1991; 325: 311-315.
32. Transdermal Nicotine study Group. Transdermal nicotine for smoking cessation: six month results from two multicenter controlled clinical trials. *JAMA* 1991; 266: 3133-3138.
33. Imperial Cancer Research Fund General Practice Research Group. Effectiveness of nicotine patch in helping people stop smoking: result of a randomised trial in general practice. *BMJ* 1993; 306: 1304-1308.
34. Russell MA, Stapleton JA, Feyerabend C, Wiseman SM, Gustavsson G, Sawe U et al. Targeting heavy smokers in general practice: randomised controlled trial of transdermal nicotine patches. *Br Med J* 1993; 306: 1308-1312.
35. 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: 488-493.
36. Keyler DE, Hieda Y, Peter J, Pentel PR. Altered disposition of repeated nicotine doses in rats immunized against nicotine. *Nicotine & Tobacco Research* 1999; 1: 241-249.
37. Lerman C, Audrian J, Main D, Caporaso NE, Bowman ED, Lockshin B et al. Evidence suggesting the role of specific genetic factors in cigarette smoking. *Health Psychology* 1999; 1: 14-20.
38. 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: 283-293.
39. 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. <http://www.almirallprodesfarma.com/quies/g3.html>.
40. Córdoba R, Ortega R, Cabezas C, Forés D, Nebot M. Recomendaciones sobre estilo de vida. *Aten Primaria* 1999; 24 (Supl 1): 118-132.
41. Clemente ML, Alonso JA, Córdoba R, Cortada J, Grandes G, Nebot M et al. Descripción de las guías disponibles en España para el abordaje del tabaquismo en atención primaria. *Aten Primaria* 1999; 24: 101-108.
42. Pérez-Trullen A, Marrón R. Guías prácticas de deshabituación tabáquica: qué son, por qué y cómo utilizarlas? *Arch Bronconeumol* 1999; 35 (Supl 3): 84-88.
43. Pérez-Trullen A, Sánchez Agudo L. Guías prácticas de deshabituación tabáquica: análisis coste-efectividad. *Arch Bronconeumol* 1999; 35 (Supl 3): 89-94.
44. Cabezas C, Vives A, Ballvé JL, Berenguer MD, Monteverde X, Calero S et al. Validez del registro de las actividades preventivas en las historias clínicas: consumo y consejo antitabaco. *Aten Primaria* 1996; 18: 309-313.
45. Carrión F, Furest I, Pascual JM, Marín I. Intervención mínima en tabaquismo en España. *Arch Bronconeumol* 2000; 36: 124-128.
46. Robinson MD, Laurent SL, Little JM Jr. Including smoking status as a new vital sig: it works! *J Fam Pract* 1995; 40: 556-561.
47. Granollers S, Pont A, Ibeda I. Idoneidad de una consulta de tabaquismo en atención primaria. *Aten Primaria* 1995; 16: 331-336.