

¿Podemos ayudar a nuestros pacientes a dejar de fumar?: la experiencia del Programa de Abandono del Tabaco

G. Grandes^a / J.M. Cortada^b / A. Arrazola^c

^aUnidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.

^bCentro de Salud de Deusto. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. ^cDirección de Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

Correspondencia: Dr. Gonzalo Grandes. Unidad de Investigación de Atención Primaria. Osakidetza. Luis Power, 18. 48014 Bilbao. Correo electrónico: grandesg@ap.osakidetza.net

Recibido: 4 de septiembre de 2000.

Aceptado: 25 de mayo de 2001.

(Can we help our patients to stop smoking?: the experience of the Smoking Cessation Program)

Resumen

Objetivo: Describir el proceso y resultados al año del Programa de Abandono del Tabaco, para responder a la siguiente pregunta: «¿Justifica la falta de tiempo y recursos la escasa intervención de los médicos sobre el tabaquismo?».

Métodos: Serie de casos prospectiva formada por todos los fumadores (1.203) que acudieron durante un año por cualquier motivo a la consulta de siete médicos de familia. Se describe el comportamiento de los fumadores ante el programa y las cargas de trabajo que genera. Se consideró que habían abandonado el tabaco aquellos que estaban sin fumar a los 2 años de su captación de forma validada y mantenida durante al menos 12 meses.

Resultados: Dejaron de fumar el 7,3% de todos los fumadores (intervalo de confianza [IC] del 95%: 5,9-8,9). La captación incrementó el tiempo de consulta en 23 s y descendió desde un promedio de 30 nuevos fumadores al mes por consulta durante los tres primeros meses hasta 12 al final del primer año. Todos fueron aconsejados (incremento promedio de 3 min y 33 s) pero sólo un 17,5% realizó el plan terapéutico durante el primer año (IC del 95%: 15,4-19,9), que tuvo una duración promedio de 72 min y 11 s, y generó una media de 6 citas programadas al mes por consulta. El 20% de los que realizaron dicho plan lograron dejar de fumar (IC del 95%: 14,8-26,1).

Conclusiones: La identificación y el consejo universal a los fumadores, junto con el tratamiento de los motivados, logra importantes éxitos sin incrementar excesivamente las cargas de trabajo habituales.

Palabras clave: Programa para dejar de fumar. Evaluación de procesos y resultados. Protocolos clínicos. Cumplimiento del paciente. Efectividad. Atención Primaria. Deshabituación con nicotina.

Summary

Objective: To describe the process and results of the «Smoking Cessation Program» in order to answer this question: Does the lack of time and resources justify poor involvement of physicians in helping patients to stop smoking?

Methods: Prospective series of cases that included all smokers (n = 1203) who for any reason attended seven general practices over a period of one year. The behaviour of smokers when the program was offered as well as the workload generated by the implementation of the process are described. Subjects who stopped smoking were those who did not smoke two years after enrolment in a sustained and validated form for at least 12 months.

Results: A total of 7.3% of all smokers quit (95% confidence interval [CI]: 5.9-8.9). Enrolment of subjects caused an increase in the consultation time of 23 seconds and decreased from a mean of 30 new smokers per month per practice during the first three months to 12 at the end of the first year. All received advice to stop smoking (mean increase of 3 min and 33 s) but only 17.5% accepted the therapeutic plan during the first year (95% CI: 15.4-19.9) that had a duration of 72:11 min and generated a mean of six programmed appointments a month in each practice. Twenty percent of subjects who participated in the therapeutic plan stopped smoking (95% CI: 14.8-26.1).

Conclusions: Identification and universal advice to smokers, together with treatment of those who are motivated to quit, achieved important success rates without increasing excessively ordinary work loads.

Key words: Smoking cessation. Outcome and process assessment health care. Quality indicators. Health care. Clinical protocols. Patient compliance. Effectiveness. Primary health care. Nicotine replacement therapy.

Introducción

No considerar las intervenciones sobre el tabaquismo como una importante responsabilidad médica, así como la falta de formación, tiempo y recursos¹, son razones a menudo aludidas para justificar la contradicción existente entre las potenciales oportunidades de actuación de los médicos^{2,3} y la realidad observada: una gran proporción de ellos ni siquiera preguntan a la mayoría de sus pacientes sobre el hábito tabáquico^{4,5}.

Con el fin de avanzar en la solución de dicha contradicción, este estudio presenta el proceso del primer año de funcionamiento del Programa de Abandono del Tabaco, dirigido a todas las personas fumadoras atendidas por cualquier motivo por el médico de familia, y cuya efectividad ha sido previamente reportada⁶. Su objetivo es describir el comportamiento de los fumadores ante el Programa, la dedicación y las cargas reales de trabajo que genera, así como la relación entre este proceso y los resultados obtenidos.

Es infrecuente encontrar en la bibliografía adecuadas descripciones del proceso de programas de ayuda al fumador y en ocasiones se publican resultados sesgados por la selección de fumadores motivados para dejar el hábito tabáquico, que pueden alimentar infundadas esperanzas entre los lectores^{7,8}. No es extraño que éstos se desmoralicen después, al percibir la diferencia manifiesta entre lo que observan en la práctica clínica y los exagerados resultados que se esperaba obtener. Nuestros datos, además de servir para juzgar la factibilidad del programa, serán de gran ayuda en la planificación realista de intervenciones de control del tabaquismo.

Métodos

Se presenta una serie de casos prospectiva de 1.203 fumadores seguidos durante 2 años, incluidos en el grupo de intervención de un ensayo controlado publicado previamente⁶, diseñado para evaluar la efectividad del Programa de Abandono del Tabaco. Colaboraron siete médicos de atención primaria del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, que fueron los que aceptaron la invitación a participar entre los 22 que realizaron el primer curso para ayudar a los pacientes a dejar de fumar, organizado en 1994 por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Cuatro de ellos trabajaban en el centro de Bilbao, dos en centros de su cinturón industrial y uno en un área semirural. Estos médicos tenían asignadas un promedio de 1.362 personas (DE = 261). Ninguno tenía experiencia previa en interven-

ciones sistemáticas dirigidas a todos sus pacientes fumadores. Recibieron un entrenamiento complementario de 8 horas para implantar el programa y participaron además en cuatro reuniones trimestrales de control de calidad.

Excepto en las escasas situaciones en que la gravedad del motivo de consulta lo desaconsejara, se preguntó si fumaban a todos los pacientes de 14 a 70 años que acudieron a la consulta por cualquier motivo entre el 11 de septiembre de 1995 y el 1 de octubre de 1996. De 4.848 pacientes, 1.421 (29,3%) declararon fumar al menos un cigarrillo todos los días. Entre éstos, 180 fueron excluidos por presentar trastornos mentales, adicción a otras drogas, enfermedad terminal o por la imposibilidad de mantener un contacto telefónico con ellos, y 38 se negaron a participar, quedando 1.203 fumadores incluidos en el estudio.

Tras la identificación universal de los fumadores, el médico realizó los siguientes tres pasos en la consulta a demanda:

1. Consejo personalizado claro y asertivo, instando a todos los fumadores a dejar de fumar, informándoles de los riesgos del tabaquismo, de los beneficios de su abandono y de las opciones actuales para hacerlo, incluida la ayuda de su médico.

2. Diagnóstico motivacional, estableciendo si el paciente estaba preparado o no para dejar de fumar según su respuesta a la pregunta «¿Quiere usted dejar de fumar, ya?». Se consideró que un paciente quería dejar de fumar si concretaba una fecha para hacerlo en el plazo de un mes, y se consideró que quería hacerlo sin ayuda cuando, además de lo anterior, no aceptó las consultas programadas por su médico para realizar el plan terapéutico.

3. Realización del plan terapéutico con los fumadores preparados. A quienes no lo estaban o dudaban, se les entregó un folleto diseñado por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco para motivarles. Estos últimos podían solicitar ayuda posteriormente, cuando considerasen que estaban preparados para hacerlo. De igual modo, el médico aprovechaba cualquier visita posterior para abordar de nuevo la necesidad de abandonar el tabaco.

El plan terapéutico estaba basado en el uso de parches de nicotina, el aprendizaje de comportamientos para evitar el consumo de tabaco y el seguimiento durante 2 meses realizado por el médico a lo largo de tres citas programadas y dos llamadas telefónicas. En la primera cita, próxima a la fecha para dejar de fumar, se hacía la historia tabáquica, que incluía la valoración de la dependencia de la nicotina, medida con el cuestionario de Fagerström⁹, así como la valoración de intentos previos de abandono, apoyo familiar y social para dejar de fumar y la determinación de CO en aire espirado. Se prescribieron parches de nicoti-

na de 15 mg/16 h durante 4 semanas, de 10 mg/16 h para las 2 siguientes y de 5 mg/16 h las 2 últimas (comenzando con la dosis de 10 mg/16 h aquellos que tenían una puntuación en el test de dependencia de la nicotina de Fagerström de 4 a 6, y con la de 5 mg/16 h los que puntuaron de 0 a 3). Estos parches fueron pagados por los propios pacientes. También se les instruyó en medidas comportamentales dirigidas a evitar situaciones de riesgo y a mantener la abstinencia en ellas, como las técnicas de relajación, la práctica de ejercicio físico y los cambios en la alimentación, siguiendo una guía para dejar de fumar, elaborada por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

En las llamadas telefónicas, realizadas en la fecha fijada para dejar de fumar y 15 días después, se apoyó y reforzó al fumador en los primeros días de abstinencia. Durante la segunda y tercera consulta programada (al mes y los 2 meses de la fecha del cese del hábito) se revisó el tratamiento, los logros y dificultades presentados y se consensuaron medidas para prevenir la recaída con todos aquellos que mantenían la abstinencia.

Se consideró que se había realizado el plan terapéutico cuando el paciente había asistido al menos a la primera de las consultas programadas, y que había cumplido la terapia con parches cuando los había utilizado al menos en el 80% de los días. Se cronometró el tiempo dedicado a las distintas acciones del programa en una muestra de 44 consultas a demanda grabadas en audio en 5 de las 7 consultas, previo consentimiento de los pacientes. Las consultas programadas y las llamadas telefónicas fueron cronometradas directamente por cada médico en un total de 15 pacientes.

Como medida de resultados se consideró el abandono completo del tabaco al final del primer año, mantenido al menos durante los 12 meses siguientes y validado bioquímicamente. Para ello, todos los fumadores fueron entrevistados por teléfono a los 12 y 24 meses de seguimiento y quienes declararon estar sin fumar fueron citados por su médico para la medición de CO en aire espirado (Micro-smokerlyzer EC-50 de Bedford Scientific Ltd.). Los fumadores perdidos para el seguimiento, los que no acudieron a medirse la concentración de CO y los que dieron concentraciones superiores a 10 ppm, fueron considerados fumadores.

Para identificar las características de los fumadores asociadas con la realización del plan terapéutico y con el uso de parches de nicotina, se realizaron pruebas de la χ^2 para variables cualitativas, pruebas de la t para aquellas medidas de forma cuantitativa y análisis de regresión logística múltiple. Respecto al cumplimiento de la terapia con parches de nicotina, se analizó el tiempo transcurrido desde el inicio de ésta hasta

que dejaron de utilizarse los parches correctamente, mediante «curvas de supervivencia» con el método de Kaplan-Meier. Las características asociadas con la duración del cumplimiento se identificaron mediante modelos de riesgos instantáneos proporcionales de Cox. La selección de las variables incluidas, tanto en los modelos logísticos como en los de Cox, se realizó partiendo de un modelo que contenía todas las variables, retirando una a una aquellas que no hacían una aportación significativa ($p > 0,05$) al ajuste de los modelos. Se utilizó el paquete estadístico SASTM.

Resultados

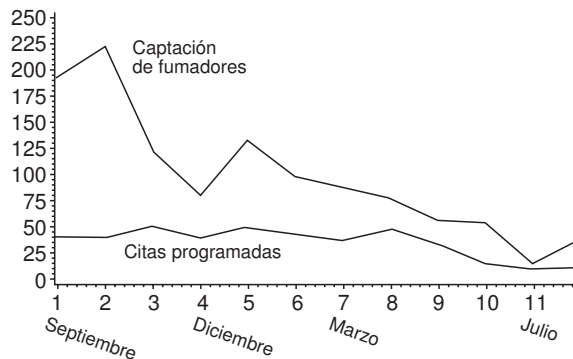
De los 1.203 fumadores incluidos en el programa, 134 (11,1%) estaban sin fumar a los 12 meses de forma validada, de los que 46 (34,3%) recayeron durante el segundo año. Por tanto, un 7,3% (IC del 95%: 5,9-8,9) del total reportaron haberse mantenido sin fumar entre los 12 y los 24 meses y dieron concentraciones de CO inferiores a 11 partes por millón en ambos momentos (resultado principal del programa). Durante el segundo año se produjeron 66 nuevos éxitos, que no han sido incluidos en dicho resultado, por lo que un 12,8% de los que iniciaron el programa estaba sin fumar de forma validada al final del segundo año (prevalencia de punto a los 24 meses de seguimiento).

Identificación y consejo

La identificación de todos los fumadores produjo un incremento promedio de 23 s (DE = 12) en el tiempo de consulta. El consejo, diagnóstico de la motivación y oferta de ayuda a los fumadores (29,3% de los pacientes), prolongó estas consultas en promedio 3 min y 33 s (DE = 2:09). El ritmo de captación de fumadores fue descendiendo desde un promedio de 30 nuevos fumadores al mes por consulta en los dos primeros meses, hasta estabilizarse en 12 nuevos fumadores por consulta al mes en los últimos cuatro meses. Los períodos vacacionales de Navidad y verano se tradujeron en descensos bruscos en el número de fumadores identificados, con una inmediata recuperación posvacacional (fig. 1).

Las dos primeras ramas de la figura 2 representan la respuesta inicial de los fumadores a la pregunta «¿Quiere usted dejar de fumar ahora?». Tras ser aconsejados por su médico, 247 fumadores (20,5%; IC del 95%: 18,3-22,9) manifestaron querer dejar de fumar en el primer contacto con el programa, 58 intentándolo ellos solos y los restantes 189 con la ayuda de su médico.

Figura 1. Fumadores captados durante el primer año del Programa de Abandono del Tabaco en siete consultas de atención primaria y citas generadas para realizar el plan terapéutico con los que quieren dejar de fumar.



Adhesión al plan terapéutico

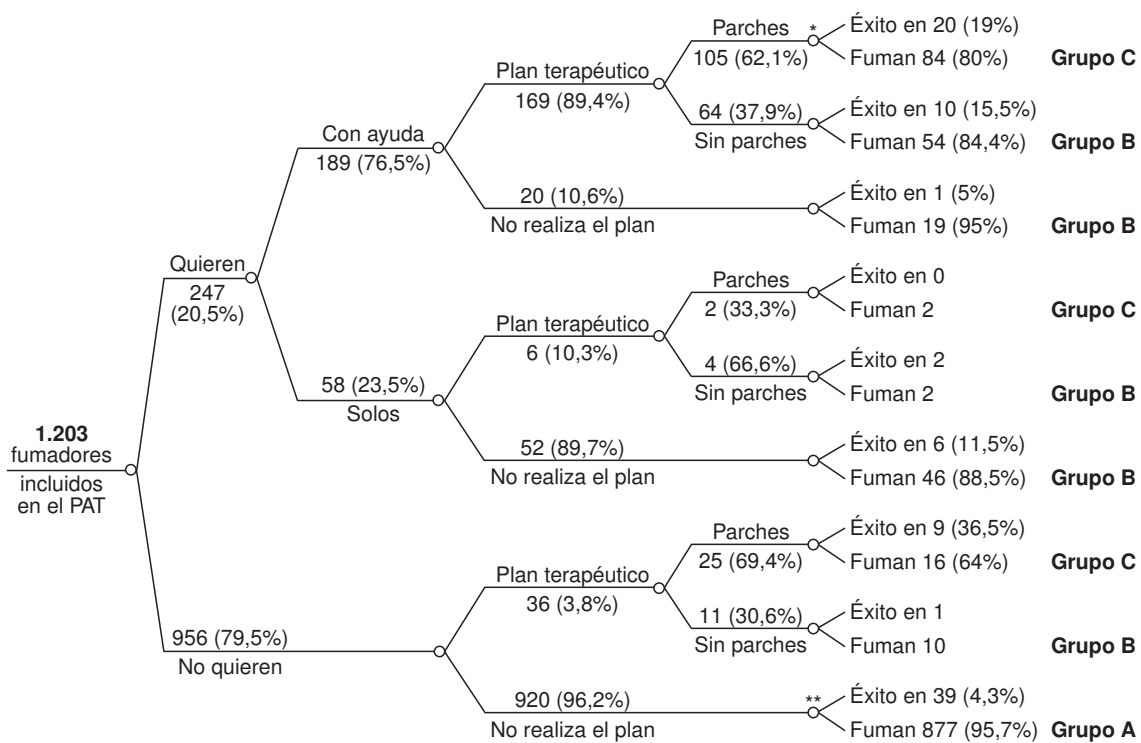
A la derecha de las mencionadas ramas de la figura 2 aparece lo que posteriormente hicieron los fumadores a lo largo del primer año del programa. Un 10,6% de los que aceptaron el plan terapéutico no acudió, otro 10,3% que inicialmente manifestó querer intentarlo sin ayuda modificó su respuesta y realizó, pos-

teriormente, el plan terapéutico, al igual que un 3,8% de los que al principio dijeron que no querían dejar de fumar. Haciendo un balance de este primer año, 211 fumadores (17,5%; IC del 95%: 15,4-19,9) realizaron el plan terapéutico: 169 desde el primer momento, 6 que inicialmente pensaron en dejar el tabaco por su cuenta, pero posteriormente aceptaron la ayuda de su médico, y los restantes 36 que aceptaron la ayuda de su médico a lo largo de ese año, tras haberse negado a intentar dejar de fumar en el contacto inicial.

Sólo el 43,6% completaron las tres citas programadas en el plan terapéutico. El promedio de consultas programadas generadas por estos fumadores fue de 6 citas mensuales por médico durante los primeros 9 meses, seguido posteriormente de un descenso a 2 citas mensuales (fig. 1). La duración promedio de todo el plan fue de 72 min y 11 s (DE = 4:26) distribuidos en 37:21, 15:29 y 14:58 min para las citas, respectivamente, y 2:46 y 3:32 min para cada llamada.

En la tabla 1 se observa que aquellos que realizaron el plan terapéutico fumaban más, lo habían hecho durante más años, tenían una mayor dependencia, también una mayor motivación que los que no lo hicieron, en una mayor proporción no convivían con otros fumadores y les estaba permitido fumar en el trabajo. Los

Figura 2. Respuesta de los fumadores al programa. Quieren/no quieren: respuesta inicial a la pregunta «¿Quiere usted dejar de fumar ahora?». *Un fumador excluido por imposibilidad para medir el CO espirado. **Cuatro fumadores excluidos por la misma causa.



análisis multivariantes, presentados en la tabla 2, confirman estos resultados.

Entre los 211 fumadores que realizaron el plan terapéutico, 132 (62,1%, IC del 95%: 55,2-68,7) utilizaron parches de nicotina. La mitad de ellos no cumplieron correctamente el tratamiento con parches antes de los 20 días y un 25% cumplió con el tratamiento hasta el final (fig. 3). Las personas mayores de 60 años, las mujeres, los fumadores menos dependientes y los de un nivel de estudios primarios fueron significativamente resistentes al uso de los parches de nicotina (tablas 1 y 2). Aquellos que fumaban menos y no habían realizado intentos previos de abandono de al menos 2 meses de duración fallaron más rápidamente en el cumplimiento (tabla 2).

Resultados por subgrupos

De los 211 fumadores que realizaron el plan terapéutico —tras excluir a uno que, a pesar de reportar estar

sin fumar, tenía imposibilidades técnicas para realizar la validación—, 42 (20%; IC del 95%: 14,8-26,1) lograron dejar de fumar de forma mantenida y validada entre los 12 y 24 meses. La abstinencia verificada y mantenida en el grupo que utilizó los parches fue del 22,1 y el 16,5% entre los que realizaron el plan terapéutico sin utilizar parches de nicotina. De los 992 fumadores que no realizaron el plan terapéutico, cuatro fueron también excluidos durante el seguimiento por las mismas razones técnicas y 46 (4,7%) lograron dejar de fumar sin ayuda.

Discusión

Los resultados aquí presentados apoyan la factibilidad de un programa que, a cambio de aconsejar a todos los fumadores que visitan a su médico y tratar a los motivados, ha logrado que un 7,3% de todos ellos dejen de fumar. La proporción de abandono del hábito

Tabla 1. Características de los fumadores relacionadas con la aceptación del plan terapéutico

	Realización			No (n = 992)	Valor de p ^a
	Sí (n = 211)				
	Con parches (n = 132; 62,6%)	Sin parches (n = 79; 37,4%)	Total		
Características socioeconómico-demográficas					
Varones (%)	76 (57,6) ^b	34 (43,0) ^b	110 (52,1)	467 (47,1)	0,18
Promedio de edad (DE)	37,0 (11,2)	40,4 (14,3)	38,2 (12,5)	36,3 (13,1)	0,048
Nivel de estudios primarios (%)	16 (12,1) ^b	21 (26,6) ^b	37 (17,5)	124 (12,5)	0,051
Clase social (%)					0,12
I: Directivos de grandes empresas	7 (5,3)	7 (8,9)	14 (6,6)	81 (8,2)	
II: Directivos de pequeñas empresas	16 (12,1)	8 (10,1)	24 (11,2)	104 (10,5)	
III: Empleados intermedios	46 (34,8)	27 (34,2)	73 (34,6)	370 (37,4)	
IV-A: Manuales cualificados	39 (29,5)	26 (32,9)	65 (30,8)	266 (26,8)	
IV-B: Manuales semicualificados	12 (9,1)	8 (10,3)	20 (9,5)	134 (13,5)	
V: Trabajadores no cualificados	12 (9,1)	3 (3,8)	15 (7,1)	37 (3,7)	
Con empleo (%)	99 (75)	55 (69,6)	154 (73,0)	659 (66,4)	0,065
Características del hábito					
Promedio de cigarrillos/día (DE)	22,0 (11,6) ^b	18,5 (10,2) ^b	20,7 (11,2)	15,7 (9,4)	< 0,001
Años de duración del hábito (DE)	21,2 (11,5)	23,5 (14,5)	22,1 (12,7)	19,1 (12,4)	0,001
Edad al inicio del hábito (DE)	15,7 (3,3)	16,9 (6,4)	16,2 (4,7)	17,2 (4,6)	0,003
Primer cigarrillo a los 5 min de despertarse (%)	31 (23,5)	17 (21,5)	48 (22,7)	120 (12,1)	0,001
Puntuación test de Fagerström (DE)	4,6 (2,4) ^b	3,7 (2,8) ^b	4,2 (2,6)	3,2 (2,5)	< 0,001
Motivación					
Quiere dejar de fumar al inicio (%)	107 (81,1)	68 (86,1)	175 (82,9)	72 (7,3)	0,001
Algún intento previo (%)	67 (50,8)	48 (60,8)	115 (54,5)	450 (45,3)	0,016
Abandono previo del tabaco > 2 meses (%)	52 (39,4)	38 (48,1)	90 (42,6)	325 (32,8)	0,006
Último intento hace < 24 meses (%) ^c	26/67 (38,8)	14/48 (29,2)	40/115 (34,8)	157/450 (34,9)	0,98
Apoyo					
Ausencia de fumadores en casa (%)	63 (47,7)	32 (40,5)	95 (45,0)	353 (35,7)	0,011
Permitido fumar en el trabajo (%) ^c	82/99 (82,8)	42/55 (76,4)	12/154 (80,5)	434/659 (65,9)	0,001

^aPruebas de la χ^2 o de la t entre todos los que realizaron el plan terapéutico y los que no lo aceptaron. ^bp < 0,05 en pruebas de la χ^2 o de la t entre los que realizaron el plan terapéutico con parches de nicotina y los que lo hicieron sin parches. ^cN.º de sujetos con la característica entre el total de fumadores con información disponible.

Tabla 2. Factores asociados con la aceptación del plan terapéutico

VARIABLES explicativas	VARIABLES de estudio
	<i>Realiza el plan terapéutico^a</i>
	<i>Odds ratio (IC del 95%)</i>
N.º de cigarrillos/día (cada 10 cigarrillos)	1,5 (1,3-1,8)
Comienzo del hábito antes de los 15 años de edad	1,8 (1,3-2,4)
Intentos previos de más de 2 meses de duración	1,6 (1,2-2,3)
Ausencia de otros fumadores en casa	1,5 (1,1-2,1)
Prohibición de fumar en el trabajo	0,6 (0,4-0,9)
Acepta los parches de nicotina ^b	
Menos de 60 años de edad	9,3 (2,2-38,1)
Sexo masculino	2,3 (1,2-4,3)
Test de dependencia de Fagerström (cada punto)	1,2 (1,0-1,3)
Nivel de estudios primarios	0,4 (0,2-1,0)
	<i>Cumplimiento con los parches^c</i>
	<i>Razón de riesgo (IC del 95%)</i>
N.º de cigarrillos/día > 20	0,4 (0,3-0,7)
Intentos previos más 2 meses de duración	0,6 (0,4-0,9)

^aModelo final de regresión logística entre los 1.203 fumadores captados en el programa. ^bModelo final de regresión logística entre los 211 fumadores que acuden a la primera cita del plan terapéutico. ^cModelo final de riesgos proporcionales de Cox entre los 132 fumadores que aceptaron los parches de nicotina (análisis de «supervivencia»).

to aumenta en un 20% entre los fumadores que acudieron a alguna cita del plan terapéutico. Esta última cifra, comparable a la reportada por otros autores⁷, debe ser interpretada considerando que se refiere a un subgrupo seleccionado de pacientes motivados, que aceptaron realizar el plan terapéutico porque querían dejar de fumar ya.

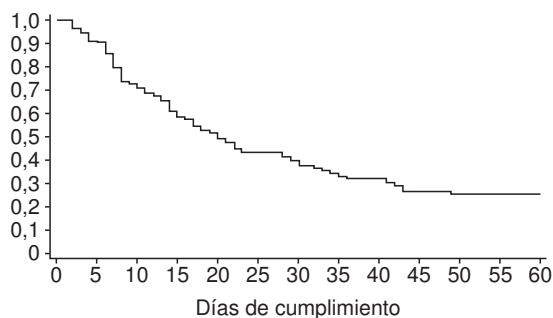
Estos resultados han sido conseguidos por médicos interesados en la prevención y control del tabaquismo, que sólo han recibido un mínimo entrenamiento y no han modificado sustancialmente su ritmo de trabajo habitual. El médico identificó y aconsejó a todos sus pacientes fumadores, no sólo a aquellos con síntomas o problemas de salud relacionados con el tabaco. Concentró posteriormente sus esfuerzos en los fumadores motivados para realizar un plan terapéutico y, utilizando breves mensajes motivadores, se mantuvo a la

espera de que maduraran aquellos que todavía no estaban preparados para dejar de fumar.

Sería erróneo infravalorar el resultado logrado por el programa (7,3% de éxitos) sin una interpretación en términos poblacionales. El especial énfasis puesto en la identificación universal de todas las personas fumadoras, el alto porcentaje de participación (96%) y la semejanza entre la prevalencia de fumadores identificada en las consultas (29,3%), así como la estimada entre la población general del País Vasco (31%)¹⁰, nos permiten afirmar que estamos ante un grupo de fumadores no seleccionados, por lo que los resultados obtenidos en él son aplicables a la población general. Si todos los médicos de atención primaria en España realizaran durante un año este programa harían descender en 2.830 las 46.226 muertes que se atribuyeron al tabaquismo en el año 1992¹¹.

La descripción de los que no lograron dejar de fumar permite diferenciar tres grupos. El primero, grupo A de la figura 2, lo constituyen 877 personas (79%) que no quieren dejar de fumar y no cambian su motivación a lo largo del año en que se ha seguido su evolución dentro del programa. La repetición rutinaria de mensajes antitabaco en sucesivas consultas no parece ser efectiva con estos fumadores, siendo más apropiado dejar abierta la oferta de ayuda y seguir un enfoque de intervención centrado en el paciente, que considere de forma individualizada su valoración del hábito de fumar y sus preferencias respecto al tipo de posibles estilos de intervenciones¹². Es necesario investigar la efectividad de entrevistas motivacionales dirigidas a los fumadores que no quieren dejar de fumar en atención primaria¹³.

Figura 3. Proporción de pacientes que cumplen con la terapia a lo largo de dos meses de tratamiento con parches de nicotina.



El grupo B (fig. 2) incluye 131 personas (11,8% de los que no logran dejar de fumar) que no agotaron todas las posibilidades que se les ofrecían: 65 lo intentaron sin la ayuda de su médico y 66 realizaron el plan terapéutico sin sustitutivos de la nicotina. Con ellos sería pertinente realizar un plan terapéutico con parches u otros sustitutivos nicotínicos en atención primaria.

Finalmente, el grupo C (fig. 2) lo constituyen 102 fumadores (9,2% de los que no logran dejar de fumar) que han agotado todas las posibilidades que les ofrece el plan terapéutico. Lo apropiado para estos fumadores sería proponerles tratamientos psicológicos y conductuales a un nivel especializado, más intensos y complejos que los que han de disponerse en atención primaria.

La proporción de fumadores preparados para dejar de fumar (20,5%) fue más próxima a las de los países que tienen bajas prevalencias de tabaquismo¹⁴ que a las de países como el nuestro, que tienen altas prevalencias de fumadores¹⁵. Estas diferencias son atribuibles a la forma de valorar la motivación, realizada por el médico en nuestro estudio, lo que no es comparable a los resultados de encuestas poblacionales telefónicas o postales.

Aquellas personas que fuman menos y que han iniciado este hábito más tardíamente, son menos proclives a aceptar el plan terapéutico que su médico les ofrece. Se podría decir que no viven el tabaquismo como un problema que amenace de forma inmediata a su salud o no sienten la necesidad de ser ayudados por su médico para dejar de fumar. Teniendo en cuenta que el uso de parches de nicotina dobla la probabilidad de

éxito¹⁶, se debería lograr una mayor aceptación y cumplimiento, especialmente entre las personas de más de 60 años, entre las mujeres y entre aquellos que tienen baja dependencia de la nicotina, que son los grupos más refractarios a su uso.

Sólo una pequeña proporción de los fumadores que acuden a las consultas de atención primaria requieren cuidados especializados para dejar de fumar. Las dificultades para ayudarles a dejar el hábito tabáquico se relacionan más con la resistencia a introducir en la consulta una nueva actividad a la que no se está acostumbrado que con los recursos necesarios para su implantación, perfectamente asumibles por cualquier servicio de salud y, en todo caso, menores que los de otras habituales intervenciones preventivas^{17,18}.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido financiado parcialmente por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (expediente 95/0987) y el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. El estudio se realizó gracias a la colaboración de los siguientes médicos de familia del Osakidetza-Servicio Vasco de Salud: L. Aurrekoetxea Bildosola, R. Elejalde Llorente, J.A. Estevez Barrondo, M. Fernández Liria, B. Goiria Bikandi, M.A. Hernando Fernández, A. Kareaga Uriarte, M.A. Millán Moneo y A. Ortiz Rubio. Los autores agradecen la revisión crítica del manuscrito realizada por el Dr. Alfonso Ortiz, médico de familia, el Dr. Carlos Calderón, médico de familia y sociólogo, y la Dra. Marta Pulido, editora.

Bibliografía

1. Coleman T, Wilson A. Anti-smoking advice in general practice consultations: general practitioners' attitudes, reported practice and perceived problems. *Br J Gen Pract* 1996; 46: 87-91.
2. The Smoking Cessation Clinical Practice Guideline Panel and Staff. The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. *JAMA* 1996; 275: 1270-1280.
3. Raw M, McNeill A, West R. Smoking Cessation Guidelines for Health Professionals: a guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax* 1998; 53 (Supl 5): 1-19.
4. López de Munain J, Torcal J, López V, Garay J. Prevention in routine general practice: activity patterns and potential promoting factors. *Prev Med* 2001; 32: 13-22.
5. Subias Loren PJ, García Mata JR, Perula de Torres L. Efectividad de las actividades preventivas realizadas en ámbito de centros de salud adscritos al Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud de la semFYC. *Aten Primaria* 2000; 25: 383-389.
6. Grandes G, Cortada J, Arrazola A. An Evidence-Based Programme for Smoking Cessation: effectiveness in routine general practice. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 803-807.
7. Martín Cantera C, Córdoba García R, Jane Julio C, Nebot Adell M, Galan Herrera S, Aliaga M et al. Evaluación a medio plazo de un programa de ayuda a los fumadores. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 744-748.
8. Grandes G, Cortada JM, Arrazola A. Evaluación es una palabra muy seria. *Med Clin (Barc)* 1998; 11: 636-637.
9. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *Br J Addict* 1991; 86: 1119-1127.
10. Anitua C, Aizpuru F, Sanzo JM. Encuesta de salud 1997. Datos relevantes. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1998.
11. González Enríquez J, Villar Álvarez F, Banegas Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Martín Moreno 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.
12. Butler C, Pill R, Stott N. Qualitative study of patients' perceptions of doctors' advice to quit smoking: implications for opportunistic health promotion. *BMJ* 1998; 316: 1878-1881.
13. Butler CC, Rollnick S, Cohen D, Bachmann M, Russell I, Stott N. Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: a randomized trial. *Br J Gen Pract* 1999; 49: 611-616.

14. Velicer WF, Fava JL, Prochaska JO, Abrams DB, Emmons KM, Pierce JP. Distribution of smokers by stage in three representative samples. *Prev Med* 1995; 24: 401-411.
 15. Etter JF, Perneger TV, Ronchi A. Distributions of smokers by stage: international comparison and association with smoking prevalence. *Prev Med* 1997; 26: 580-585.
 16. Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library, Issue 2*. Oxford: Update Software, 1999.
 17. Cummings SR, Rubin SM, Oster G. The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. *JAMA* 1989; 261: 75-79.
 18. 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: 126-132.
-