

## Consejo médico, consejo de enfermería y chicle de nicotina para dejar de fumar en atención primaria

M. Nebot\*, C. Cabezas\*, M. Oller\*\*, F. Moreno\*\*, J. Rodrigo\*\*\*, T. Sardà\*\*\*, J. Mestres\*\*\*\* y M. Pitarch\*\*\*\*

\*Institut Municipal de la Salut, Barcelona

\*\*Centre d'Assistència Primària Canteras, Institut Català de la Salut, Barcelona

\*\*\*Centre d'Assistència Primària Sant Joan, Institut Català de la Salut, Barcelona

\*\*\*\*Centre d'Assistència Primària Rec Comtal, Institut Català de la Salut, Barcelona

Se presentan los resultados a los 2 meses de un estudio diseñado para comparar la efectividad de tres métodos en estimular el abandono del tabaquismo en Atención Primaria: consejo individualizado ofrecido por el médico (intervención mínima), consejo médico más chicle de nicotina, consejo más posibilidad de seguimiento ofrecidos por la enfermera. Un total de 425 pacientes fumadores entre 15 y 65 años entraron en el estudio, de los cuales en 349 casos (82 %) se realizó el seguimiento telefónico a corto plazo. La proporción que declara haber dejado de fumar, tras ajustar por la validez estimada de la declaración telefónica del hábito tabáquico, es del 10,9 %, 11,1 % y 10,8 %, respectivamente, sin diferencias significativas entre los tres grupos. En el análisis de regresión logística únicamente la existencia de patología y la dificultad esperada en dejar de fumar aparecen como variables predictivas de la abstención. Se discuten las implicaciones de los resultados en las estrategias de control del tabaquismo.

Medical counseling, nurse counseling and nicotine chewing gum to quit smoking in primary care

The 2-month results of a study designed to compare the effectiveness of three methods to encourage giving up smoking in primary health care are reported: individualized medical counseling (minimal intervention), counseling plus follow-up option by the nurse, and medical counseling plus nicotine chewing gum. Overall 425 smokers between 15 and 65 years of age were included in the study. In 349 of them (82 %), short term follow-up was carried out by phone interview. The proportion who declared to have given up smoking, after adjustment for the estimated validity of the phone report of smoking status, was 10,9 %, 10,8 % and 11,1 %, respectively, without significant differences between the three groups. In the logistic regression analysis, only the existence of concomitant disease and the anticipated difficulty in giving up smoking appeared as predictive variables of abstention. The implications of the results for the strategies to control smoking are discussed.

*Med Clin (Barc)* 1990; 95: 57-61

Estudio financiado parcialmente con una ayuda a la investigación del Fondo de Investigaciones Sanitarias, expediente 88/1397.

Correspondencia: Dr. M. Nebot. Institut Municipal de la Salut. Pl. Lesseps, 1. 08023 Barcelona

Manuscrito aceptado el 26-4-1990

El control del tabaquismo, una de las prioridades sanitarias actuales en los países desarrollados<sup>1</sup>, es un problema especialmente serio en España, a juzgar por la elevada prevalencia del hábito, tanto en la población general (alrededor del 40 %)<sup>2</sup>, como en los colectivos denominados «ejemplares», especialmente los sanitarios<sup>3</sup> y los maestros<sup>4</sup>. La importancia de la intervención de los profesionales de Atención Primaria de Salud (APS), especialmente del médico de cabecera, en estimular el abandono del hábito tabáquico ha sido defendida repetidamente en los últimos años<sup>5-8</sup>, dada la elevada cobertura de sus servicios en la población general (se estima que entre el 70 y el 90 % de la comunidad consulta al menos una vez al año)<sup>9</sup>, así como en su situación única para promover de forma personalizada hábitos y actitudes preventivos.

Desde el estudio de Russell et al<sup>5</sup>, que sugería un impacto discreto pero significativo y de bajo coste del consejo firme, breve e individualizado del médico de cabecera (intervención mínima), diversos estudios han evaluado los elementos que modifican las expectativas de éxito del consejo, entre los que destacan factores individuales, especialmente el grado de dependencia y la capacidad percibida para dejar de fumar, así como las distintas combinaciones de medios y métodos al alcance de la APS (consejo, manuales de cesación, grupos de apoyo y chicle de nicotina, principalmente)<sup>10-16</sup>.

En nuestro medio, si bien la intervención mínima parece ser efectiva<sup>17</sup>, desconocemos en qué medida pueden ser de utilidad otros elementos complementarios del consejo. Por este motivo se planteó el presente estudio cuyos objetivos son: a) evaluar la efectividad del consejo de enfermería en relación al consejo médico y b) evaluar la efectividad del chicle de nicotina como complemento del consejo médico en el marco de la APS. Se presentan a continuación los resultados del seguimiento a corto plazo (2 meses).

**Material y métodos**

En el estudio participaron tres centros de Atención Primaria del área urbana de Barcelona. Se incluyeron todos los pacientes fumadores con edades comprendidas entre los 15 y los 65 años, que acudieron a uno de los tres centros en demanda de atención médica durante el período de reclutamiento y que no tenían criterios de exclusión (enfermedad psiquiátrica u orgánica grave o deficiencia mental, imposibilidad de seguimiento telefónico y adicción a drogas ilegales o fármacos).

Para garantizar la factibilidad y el cumplimiento del protocolo, la asignación de los fumadores a los distintos grupos de intervención fue sistemática, siendo la unidad de asignación el equipo médico-enfermera y la semana. Para ello, los equipos fueron asignados al azar y en cada uno de los 3 centros de forma independiente a una de las tres intervenciones, que cada equipo realizaba durante una semana completa. En los 3 grupos los pacientes eran aconsejados para dejar de fumar después de la resolución del motivo de consulta; en dos de ellos (grupos A y B) por el médico, y en uno de ellos (grupo C) por la enfermera. El consejo médico (grupo A) tenía lugar en la consulta y duraba unos 5 minutos, incluyendo aproximadamente un minuto para llenar la ficha de recogida de datos. Los pacientes asignados al grupo B recibían en todos los casos un consejo similar al del grupo A; además, se ofrecía a los pacientes que cumplían los requisitos adecuados (fumar más de 15 cigarrillos al día, tener dependencia elevada a la nicotina y estar interesado en dejar de fumar) una pauta de chicle de nicotina suficiente para 4 semanas, estableciendo una visita de seguimiento dentro de los primeros 7 días para evitar recaídas precoces así como para valorar las dificultades y posibles efectos secundarios del chicle. La pauta habitualmente recomendada era de diez días a dosis completas, 8 a 12 unidades de 2 miligramos al día según dependencia, y reducción progresiva entre 2 y 4 semanas. La recogida inicial de datos se realizaba en el momento de la consulta, a través de una ficha diseñada con este fin. El seguimiento se realizó a través de una llamada telefónica, para lo cual el número de teléfono era actualizado en el transcurso de la consulta. Una submuestra sistemática (uno de cada cuatro) de los pacientes que declararon no fumar en el seguimiento telefónico fueron requeridos para colaborar en la determinación del monóxido de carbono (CO) en aire exhalado para estimar la validez de la declaración. Para ello, una enfermera especialmente entrenada se desplazaba al domicilio de los pacientes con un monitor de CO portátil Bedfont EC-50. Se consideró aceptable para los no fumadores una concentración de hasta ocho partes por millón de CO en aire espirado, criterio propuesto por Jarvis et al<sup>18</sup>, con una sensibilidad del 90 % y una especificidad del 89 %.

Para calcular el tamaño de la muestra se tuvieron en cuenta las hipótesis previas. La proporción de ex fumadores esperada al año era, en el grupo A (consejo médico), del 5 %; en el grupo B (consejo más chicle de nicotina) la proporción esperada era superior en un 100 %, es decir, un 10 % de abstinentes al año; para el grupo C (consejo de enfermería), se estableció como hipótesis la posibilidad de alcanzar asimismo una efectividad del 10 % al año (Celentano D, Johns Hopkins University. Comunicación personal). Se diseñaron grupos desiguales con el fin de minimizar el tamaño de los grupos B y C cuya intervención era considerada más compleja. Así, para una relación 2:1 entre el tamaño del grupo de consejo médico respecto a los otros dos, se estableció en 222 el tamaño mínimo de éstos para detectar una diferencia del 5 % con una prueba unilateral, para un error  $\alpha$  del 5 % y un error  $\beta$  del 20 %<sup>19</sup>.

Previamente al inicio del estudio tuvieron lugar dos sesiones de entrenamiento para el personal sanitario, en las que se revisaron los aspectos epidemiológicos relacionados con el tabaquismo y se discutieron aspectos prácticos, como el de la comunicación con el paciente o los métodos para afrontar las dificultades que aparecen al intentar dejar de fumar.

Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de homogeneidad de ji al cuadrado ( $\chi^2$ )<sup>19</sup>. Se realizó un análisis de regresión logística para estudiar la asociación entre el grupo de intervención y el abandono del tabaquismo a los 2 meses, controlando simultáneamente el efecto del resto de variables, así como para identificar otras variables asociadas a la abstinencia entre el conjunto de variables independientes<sup>20,21</sup>.

**TABLA 1**

**Características de los fumadores incluidos en el estudio**

Variables	Grupo A		Grupo B		Grupo C		Total		Significación estadística
	N.º de casos	Tanto por ciento	N.º de casos	Tanto por ciento	N.º de casos	Tanto por ciento	N.º de casos	Tanto por ciento	
Edad (años)									
< 30	70	(34,5)	39	(35,5)	49	(42,2)	158	(36,7)	
30-44	54	(26,6)	42	(38,2)	34	(31,2)	130	(30,8)	
≥ 45	79	(38,9)	29	(26,3)	29	(26,6)	137	(32,5)	NS
Sexo									
Varones	143	(70,4)	82	(72,6)	72	(66,1)	297	(69,8)	
Mujeres	60	(29,6)	31	(27,4)	37	(33,9)	128	(30,2)	NS
Patología relacionada con el tabaco									
Sí	74	(40,0)	45	(42,9)	54	(54,0)	173	(44,4)	
No	111	(60,0)	60	(57,1)	46	(46,0)	217	(55,6)	NS
Dificultad esperada en dejar de fumar									
Sí	117	(70,5)	75	(76,5)	75	(77,3)	267	(73,9)	
No	49	(29,5)	23	(23,5)	22	(22,7)	94	(26,1)	NS
Cigarrillos/día									
≤ 15	78	(38,4)	33	(29,2)	41	(37,6)	152	(35,8)	
≥ 16	125	(61,6)	80	(70,8)	68	(62,4)	273	(64,2)	NS
Edad de inicio (años)									
≤ 15	87	(42,9)	51	(45,1)	51	(46,8)	189	(44,5)	
≥ 16	116	(57,1)	62	(54,9)	58	(53,2)	236	(55,5)	NS
Dependencia según tiempo hasta el primer cigarrillo									
Alta	97	(47,8)	57	(50,9)	48	(45,7)	202	(48,1)	
Baja	106	(52,2)	55	(49,1)	57	(54,3)	218	(51,9)	NS
Otros fumadores en la familia									
Sí	117	(57,6)	54	(47,8)	57	(53,8)	228	(54,1)	
No	86	(42,4)	59	(52,2)	49	(46,2)	194	(45,9)	NS
Intentos previos de dejar de fumar									
No	85	(41,9)	33	(29,2)	47	(43,1)	165	(38,8)	
Sí	118	(58,1)	80	(71,8)	62	(56,9)	260	(61,2)	0,0487
Interés en dejar de fumar									
No	58	(28,9)	20	(17,9)	29	(27,6)	107	(25,6)	
Sí	143	(71,1)	92	(82,1)	76	(72,4)	311	(74,4)	NS
Consejo previo									
Sí	100	(49,3)	69	(61,1)	64	(60,9)	233	(55,3)	
No	103	(50,7)	44	(38,9)	41	(39,1)	188	(44,7)	NS

NS = no significativa (p > 0,05).

**Resultados**

En 10 semanas 425 pacientes fumadores cumpliendo los criterios de inclusión entraron en el estudio, 203 en el grupo de consejo médico (grupo A), 113 en el grupo de consejo más chicle de nicotina (grupo B) y 109 en el grupo de consejo de enfermería (grupo C). A los 2 meses, un total de 340 pacientes fueron localizados telefónicamente, y en otros 9 casos se pudo realizar el seguimiento en el Centro de Asistencia Primaria en el transcurso de una consulta habitual. En total las no respuestas fueron 76, lo que supone una proporción del 17,9 %. Se presentan las características del conjunto de pacientes, así como los resultados corres-

pondientes a los 349 pacientes contactados.

Como se puede apreciar en la tabla 1, la mayoría de fumadores incluidos en el estudio son adultos jóvenes (el 69 % tiene menos de 45 años), con predominio de varones (70 %). La mitad de ellos presenta alguna patología relacionada directa o indirectamente con el tabaco, y la gran mayoría (75 %) creen que les costaría dejar de fumar. Aproximadamente las dos terceras partes fuman más de 15 cigarrillos por día, mientras que casi la mitad empezaron a fumar antes de los 16 años y una proporción similar (47 %) declara fumar en la primera media hora después de levantarse. Un 62 % ha intentado en alguna ocasión dejar de fumar, y solamente un 26 % declara no estar interesado en dejarlo. El 40 % de los fumadores manifiesta no haber recibido nunca un consejo de su médico estimu-

**TABLA 2**  
**Características de los fumadores ilocalizables**

Variables	Ilocalizables		Localizables		Significación estadística (p)
	N.º de casos	Tanto por ciento	N.º de casos	Tanto por ciento	
Edad (años)					0,0024
< 30	41	(53,9)	117	(33,9)	
30-44	21	(27,6)	109	(31,6)	
≥ 45	14	(18,5)	119	(34,5)	
Sexo					NS
Varones	51	(67,1)	246	(70,5)	
Mujeres	25	(32,9)	103	(29,5)	
Patología relacionada con el tabaco					NS
Sí	27	(35,5)	145	(41,5)	
No	49	(64,5)	204	(58,5)	
Dificultad esperada en dejar de fumar					NS
Sí	57	(77,1)	260	(76,9)	
No	16	(22,9)	78	(23,1)	
Cigarrillos/día					NS
≤ 15	21	(27,6)	105	(30,1)	
≥ 16	55	(72,4)	244	(69,9)	
Edad de inicio (años)					0,0497
≤ 15	42	(55,3)	147	(42,1)	
≥ 16	34	(44,7)	202	(57,9)	
Dependencia (según tiempo hasta el primer cigarrillo)					NS
Alta	36	(49,3)	166	(47,8)	
Baja	37	(50,7)	181	(52,2)	
Otros fumadores en la familia					0,0193
Sí	49	(67,1)	179	(51,3)	
No	24	(32,9)	170	(48,7)	
Intentos previos de dejar de fumar					NS
No	36	(47,3)	129	(36,9)	
Sí	40	(52,7)	220	(63,1)	
Interés en dejar de fumar					NS
No	22	(30,1)	85	(24,6)	
Sí	47	(69,9)	261	(75,4)	
Consejo previo					NS
Sí	38	(52,1)	195	(55,9)	
No	35	(47,9)	153	(44,1)	

NS = no significativa (p > 0,05).

**TABLA 3**  
**Proporción de ex fumadores a los dos meses e intervalos de confianza (IC) en los tres grupos**

Grupo	N.º de casos	N.º total de casos	Tanto por ciento*	IC al 95 %	Tanto por ciento**	IC al 95 %
A	26	175	14,9	± 5,27 %	10,6	± 4,56 %
B	14	93	15,1	± 7,27 %	10,8	± 6,29 %
C	12	81	14,8	± 7,74 %	10,6	± 6,70 %

\*Proporción de ex fumadores según declaración telefónica del hábito tabáquico a los dos meses.  
\*\*Proporción de ex fumadores ajustada por la validez estimada de la declaración.

**TABLA 4**  
**Resultado de la regresión logística**

Variable	Odds ratio	(IC al 95 %)
Grupo de intervención (1 = b, 0 = otros)	0,8724	0,392-1,942
Grupo de intervención (1 = c, 0 = otros)	0,7976	0,342-1,868
Edad (1 = de 15 a 30 años, 2 = más de 30 años)	0,7592	0,353-1,634
Sexo (1 = varones, 2 = mujeres)	0,6120	0,254-1,476
Patología (1 = no, 2 = sí)	2,3750	1,167-4,831
Dificultad esperada (1 = sí, 2 = no)	2,8401	1,397-5,780
Cigarrillos/día (1 = ≤ 15, 2 = 16 o más)	0,5409	0,254-1,151
Dependencia (1 = alta, 0 = baja)	1,2808	0,725-2,264
Edad de inicio (1 = ≤ 15 años, 0 = 16 años o más)	1,0516	0,526-2,101
Familiares fumadores (1 = sí, 0 = no)	1,8688	0,926-3,773
Visita refuerzo (1 = sí, 0 = no)	1,8528	0,422-1,724
Intentos previos (1 = sí, 0 = no)	0,8114	0,393-1,676
Interés en dejar de fumar (1 = sí, 0 = no)	1,4293	0,614-3,325
Consejos previos (1 = sí, 0 = no)	1,2629	0,611-2,612

IC = intervalo de confianza.

lándole a dejar de fumar. La distribución de las variables estudiadas en los tres grupos de intervención no muestra diferencias significativas, excepto en los intentos previos para dejar de fumar, más frecuentes en el grupo de chicle de nicotina (grupo B). El análisis de las características de los pacientes perdidos en el seguimiento (tabla 2) muestra algunas diferencias respecto al conjunto de fumadores: son en general algo más jóvenes, empezaron a fumar antes y refieren con mayor frecuencia la presencia de otros fumadores en la familia. La proporción de no respuestas fue máxima en el grupo C (25,7 %) y mínima en el grupo A (13,8 %), siendo la diferencia estadísticamente significativa. En el grupo B la proporción fue del 17,7 %.

A los 2 meses, la proporción que declara no fumar es muy similar en los tres grupos, alrededor del 15 %, sin que se observen diferencias significativas. La validez estimada en la submuestra estudiada fue del 71,4 %, con lo cual los resultados ajustados pasan a ser del orden del 11 % de abstenciones a los 2 meses (tabla 3). Si consideramos únicamente los fumadores de más de 15 cigarrillos, la proporción de abstinentes a los 2 meses es superior en los grupos B (15,1 %) y C (13,2 %) en relación al A (8,4 %), aunque las diferencias no alcanzan significación estadística. El análisis de regresión logística (tabla 4) nos permite valorar la relación que existe entre cada variable y el cese del hábito teniendo en cuenta la influencia de las demás. Así, únicamente dos variables, la dificultad esperada y la existencia de patología concomitante, se asocian de forma significativa a la probabilidad de dejar de fumar.

### Discusión

Antes de valorar los resultados deben hacerse algunas consideraciones previas, respecto al tamaño de la muestra, la comparación de los grupos, el seguimiento y la validez de las declaraciones. En primer lugar, el número de pacientes que entraron en el estudio fue inferior al previsto, debido principalmente a las características demográficas de la población adscrita a dos de los tres centros, con una elevada proporción de personas mayores de 65 años. Un problema que podría haberse derivado de esta situación sería el haber hallado diferencias entre los grupos que no alcanzaran significación estadística por falta de potencia, dando como resultado un estudio «falsamente negativo»<sup>22</sup>. Ello no ocurre en este caso, pues los resultados no sugieren una superioridad clara de ninguno de los tres métodos sobre los demás. Un elemento esencial en este tipo de estudios lo constituye la comparación de

los grupos. No parece razonable pensar que las diferencias observadas entre los grupos (tabla 1) puedan introducir una amenaza a la validez interna: la única variable en la que los grupos difieren de forma estadísticamente significativa es en el número de intentos previos, con una proporción algo superior de fumadores con antecedentes en este sentido en el grupo B; si esta diferencia representara un sesgo de selección real y no fuera debida al azar, ello podría indicar una mayor motivación para dejar de fumar, con lo que cabría esperar una mayor efectividad en este grupo, lo cual no ha ocurrido. En relación a la comparabilidad del grupo B, se podría argumentar que la visita de seguimiento ofrecida podría confundir el efecto del chicle de nicotina; además, únicamente un subgrupo de pacientes recibían de hecho la intervención completa. Respecto al efecto de la visita, dado que nuestro objetivo era evaluar la efectividad en condiciones reales de la utilización del chicle, que debería ir siempre acompañada del ofrecimiento de una visita de seguimiento, el potencial solapamiento de efectos no afectaría de forma apreciable la valoración de nuestros resultados. En relación al denominador de referencia más apropiado a los «éxitos» obtenidos en este grupo, puede plantearse la conveniencia de utilizar únicamente el subgrupo sometido de hecho a la intervención. Esta opción presenta algunas dificultades, debido a que no es en la práctica fácil identificar claramente quién forma parte del mismo, ya que no todos los pacientes a los que se ofreció el chicle de nicotina lo aceptaron, ni todos los que lo aceptaron lo utilizaron. Por esta razón se compararon finalmente las proporciones de abandonos del tabaquismo en los fumadores de más de 15 cigarrillos al día, que muestra un efecto muy superior de la intervención B respecto al grupo A, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas debido al escaso número de pacientes.

El cuestionario telefónico es un método utilizado de forma creciente por su relativa simplicidad y bajo coste<sup>23,24</sup>. En nuestro estudio, la proporción de no respuestas ha sido algo superior a la esperada (alrededor del 20 %). En general se trata de personas jóvenes, con lo cual la edad debería ser tenida en consideración al plantear un estudio de este tipo. Llamo la atención la diferencia entre las no respuestas entre los 2 grupos de intervención a cargo del médico (A y B), aproximadamente 14 y 18 % respectivamente, y la intervención de la enfermera (C), aproximadamente un 25 %. Dado que las características generales de los 3 grupos únicamente difieren en la existencia de intentos previos para dejar de fumar, más frecuentes en el grupo B, no hay una ex-

plicación clara para explicar este hallazgo, si bien cabe apuntar la posibilidad de la distinta consideración que puede suponer para el paciente un consejo de salud según sea emitido por el médico o por la enfermera. Respecto al sesgo que introducen las no-respuestas, es difícil valorar hasta qué punto afectan a los resultados, pues si bien hay algunas diferencias sistemáticas en ellos (edad, edad de inicio y presencia de otros fumadores en la familia), éstas no incluyen los factores que en el análisis multivariado han demostrado influir realmente en la probabilidad de dejar de fumar, como son la dificultad percibida ante la perspectiva de dejar de fumar y la existencia de patología relacionada con el tabaquismo (tabla 4).

Un último punto de interés metodológico lo constituye la validación de los resultados en una submuestra, que permite, por primera vez en nuestro medio, estimar la validez de un cuestionario telefónico para obtener el hábito tabáquico. La detección del CO en aire exhalado es una prueba simple, con una sensibilidad y especificidad alrededor del 90 % para detectar fumadores actuales<sup>18,25,26</sup>. En cuanto a la validez obtenida en nuestra muestra, de un 71 % (en la estimación más pesimista), es similar a la descrita por otros autores, que oscila alrededor del 80 % en muestras de «pacientes» en Atención Primaria, y puede ser tan baja como 64 % en fumadores «tratados»<sup>27</sup>. De los resultados obtenidos, emergen cuatro consideraciones básicas: en primer lugar, que la intervención de los profesionales de enfermería es útil en ayudar a los pacientes fumadores a dejar de fumar; es posible además, a juzgar por su aparente superioridad frente al consejo médico en los grandes fumadores, que el beneficio de esta intervención sea en gran parte adicional o complementario a aquél, y no redundante. Para mejorar las habilidades de las enfermeras en relación al consejo para dejar de fumar se ha sugerido que deberían introducirse esfuerzos específicos de formación en este ámbito, especialmente en la comunicación con los pacientes y en los efectos psicológicos del tabaquismo<sup>28</sup>. Otro punto de interés en relación con la incorporación masiva de enfermería a la intervención sobre los pacientes fumadores es la elevada prevalencia del tabaquismo en el colectivo, un 42,4 % en Catalunya en 1985<sup>29</sup>. Al igual que sucede con los médicos, probablemente no podemos esperar una participación activa en programas de tabaquismo si no hay un cambio paralelo en sus propias actitudes y hábitos<sup>30</sup>.

En segundo lugar, la utilización del chicle de nicotina no ofrece resultados apreciables en el conjunto de los fumadores, si bien en los grandes fumadores parece

jugar un papel importante. La pauta utilizada, más corta que la utilizada habitualmente en centros especializados, fue diseñada específicamente para vencer la dependencia física en el período agudo, y los resultados apoyan la elección en el contexto de la Atención Primaria: la utilización real fue incluso inferior a la prescrita. Así, solamente 27 de los 54 pacientes a los que se suministró el chicle declararon en el seguimiento haberlo utilizado, con un promedio de 4 unidades diarias durante 17 días. Por otro lado, hay que destacar que entre éstos, la proporción de éxitos es elevada: aproximadamente una tercera parte (8 casos) había dejado de fumar. Estos hallazgos son coherentes con los estudios anteriores. Así, Cohen et al<sup>31</sup> encuentran en un estudio en 1.420 pacientes fumadores que la efectividad del chicle de nicotina ofrecido de forma gratuita a sus pacientes es superior a la del grupo de control, pero es similar a la obtenida con recordatorios en las historias clínicas de los fumadores. En general, en APS la efectividad del chicle de nicotina oscila en torno al 10 % anual<sup>32,33</sup>. Por otro lado, los resultados descritos en pacientes motivados suelen ser muy buenos, alrededor de un 30 % de abstenciones mantenidas (un año)<sup>34-36</sup>. Su uso óptimo exige, además de una elevada motivación para dejar de fumar, una dosis ajustada a la dependencia farmacológica a la nicotina<sup>37</sup>, con lo cual su manejo debe ser suficientemente cualificado e individualizado.

En tercer lugar, cabe considerar los resultados relativamente elevados del grupo de consejo médico (grupo A) del presente estudio. La proporción de ex-fumadores a corto plazo en el grupo de consejo es superior a la obtenida en un estudio anterior<sup>17</sup> sobre una población similar y con la participación de algunos de los médicos implicados en el presente estudio, apuntando a un efecto de «maduración» tanto de los profesionales como del protocolo de intervención. En cualquier caso, parece claro que el proceso de formación de los profesionales es un aspecto fundamental de cualquier estrategia de intervención basada en profesionales sanitarios, cuyo impacto puede evaluarse en términos de proporción de ex-fumadores<sup>38</sup>. De hecho, en un reciente estudio llevado a cabo por Russell et al<sup>39</sup>, uno de los factores más relevantes y de efecto independiente del resto de variables, es el grado de seguimiento de los protocolos por parte de los profesionales. El análisis de los estudios publicados sugiere que la combinación de diversos métodos, a cargo de personas distintas y en visitas diferentes, optimiza la efectividad de la intervención mínima en Atención Primaria<sup>40,41</sup>.

Por último, una cuarta conclusión debe ser subrayada: la dificultad percibida

aparece como una variable de importancia crucial, con una *odds ratio* de 2,86. Esto significa que por cada fumador que consigue abandonar el hábito habiendo previsto dificultad en ello, son casi tres los que lo consiguen entre aquellos que esperan muy poca o ninguna dificultad. Si esta variable refleja realmente la capacidad percibida para el cambio o eficacia percibida (*self-efficacy* en la literatura anglosajona) descrita por Bandura<sup>42</sup> o más bien se correlaciona con la motivación, debe ser aclarado en posteriores estudios. Sin embargo, es de destacar la capacidad de predicción de la eficacia percibida y la dificultad esperada respecto al abandono del tabaquismo hallado también en anteriores estudios<sup>17,43</sup>. La patología es la otra variable que se asocia con la cesación a los 2 meses, lo que podría relacionarse con una mayor motivación para dejar de fumar en los pacientes con patología relacionada, de acuerdo con las teorías clásicas de la conducta relacionada con la salud<sup>44</sup>.

A pesar del éxito moderado de la intervención mínima en términos de efectividad, la amplia cobertura de la Atención Primaria y la simplicidad de la intervención hacen que debamos seguir considerando la implicación de los profesionales de Atención Primaria en este tema como una pieza clave<sup>7,45,46</sup>. Entre las líneas prioritarias de investigación para el futuro deberíamos plantearnos evaluar el impacto del consejo ofrecido por otros profesionales de salud, tanto en Atención Primaria (odontólogos, comadronas), como en la atención hospitalaria, donde la motivación para dejar de fumar que suele acompañar a los procesos agudos más graves puede ser canalizada hacia métodos efectivos de cesación. Por supuesto, no debemos olvidar en ningún momento el contexto social, jurídico y económico del tabaquismo<sup>1</sup>, ni la utilidad potencial de otras medidas como la utilización de los medios de comunicación<sup>47-49</sup> y la participación activa de los profesionales de la salud en el debate social sobre el tema.

### Agradecimientos

A Joan R. Villalbí por sus valiosos comentarios, y muy especialmente a Carmen Álvarez por su colaboración en el seguimiento telefónico de los pacientes. A los laboratorios PENSA que amablemente aportaron el chicle de nicotina.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Fielding JE. Smoking: health effects and control. En: Last JM, ed. Maxcy-Rosenau. Public Health

and Preventive Medicine. Norwalk (CT): Appleton Century Crofts, 1986; 999-1.038.

2. Comisión de la European Communities. European and the prevention of cancer. Public opinion survey. Londres: Press and information Office of the Commission of the European Communities, 1987.

3. Sánchez-Agudo L, Calatrava JM, Escudero C, García-Hidalgo A, Marco V, Esteras A. Prevalencia del tabaquismo en la profesión médica. Med Clin (Barc) 1988; 90: 404-407.

4. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Tabac i salut avui. Barcelona: Publicacions de la Generalitat de Catalunya, 1987; 9-13.

5. Russell MAH, Wilson C, Taylor C et al. Effect of general practitioners advice against smoking. Br Med J 1979; 2: 231-235.

6. Salvador-Llivina T. Función de los profesionales de la salud en la reducción de la actual prevalencia de tabaquismo en España. Comunidad Drogas 1986; 2: 23-29.

7. Laporte J. El papel del médico en la lucha anti-tabáquica. Med Clin (Barc) 1987; 89 (Supl. 1): 3-5.

8. Anónimo. Smoking intervention: the expanding role of the physician. Am J Public Health 1987; 77: 782-783.

9. D'Souza MF, Swan AV, Shannon DJ. A long term controlled trial of screening for hypertension in general practice. Lancet 1976; 1: 1.228-1.232.

10. Richmond RL, Austin A, Webster IW. Three year evaluation of a programme by general practitioners to help patients to stop smoking. Br Med J 1986; 292: 803-806.

11. Wilson D, Wood G, Johnston N et al. Randomized clinical trial of supportive follow-up for cigarette smokers in a family practice. CMAJ 1982; 126: 127-129.

12. Jamzoric K, Vessey M, Folwer G et al. Controlled trial of three different antismoking interventions in general practice. Br Med J 1984; 288: 1.499-1.503.

13. Pederson LL, Baskerville JC, Wanklin JM. Multivariate statistical models for predicting change in smoking behavior following physician advice to quit smoking. Prev Med 1982; 11: 536-549.

14. Orleans CT. Understanding and promoting smoking cessation: overview and guidelines for physician intervention. Annu Rev Med 1985; 36: 51-61.

15. Eraker SA, Becker MH, Strecher VJ et al. Smoking behavior, cessation techniques and the health decision model. Am J Med 1985; 78: 817-825.

16. Nebot M, Soler M. Revisión de la efectividad del consejo médico para dejar de fumar en Atención Primaria. Rev Clin Esp 1989; 184: 260-264.

17. Nebot M, Soler M, Martín C et al. Efectividad del consejo médico para dejar de fumar: evaluación del impacto al mes de la intervención. Rev Clin Esp 1989; 184: 201-205.

18. Jarvis MJ, Tunstall-Pedoe H, Feyerabend C, Vessey C, Saloojee Y. Comparison of tests used to distinguish smokers from nonsmokers. Am J Public Health 1987; 77: 1.435-1.438.

19. Fleiss JL. Statistical methods for rates and proportions. Nueva York: John Wiley, 1972; 23-24.

20. Kleinbaum DG, Kupper LL, Morgenstern H. Epidemiologic research. Belmont, CA: Lifetime Learning Publ., 1982; 320-375.

21. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. Nueva York: John Wiley & Sons, 1989; 1-24.

22. Porta M, Moreno V, Sanz F, Carné X. Una cuestión de poder. Med Clin (Barc) 1989; 92: 223-228.

23. O'Toole BI, Battstutta D, Long A, Crouch K. A comparison of costs and data quality of three health survey methods: mail, telephone and personal home interview. Am J Epidemiol 1986; 124: 317-328.

24. Dillman DA. Mail and telephone surveys. The total design method. Nueva York: John Wiley, 1978; 232-281.

25. Vogt TM, Selvin S, Widowson G, Hulley SB. Expired air carbon monoxide and serum thiocyanate as objective measures of cigarette exposure. Am J Public Health 1977; 67: 545-549.

26. Benowitz NL. The use of biological fluid sam-

ples in assessing tobacco smoke consumption. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Measurement in the analysis and treatment of smoking behavior. Research Monograph Series 1983; 48: 10-12.

27. Weissfeld JL, Holloway JJ, Kirchst JP. Effects of deceptive self-reports of quitting on the results of treatment trails for smoking: a quantitative assessment. J Clin Epidemiol 1989; 42: 231-243.

28. Havery S, Clark JM, Elliot K. Helping people to stop smoking. Nurs Times 1987; 83: 45-49.

29. Salleras L, Pardell H, Canela J, Vaqué J, Plans P. Actitudes y hábitos tabáquicos de los médicos de Cataluña (España). Med Clin (Barc) 1987; 89 (Supl. 1): 6-9.

30. Salleras L. Los médicos y el tabaco. Med Clin (Barc) 1988; 90: 412-415.

31. Cohen SJ, Stookey GK, Katz BP, Drook CA, Smith DM. Encouraging primary care physicians to help smokers quit. Ann Intern Med 1989; 110: 648-652.

32. Russell MAH, Merriman R, Stapleton J et al. Effect of nicotine chewing gum as an adjunct to general practitioners advice against smoking. Br Med J 1983; 287: 1.782-1.785.

33. Report by a subcommittee of the Research Committee of the British Thoracic Society. Comparison of four methods of smoking withdrawal in patients with smoking related diseases. Br Med J 1983; 286: 595-597.

34. Fortmann SP, Killen JD, Telch MJ, Newman B. Minimal contact treatment for smoking cessation: a placebo-controlled trial of nicotine polacrifex and self-directed relapse prevention. JAMA 1988; 260: 1.576-1.580.

35. Salvador-Llivina T, Marín D, González-Quintana J et al. Tratamiento del tabaquismo: eficacia de la utilización del chicle de nicotina. Estudio a doble ciego. Med Clin (Barc) 1988; 90: 646-650.

36. Fagerström KO. Effects of nicotine chewing gum and follow-up appointments in physician-based smoking cessation. Prev Med 1984; 13: 517-527.

37. Tenessen P, Fryd V, Hansen M. Effect of nicotine chewing gum in combination with group counseling on the cessation of smoking. N Engl J Med 1988; 318: 15-18.

38. Cummings SR, Coates TJ, Richard RJ et al. Training physicians in counseling about smoking cessation. Ann Intern Med 1989; 110: 640-647.

39. Russell MAH, Stapleton JA, Jackson PH et al. District programme to reduce smoking: effect of clinic supported brief intervention by general practitioners. Br Med J 1987; 295: 1.240-1.244.

40. Kottke TE, Battista RN, de Friese GH, Brekke ML. Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice. A meta-analysis of 39 controlled trials. JAMA 1988; 259: 2.883-2.889.

41. Thompson RS, Michnich ME, Friendlander L, Gilson B, Grothaus LC, Storer B. Effectiveness of smoking cessation interventions integrated into primary care practice. Med Care 1988; 26: 62-76.

42. Bandura A. Teoría del aprendizaje social. Madrid: Espasa-Calpe, 1987; 99-109.

43. Strecher VJ, de Vellis BM, Becker MH, Rosenstock IM. The role of self-efficacy in achieving health behavior change. Health Educ 1986; 13: 73-92.

44. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. Health Educ 1988; 15: 175-183.

45. Warner KE. Smoking and health: a 25-year perspective. Am J Public Health 1989; 79: 141-143.

46. Glynn TJ. Physicians and a smoke-free society. Arch Intern Med 1988; 148: 1.013-1.016.

47. Altman DG, Flora JA, Fortmann SP et al. The cost-effectiveness of three smoking cessation programs. Am J Public Health 1987; 77: 162-165.

48. Engleman S. The impact of mass media anti-smoking publicity. Health Promotion 1987; 2: 63-74.

49. Flay BR. Mass media and smoking cessation: a critical review. Am J Public Health 1987; 77: 153-160.