

El médico y el paciente en la toma de decisión del abandono del tabaco. Repercusión de la iniciativa en el resultado de la intervención

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

Centro de Salud San Juan. Salamanca. ^aServicio de Neumología. Hospital Universitario. Salamanca.

^bHospital de la Princesa. Madrid. ^cUnidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Salamanca.

INTRODUCCIÓN: Los resultados obtenidos en el tratamiento del tabaquismo no son todo lo satisfactorios que sería de desear, por lo que resulta necesario continuar realizando investigaciones acerca de los múltiples factores que pueden determinar su éxito o su fracaso. El objetivo de nuestro estudio ha sido conocer la influencia del profesional sanitario en el proceso de deshabituación tabáquica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Hemos realizado un estudio prospectivo, longitudinal, en una consulta de atención primaria y otra de atención especializada. Se llevaron a cabo dos tipos de intervención: intervención mínima en pacientes con una dependencia baja, y tratamiento sustitutivo con parches de nicotina (Nicotinell®) (TSN) en los pacientes con dependencia de moderada a alta.

RESULTADOS: El total de participantes en el estudio fue de 427 fumadores, 206 en la consulta de atención primaria (87 incluidos a petición propia y 119 a propuesta médica) y 221 en la consulta de neumología (79 a petición propia y 142 a propuesta médica).

Al año de la intervención la abstinencia con la intervención mínima fue del 36,8% (27,2-47,4%) en atención primaria y del 41,8% (31,9-52,2%) en la especializada ($p > 0,05$), y en el grupo de la TSN del 35,3% (24,1-47,8%) y del 35,5% (25,8-46,1%), respectivamente ($p > 0,05$).

Con la intervención mínima, al año abandonaron el tabaco el 40% (16,3-67,7%) de los que solicitaron ser incluidos, frente al 36,3% (32,1-46,9%) ($p > 0,05$) de los que se incluyeron por propuesta médica, y con la TSN los porcentajes respectivos fueron del 33,3% (24,4-43,2%) y del 39,3% (26,5-53,2%) ($p > 0,05$).

El porcentaje de abstinencia observado entre los fumadores en fase de precontemplación fue, al año del inicio de la intervención, del 28,4% (18,5-40,1%), y entre los que estaban en fase de contemplación, del 49,2% (36,6-61,9%) ($p < 0,05$).

Los pacientes que fueron incluidos en el programa de deshabituación a propuesta médica obtuvieron mejores resultados, presentando una *odds ratio* de 0,244, con un intervalo de confianza del 95% de 0,097-0,616.

CONCLUSIONES: La intervención sobre el tabaquismo debe realizarse con el mismo hincapié en quienes solicitan ayuda y en los que todavía no se plantean el abandono del tabaco, y se debe contemplar el progreso de fase en el proceso de abandono de tabaco como un éxito terapéutico para, con un abordaje posterior, conseguir la cesación total del hábito tabáquico.

Palabras clave: Tabaquismo. Cesación tabáquica. Atención primaria. Atención especializada.

(Arch Bronconeumol 2001; 37: 127-134)

The physician and the patient in the decision to quit smoking

INTRODUCTION: The results obtained from treatment of smoking addiction are not all that might be desired, such that continued investigation of the various factors that determine treatment success or failure are necessary. The aim of this study was to know the influence of health care providers in the smoking cessation process.

MATERIAL AND METHODS: We performed a prospective, longitudinal study of patients at a primary care facility and a specialized unit. Two types of intervention were performed: minimal intervention with patients with a low level of dependence and nicotine patch substitution treatment (Nicotinell®) (NST) in patients with moderate-to-high dependence.

RESULTS: The total number of smokers enrolled was 427: 206 at the primary care facility (87 who requested treatment and 119 to whom enrollment was recommended) and 21 at the respiratory medicine unit (79 who requested treatment and 142 to whom enrollment was recommended).

One year after minimal intervention, abstinence was 36.8% (27.2%-47.4%) at the primary care center and 41.8% (31.9%-52.2%) at the specialized unit ($p > 0.05$). Abstinence in the NST group at each center was 35.3% (24.1%-47.8%) and 35.5% (25.8%-46.1%), respectively ($p > 0.05$). With minimal intervention, 40% (16.3%-67.7%) of those who had requested enrollment had quit smoking one year after starting, versus 36.3% (32.1%-46.9%) of those to whom it had been recommended ($p > 0.05$); in the NST group, the percentages were 33.3% (24.4%-43.2%) and 39.3% (26.5%-53.2%) ($p > 0.05$).

Correspondencia: Dr. M. Barrueco
Servicio de Neumología. Hospital Universitario.
P.º de San Vicente, 58-172. 37007 Salamanca.
Correo electrónico: mibafe@gugu.usual.es

Recibido: 22-8-00; aceptado para su publicación: 21-11-00.

The percentage of abstinence among smokers in pre-contemplation phase was 28.4% (18.5%-40.1%) one year after starting; among those in the contemplation phase, abstinence at one year was 49.2% (36.6%-61.9%) ($p < 0.05$).

The patients whose enrollment was the result of physician recommendation had better outcomes (odds ratio of 0.244 [95% CI: 0.097-0.616]).

CONCLUSIONS: Intervention among smokers should be as strong among those who ask for help as among those who have not yet contemplated quitting; progress to another phase in the abandonment process, so that efforts to achieve total cessation can be approached at a later time, should be considered a therapeutic success.

Key words: Smoking. Smoking abandonment. Primary care. Specialized care.

Introducción

El abandono del tabaco no es un hecho concreto, sino más bien un proceso que se desarrolla en varias fases: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento¹. El progreso por dichas fases depende fundamentalmente del propio fumador, pero también es susceptible de verse influido por la actitud del médico en particular y de los profesionales sanitarios en general.

En la fase de precontemplación se suelen encontrar entre el 20 y el 35% de todos los fumadores. En esta fase los pacientes no suelen demandar ayuda para dejar de fumar y son también menos susceptibles a la oferta de ayuda. En la fase de contemplación se encuentran alrededor del 50 al 70% de los fumadores, y hasta un 50% de ellos llevan en esa situación dos o más años, es decir, en situación de contemplación crónica. Durante esta fase, la oferta de ayuda puede determinar el progreso hacia fases más avanzadas. En la fase de preparación se encuentran los fumadores que pretenden dejar de serlo en el próximo mes, y sólo entre el 10 y el 15% del total de fumadores se hallan en este período. Durante esta fase el paciente puede ser mucho más receptivo a la oferta de ayuda, y de la disponibilidad de ésta puede depender que se decida a establecer una fecha para dejar de fumar y pasar a la fase de acción, que es aquella que engloba a los ex fumadores que, habiendo dejado de fumar, aún no han cumplido 6 meses desde el abandono del tabaco. Algunos de ellos superan este período con éxito en la abstinencia y pasan a una fase de mantenimiento, en tanto que otros sufren recaídas y regresan a fases más primitivas en el proceso, como las de precontemplación o contemplación^{2,3}. Una intervención adecuada en cada una de estas fases puede determinar el progreso activo del paciente en dicho proceso.

Tiene especial importancia conocer en cada momento la fase en la que se encuentra el paciente fumador y su progreso o retroceso en el proceso de deshabituación tabáquica, ya que se ha comprobado que el progreso a una fase más avanzada en el proceso particular de abandono del tabaco supone una mayor probabilidad de conseguir la abstinencia en un futuro, por lo que también debe juzgarse esta situación como éxito terapéutico, y no sólo la total cesación del hábito tabáquico⁴.

El médico debe desempeñar en la lucha contra el tabaco cuatro funciones: modélica, educadora, social y terapéutica. De su capacidad para desarrollar con coherencia estas cuatro funciones depende en gran medida su posibilidad de influir personal, profesional y socialmente sobre los fumadores y sobre la propia sociedad. En la actualidad, la prevalencia del tabaquismo entre los médicos españoles es del 34,7%, y del 43,2% entre el personal de enfermería⁵, aspecto que dificulta notablemente la intervención de ambos colectivos, a pesar de que el tabaquismo sea el principal problema sanitario que tienen las sociedades occidentales y la primera causa prevenible de muerte⁶.

Por todas estas razones, la actitud del médico ante el tabaquismo, como simple receptor de enfermedades derivadas del tabaco, o como agente activo que trata de identificar el problema, y a los pacientes que lo sufren, y establece un abordaje sistemático de ambos aspectos, constituye un factor decisivo. Esta actitud puede ser percibida por el paciente como una ayuda que se le ofrece, o puede ser demandada al no serle ofrecida de forma espontánea por el profesional sanitario. El objetivo de nuestro estudio ha sido analizar la influencia de este factor (la oferta al paciente o la demanda inicial de ayuda por su parte) en los resultados obtenidos con un programa establecido de tratamiento del tabaquismo.

Material y método

El ámbito del estudio ha sido los niveles asistenciales de atención primaria y especializada, realizándose simultáneamente en una consulta de un centro de salud urbano y en una consulta de neumología.

Se capturaron a un total de 427 fumadores (206 en la consulta de atención primaria y 221 en la consulta de neumología) que acudieron a las consultas citadas durante un período de 6 meses, a los que se les siguió a lo largo de un año. Los pacientes quedaron incluidos en dos grupos en función del tipo de intervención realizada: intervención mínima sistematizada (consejo médico sistemático, entrega de material de apoyo por escrito y seguimiento del proceso de deshabituación), integrado por 216 pacientes, o terapia sustitutiva con nicotina (TSN), realizada mediante la aplicación de parches transdérmicos de liberación mantenida de nicotina (durante 24 h), compuesto por 211 pacientes (tabla I), según el protocolo del Área de Tabaquismo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica⁷.

La distribución por grupos se realizó en función del grado de dependencia nicotínica (medida realizada mediante el test de Fagerström simplificado⁸) según los esquemas habituales, de forma que a aquellos fumadores que presentaban una dependencia nicotínica moderada-alta (Fagerström ≥ 7) se les ofrecieron la TSN y apoyo psicológico (consejo antitabaco, entrega de documentación por escrito ajustada a las recomendaciones del Área de Tabaquismo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica⁷ y seguimiento de los pacientes con visitas programadas) y en aquellos con dependencia nicotínica baja (Fagerström < 7) se realizó exclusivamente la intervención mínima, compuesta asimismo por el consejo antitabaco, la entrega de documentación por escrito ajustada a las recomendaciones del Área de Tabaquismo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica⁷ y seguimiento con visitas programadas. Las visitas programadas se fijaron para ambos grupos 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.

Las variables consideradas fueron: edad, sexo, peso, consumo diario de cigarrillos, nicotina consumida al día, índice de paquetes-año, test de Fagerström, fase del proceso de abandono del tabaco en la que se encontraban, concentración de monóxido de carbono en aire espirado (medido mediante cooxímetro Bedfont micro *smokerlyzer*), y modo de inclusión en el estudio (a petición propia o tras ser convencido del beneficio de abandonar el tabaco por parte del médico).

Las principales variables finales analizadas fueron la abstinencia tabáquica y el cambio de fase en el proceso de abandono del tabaco. La valoración de la abstinencia se realizó por testimonio personal directo y se confirmó con la determinación de CO < 10 ppm, y fue medida en base a la “intención de tratamiento”, es decir, considerando éxito al número de pacientes que, tras la intervención, abandonaron su hábito tabáquico (a los 2, 6 y 12 meses) y como fracaso a los que no lo lograron, junto con los que no acudieron a los controles programados.

Las pruebas estadísticas utilizadas para la comparación de proporciones fueron la prueba de la χ^2 , y para la comparación de dos medias independientes se empleó la prueba de la t de Student-Fisher, aplicándose las pruebas no paramétricas correspondientes cuando no fue posible manejar los principios de normalidad.

El grado de significación estadística asumido en todos los contrastes realizados fue de 0,05 ($p < 0,05$).

A fin de estudiar la relación de varias variables consideradas de forma conjunta sobre el resultado final de la abstinencia tabáquica se realizó el análisis multivariante mediante un análisis de regresión logística múltiple para identificar los factores asociados con el éxito o fracaso de la deshabituación tabáquica, y el análisis multifactorial de medidas repetidas con el fin de estudiar la evolución del número de cigarrillos/día consumidos a lo largo del período de seguimiento y las variables relacionadas con ella.

Resultados

El total de sujetos participantes en el programa de deshabituación tabáquica fue de 427, de los que 235 ([55%] [50,2-59,8%]) fueron varones, y 192 ([45%] [40,2-49,8%]) mujeres, predominando éstas en atención primaria (57,3%) y los varones en atención especializada (66,5%) ($p < 0,001$). La edad media de la muestra fue de 39,9 años (38,7-41,2), 44 (42,2-45,8) en los varones y 35 (33,4-36,5) en las mujeres ($p < 0,001$).

En el presente estudio la inclusión en el programa se realizó a propuesta médica en el 61,1% de los pacientes, y por demanda de éstos en el restante 38,9%. Desde

el punto de vista de la intervención a realizar, en el grupo de la TSN el 69,7% de los pacientes lo fueron por petición propia, mientras que en el grupo sobre el que se realizó la intervención mínima el 91,2% lo fueron por propuesta médica. Los pacientes con edades medias (entre 30 y 50 años) demandaron más ayuda que los de edad inferior a 30 años o superior a 50.

Al año de la intervención, la abstinencia observada en el grupo en el que se realizó la intervención mínima fue del 39,4% (32,4-46,7%) (36,8% [27,2-47,4%] en atención primaria y del 41,8% [31,9-52,2%] en la especializada [$p > 0,05$]), y en el grupo de la TSN fue del 35,4% (28-43,3%) (35,3% [24,1-47,8%] en primaria y 35,5% [25,8-46,1%] en especializada [$p > 0,05$]).

Entre los pacientes que solicitaron ser incluidos en el estudio y recibieron la intervención mínima, la abstinencia observada fue a los 2 meses del 50% (26-74%), a los 6 meses del 37,5% (15,2-64,6%) y al año del 40% (16-67,7%). Entre los que se incluyeron tras la propuesta médica fue a los 2 meses del 32,5% (28,5-42,3%), a los 6 meses del 29,6% (28-42,1%) y al año del 36,3% (32,1-46,9%). En todos los casos las diferencias observadas no fueron significativas ($p > 0,05$) (tabla II).

Entre los pacientes que solicitaron ser incluidos en el estudio y recibieron como intervención terapéutica la TSN, la abstinencia tabáquica observada fue a los 2 meses del 56% (47,1-64,5%), a los 6 meses del 39,5% (30,9-48,7%) y al año del 33,3% (24,4-43,2%). En los incluidos por propuesta médica fue a los 2 meses del 46% (33,4-59,1%), a los 6 meses del 35% (23,1-48,4%) y al año del 39,3% (26,5-53,2%). En todos los casos las diferencias observadas tampoco fueron significativas ($p > 0,05$). Dichos resultados, junto con los observados en función del nivel asistencial donde tuvo lugar la intervención, quedan reflejados en la tabla II.

Para valorar el progreso de fase se analizaron por separado los fumadores que se encontraban en fase de precontemplación y los que estaban en fase de contemplación y, como es lógico, sólo en el grupo de intervención mínima, ya que los fumadores integrantes del grupo de la TSN estaban, por definición, en fase de preparación, por lo que el progreso de fase ya queda contemplado en el grado de abstinencia conseguida.

Entre los pacientes en fase de precontemplación progresaron de fase el 16,7% a los 2 meses, el 12,5% a los 6 meses y el 13,5% a los 12 meses. Entre los pacientes

TABLA I
Distribución de la muestra de estudio (n = 427 fumadores)

	Consulta de neumología		Consulta de atención primaria	
	Sujetos en estudio	Abandonos*	Sujetos en estudio	Abandonos*
Grupo I				
Fase de precontemplación	57	7	28	3
Fase de contemplación	55	5	17	0
Fase de preparación	2	0	57	2
Total	114	12	102	5
Grupo II				
Fase de preparación	107	7	104	8
Total (grupos I y II)	221	19	206	13

Grupo I: consejo e intervención mínima, entrega de material escrito y apoyo psicológico por parte del médico; grupo II: tratamiento sustitutivo con parches de nicotina; * se consideró abandono al paciente que no acudió a los controles y ni se pudo localizar.

TABLA II
Resultados globales de abandono del hábito tabáquico en función del modo de inclusión en el programa de deshabituación

	Resultados a los 2 meses*			Resultados a los 6 meses*			Resultados a los 12 meses*		
	A petición propia	A propuesta médica	p	A petición propia	A propuesta médica	p	A petición propia	A propuesta médica	p
<i>Intervención mínima**</i>									
Consulta de AP	18 (100%)	83 (100%)		16 (100%)	81 (100%)		15 (100%)	80 (100%)	
No fuman	9 (50,0%)	27 (32,5%)		6 (37,5%)	24 (29,6%)		6 (40,0%)	29 (36,3%)	
IC	(26,0-74,0%)	(28,5-42,3%)	> 0,05	(15,2-64,6%)	(28,0-42,1%)	> 0,05	(16,3-67,7%)	(32,1-46,9%)	> 0,05
<i>Terapia sustitutiva con nicotina</i>									
Consulta de neumología	74 (100%)	28 (100%)		72 (100%)	28 (100%)		67 (100%)	26 (100%)	
No fuman	43 (58,1%)	13 (46,4%)		32 (44,4%)	7 (25,0%)		26 (38,8%)	7 (26,9%)	
IC	(46,1-69,5%)	(27,5-66,1%)	> 0,05	(32,7-56,6%)	(10,7-44,9%)	> 0,05	(27,1-51,5%)	(11,6-47,8%)	> 0,05
Consulta de AP	60 (100%)	35 (100%)		52 (100%)	32 (100%)		38 (100%)	30 (100%)	
No fuman	32 (53,3%)	16 (45,7%)		17 (32,7%)	14 (43,8%)		9 (23,7%)	15 (50,0%)	
IC	(40,0-66,3%)	(28,8-63,4%)	> 0,05	(20,3-47,1%)	(26,4-62,3%)	> 0,05	(11,4-40,2%)	(31,3-68,7%)	< 0,05 (0,04)
Muestra global	134 (100%)	63 (100%)		124 (100%)	60 (100%)		105 (100%)	56 (100%)	
No fuman	75 (56,0%)	29 (46,0%)		49 (39,5%)	21 (35,0%)		35 (33,3%)	22 (39,3%)	
IC	(47,1-64,5%)	(33,4-59,1%)	> 0,05	(30,9-48,7%)	(23,1-48,4%)	> 0,05	(24,4-43,2%)	(26,5-53,2%)	> 0,05

*No existen diferencias significativas (p > 0,05). Se comparan los resultados entre los dos niveles asistenciales; **en el grupo de intervención mínima controlado en atención especializada todos los pacientes incluidos fueron "a propuesta médica", por lo que no se puede establecer la comparación objeto de esta tabla. AP: atención primaria; IC: intervalo de confianza; los valores en cursiva indican los valores totales.

TABLA III
Resultados de los fumadores en fase de precontemplación y contemplación a los que se les ofreció la intervención mínima

	2 meses				6 meses				12 meses			
	N	Sin cambio (%)	Progreso (%)	Abstinencia (%)	N	Sin cambio (%)	Progreso (%)	Abstinencia (%)	N	Sin cambio (%)	Progreso (%)	Abstinencia (%)
Fase de precontemplación	84	52 (61,9)	14 (16,7)	18 (21,4)	80	51 (63,7)	10 (12,5)	19 (23,8)	74	43 (58,1)	10 (13,5)	21 (28,4)
Fase de contemplación	72	34 (47,2)	8 (11,1)	30 (41,6)	68	35 (51,5)	4 (5,9)	29 (42,6)	65	31 (47,7)	2 (3,1)	32 (49,2)

en fase de contemplación, el progreso de fase observado fue del 11,1, el 5,9 y el 3,1% a los 2, 6 y 12 meses, respectivamente (tabla III).

El porcentaje de abstinencia tabáquica observado, en función de la fase en la que se encontraban inicialmente los pacientes, fue el siguiente: a los 2 meses el 21,4%

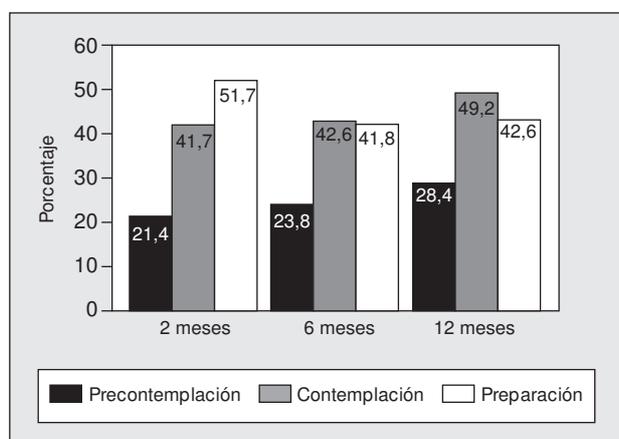


Fig. 1. Abstinencia tabáquica en función de la fase en el proceso de abandono del tabaco en la que se encontraban los pacientes al principio de la intervención.

(13,2-31,7%) de los que estaban en fase de precontemplación; el 41,7% (30,2-53,9%) en fase de contemplación y el 51,7% (38,2-65%) en fase de preparación (p = 0,01); a los 6 meses los porcentajes observados fueron, respectivamente, del 23,8% (14,9-34,6%), del 42,6% (30,7-55,2%) y del 41,8% (28,7-55,9%) (p = 0,02); al año del inicio de la intervención fueron, respectivamente, del 28,4% (18,5-40,1%), del 49,2% (36,6-61,9%) y del 42,6% (29,2-56,8%) (p = 0,01) (fig. 1).

El consejo médico está orientado a favorecer un cambio de actitud en el fumador respecto a su situación frente el tabaco, y se ha demostrado que cuanto más intensivo y sistematizado es, mejores resultados ofrece, por lo que al analizar su efecto a medio plazo es conveniente valorar por separado a los que estaban en fase precontemplación y de contemplación. Los resultados globales han quedado reflejados en el párrafo anterior, y por niveles asistenciales se exponen en la tabla IV, donde destacan que, al año, abandonan el tabaco el 28,3% de los pacientes precontempladores frente al 54% de los que se encontraban en fase de contemplación en atención especializada (p < 0,05); y el 28,6 frente al 33,3%, respectivamente, en atención primaria (p > 0,05).

En todo caso, asumiendo la abstinencia y el cambio de fase como éxito terapéutico, la eficacia de la inter-

TABLE IV
**Abandono del tabaco en función de la fase inicial en el proceso de deshabituación tabáquica
(analizando sólo a los precontempladores y contempladores), y su relación con el nivel asistencial**

	Fase en el proceso de abandono del tabaco	
	Precontemplación*	Contemplación*
<i>Resultados a los 2 meses</i>		
Consulta de neumología*	56 (100%)	55 (100%)
Abandonan el tabaco	15 (26,8%)	26 (47,3%)
IC del 95%	(15,8-40,3%)	(33,7-61,2%)
		p = 0,04
Consulta de atención primaria**	28 (100%)	17 (100%)
Abandonan el tabaco	3 (10,7%)	4 (23,5%)
IC del 95%	(2,3-28,2%)	(6,8-49,9%)
		p = 0,4
Muestra global**	84 (100%)	72 (100%)
Abandonan el tabaco	18 (21,4%)	30 (41,7%)
IC del 95%	(13,2-31,7%)	(30,2-53,9%)
		p = 0,01
<i>Resultados a los 6 meses</i>		
Consulta de neumología*	52 (100%)	52 (100%)
Abandonan el tabaco	16 (30,8%)	24 (46,2%)
IC del 95%	(18,7-45,1%)	(32,2-60,5%)
		p = 0,1
Consulta de atención primaria**	28 (100%)	16 (100%)
Abandonan el tabaco	3 (10,7%)	5 (31,3%)
IC del 95%	(2,3-28,2%)	(11,0-58,7%)
		p = 0,2
Muestra global**	80 (100%)	68 (100%)
Abandonan el tabaco	19 (23,8%)	29 (42,6%)
IC del 95%	(14,9-34,6%)	(30,7-55,2%)
		p = 0,02
<i>Resultados a los 12 meses</i>		
Consulta de neumología**	46 (100%)	50 (100%)
Abandonan el tabaco	13 (28,3%)	27 (54,0%)
IC del 95%	(16,0-43,5%)	(39,3-68,2%)
		p = 0,01
Consulta de atención primaria**	28 (100%)	15 (100%)
Abandonan el tabaco	38 (28,6%)	5 (33,3%)
IC del 95%	(13,2-48,7%)	(11,8-61,6%)
		p = 0,9
Muestra global**	74 (100%)	65 (100%)
Abandonan el tabaco	21 (28,4%)	32 (49,2%)
IC del 95%	(18,5-40,1%)	(36,6-61,9%)
		p = 0,01

*Diferencias estadísticamente no significativas ($p > 0,05$); **diferencias significativas ($p < 0,05$). IC: intervalo de confianza; los valores en cursiva indican los valores globales.

TABLE V
Éxito terapéutico (abstinencia tabáquica + progresión en la fase abandono del tabaco) en función del tiempo de seguimiento del programa de deshabituación

	A los 2 meses	A los 6 meses	A los 12 meses
<i>Consulta de neumología</i>	113 (100%)	106 (100%)	98 (100%)
Abandono del tabaco	42	41	41
Progresión a fases más avanzadas a pesar de seguir fumando	17	10	6
Éxito global*	59 (52,2%)	51 (48,1%)	47 (47,9%)
<i>Consulta de atención primaria</i>	101 (100%)	97 (100%)	95 (100%)
Abandono del tabaco	36	30	35
Progresión a fases más avanzadas a pesar de seguir fumando	5	4	6
Éxito global*	41 (40,6%)	34 (35,1%)	41 (43,2%)
<i>Muestra global</i>	214 (100%)	203 (100%)	193 (100%)
Abandono del tabaco	78	71	76
Progresión a fases más avanzadas a pesar de seguir fumando	22	14	12
Éxito global*	100 (46,7%)	85 (41,9%)	88 (45,6%)

*Diferencias estadísticamente no significativas ($p > 0,05$); los valores en cursiva indican los valores globales.

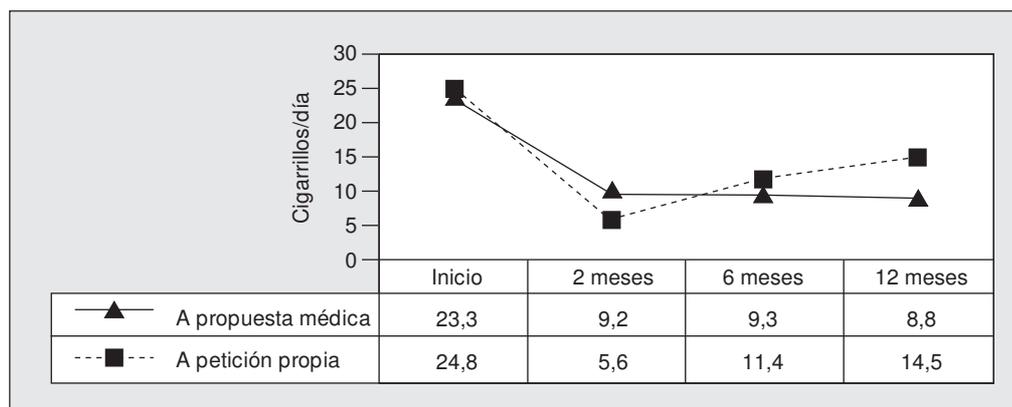


Fig. 2. Influencia del modo de inclusión en el consumo de cigarrillos en los diferentes controles programados.

vección mínima, considerada de forma global, fue a los 2 meses del 38,1% entre los precontempladores y del 52,7% entre los contempladores; a los 6 meses del 36,3 y el 48,5%, y al año del 41,9 y el 52,3%, respectivamente (tabla III).

Por tanto, se puede hablar de un éxito global de la intervención mínima del 45,6% al año de seguimiento, sin que se hayan encontrado diferencias significativas entre los dos niveles asistenciales (primaria/especializada) donde se ha llevado a cabo el estudio. Los resultados observados fueron, en la consulta de neumología, del 52,2, del 48,1 y del 47,9% a los 2, 6 y 12 meses y, en atención primaria, del 40,6, del 35,1 y del 43,2%, respectivamente (tabla V).

Mediante un análisis de regresión logística en el que se incluyeron como variables el modo de inclusión en el programa, el resultado a los 2 meses del inicio de la intervención y el número de cigarrillos/día consumidos al inicio del período, se observó que los pacientes que fueron incluidos en el programa de deshabituación a propuesta médica obtuvieron mejores resultados, con diferencias significativas ($p = 0,002$), presentando una *odds ratio* de 0,244, con un intervalo de confianza del 95% de 0,097-0,616. Dicho de otra forma, aquellas personas que fueron incluidas a propuesta médica tienen cuatro veces más posibilidades de conseguir la abstinencia tabáquica al año de seguimiento, respecto a las que se incluyeron a petición propia (tabla VI).

Mediante el análisis de la variancia de medidas repetidas, considerando como variable dependiente el número de cigarrillos fumados y como variable independiente el

modo de inclusión en el programa de deshabituación, se observó que, en el grupo de pacientes cuya inclusión en el estudio fue a petición propia, el mayor descenso en el consumo de cigarrillos en el control de los 2 meses no se mantuvo en los controles sucesivos, a diferencia de lo que ocurrió en el grupo cuya inclusión fue a propuesta médica (fig. 2).

Discusión

El papel del médico, con relación al problema del tabaquismo, no debe limitarse sólo a tratar las enfermedades derivadas del mismo, sino que debe actuar como agente activo de salud atendiendo las demandas de ayuda para dejar de fumar de quienes se la solicitan y ofreciendo también ayuda a quienes todavía no están suficientemente concienciados del problema que supone la adicción al tabaco y, por ello, no la demandan⁹. Por otra parte, la demanda de ayuda para dejar de fumar es cada vez más frecuente y posiblemente en el futuro lo sea aún más, de manera que los profesionales debemos estar capacitados para responder a esta demanda¹⁰.

En el presente estudio, la inclusión en el programa se realizó a propuesta médica en el 61,1% de los pacientes. Cabe señalar desde el punto de vista de la intervención que en el grupo de la TSN el 69,7% de los pacientes participó a petición propias, mientras que en el grupo sobre el que se realizó la intervención mínima el 91,2% fue incluido por propuesta médica. Es decir, que cuando los pacientes se animaban a solicitar ayuda para dejar de fumar, lo hacían esperando algo más que el simple consejo

TABLA VI
Resultados de la regresión logística múltiple realizada

Variable	Coeficiente de regresión	Error estándar	Estadístico Wald	gl	Significación estadística	Odds ratio	Intervalos de confianza del 95% para la odds ratio	
							Límite inferior	Límite superior
Inclusión	-1,406	0,471	8,920	1	0,002	0,244	0,097	0,616
Cigarrillos/día	-0,039	0,016	5,612	1	0,017	0,961	0,929	0,993
10 cigarrillos/día*	-	-	-	-	-	0,671	0,483	0,933
Resultados (2 meses)	3,124	0,400	60,935	1	0,000	22,756	10,383	49,870
Constante	-0,537	0,417	1,658	1	0,197			

*Ajuste de la variable cigarrillos/día para un incremento de 10 en 10.

o información escrita, que consideraban insuficiente, demandando fundamentalmente ayuda farmacológica.

Así pues, la intervención mínima es una actitud que por lo general parte del médico y en pocas ocasiones es demandada directamente por el paciente, mientras que la TSN o la terapia farmacológica, además de ser propuesta por el médico, es demandada por los pacientes, que probablemente esperan algo más de ayuda que el simple consejo. Es probable que esto se deba a que los pacientes que demandan asistencia médica para dejar de fumar son de edades medias, fuman más y tienen mayor grado de dependencia.

El hecho de que los porcentajes globales de abstinencia al año de seguimiento entre los que demandan ayuda y se incluyen en el programa de deshabitación a petición propia y los incluidos por propuesta del médico fueran similares, junto a los resultados obtenidos mediante el análisis multivariante (regresión logística y análisis de la variancia repetidas), *odds ratio* de 0,244, nos permite afirmar que parece claro que se debe intervenir activamente sobre todos los pacientes que acuden a consulta, con independencia de que demanden o no ayuda para dejar de fumar.

Surge la duda de si esta actitud es adecuada en ambos niveles asistenciales: si la atención primaria, por su accesibilidad y características de proximidad, es más adecuada, o lo es la atención especializada. En nuestro estudio, no hemos podido valorar este aspecto en los pacientes a quienes se ofreció consejo médico sistematizado, ya que la totalidad de los controlados en atención especializada lo fueron “a propuesta médica”, por lo que las muestras son diferentes (por su composición en función del modo de inclusión) y, por tanto, no comparables. En el grupo de la TSN, donde los grupos tratados en ambos niveles sí son comparables, no se apreciaron diferencias significativas. Por consiguiente, podemos decir que la influencia del profesional sanitario de ambos niveles asistenciales es similar y, si bien cabe esperar que de entrada el consejo del especialista tenga más impacto, el proporcionado por el profesional de atención primaria tiene la misma eficacia al ser más sistemático y próximo al paciente.

Resulta de interés conocer la influencia de la fase del proceso en el resultado final de la intervención. Este aspecto ya ha sido estudiado por Jiménez Ruiz et al¹¹. No todos los participantes incluidos en el grupo de intervención mínima presentaban la misma disposición para dejar el tabaco: cerca del 40% ni se lo planteaban a corto plazo (fase de precontemplación), otro 33% se lo planteaba en los próximos 6 meses (fase de contemplación) y el 27% restante de forma más o menos inmediata (fase de preparación). Podría pensarse que serían estos últimos quienes mejores resultados obtendrían, y así sucede a los 2 meses de la intervención, pero a largo plazo (6 y 12 meses) existe una muy discreta tendencia, sin significación estadística, a que los participantes que se encontraban en fase de contemplación obtuvieran mejores resultados que los que se hallaban en fase de preparación (fig. 1). Probablemente este aspecto merezca ser estudiado más detenidamente, ya que quizá forzar el inicio de la fase de acción pueda no ser tan conveniente como en ocasiones creemos.

Diversos autores han señalado la motivación como factor predictor de éxito¹². Teniendo en cuenta que los participantes que se encontraban al inicio de la intervención en fase de preparación ya estaban concienciados frente al problema del tabaquismo (el efecto del consejo en éstos sería más de refuerzo que de cambio de actitud), al valorar el efecto real de la intervención mínima en el cambio de actitud conviene comparar los resultados obtenidos entre los participantes que se encontraban en fase de precontemplación y en fase de contemplación.

Las diferencias encontradas al comparar a los participantes en fase de contemplación con los que estaban en fase de precontemplación sí son significativas (fig. 1). Esto probablemente refleja el avance en el proceso conforme se aporta información al paciente, información que al ser sistematizada y persistente consigue modificar más su actitud. En este sentido, aprovechar las visitas del paciente, programadas dentro del plan de intervención, u originadas por la enfermedad que lo llevó o lo lleva a la consulta, permite avanzar en el proceso. Las facilidades para ello de la atención primaria son mayores.

Al comparar exclusivamente a los pacientes que se encontraban en fase de precontemplación y en fase de contemplación, se observó cómo en la muestra, considerada de forma global, estos últimos obtuvieron resultados significativamente mejores que los primeros (a los 2 meses el valor de *p* fue de 0,01, a los 6 meses, de 0,02 y a los 12 meses, de 0,01), aspecto ya unánimemente aceptado en la bibliografía.

Hasta ahora se ha interpretado la abstinencia como sinónimo de éxito, y en la actualidad también se califica de éxito el progreso en el proceso, considerándolo como paso previo para el abandono total del tabaco. En nuestro estudio, de los participantes que se encontraban en fase de precontemplación, al año de seguimiento lograron la abstinencia un 28,4%, y un 13,5% progresaron a fase de contemplación. De los que estaban en fase de contemplación, el 49,2% abandonaron el tabaco y el 3,1% pasaron a la fase de preparación. Resultados similares se obtuvieron previamente en el control de los 6 meses (tabla II). Es lógico encontrar más abstinentes entre los contempladores, dada su mayor predisposición a abandonar el tabaco, y menos participantes que hayan progresado de fase entre los que no lograron abandonarlo, ya que a menudo la fase de preparación se encuentra solapada en la fase de contemplación.

En todo caso, asumiendo la abstinencia y el cambio de fase como progreso, el nivel de éxito a los 6 meses en los precontempladores fue del 36,3%, y del 48,5% en los contempladores; al año fue del 41,9% en los precontempladores y del 52,3% en los contempladores. En el estudio ya señalado de Jiménez Ruiz et al⁹ se obtienen resultados similares en los precontempladores (44%), pero algo inferiores en los contempladores (28%), en un período de seguimiento de 6 meses. Si bien los resultados en el caso de los pacientes precontempladores, pueden considerarse similares, en el caso de los contempladores los resultados difieren bastante, siendo posiblemente los de Jiménez Ruiz más fiables al tener su estudio un tamaño muestral mayor (221 frente a 68 del nuestro).

En definitiva, podemos hablar de un éxito global de la intervención (abstinencia más progreso a fases más avanzadas) mediante el consejo y la entrega de material escrito (intervención mínima) del 45,6% al año de seguimiento, sin que hayamos encontrado grandes diferencias respecto a los niveles asistenciales donde se ha llevado a cabo el estudio (el 47,9 y el 43,2% en la consulta de neumología y de atención primaria, respectivamente), ratificando que la intervención mínima es uno de los métodos de actuación frente al tabaquismo con mejor relación coste-efectividad¹³.

Creemos que es importante destacar que el consejo proporcionado a fumadores que no se planteaban dejar de fumar obtiene porcentajes de abstinencia nada desdeñables. Esto parece indicar que el refuerzo de información realizado en las diferentes revisiones permite aumentar la posibilidad de abandono del tabaco por parte de aquellos que, sin habérselo planteado inicialmente, se ven "empujados" a abandonar el hábito tabáquico al recibir una información sistematizada y constante por parte del médico ya sea en el marco de la atención especializada como en atención primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Prochaska JO, Di Clemente CC. Stages and processes of self change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51: 390-395.
2. Jiménez Ruiz CA, González de la Vega JM, Escudero C, García A, Roca J, Solano S et al. Tabaquismo. *Manuales SEPAR* 1995; 1: 1-109.
3. Jiménez Ruiz CA, Raja O, Ramos A, Flores S. Prevención del tabaquismo. *Medicine* 1997; 7: 1995-2004.
4. Jiménez CA, Kunze M, Fagerström KO. Nicotine replacement: a new approach to reducing tobacco-related harm. *Eur Respir J* 1998; 11: 473-479.
5. Programa de prevención de tabaquismo en profesionales sanitarios. Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del Insalud 1998. España. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo; abril de 1999.
6. 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.
7. Jiménez CA, Solano S, González de Vega JM, Ruiz MJ, Flores S, Ramos A et al. Tratamiento del tabaquismo. En: *Recomendaciones SEPAR*. Barcelona: Doyma, 1998; 421-436.
8. Fagerström KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Nicotine Questionnaire. *J Behav Med* 1989; 12: 159-182.
9. Physician and other health-care professional counseling of smokers to quit. United States, 1991. *MMWR* 1993; 42: 854-857.
10. Physicians urged to promote smoking cessation aids. *MMWR* 2000; 49: 665-669.
11. Jiménez CA, Barrueco M, Carrión F, Cordovilla R, Hernández I, Martínez E et al. Intervención mínima personalizada en el tratamiento del tabaquismo. Resultados de un estudio multicéntrico. *Arch Bronconeumol* 1998; 34: 433-436.
12. Osler M, Prescott E. Psychosocial, behavioural, and health determinants of successful smoking cessation: a longitudinal study of Danish adults. *Tob Control* 1998; 7: 262-267.
13. Haxby DG. Treatment of nicotine dependence. *Am J Health Syst Pharm* 1955; 52: 265-281.