

TABLA 4 Variables a controlar

<i>Independientes</i>
Edad
Sexo
Fecha de inicio de consumo de tabaco
Años de consumo (paquetes-año)
Años de utilización de medicación inhalada
Vacunación antigripal
<i>Dependientes</i>
Cuestionario de calidad de vida genérico
Cuestionario de calidad de vida específico (St. George)
Escala de disnea de Borg
Escala de disnea del British Medical Research Council
Prueba de la marcha de los 6 min
Pruebas de funcionalismo pulmonar
Modificación del hábito tabáquico
Utilización de los servicios de salud en relación con su proceso pulmonar (EPOC)
Modificación de la técnica de inhalación

la adecuada realización del test de la marcha y la correcta recogida de datos en el cuadernillo al efecto.

Variables (tabla 4)

1. Independientes:

- Factor de estudio: grupos control y de intervención.
- Edad: pacientes menores de 76 años.
- Sexo: varones y mujeres.
- Fecha de inicio y años de consumo de tabaco.
- Vacunación antigripal.

2. Dependientes:

- Cuestionario de calidad de vida relacionado con la salud (St. George), validado al castellano¹¹: cuestionario autoadministrado en 30 min, con supervisión tras su cumplimentación para valorar su completa realización. Se puntúa de 0 a 100 (0 indica la mejor calidad de vida y 100, la peor). Se realiza al inicio del estudio y cada año. Se considera una diferencia clínicamente significativa cuando el paciente presenta 4 puntos menos en la escala.
- Índice de disnea basal (escala categórica de Borg): expresa el grado de disnea. Se puntúa de 0 a 10 (0: ninguna sensación de disnea; 10: la máxima sensación).
- Test de la marcha de 6 min (*walking test*): se instruirá al paciente para caminar, en un pasillo de 25 m de longitud, el mayor número de metros en los 6 min que dura el test, enlenteciendo el ritmo o deteniéndose siempre que lo considere necesario.
- Escala de disnea del British Medical Research Council: valora el nivel de disnea entre 0 y 4 (grado 0: la disnea comienza sólo con esfuerzos máximos; hasta grado 4: la disnea existe en reposo y le impide salir de casa).
- Pruebas de funcionalismo pulmonar: se determinarán mediante espirometría forzada con espirómetro DATOSPIR 120. Se seleccionarán 3 maniobras correctas de un máximo de 8 determinaciones. Se registrarán el FEV₁, FVC, FEV₁/FVC, prueba broncodilatadora y presiones inspiratorias y espiratorias.

- Modificación del hábito tabáquico: cambio en el número de cigarrillos fumados, abandono del hábito o comienzo del hábito cuando no se fumaba a la entrada en el estudio.
- Utilización de los servicios de salud en relación con su proceso pulmonar: visitas por exacerbación a consultas de atención primaria, visitas por exacerbación a consultas de especializada, visitas a urgencias hospitalarias, número y días de ingreso hospitalario, número de envases utilizados para el adecuado control de la enfermedad, medicación y pruebas complementarias realizadas por una exacerbación.
- Modificación de la técnica de inhalación: se usarán las escalas de técnica de inhalación correctas de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

Estrategia de análisis

- Creación de base de datos en el programa informático SPSS.
- Comparación inicial de todas las variables en los 2 grupos de estudio mediante el test de la χ^2 para comparar proporciones y de la t de Student-Fisher de comparación de medias.
- Control de las variables que pueden modificar el efecto (nivel sociocultural del paciente, tabaco, edad y nivel de gravedad de la enfermedad), y posterior estimación del efecto entre el factor de estudio y todas las variables evaluadas en cada visita mediante análisis multivariante.

Discusión

Limitaciones

Por las características de la enfermedad, más frecuente en personas mayores, es previsible que los pacientes presenten enfermedades asociadas y que utilicen diversos tratamientos o presenten deterioro de su estado de salud por enfermedades diferentes de la EPOC. Por el mismo motivo es posible que la captación para el estudio sea difícil, teniendo en cuenta también que en grados leves de la enfermedad el paciente presentará pocos síntomas. El seguimiento es largo (3 años), y se determinan gran cantidad de variables, por lo que se precisa una recogida minuciosa de todos los datos, así como controlar las causas de las pérdidas, que previsiblemente serán importantes. Además, son varios los centros que reclutarán a pacientes, lo que obliga a una coordinación y programación de las visitas metódica y eficaz. Esperamos controlar estas situaciones formando a 2 personas en la medición de todas las variables que se utilizarán, de forma que el sesgo de observador pueda reducirse a la mínima expresión y que la disponibilidad de los tiempos necesarios para la recogida de datos y la implementación de los cuestionarios sea adecuada, fiable y sin sesgos.

Aplicabilidad

La realidad de la atención que se presta actualmente a los pacientes con EPOC en atención primaria obliga a buscar métodos y acciones que permitan mejorar los cuidados a estos pacientes. Es una enfermedad que provoca un acusado deterioro de su calidad de vida y que mejora de forma muy importante con unos cuidados relativa-

mente sencillos, que posiblemente se pueden facilitar y realizar en atención primaria. Esto se ha demostrado ya en estudios de ámbito hospitalario^{12,13}, pero no hay experiencias previas en el primer nivel asistencial. Con este ambicioso proyecto es presumible poder objetivar mejoras de la calidad de vida relacionada con la salud de estos pacientes, lo que a su vez puede suponer un ahorro importante del gasto sanitario que actualmente supone la atención a pacientes con EPOC, al conseguir controlar de forma más adecuada la enfermedad^{3,14}. Por todo ello nos parece pertinente intentar demostrar que estos beneficios pueden obtenerse en su consulta más cercana, y tratamos de buscar una intervención mínima que sea factible en atención primaria para conseguir los objetivos ya mencionados.

Dedicatoria

Queremos dedicar este trabajo a la memoria de Francisco José Narváez de la Rosa, creador de la base de datos, por su generoso esfuerzo y enorme entusiasmo en todo momento. Falleció el 11 de marzo de 2004.

Bibliografía

1. National Heart, Lung and Blood Institute/WHO. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive lung disease. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2003. Disponible en: <http://www.goldcopd.com>.
2. Sobradillo V, Miravittles M, Gabriel R, Jiménez-Ruiz CA, Villasante C, Masa JF, et al. Geografics variations in prevalence and underdiagnosis of COPD: results of the IBERPOC multicentre epidemiological study. *Chest*. 2000;118:981-9.
3. Rodríguez-Roisin R, Barberá JA, Sánchez-Agudo L, Molina París J, Sunyer J, Macián V, et al –Jurado de Consenso–, por el Grupo de Trabajo-Conferencia de Consenso para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol*. 2003;39 Supl 3:5-47.
4. National Institute for Clinical Excellence. Clinical guideline 12: management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care. February 2004. Disponible en: <http://www.nice.org.uk>
5. Álvarez-Sala JL, Cimas E, Masa JF, Miravittles M, Molina J, Naberan K, et al. Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol*. 2001;37:269-78.
6. Lacasse Y, Wong E, Guyatt GH, King D, Cook DJ, Goldstein RS. Meta-analysis of respiratory rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*. 1996;348:1115-9.
7. De Lucas P, Güel R, Sobradillo V, Jiménez CA, Sangenis M, Montemayor T, et al. Normativa sobre la rehabilitación respiratoria. *Arch Bronconeumol*. 2000;36:257-74.
8. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease (Cochrane Review). *Cochrane Database Sys Rev*. 2002.
9. Jones PW, Quirk FH, Baveystock CM. The St. George's respiratory questionnaire. *Respir Med*. 1991;85:25-31.
10. Watson PB, Town GI, Holbrook N, Dwan C, Toop LJ, Drennan CJ. Evaluation of a self-management plan for chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J*. 1997;10:1267-71.
11. Ferrer M, Alonso J, Prieto L, Plaza V, Monsó E, Marrades R, et al. Validity and reliability of the St. George's respiratory questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. *Eur Respir J*. 1996;9:1160-6.
12. Gallefoss F, Bakke PS. How does patient education and self-management among asthmatic and patients with chronic obstructive pulmonary disease affect medication? *Am J Respir Crit Care Med*. 1999;160:2000-5.
13. Gallefoss F, Bakke PS. Quality of life assessment after patient education in a randomized controlled study on asthma and chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 1999;159:812-7.
14. Wilson L, Devine EB, So K. Direct medical costs of chronic obstructive pulmonary disease: chronic bronchitis and emphysema. *Respir Med*. 2000;94:204-13.

El consejo para dejar de fumar: por qué, cuándo y cómo debemos darlo a nuestros pacientes

E. Olano Espinosa^a, B. Matilla Pardo^b, M. González Díaz^c y S. Martínez González^c

Introducción

La dependencia de la nicotina se considera un trastorno del comportamiento, es decir, una enfermedad crónica (décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Organización Mundial de la Salud 1992, Asociación Americana de Psiquiatría 1995), que causa la muerte prematura a más de la mitad de aquellos que la padecen¹. El tabaquismo se considera una gran epidemia mundial y es el principal problema de salud pública prevenible en los países desarrollados, donde causa 2 millones de muertes anuales. Uno de cada 3 adultos fuma, lo que equivale a más de 1.100 millones de fumadores en todo el mundo. Se prevén por ello 450 millones de muertes en los próximos 50 años^{1,2}.

En España la prevalencia es del 34% en la población adulta³, una de las mayores de Europa, y el tabaquismo es la causa de más de 55.000 muertes al año (el 16% del total), cifra que seguirá aumentando en ausencia de intervención, sobre todo en mujeres. Se estima que genera de forma directa cerca de un 15% del gasto sanitario total anual y causa, entre otras enfermedades, el 87% de los cánceres de pulmón y el 93% de los casos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica¹.

Definición del problema

Más del 70% de los fumadores manifiestan su deseo o intención de dejar el tabaco, y citan el consejo médico como una de las intervenciones más motivadoras para ello¹. Sin embargo, el personal sanitario no está aprovechando esta

Puntos clave

- El tabaquismo es la principal causa de muerte prevenible en nuestro entorno.
- Más del 70% de los fumadores quieren dejar de fumar y citan el consejo médico como una de las intervenciones más motivadoras.
- El porcentaje de abstinencias conseguido con el consejo es del 4,5% anual, en comparación con el 1,2% en su ausencia (*odds ratio* = 1,69), por lo que, de aplicarlo masivamente en atención primaria, el impacto poblacional sería enorme.
- El coste-efectividad de la intervención propuesta es muy favorable, mucho más que el tratamiento de la hipercolesterolemia o de la hipertensión.
- Es de suma importancia realizar una intervención sobre el tabaquismo en todo fumador y en toda visita al médico.
- El consejo para dejar de fumar debe ser veraz, sencillo y comprensible, motivador, empático, respetuoso, personalizado, breve y adaptado a la fase de cambio del paciente; debe impulsar la autonomía personal informando de los beneficios que comporta dejarlo y de los riesgos que entraña el consumo, y aportar soluciones para los problemas que ello implique.

^aEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Especialista universitario en Tabaquismo. CS Guayaba. Área 11. Madrid. España.

^bEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS. Área 10. Getafe. Madrid. España.

^cMédico interno residente de tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Guayaba. Área 11. Madrid. España.

Correspondencia:
Eduardo Olano Espinosa.
Parque Bujaruelo, 33, 7.º A. 28924 Alcorcón. Madrid. España.
Correo electrónico: e_oeoeoe@hotmail.com

Manuscrito recibido el 9 de junio de 2004.
Manuscrito aceptado para su publicación el 7 de julio de 2004.

Palabras clave: Tabaco. Atención primaria. Consejo.

oportunidad de influir positiva y poderosamente sobre la salud de sus pacientes. En España, según Cabezas et al⁴, sólo consta el registro de consumo de tabaco en el 49% de las historias de atención primaria, y según la evaluación del PAPPs (Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud) del año 2001, en el 54% de las historias clínicas de los centros de salud adheridos a este programa, lo cual concuerda con estudios realizados en otros países de nuestro entorno⁵ y confirma que los médicos y enfermeras de atención primaria no ejercemos todo nuestro potencial preventivo. Si preguntamos a los pacientes si han

recibido consejo para dejar de fumar por parte de su médico, las cifras bajan aún más⁶.

Probablemente influyan en este hecho varios factores: la nula o escasa formación que hemos recibido sobre el tema (que genera un déficit de recursos específicos en este campo), la falta de tiempo en consulta, el falso convencimiento de la baja eficacia del consejo o la frustración ante su falta de efectividad percibida⁷, la convicción de algunos de que el tabaquismo no es un problema de salud relevante o el temor a que tratar el tema pueda comprometer la relación médico-paciente. A todo ello se suma la importante prevalencia del consumo de tabaco entre los profesionales sanitarios, que podrían verse tentados a minimizar los riesgos para autojustificarse y no enfrentarse al problema⁸. Errores como la preocupación de que la ansiedad generada por el abandono del tabaco sea más perjudicial que el propio consumo en mujeres embarazadas, sobre lo que no existe evidencia científica alguna, deben desterrarse de inmediato.

Debido a la explosiva mezcla de alta morbimortalidad, prevalencia e impacto socioeconómico, desinterés de las autoridades y de los profesionales, junto al hecho de que, como vamos a ver, existan intervenciones útiles, breves, efectivas y al alcance de cualquier profesional sanitario sustentadas en datos con máximo nivel de evidencia, consideramos que el problema está servido.

¿Es útil aconsejar a nuestros pacientes para que dejen de fumar?

En los últimos 30 años se han acumulado evidencias científicas que demuestran los inmensos beneficios para la salud que supone dejar el tabaco. No es éste el tema.

Ya desde el estudio de Russell et al⁹ publicado en 1979 se sabe que el consejo médico es eficaz para abordar el tabaquismo desde una perspectiva de salud pública, además de ayudar a que los profesionales acepten el problema como suyo. Más recientemente diversas guías de práctica clínica han indicado la necesidad de incorporar esta intervención a la práctica habitual de todos los profesionales sanitarios e individualizarla de modo que sea adecuada a la fase de abandono de cada paciente¹⁰. En un reciente estudio realizado en nuestro país, la abstinencia a los 3 años tras consejo sanitario antitabaco en atención primaria fue del 4,5% en comparación con el 1,2% del grupo control¹¹.

En España el 75% de los fumadores acude a su médico de atención primaria al menos una vez al año. Si todos los médicos de atención primaria incorporaran el consejo para dejar de fumar sistemáticamente a su actividad habitual, dejarían de fumar 450.000 personas cada año, una cifra similar a la que se conseguiría con 10.000 unidades especializadas o, dicho de otra forma, el triple de los que lo han dejado en la última década en nuestro país¹.

En el metaanálisis de Silagy y Stead¹² sobre 34 ensayos clínicos se demuestra este incremento en la probabilidad de cesación con una *odds ratio* (OR) de 1,69 (intervalo de

confianza [IC] del 95%, 1,45-1,98), aumentando su eficacia según aumenta su duración con una relación dosis-respuesta. También se demuestra eficaz el asesoramiento para dejar de fumar facilitado por enfermería en la revisión de Rice y Stead¹³ sobre 16 ensayos clínicos, con una OR de 1,5 (IC del 95%, 1,29-1,73), con las potenciales ventajas que ello implica.

No olvidemos tampoco el beneficio obtenido en cuanto a la progresión del fumador inmerso en el proceso de abandono de la dependencia descrito por Prochaska y DiClemente¹⁴, con fases caracterizadas por la distinta sensibilización y motivación para dejar de fumar de estos pacientes y cuya progresión duplica sus posibilidades de convertirse en ex fumador en la fase de precontemplación cuando progresan a contemplación y lo quintuplica en los contempladores que pasan a la fase de preparación. En un estudio realizado en nuestro país, se logró que un 21% de los precontempladores y un 19% de los contempladores pasasen a una fase más avanzada, lo cual es un éxito parcial nada desdeñable¹⁵.

¿Es coste-efectivo?

Los estudios de coste-efectividad también son favorables. En la revisión sistemática de Law y Tang¹⁶, tras el análisis de 188 ensayos aleatorizados y controlados, se encuentra que tras un único consejo médico en una visita de control el 2% (IC del 95%, 1-3%) de los fumadores dejan de fumar. Este efecto, aunque modesto, es muy eficiente, pues el coste de salvar una vida asciende tan sólo a 1.500 dólares. Otros estudios nos hablan de un coste muy inferior al de otras enfermedades que atendemos y tratamos habitualmente, como la hipertensión arterial moderada, que cuesta 15 veces más por año de vida ganado, o la hipercolesterolemia, con un coste más de 100 veces superior¹⁷. En España, otro trabajo lo sitúa entre las intervenciones sanitarias más eficientes¹⁸. Todo ello sin olvidar que algunas estrategias basadas en el consejo individualizado y repetido han llegado a demostrar porcentajes de éxitos cercanos al 20%^{19,20} y que en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica u otras afecciones crónicas su eficacia es superior, al igual que en embarazadas, en quienes puede duplicar e incluso cuadruplicar su efecto¹⁶.

En cuanto al resto de las intervenciones terapéuticas que han demostrado efectividad en este problema (material de autoayuda, tratamiento farmacológico y tratamiento especializado multicomponente), el consejo es la más coste-efectiva en términos de coste por año de vida ganado^{1,20} y debe formar parte, junto a las anteriores, de las medidas sanitarias básicas, que ya se consideran en conjunto una referencia frente a la que pueden compararse otras intervenciones preventivas y asistenciales.

Entonces ¿qué debemos hacer?

En virtud de todo lo anterior, hemos de pasar de una actitud expectante a otra intervencionista ante el paciente fu-

mador, haya manifestado o no su intención de dejar de serlo, reforzando la autoridad pedagógica que se nos supone y superando nuestro propio convencimiento sobre la falta de utilidad de esta intervención (que ya debería estar vencido a estas alturas del presente artículo). Por lo tanto, es de suma importancia realizar una intervención sobre el tabaquismo en todo fumador y en toda visita al médico.

La masificación de las consultas de atención primaria puede impedir una atención más intensiva en muchos casos, pero deberían asumirse en un primer paso estas breves intervenciones en la práctica habitual, que además soslayan la condición socioeconómica del paciente (recordemos que los diversos tratamientos farmacológicos hoy día aceptados para el tratamiento del tabaquismo no están financiados para la inmensa mayoría de los usuarios del Sistema Nacional de Salud) y permiten incorporar al personal de enfermería a esta labor.

¿Cuándo y cómo se debe dar un consejo para dejar de fumar?

El consejo es, pues, una intervención breve, útil y asequible, y debe darse a todos los pacientes fumadores y ex fumadores que acuden a cualquier consulta de medicina por cualquier motivo¹. La atención primaria es un marco indispensable para llevar a cabo estas primeras fases del tratamiento por su accesibilidad y el carácter integral y continuado del abordaje al paciente que se le supone, todo ello sin detrimento del resto de las especialidades médicas y profesionales sanitarios.

El consejo en sí mismo consiste en una información personalizada sobre los beneficios de dejar de fumar y/o los riesgos de seguir fumando, así como una propuesta cuyo objetivo principal es motivar para el cambio, sea de actitud o de conducta («Si dejaras de fumar, mejorarían todos tus problemas. ¿Has pensado en dejarlo?». «El tabaco podría estar asociado a este problema. ¿Te has planteado dejarlo?». «Mejorarías mucho si lo dejaras, ¿por qué no lo intentas?»).

La información ofrecida debe ser:

- Veraz y actualizada según el conocimiento científico más actual.
- Comprensible y sencilla («Sería importante que lo dejaras. Yo puedo ayudarte»).
- Motivadora, nunca culpabilizadora, pero firme («Como médico tuyo, debo decirte que dejar de fumar es lo mejor que puedes hacer para mejorar tu salud»).
- Clarificadora, impulsando la valoración personal beneficio/riesgo («Sabes que te sienta mal. ¿Has pensado en lo que mejorarías si lo dejaras?»).
- Empática y respetuosa con el paciente. El tabaco no es un vicio ni un hábito, sino una enfermedad crónica, una adicción de la que puede ser difícil salir («Ánimo. Por supuesto que es difícil, pero tú puedes, como pudiste

con...»). Además, el fumador puede no sentirse enfermo y entendernos mal al no haber demandado la intervención, por lo que es preciso huir de expresiones «antitabaco» que pueden producir rechazo e identificarnos con el «Doctor No» (no bebas, no fumes, no comas, no...).

– Personalizada, no sólo en cuanto al registro lingüístico empleado, sino también en cuanto a los motivos esgrimidos y los cambios propuestos («besar a un fumador es como besar a una chimenea», como ejemplo para una adolescente; o «¿le gustaría que sus hijos fumasen?» para un padre o madre fumadores; o «¿por qué crees que te han salido esas arrugas tan pronto?» a una persona preocupada por su imagen, etc.).

– Oportunista, relacionándola con el problema o motivo de consulta, aprovechando aquellos momentos en los que el paciente es más receptivo, como en el embarazo, al recoger una prueba complementaria, etc. («Todas las alteraciones de tu análisis perderían importancia si lo pudieras dejar», o «Para tener un niño sano y fuerte, sería muy importante que lo dejaras cuanto antes»).

– Breve: 3 minutos son más que suficientes si sabemos qué decir, aunque la evidencia demuestra que, al aumentar la intensidad y la duración de la intervención, aumenta su eficacia²¹.

Así pues, puede ser de utilidad evitar el uso del verbo «ser» y cambiarlo por «estar» (no es lo mismo decir «el tabaco es la causa de tu tos» que «el tabaco puede estar influyendo en tu tos»), no usar imperativos, verbos de obligatoriedad o adverbios absolutos («debes dejarlo ya» frente a «deberías pensar en dejarlo cuanto antes»). No se trata de presionar, obligar, culpabilizar o acorralar al paciente, sino de motivar, invitar, sugerir y facilitar un cambio. Si no hay motivación, no habrá cambio²².

Las áreas en las que debemos ayudar al paciente a reflexionar de forma prioritaria son:

- Relevancia personal de los beneficios de dejar de fumar.
- Riesgos específicos que comporta seguir fumando.
- Recompensas obtenidas al dejarlo (salud, estética, autoestima, etc.).
- Soluciones para afrontar los problemas (miedo al fracaso, aumento de peso, falta de apoyo, síndrome de abstinencia, etc.).

Adaptar el consejo a la fase de abandono del paciente

Si la persona aconsejada tiene recursos y está preparada (fase de preparación), una información motivadora puede bastar para que haga un intento serio por sí misma. Otras veces, sirve para que introduzcan pequeños cambios de conducta y/o actitud que desemboquen en un futuro intento (contempladores), o para que comiencen a reconocer los riesgos si antes no lo habían hecho y empiecen a tomar conciencia de que tienen un problema (precontemplado-