

¿Intervención mínima en tabaquismo? El protocolo de atención al paciente fumador en atención primaria

E. Olano-Espinosa^a, B. Matilla-Pardo^b, E. Sánchez-Sanz^b y E. Alarcón-Aramburu^c

El tabaquismo es un problema con muchos frentes de batalla, entre los que aquí queremos destacar la baja implantación de su atención en la actividad clínica rutinaria de nuestro Sistema de Salud. Dado que la asistencia al paciente fumador es una pieza fundamental en el enfoque integral del tabaquismo (la única que permite disminuir la mortalidad a corto y medio plazo), parece fundamental definir unas pautas de actuación concretas para dicha atención en los diversos ámbitos asistenciales. Con ello la facilitaríamos, soslayando en parte la laguna formativa que actúa como un pesado lastre sobre nuestros profesionales sanitarios, y garantizaríamos una cierta homogeneidad de proceso que apoyaría la evaluación de los resultados en nuestro medio.

Es en este contexto en el que se ha venido hablando de la «intervención mínima», término que tiene su origen en los primeros informes americanos e ingleses del siglo pasado pero que es, sin embargo, una denominación confusa bajo la que se amparan muy diversas intervenciones más o menos extensas y cuyos componentes dependen sobre todo del sentido común, de las posibilidades materiales y del contexto temporal y geográfico de los autores de los diversos trabajos de investigación publicados en los últimos años.

En la bibliografía médica hay casi tantas «intervenciones mínimas» en tabaquismo como grupos de investigación, lo que supone, desde el punto de vista de los autores, un material tan heterogéneo y difícil de sistematizar que dificulta obtener conclusiones válidas y que introduce además un

Puntos clave

- La atención correcta al paciente fumador desde atención primaria es éticamente imprescindible por las consecuencias para la salud de fumar y los enormes beneficios de dejarlo.
- La baja implantación de esa atención se atribuye a factores como la carencia de conocimientos y habilidades o la poca disponibilidad de tiempo en consulta.
- El término «intervención mínima» engloba intervenciones muy heterogéneas, es confuso e innecesario.
- Hay diversas intervenciones que han demostrado en la práctica su efectividad para ayudar a los pacientes a dejar de fumar con un alto nivel de evidencia.
- La intervención sobre el paciente fumador desde atención primaria debe ser sistemática, adaptada al medio asistencial y al paciente, concreta, realista y basada en la evidencia científica disponible.

elemento de confusión en el lector poco iniciado, quien se ve incapaz de distinguir entre «consejo», «consejo mínimo», «consejo avanzado», «asesoramiento», «intervención mínima básica», «intervención mínima avanzada», «intervención mínima personalizada», «intervención mínima niveles I y II», «intervención mínima sistematizada», «intervención avanzada», etc., cada una de ellas equivalente sólo a ella misma, con rangos que oscilan entre el simple y efectivo consejo sanitario para dejar de fumar hasta intervenciones muy estructuradas y con seguimientos muy complejos, a veces difíciles de aplicar en un contexto clínico concreto y reñidas con el término «mínimo» que las pretende definir.

Si acudimos a las más recientes guías de práctica clínica, estas disquisiciones se quedan vacías de contenido, pues queda meridianamente claro que hay una serie de intervenciones terapéuticas más o menos breves que han demostrado eficacia fuera de toda duda (evidencias tipo A y

Grupo de Abordaje al tabaquismo de la SMMFyC. Centro de Salud Guayaba. Área 11. Madrid. España.

^bCentro de Salud Margaritas. Área 10. Madrid. España.

^cCentro de Salud General Ricardos. Área 11. Madrid. España.

^dCentro de Salud Guayaba. Área 11. Madrid. España.

Correspondencia:

E. Olano Espinosa.

Parque Bujaruelo, 33, 7.º A. 28924 Alcorcón. Madrid. España.

Correo electrónico: e_oeoecoe@hotmail.com

Manuscrito recibido el 21 de febrero de 2005.

Manuscrito aceptado para su publicación el 21 de febrero de 2005.

Palabras clave: Tabaquismo. Atención primaria. Consejo antitabaco. Intervención mínima sistemática.

B) y una serie de recomendaciones prácticas hechas desde el pragmatismo de nuestros parientes sajones que las integran y articulan (evidencia tipo C). Sería, pues, poco ético excluir alguna de ellas de nuestro protocolo asistencial, si bien deberíamos volcar todo nuestro esfuerzo intelectual en adaptar dichas recomendaciones a nuestro contexto sanitario, sustancialmente distinto de aquel de origen.

Por todo lo anterior, en un momento en el que es capital difundir ideas útiles, sencillas y aplicables sobre el problema para aumentar la motivación y la sensibilización de nuestro personal sanitario en la intervención sobre el tabaquismo, sería importante, según los autores, prescindir de términos cuya imprecisión histórica ha convertido en confusos o cambiarlos por otros que eviten disquisiciones, faltas de contenido y que hagan hincapié en aspectos relevantes según la evidencia científica disponible actualmente.

Intervenciones sistemáticas y adaptadas

De esta forma, vaciando de contenido el término «mínimo» por la carga de dicha evidencia ya aludida y por la falsa impresión que produce en los que se inician en este problema, quizás conviniera hacer hincapié en otros dos adjetivos calificativos que reflejen mejor la dirección que se debe seguir: sistemática y adaptada.

Sistemática porque nos encontramos ante un problema sanitario de grandes dimensiones, que afecta al 35% de la población, causa el 16% de las defunciones y consume un 10% del gasto sanitario en nuestro país, cercena vidas y familias, genera enfermedad, pobreza y discriminación y, sobre todo, porque es una enfermedad crónica con gran tendencia a la recaída y contra la que hay tratamientos coste-efectivos a nuestro alcance. Todo ello hace indispensable un seguimiento largo en el tiempo y la percepción de dichas recaídas por parte del terapeuta no como un fracaso, sino como parte inherente al proceso de dejar de fumar. Adaptada porque es una evidencia científica de primer orden (tipo A) que dicha intervención es más efectiva si es personalizada en relación con determinadas características del paciente, entre las que sobresalen la fase de cambio (esto es, la motivación del paciente para hacer un cambio de conducta que le convierta en un ex fumador) y el grado de dependencia física de la nicotina que tenga dicho paciente. Y también adaptada al medio asistencial, es decir, a los medios disponibles, entre los que destacan, como siempre, tiempo y dinero, o sea, dinero para tener tiempo, para dotar de conocimientos, habilidades y medios materiales al personal sanitario, y para motivarlo a consolidar la atención al tabaquismo como un servicio fundamental a sus pacientes, a la altura que se merece por la evidencia científica de los beneficios para la salud obtenidos al dejarlo.

Esto último tiene una importancia capital en dos sentidos. En primer lugar, porque habremos de adaptar las recomendaciones hechas por británicos y estadounidenses, basadas en su inmensa mayoría en estudios realizados en sus poblaciones, a la nuestra, potenciando la investigación pro-

pia para perfeccionarlas si cabe. Y en segundo lugar, porque habremos de crear una estructura asistencial con intervenciones terapéuticas proporcionadas a los diversos ámbitos que la integren y a las necesidades que los fumadores vayan expresando según su fase de abandono así lo aconseje o la intensidad de su adicción requiera intervenciones más complejas

Deberemos definir, pues: *a)* una intervención básica o consejo sanitario para dejar de fumar administrados por cualquier profesional sanitario del servicio público de salud; *b)* una intervención breve o protocolo de atención al paciente fumador en atención primaria de salud, cabal, realista y proporcionada a las posibilidades de este ámbito asistencial, y *c)* una intervención intensiva, avanzada o especializada para un tercer nivel asistencial formado por unidades especializadas integradas por personal sanitario con una formación de posgrado específica que atiendan a pacientes derivados del nivel anterior con unos criterios claros de derivación, y que constituyan una referencia sólida en aspectos docentes, investigadores, preventivos y de sensibilización hacia el tema, impulsando, apoyando y unificando todos los esfuerzos.

Por último, cabe añadir el adjetivo «dinámico» como una declaración de intenciones que permita la incorporación de nuevas técnicas de diversa índole que puedan irse abriendo un hueco por la demostración de sus beneficios, como en cualquier otro problema de salud. O más, si cabe, dada la relativa juventud del que nos ocupa y el intenso esfuerzo investigador que se está llevando a cabo desde múltiples ámbitos.

Pero, ¿por qué adjetivarlo? No sería necesario, e induce a confusión, el diferenciar la necesaria atención al tabaquismo de la atención que ya venimos prestando a otros problemas crónicos y prevalentes, como la hipertensión arterial o la hipercolesterolemia. ¿Alguien ha oído hablar de la «intervención mínima en la diabetes»? ¿Alguien duda de que dicha atención deba ser «sistemática», «adaptada» o «dinámica»? ¿Quién duda de la eficacia de las unidades o las consultas de hipertensión o dislipemias? Quizás deberíamos dejarnos de zarandajas y hacer propuestas realistas y concretas, basadas en los máximos niveles de evidencia y que permitan una inmediata puesta en marcha y una fácil valoración de sus resultados con fines científicos. No olvidemos que cada año un tercio de los fumadores intenta dejar el tabaco, y que en la mayor parte de los casos lo hacen sin ayuda, con un porcentaje de éxitos < 3% de abstinencia mantenida al año, porcentaje muy inferior al obtenido con ayuda profesional, como veremos. Además, estos pacientes en su mayoría no saben que pueden pedir ayuda a su médico o enfermera. Es cuestión de tiempo, y debemos prepararnos para ello.

Elementos del protocolo de atención al fumador: síntesis de la evidencia disponible

Hay diversas intervenciones que han demostrado en la práctica su efectividad para ayudar a los pacientes a dejar

de fumar con un alto nivel de evidencia, entre las que se encuentran:

1. Los materiales de autoayuda, como manuales, folletos, cintas de audio y vídeo o soportes informáticos varios mediante los que se administran terapias conductuales.

La revisión de la Colaboración Cochrane demuestra que no aumentan el efecto del consejo aislado cuando se dan en combinación, pero en un metaanálisis de 12 ensayos clínicos sin contacto directo con el terapeuta demuestran cierta efectividad comparados con la ausencia de intervención (*odds ratio* [OR] = 1,23), y potencialmente llegan a más gente, cubriendo al menos en parte la falta de intervención.

Más recientemente se han comenzado a diseñar materiales específicos dirigidos a subpoblaciones concretas en función de características demográficas o comportamentales, como motivación o estadios de cambio frente al tabaco. El análisis de 8 ensayos clínicos ha demostrado la mayor efectividad de los diseñados de forma individual frente a los materiales estándar o enfocados hacia características de grupo de edad, raza o sexo, que a su vez fueron superiores a los estándar (OR = 1,41).

2. El consejo sanitario para dejar de fumar: el administrado por *médicos* durante su actividad sistemática ha sido estudiado en 31 ensayos clínicos que incluyen a más de 26.000 fumadores, con un notable aumento de la tasa de éxitos frente a la falta de intervención (OR = 1,69; un 30% más de abstinencias) y algo más eficaces al aumentar su intensidad y duración.

Los estudios sobre el consejo sanitario para dejar de fumar facilitado por *enfermería* no muestran un efecto similar, aunque por falta de evidencia. He aquí una cuestión sobre la que se debe investigar por sus potenciales implicaciones en el campo de la atención primaria de salud, pues hay evidencia indirecta de que factores como la accesibilidad, la experiencia, la formación y el compromiso son más importantes que la profesión del terapeuta.

3. El «asesoramiento» (*counseling*) individual o en grupo proporcionado por personal formado para ello, incluido el de enfermería, se demuestra superior al consejo simple (OR = 1,55) como demuestra la revisión de Rice y Stead sobre 16 ensayos clínicos, con las potenciales ventajas que ello implica en nuestro sistema.

El enfoque grupal se ha demostrado superior a los materiales de autoayuda, pero no consistentemente mejor que otras intervenciones que impliquen contacto personal. Sin embargo, en teoría es más coste-efectivo, lo cual lo hace enormemente interesante en cualquier ámbito sanitario.

No hay todavía suficiente evidencia de que este tipo de tratamiento sea efectivo en adolescentes. He aquí otra área de investigación en nuestro ámbito. Sí se ha demostrado efectivo en gestantes si es administrado por personal formado específicamente.

4. El asesoramiento telefónico, que puede ser «reactivo» (el paciente llama buscando ayuda y consejo) o «proactivo» (el terapeuta es el que llama según un esquema predeterminado).

La evidencia es pequeña, pero los escasos ensayos controlados disponibles sugieren que las llamadas proactivas pueden ser efectivas como apoyo en el proceso de dejar de fumar (evidencia tipo B, y tipo C en el caso de las llamadas reactivas).

5. Tratamientos psicológicos: el tratamiento del tabaquismo, como trastorno psiquiátrico de tipo conductual que es, donde se imbrican factores sociales, psicológicos y fisiológicos, es fundamentalmente psicológico. En los ensayos clínicos mencionados, la mayoría de los terapeutas eran psicólogos, pero las intervenciones variaban entre combinaciones de múltiples técnicas sin un modelo teórico definido, por lo que hay todavía insuficiente evidencia acerca de la eficacia relativa de cada una de ellas.

Las más utilizadas y aceptadas son las técnicas conductuales, cognitivas, motivacionales y de prevención de recaídas. Estos tratamientos pueden ser eficaces por sí mismos y mejoran los resultados de la farmacoterapia cuando se administran de manera conjunta. Están centrados en tres aspectos: preparación para el abandono (técnicas motivacionales y cognitivas), abandono (técnicas conductuales) y mantenimiento de la abstinencia (técnicas de prevención de recaídas).

6. Tratamientos farmacológicos: en general, duplican aproximadamente la probabilidad de abandono a largo plazo respecto al placebo y la triplican frente a la ausencia de intervención.

La Revisión Cochrane, con más de 90 ensayos clínicos, demuestra que la terapia sustitutiva de nicotina (TSN) ayuda a las personas fumadoras a dejar de fumar y aumenta la posibilidad de dejarlo entre una y media y dos veces (OR = 1,71), cualquiera que sea el nivel adicional de ayuda y apoyo. El porcentaje de éxito fue superior en ambos grupos (placebo y tratamiento) de los ensayos que incluyeron apoyo intensivo, por lo que la TSN parece incrementarlo desde la línea base proporcionada por el resto de intervenciones. Sin embargo, hay muy poca evidencia directa sobre la mayor efectividad de uno u otro producto de los actualmente comercializados que contienen nicotina, por lo que la elección debe ser determinada por preferencias individuales del terapeuta o del paciente, o por las características específicas de este último (contraindicaciones, experiencias previas, etc.). Sí se sabe que, en fumadores importantes (a efectos operativos, los que fumen más de 20 cigarrillos al día), los chicles de 4 mg son más efectivos que los de 2 mg, y que los parches grandes son más efectivos que los pequeños y medianos en fumadores de más de 10 cigarrillos al día, sin diferencias sustanciales entre los de 16 y 24 h.

Por otro lado, 8 semanas de tratamiento con parches de nicotina parecen tan eficaces como períodos más largos, y no

hay evidencia de que la retirada gradual sea mejor que la brusca.

La combinación de parches con otras formas de TSN se ha demostrado más eficaz que el parche solo, y es segura.

La mayoría de estos estudios incluía a individuos con evidencia de dependencia de la nicotina. La utilidad de estos tratamientos en personas con dependencia leve no está demostrada, aunque se recomienda disminuir la dosis de TSN si se utiliza en ellos.

El bupropión también se ha demostrado efectivo (OR = 2,73) en fumadores de más de 15 cigarrillos al día que recibían además tratamiento psicológico intensivo; en la actualidad es el único tratamiento no nicotínico aprobado para tal fin, aumenta las tasas de abstinencia al año y disminuye los síntomas asociados, con una frecuencia de efectos adversos graves similar a la de otros antidepresivos de uso habitual. No hay suficiente evidencia sobre la mayor efectividad de bupropión frente a la TSN, por lo que la decisión de asignar un tratamiento concreto de los de primera línea a un paciente concreto se basa hoy día más en el sentido común que en la evidencia científica.

Otros fármacos, como la nortriptilina (OR = 2,83) o la clonidina (OR = 1,89) también han demostrado su eficacia, pero se consideran de segunda línea por sus importantes y peligrosos efectos secundarios.

Todos los tratamientos anteriormente expuestos que implican contacto directo con el paciente, desde el simple consejo sanitario hasta los programas intensivos multicomponentes, que abarcan varias o todas las técnicas comentadas, no sólo son clínicamente efectivos, sino también con una elevada relación coste-eficacia frente otras intervenciones preventivas y terapéuticas que hoy nadie discutiría, como las citologías periódicas para el cribado del cáncer de cérvix, las mamografías para el de mama, o el tratamiento de la hipertensión moderada o la hipercolesterolemia.

Además, de todos ellos hay una evidencia indirecta de que una mayor intensidad, en términos de frecuencia de los contactos o duración de éstos, conlleva una mayor tasa de éxitos, esto es, una relación dosis-respuesta, y no se debe privilegiar ninguno de ellos, pues varían mucho en eficacia, aceptabilidad, eficiencia y coste según los individuos y las poblaciones.

El protocolo de atención al fumador en atención primaria de salud

Las siguientes intervenciones que articulan esta propuesta se han extraído de una revisión de las principales guías de práctica clínica nacionales e internacionales, donde figuran sobre la base de la evidencia científica anteriormente descrita y han sido articuladas por comités de expertos creados con este fin (evidencia tipo C). Por ello, individualmente deberían de tener un sitio en cualquier protocolo de atención al paciente fumador en atención primaria de salud, y la somera descripción que sigue pretende ser una propuesta de mínimos.

El objetivo general es cambiar la mentalidad del clínico y sus patrones de práctica, garantizando que se identifique a todo paciente fumador y que éste reciba al menos una intervención breve de las que siguen en cada visita.

El primer paso para la atención al paciente fumador pasa por identificarlo. Se sabe que, como mínimo, un 70% de la población fumadora visita cada año a su médico de familia en nuestro país, y un 90% en 5 años. Estamos, pues, en una posición única para lograr una intervención casi universal si identificamos sistemáticamente a todo fumador en toda visita.

Este paso implica la implantación de un sistema de identificación eficaz del paciente fumador, así como la valoración de su etapa de cambio, para seleccionar la intervención más adecuada para cada uno: «¿fuma usted?» Si fuma, «¿estaría dispuesto a dejarlo el próximo mes?» (fig. 1).

Los pacientes de más de 30 años que nunca han fumado y los que llevan un tiempo muy prolongado de abstinencia (al menos 10 años) no precisan intervención si ello está correctamente reflejado en la historia clínica. En los demás debería verificarse el diagnóstico de tabaquismo al menos una vez al año, con objeto de actualizarlo.

Por lo tanto, tras esta primera intervención tendremos tres tipos diferentes de pacientes en los que intervenir.

Pacientes fumadores que desean dejar de fumar en el próximo mes (fase de preparación): «las cuatro as»

Son el 10-15% de los fumadores y es en ellos en los que deberemos concentrar la mayoría de nuestro esfuerzo,

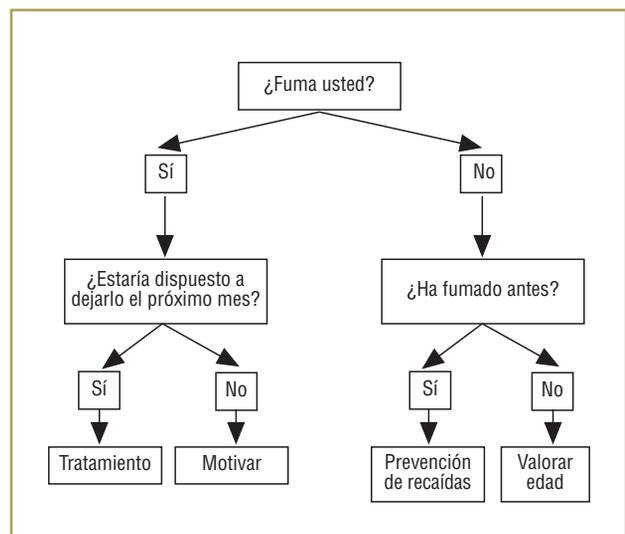


FIGURA 1

Identificación del fumador y valoración de su etapa de cambio.

Adaptada de: Treating tobacco use and dependence. US Department of Health and Human Services. Public Health Services. October 2000.

ofreciéndoles consejo, ayuda y seguimiento (Advice, Assist y Arrange), pero empezando por ampliar el diagnóstico anterior (Ask y Assess) para valorar intentos previos, motivo de recaídas y grado de dependencia, información de gran interés pronóstico y con implicaciones terapéuticas. Esto se puede hacer en una única consulta o en varias, según las posibilidades de cada uno.

Ampliar el diagnóstico: el «conjunto mínimo de datos diagnósticos en el fumador». En nuestro país hay consenso entre varias de las principales sociedades científicas implicadas que define un grupo de parámetros clínicos de obligado análisis en todo fumador, que aporta implicaciones terapéuticas y pronósticas. Éstos son:

1. Cantidad de tabaco consumido: hace referencia al número de cigarrillos/día y al tiempo que lleva fumando, englobando ambos parámetros en el concepto de «paquetes/año» (cigarrillos al día multiplicado por número de años y dividido entre 20).
2. Fase de abandono.
3. Motivación para el abandono, estrechamente ligada a la anterior.
4. Test de Fagerström, calificado como el instrumento más útil para medir el grado de dependencia física a la nicotina. Una versión abreviada lo reduce a 3 preguntas:
 - Número de cigarrillos/día.
 - Tiempo que transcurre desde que se levanta hasta que fuma el primero.
 - Cuál es el cigarrillo que más necesita consumir.
5. Intentos previos de abandono y motivos de recaída.
6. Cooximetría (no indispensable por su baja disponibilidad en atención primaria; muy útil desde el punto de vista diagnóstico, pronóstico, como motivación para el paciente y para la validación de la abstinencia con fines científicos).

De esta forma, con la realización de 8 preguntas, 7 de ellas cerradas, realizamos una completa valoración diagnóstica con implicaciones pronósticas y terapéuticas que facilita una correcta atención al paciente fumador que quiere dejar de fumar. En caso de disponer de cooxímetro, podremos obviar la segunda, pues el CO en aire espirado es más potente y útil que el índice paquetes/año. En cuanto a la sexta y a la octava, no aportan información relevante para la actitud terapéutica, pues como hemos visto, la actitud frente al paciente contemplador y precontemplador es similar, por lo que no las incluimos y nos quedan 4 o 5, según dispongamos o no de cooxímetro, en total menos de 3 min (tabla 1).

Realmente este consenso está diseñado para ser aplicado en todo paciente fumador. Los autores prefieren incluirlo en esta parte del protocolo porque les parece más pragmá-

TABLA 1 Preguntas para la valoración diagnóstica del fumador

1. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
2. ¿Desde hace cuántos años?
3. ¿Cuánto tiempo pasa desde que se levanta hasta que se fuma el primero?
4. ¿Cuál es el que más necesita?
5. ¿Estaría dispuesto a dejar de fumar el próximo mes?
6. (Cooximetría)

tico y realista, y recuerdan aquí el carácter de propuesta de mínimos que se desarrolla en este artículo.

Aconsejar. El segundo paso del protocolo en los pacientes que quieren dejar de fumar el próximo mes consiste en aconsejarles de forma clara, firme y personalizada que abandonen el tabaco, intentando ser empático y respetuoso y relacionando si es posible el consejo con el motivo de la consulta para evitar resistencias. Esto ha demostrado una gran efectividad desde intervenciones breves de menos de 3 min.

Se recomienda darlo a todo fumador y al menos una vez al año, incluyéndolo en la práctica habitual. Con ello conseguiremos que un 40% haga algún tipo de intento para dejar de fumar y que unos 6 de cada 100 fumadores dejen de fumar al menos 6 meses. Asimismo, se recomienda registrarlo.

Ayudar. Consiste en preparar en primera instancia al paciente para que deje de fumar, para luego ayudarlo a que aprenda a vivir sin fumar. Contiene al menos los siguientes conceptos fundamentales de vital importancia: terapia conductual, técnicas de resolución de problemas y aprendizaje de habilidades, apoyo social intratratamiento, ayuda para conseguir un apoyo social extratratamiento y recomendación de uso de tratamiento farmacológico:

1. Fijar una fecha para que deje de fumar, idealmente en el plazo de 2 semanas.
2. Animarle, enseñarle y ayudarlo si es preciso a buscar apoyo social: comunicar a la familia, compañeros de trabajo y amigos que se va a dejar de fumar y solicitar comprensión y apoyo.
3. Identificar y anticipar los principales desencadenantes del deseo de fumar, particularmente en las primeras semanas, e incluir los componentes del síndrome de abstinencia a la nicotina. Se recomiendan para ello técnicas de autoobservación y autorregistro.
4. Técnicas de control y evitación de estímulos.
5. Técnicas de resolución de problemas.
6. Apoyo social intratratamiento: ambiente clínico de apoyo («Estamos a su disposición para lo que necesite») en el que se transmita empatía y provoque la verbalización de dudas y temores acerca del proceso de dejar de fumar y fomente la autoeficacia del paciente.

7. Recomendar el uso de tratamientos farmacológicos de primera línea, excepto en circunstancias especiales (contraindicaciones médicas, gestantes, lactantes, fumadores de menos de 10 cigarrillos al día y adolescentes) y explicar correctamente su uso y qué es lo que aportan al paciente en su proceso de dejar de fumar.

8. Facilitar materiales de autoayuda lo más personalizados posible, como mínimo adecuados a la fase de abandono, con un lenguaje apropiado al nivel sociocultural del paciente.

Programar un seguimiento. El siguiente paso consiste en programar un seguimiento mínimo, oportunista o programado:

1. Seguimiento mínimo: dado que el tabaquismo es un proceso crónico, con una marcada tendencia a las recaídas, y que éstas se producen con mucha mayor frecuencia en los primeros 6 meses de abstinencia y, sobre todo, en el primero, hay una gran coincidencia en la bibliografía en que debe programarse al menos una visita previa al día de abandono, donde se desarrolla todo lo anterior, y al menos dos contactos de seguimiento:

– El primero preferiblemente en la primera semana después de dejar de fumar. Aquí el síndrome de abstinencia física puede ser florido y nos permitirá ajustar el tratamiento farmacológico para hacerle frente, además de valorar la adhesión y tolerancia a éste. El paciente suele estar en este momento en una fase eufórica y con frecuencia relativiza el riesgo que corre; por ello debemos avisarle de que puede empezar a sentirse triste y solo (fase de duelo) y cómo afrontarlo. Hay que valorar su adhesión y comprensión a las estrategias cognitivas y conductuales que le hemos enseñado, ampliándolas si es preciso.

– El segundo se recomienda durante el primer mes y podría ser presencial o telefónico proactivo. Su contenido se desarrolla con posterioridad («Pacientes que han abandonado recientemente el tabaco»).

Recordaremos aquí que hay una estrecha relación dosis-respuesta entre la intensidad y la duración de la intervención y su efectividad, por lo que las sucesivas visitas o llamadas de seguimiento, que se deben acordar con el paciente, deberían ser tantas y tanto más extensas cuanto más el paciente lo demande y el tiempo lo permita. Sin embargo, en la bibliografía se diferencian este tipo de intervenciones breves recomendadas para su aplicación en atención primaria y que integradas forman este protocolo de actuación de la llamada «intervención intensiva», que se caracterizaría por incorporar más de 3 visitas, más de 10 min por visita o más de 30 min de dedicación total por paciente, y cuya única limitación en nuestro medio es el tiempo disponible.

En nuestro caso, se pueden seguir dos actitudes:

2. Seguimiento oportunista: consiste en preguntar y reforzar al paciente en cada visita que nos haga por cualquier

motivo a iniciativa propia, al menos durante el primer año, aprovechando la accesibilidad de la atención primaria.

Sería importante introducir un sistema de recordatorio adecuado a tal fin en las historias clínicas.

3. Seguimiento programado: hay diversas propuestas en la bibliografía, todas ellas más o menos justificadas y con mejores o peores resultados en su evaluación. Según la opinión y la experiencia de los autores, el contacto a los 2 meses se justifica por la finalización, en la mayoría de los casos, del tratamiento médico y porque la abstinencia continuada en ese punto se ha mostrado como un importante predictor de éxito al año, y el contacto al año y/o a los 6 meses por ser importantes para valorar la efectividad de nuestro protocolo con fines científicos y de evaluación y control de calidad.

En estas visitas o llamadas, el abordaje debe ser el siguiente:

– Si ha fumado: analizar las circunstancias, identificar los problemas e intentar normalizar la situación, evitando el sentimiento de culpa y reprocesando la recaída en fuente de experiencia válida para un nuevo intento. Intentar motivarle para ello. Valorar la adhesión y la tolerancia al tratamiento farmacológico, y considerar un seguimiento más intensivo o derivar al paciente.

Recordemos aquí de nuevo, por su importancia, que la mayoría sigue fumando durante mucho tiempo y atraviesa períodos cíclicos de abandono y recaída. Hay que evitar por ello la sensación de fracaso en el terapeuta y en el propio paciente y asumir la naturaleza crónica del trastorno.

– Si no ha fumado: felicitarle y aplicar las técnicas de prevención de recaídas que se exponen más adelante.

Pacientes fumadores que no quieran dejar de fumar

en el próximo mes (fases de precontemplación y contemplación): «las 5 erres»

Son el 85-90% de los fumadores. En estos casos se debe aplicar un consejo encaminado a aumentar la motivación para el abandono, proporcionar información sobre los riesgos de seguir fumando y enfatizar los beneficios de dejarlo, intentando que verbalicen sus miedos sobre el abandono con preguntas abiertas («¿qué crees que te puede pasar si dejas de fumar?», o «¿por qué tienes miedo de dejarlo?»). Este consejo motivacional, diseñado para educar, tranquilizar y motivar, debe darse con empatía; se debe fomentar la autonomía del paciente en la toma de decisiones, evitar las discrepancias y apoyar su autoeficacia (recordando cambios previos en otras conductas). Debe ser breve (menos de 3 min), claro, conciso y adaptado al paciente, respetuoso y oportunista, y debe repetirse en cualquier situación oportuna.

Los pacientes en esta etapa de cambio suelen estar mal informados, preocupados por las consecuencias de dejar de fumar o desmotivados por el fracaso en anteriores inten-

tos, por lo que, tras identificarlos y valorar su fase de cambio, es importante incidir en estas «5 erres»:

1. Relevancia. Intentar que el paciente identifique sus propios motivos para dejar de fumar y ser lo más específico posible. La información que le podamos dar será más productiva si va dirigida hacia un área importante de interés para nuestro paciente.
2. Riesgos. Debemos pedirle al paciente que identifique las potenciales consecuencias negativas de fumar para él y sus seres queridos, e incidir y aclarar las que parezcan más importantes para él.
3. Recompensas. Debemos pedirle al paciente que identifique las potenciales consecuencias positivas de dejar de fumar e incidir y aclarar las que parezcan más importantes para él.
4. Resistencias. Intentar que el paciente identifique las barreras o dificultades para dejarlo y hablarle de aspectos del tratamiento que pueden ayudarlo. Las dificultades más frecuentes son el síndrome de abstinencia, el miedo a fallar, el miedo a engordar, la falta de apoyo, la depresión y la pérdida del placer de fumar.
5. Repetición. Esta intervención debería repetirse cada vez que un paciente no motivado acuda a consulta, incidiendo en uno u otro aspecto según el motivo que haya provocado dicha consulta.

Pacientes que han abandonado recientemente el tabaco (fases de acción y mantenimiento): prevención de recaídas

Debido a la naturaleza crónica y recidivante del tabaquismo, estos pacientes deben recibir tratamiento psicológico de prevención de recaídas, para reforzar su decisión al respecto, sobre todo en los primeros 3 meses; deben ser felicitados efusivamente e incitados a verbalizar los beneficios obtenidos y los potenciales con preguntas abiertas («¿qué tal? ¿cómo te encuentras? ¿has notado algo positivo?»), ayudándoles a resolver cualquier problema que surja al respecto y adelantándonos a las situaciones más conflictivas que puedan comprometer su abstinencia (estados de ánimo muy negativos, euforia, consumo de alcohol y «fantasías de control»).

A este respecto, los problemas más comunes y sus soluciones son:

1. Pérdida de apoyo social: es habitual que, según pasa el tiempo, el entorno del paciente normalice y asuma el hecho de que el paciente no fuma, retirando un apoyo que todavía puede ser necesario. Para compensarlo podemos programar visitas o llamadas telefónicas, intensificando el nuestro, ayudándole a identificar fuentes de apoyo alternativas o reclamando dicho apoyo directamente vía telefónica o postal.
2. Distimia o depresión: se administrará tratamiento.
3. Síntomas de abstinencia intensos o prolongados: valorar la prolongación o el refuerzo del tratamiento.

4. Ganancia de peso: debemos desaconsejar dietas estrictas en los primeros 3 meses y recomendar un ejercicio físico acorde a la capacidad del paciente, así como una dieta sana y variada, y recordar al paciente que una ganancia de 1-3 kg es normal y autolimitada.
5. Baja motivación, añoranza: recordarle que esa sensación es normal y pasajera, recomendarle que se premie y descartar que siga fumando. Recordarle que una sola calada aumentará las ganas de fumar y puede ser el comienzo de una recaída.

Criterios de derivación a una unidad de tabaquismo

El consenso antes comentado también enuncia unos criterios de derivación claros a unidades especializadas, que no son más que una lista de circunstancias que agravan el pronóstico o contraindican el tratamiento farmacológico, haciendo a estos pacientes subsidiarios de un tratamiento más intensivo:

1. Fumadores con fracasos anteriores, siempre que hayan sido correctamente tratados por un profesional sanitario.
2. Fumadores con cardiopatía isquémica inestable de menos de 8 semanas de evolución.
3. Fumadores con arritmias o hipertensión arterial no controladas.
4. Fumadores con otras enfermedades crónicas no controladas (nefropatía, hepatopatía, cardiopatía, etc.).
5. Fumadoras gestantes o lactantes.
6. Fumadores con enfermedades psiquiátricas.

Recordemos aquí de nuevo la relación dosis-respuesta demostrada en el tratamiento psicológico del tabaquismo: por ello, el último criterio de derivación sería la simple voluntad del paciente de seguir un tratamiento más intensivo del que nosotros le podamos dar, pues la única limitación absoluta de la atención en la atención primaria es el tiempo que podemos dedicar a nuestros pacientes.

Repercusión real en una consulta de atención primaria

Los profesionales de atención primaria en España, si bien no disponemos de mucho tiempo para atender a nuestros pacientes, sí disponemos de muchas ocasiones y llegamos a una proporción de la población fumadora sólo superada por los medios de comunicación de masas. Por ello se propone este conjunto de intervenciones breves que pueden articularse en una o múltiples consultas para el correcto abordaje del fumador, tantas como se pueda, pero con unos mínimos que se deben respetar basados en la demostración científica de su efectividad, de su coste-efectividad y de los beneficios que el paciente obtendrá al abandonar el tabaco.

En el trabajo de Grandes et al, desarrollado en Bizkaia, todos los fumadores que acudían a la consulta fueron diag-

nosticados, aconsejados y se les ofertó ayuda para dejar de fumar (incremento medio de 3 min y 33 s), pero sólo el 17,5% realizó el plan terapéutico propuesto (tres citas programadas y dos llamadas telefónicas), que tuvo una duración promedio de 72 min y 11 s y generó una media de 6 citas al mes por consulta durante los primeros 9 meses, descendiendo luego a 2 mensuales.

La captación incrementó el tiempo medio en consulta 23 s y descendió desde un promedio de 30 nuevos fumadores al mes por consulta durante los primeros 3 meses hasta 12 al final del primer año, si bien los médicos participantes tenían asignadas de promedio 1.362 ± 261 personas. El 20% de los pacientes que realizaron el plan descrito estuvo al menos 1 año sin fumar.

Como se ve, la identificación y el consejo universal a los fumadores, junto con el tratamiento y el seguimiento de los más motivados, no incrementa excesivamente la carga de trabajo habitual y, si bien incide ya sobre unas consultas sobredimensionadas y unos profesionales mal formados y nada incentivados para ello, los beneficios que obtendrían sus pacientes justifican de sobra su inclusión en la práctica habitual.

Epílogo

Queremos recordar en este punto que la actitud de la sociedad, las Leyes vigentes y las medidas de salud pública influyen enormemente en el uso que las personas hacen del tabaco. En este contexto, muchos fumadores dejan de fumar por sí mismos, otros lo hacen tras recibir un consejo o un material de autoayuda apropiado, y otros no lo harán a pesar de beneficiarse de todo el arsenal terapéutico disponible, pero este entorno es fundamental para que los fumadores se vean motivados hacia la abstinencia, y hace mucho más eficaz todo nuestro esfuerzo. El tratamiento debe, pues, ser parte de una política integral de abordaje y control del tabaquismo que incluya control de precios, restricciones a la publicidad y venta, campañas informativas en los medios de comunicación, programas comunitarios de promoción del abandono y protección del no fumador con la creación de espacios libres de humo, aspectos todos ellos que se complementan entre sí con un efecto sinérgico. Dicha atención también debería acompañarse de sus correspondientes medios humanos y económicos para su correcta implantación y desarrollo.

Bibliografía general

Aleixandre E, Casanova M, Mitjans J, Sánchez J, Sanmartín A. Ensayo clínico de dos intervenciones de deshabituación tabáquica en atención primaria. *Aten Primaria*. 1998;22:424-8.

Alonso M, Franco A, López P, García J. Efectividad a medio plazo de un plan de ayuda al fumador desarrollado en atención primaria. *Aten Primaria*. 2002;30:541-8.

Becoña E, Córdoba R, et al, Grupo del Comité Nacional para la Prevención del tabaquismo. Guía de procedimientos para ayudar

a los fumadores a dejar de fumar. CNPT, marzo 2001. Disponible en: www.cnpt.es

Cabezas C. Novedades en la intervención sobre el consumo de tabaco desde la atención primaria. *Aten Primaria*. 2000;25:140-6.

Cabezas C y el Grupo de educación sanitaria PAPPs. Guía para ayudar a la gente a dejar de fumar. Actualización enero 2002.

Camarellés F. Entrevista motivacional en fumadores. Programa Interuniversitario de Formación de Especialistas en tabaquismo. Madrid, 2005.

Carrión F, Furest I, Pascual JM, Marín J. Intervención mínima en tabaquismo en España. *Arch Bronconeumol*. 2000;36:124-8.

Comas A, Suárez R, López M, Cueto A. Coste-efectividad del consejo sanitario antitabaco en atención primaria de salud. *Gac Sanit*. 1998;12:126-32.

Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating tobacco use and dependence. Quick reference Guide for Clinicians. Rockville: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. October 2000. Disponible en: www.cdc.gov/tobacco/

Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline. Department of Health and Human Services. Public Health Service, 2000. Disponible en: www.cdc.gov/tobacco/

García Hidalgo A. Intervención mínima frente al tabaquismo. *Arch Bronconeumol*. 1995;31:114-23.

Grandes G, Cortada J, Arrazola A. ¿Podemos ayudar a nuestros pacientes a dejar de fumar?: la experiencia del Programa de Abandono del Tabaco. *Gac Sanit*. 2001;15:312-9.

Grupo de tabaquismo de la Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria. Guía del tabaquismo. Disponible en: www.Fisterra.com

Jiménez CA, Ayesta J, et al (Grupo SEDET). Recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en tabaquismo (SEDET) sobre el tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Prev Tab*. 2001;3:78-85.

Jiménez CA, Barrueco M, et al. Intervención mínima personalizada en el tratamiento del tabaquismo. Resultados de un estudio multicéntrico. *Arch Bronconeumol*. 1998;34:433-6.

Jiménez CA, de Granda JI, et al. Área de tabaquismo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Recomendaciones para el Tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2003;39:514-23.

KottkeTE, Battista RN, De Friese GH, Brekke ML. Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice. *JAMA*. 1988;259:2882-9.

Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ*. 2000;21:355-9.

Lancaster T, Stead L. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Disponible en: www.cochrane.org

Martín C, Córdoba R, et al. Evaluación a medio plazo de un programa de ayuda a los fumadores. *Med Clin (Barc)*. 1997;109:744-8.

Plans P, Navas E, et al. Coste-efectividad de los métodos de cesación tabáquica. *Med Clin (Barc)*. 1995;104:49-53.

Prochaska J, Di Clemente C, Norcross J. Cómo cambia la gente. Aplicaciones en los comportamientos adictivos. *RET*. 1994;1:3-14.

Rice VH, Stead L. Nursing interventions for smoking cessation. Disponible en: <http://www.cochrane.org>

Russell M, Wilson C, Taylor C, Baker C. Effect of general practitioners' advice against smoking. *BMJ*. 1979;2:231-5.

Salleras L, Pardell H, et al. Consejo antitabaco. *Med Clin (Barc)*. 1994;102 Supl1:109-17.

Sanz B, De Miguel, J et al. Efectividad de los métodos no farmacológicos para la deshabituación tabáquica en atención primaria. *Aten Primaria*. 2003;32:366-70.

- Slama K, Karsentry S, Hirsch A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients: a randomised, controlled trial in France. *Tobacco Control*. 1995;4:162-9.
- Stewart P, Rosser W. The impact of routine advice on smoking cessation from family physicians. *CMAJ*. 1982;126:1051-4.
- The Smoking Cessation Clinical Practice Guideline Panel and Staff. The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. *JAMA*. 1996;275:1270-80.
- Silagy C, Stead L. Physician advice for smoking cessation. Disponible en: <http://www.cochrane.org>
- Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Disponible en: <http://www.cochrane.org>
- The Tobacco Use and dependence Clinical Practice Guide Panel, Staff, and Consortium Representatives. Directrices clínicas prácticas para el tratamiento del consumo y la dependencia del tabaco. Un informe del Public Health Service de los Estados Unidos. *JAMA*. 2000;283:3244-54.
- Torrecilla M, Barrueco M, et al. Ayudar al fumador. Tratar el tabaquismo. *MEDIFAM*. 2001;11:194-206.
- Torrecilla M, Barrueco M, Maderuelo J, Jiménez CA, Plaza MD, Hernández MA. Deshabitación tabáquica en una consulta de atención primaria: eficacia del consejo médico, la intervención mínima y la terapia sustitutiva con nicotina al año de seguimiento. *Aten Primaria*. 2001;27:629-36.
- Torrecilla M, Barrueco M, Maderuelo J, Jiménez CA, Plaza MD, Hernández MA. ¿Se puede predecir el éxito de la intervención mínima en tabaquismo? *Prev Tab*. 2001;3:13-9.
- Torrecilla M, et al. Consenso SEMFYC, SEPAR, SEMERGEN y SEDET. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador. Documento de consenso. *Aten Primaria*. 2002;30:310-7.
- West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals. An update. *Thorax*. 2000;55:987-99.
- World Health Organization. Policy recommendations for smoking cessation an treatment of tobacco dependence. World Health Organization, 2003. Disponible en: www.who.int/tobacco