

# Efectividad de un programa de consejo antitabaco intensivo realizado por profesionales de enfermería

B. Sanz-Pozo<sup>a</sup>, J. de Miguel-Díez<sup>b</sup>, M. Anegón-Blanco<sup>c</sup>, M. García-Carballo<sup>a</sup>, E. Gómez-Suárez<sup>a</sup> y J.F. Fernández-Domínguez<sup>a</sup>

**Objetivo.** Determinar la efectividad de un programa de consejo antitabaco intensivo, sistemático, realizado por profesionales de enfermería.

**Diseño.** Ensayo clínico controlado y aleatorizado.

**Emplazamiento.** Consultas de medicina y enfermería de atención primaria.

**Participantes.** Fumadores que demandaron asistencia en las consultas de medicina de nuestro centro durante el período de captación, hasta alcanzar el tamaño muestral requerido (125 pacientes). Los criterios de inclusión fueron: edad entre 18 y 70 años, personas que fumaron diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos y puntuación del test de Richmond > 7.

**Intervenciones.** Los pacientes captados se asignaron de forma aleatoria, según la consulta de la que procedían, al grupo que recibía consejo breve por parte del médico (grupo control) o al grupo que recibía consejo breve más seguimiento por enfermería (grupo intervención). En este grupo se programaron visitas de seguimiento hasta 3 meses después de dejar de fumar.

**Mediciones principales.** Abstinencia a los 12 y 24 meses.

**Resultados.** La efectividad de la intervención, considerada como la tasa de abstinencia a los 12 meses, fue del 13,8% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 6,5-24,7) en el grupo control y del 6,7% (IC del 95%, 1,8-16,2) en el grupo intervención, sin diferencias significativas entre ellos.

**Conclusiones.** La efectividad de un programa de consejo antitabaco intensivo realizado por enfermería no es más efectivo que el consejo breve aislado del médico en fumadores atendidos en atención primaria. El consejo breve tiene una mejor relación coste-efectividad que el intensivo.

**Palabras clave:** Consejo. Tabaquismo. Atención primaria. Enfermería.

EFFECTIVENESS OF A PROGRAMME OF INTENSIVE TOBACCO COUNSELLING BY NURSING PROFESSIONALS

**Objective.** To determine the effectiveness of a systematic intensive tobacco counselling programme conducted by nursing professionals.

**Design.** Randomised clinical trial with control.

**Setting.** Primary care nursing and medical consultations.

**Participants.** Smokers requesting help in our centre's medical clinics during the recruitment period, up to the sample size required (125). Inclusion criteria were: aged between 18 and 70, people who smoked during the preceding month any number of cigarettes a day, and a score over 7 on the Richmond test.

**Interventions.** The patients recruited were randomised, according to the clinic from which they came, to the group that received brief counselling from the doctor (control group) or to the group that received brief counselling plus nursing follow-up (intervention group). Follow-up visits were programmed in this latter group for up to 3 months after giving up smoking.

**Main measurements.** Abstinence at 12 and 24 months.

**Results.** The effectiveness of the intervention considered as the rate of abstinence at 12 months was 13.8% (95% CI, 6.5-24.7) in the control group and 6.7% (95% CI, 1.8-16.2) in the intervention group, with no significant differences between the two.

**Conclusions.** In smokers seen in primary care, the effectiveness of a programme of intensive tobacco counselling by nursing staff is no more effective than the doctor's brief, one-off counselling. Brief counselling has a better cost-effectiveness relationship than intensive counselling.

**Key words:** Counselling. Tobacco dependency treatment. Primary care. Nursing.

<sup>a</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Greco. Getafe. Madrid. España.

<sup>b</sup>Neumología. Experto Universitario en Tabaquismo. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

<sup>c</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Medicina Preventiva del Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid. España.

Correspondencia:  
B. Sanz Pozo.  
Avda. Bélgica, 63, 7.º dcha. 28916 Leganes. Madrid. España.  
Correo electrónico:  
bsanzpozo@hotmail.com

Manuscrito recibido el 28 de febrero de 2005.  
Manuscrito aceptado para su publicación el 1 de junio de 2005.

Este trabajo se ha realizado con la ayuda de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, mediante la «Ayuda a la realización de tesis doctorales en materia de Medicina de Familia y Comunitaria». Convocatoria 2003.

## Introducción

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>1</sup>, el tabaco causa, en la actualidad, la muerte de 5 millones de personas cada año. Si las tendencias en su consumo no varían, en el año 2030 provocará 10 millones de defunciones. Según el reciente trabajo publicado en la revista *The Lancet*<sup>2</sup>, las principales causas de muerte en todo el mundo debidas al tabaco fueron las enfermedades cardiovasculares (1,7 millones de muertes), las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (menos de un millón de muertes) y el cáncer de pulmón (alrededor de 850.000 muertes). Además, el tabaquismo se relaciona con más de 25 enfermedades<sup>3</sup>.

Las estrategias de deshabituación tabáquica son importantes para disminuir la morbimortalidad asociada al tabaquismo<sup>4</sup>. Como se afirma en el clásico estudio, realizado por Rusell et al<sup>5</sup>, una de las formas de disminuir este problema, desde una perspectiva de salud pública, es conseguir que el tratamiento de los pacientes fumadores se haga desde el ámbito de la atención primaria (AP). Este nivel de atención ofrece un marco idóneo para realizar el tratamiento del tabaquismo, ya que permite intervenir en un gran número de personas y a veces de forma repetida<sup>6</sup>.

En AP, según las distintas guías de práctica clínica sobre tabaquismo<sup>7-11</sup>, hay intervenciones que tienen alto grado de evidencia. Pero, por el contrario, la evidencia es aún insuficiente en temas clave y recomendados en algunas de estas guías, algunos de ellos con grado de evidencia C, como son el papel de la entrevista motivacional para acelerar el cambio en el proceso de dejar de fumar, el uso de otros fármacos no nicotínicos (principalmente el bupropión), que ha sido utilizado en la mayoría de los casos con apoyo conductual y fuera del marco de la AP, el papel de los médicos de AP para realizar intervenciones más intensivas y el de los profesionales de enfermería para motivar y ayudar a los pacientes a dejar de fumar. Este estudio se realizó para intentar definir el papel de estas últimas 2 intervenciones.

El objetivo principal de este estudio fue determinar la efectividad de un programa de consejo antitabaco intensivo sistemático realizado por profesionales de enfermería en AP. Los objetivos secundarios fueron: a) comparar la efectividad del consejo antitabaco intensivo realizado por los profesionales de enfermería con el consejo breve del médico; b) valorar la rentabilidad de ambas intervenciones; c) analizar los motivos para dejar de fumar de los ex fumadores de un programa de deshabituación tabáquica, y d) determinar la tasa de recaída del consejo breve a los 2 años.

## Sujetos y método

### *Diseño del estudio*

Ensayo clínico controlado y aleatorizado, realizado entre febrero de 2002 y junio de 2004.

### *Emplazamiento*

El estudio se realizó en un centro de salud urbano, situado en la localidad de Getafe (Madrid). Nuestro centro atiende a una población aproximada de 10.462 personas. El personal sanitario en plantilla es de 6 médicos, un pediatra y 7 enfermeras.

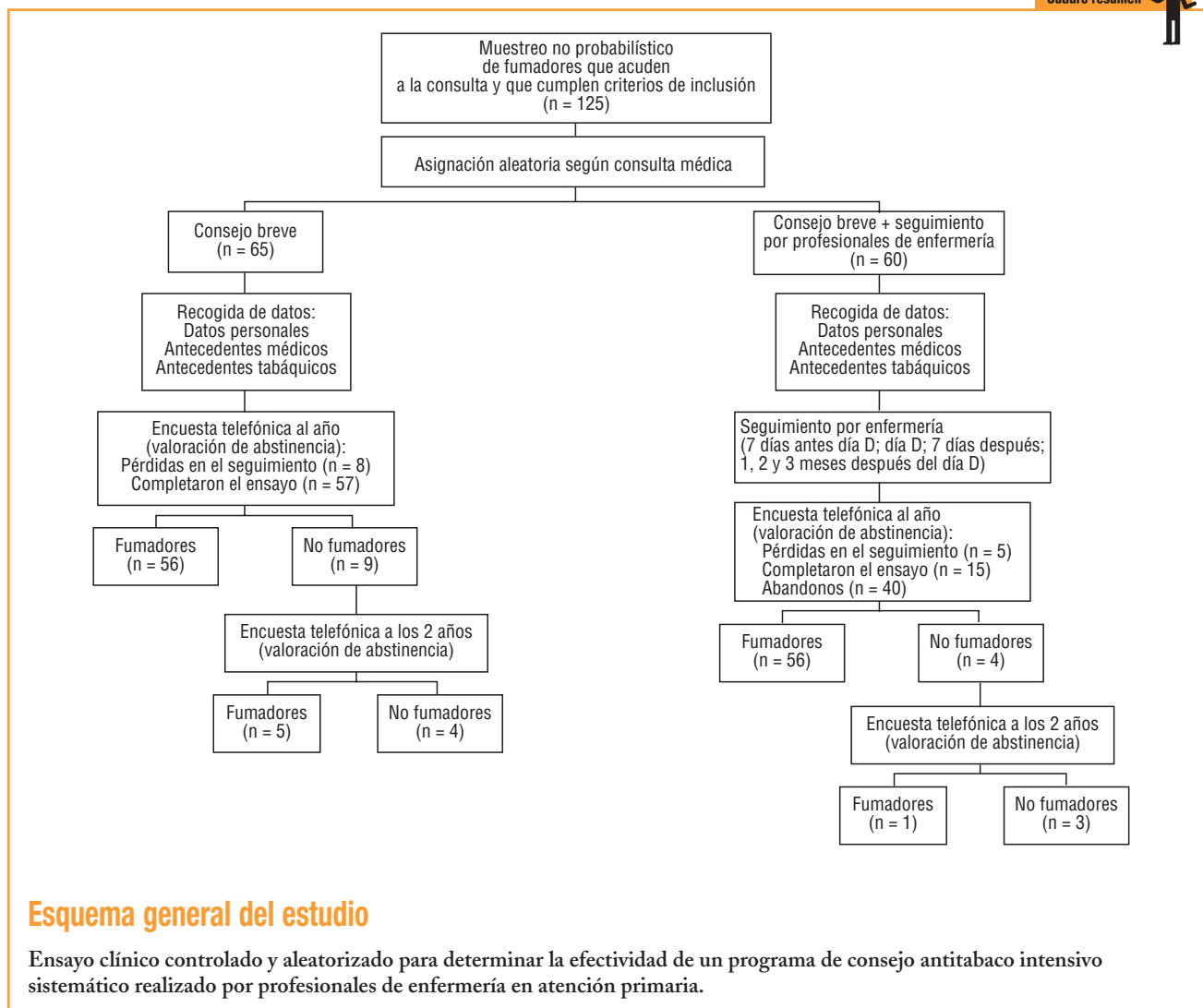
### *Participantes*

La población diana estuvo compuesta por los fumadores que demandaron asistencia en las consultas de medicina de nuestro centro de salud durante el período de captación, hasta alcanzar el tamaño muestral requerido, que fue de 125 pacientes. Este tamaño muestral se calculó para detectar una diferencia entre el consejo breve y el consejo intensivo del 16,5%, que es la que hay entre ambos, según Schwartz<sup>12</sup>, con una confianza del 95% y una potencia del 80%, asumiendo un porcentaje de pérdidas de alrededor de un 10%. Los criterios de inclusión fueron: edad entre 18 y 70 años, personas que habían fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos y que tuvieran una motivación alta. Los criterios de exclusión fueron: pacientes en estado terminal, deficiencia mental o enfermedad psiquiátrica grave, uso de otras drogas, demanda de tratamiento farmacológico para la deshabituación tabáquica y negativa del paciente a participar en el estudio. Los criterios de salida del estudio fueron: incumplimiento de las visitas de seguimiento (la primera vez que faltaban a una visita se les localizaba y se les recordaba mediante llamada telefónica; si faltaban otras veces, ya no se les localizaba y se les consideraba fumadores) y seguir fumando a pesar de estar ya en la segunda visita después del cese teórico.

La captación en la consulta se realizó utilizando un método de muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Para evitar la sobrecarga de trabajo, se establecieron unos límites diarios en función de la demanda<sup>13</sup>.

### *Intervención*

A los pacientes que cumplían todos los criterios de inclusión se les explicaba el estudio y, si aceptaban participar, se les pedía su consentimiento de forma verbal. Según su médico de referencia, previamente aleatorizado a uno de los 2 grupos, se le asignaba al grupo control (GC) o al grupo intervención (GI). A todos los participantes se les administraba un cuestionario para la medición de las variables registradas al inicio y se les administraba un consejo breve. En el caso del GC se abandonaba la intervención en este punto para no dar lugar a un consejo encubierto. Por el contrario, a los pacientes del GI se les citaba a los 7 días en la consulta de enfermería, con el fin de fijar una fecha para el abandono del tabaco y programar las visitas de seguimiento que formaban parte del consejo intensivo (tabla 1). En ambos casos se evaluaba la abstinencia a los 12 y a los 24 meses mediante una encuesta telefónica. Adicionalmente, a los pacientes abstinentes se les citaba para confirmar la abstinencia con la medición del monóxido de carbono (CO) en el aire espirado. Para ello se empleó un cooxímetro Bedfont Micro Smokerlyzer®, considerando un punto de corte para no fumador de CO < 8 ppm<sup>14</sup>.



**Mediciones**

Las mediciones principales fueron la abstinencia a los 12 y a los 24 meses. Las mediciones secundarias se dividieron en 2 grupos:

1. Las registradas al inicio: datos personales (edad y sexo); antecedentes médicos (asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, factores de riesgo cardiovascular [hipertensión arterial, diabetes, dislipemias, enfermedad vascular periférica, obesidad], neoplasias, otros); antecedentes tabáquicos (número de cigarrillos al día, duración del consumo, intentos fallidos de deshabituación) y puntuación de distintos tests (Richmond, Fagerström).
2. Las registradas en la llamada telefónica a los 12 y a los 24 meses: si el individuo continuaba abstinentes, se registraban la fecha de inicio y el motivo de la decisión de dejar el tabaco; si, por el contrario, el sujeto continuaba fumando, se recogían los intentos fallidos de abandono del hábito desde el inicio del estudio, su duración y el número de cigarrillos diarios consumidos en ese momento.

**Estrategia de análisis y pruebas estadísticas utilizadas**

Para el análisis estadístico de los datos cualitativos se aplicó la prueba de la  $\chi^2$  de Pearson, con corrección de Yates, calculando las diferencias de proporciones; para las variables cuantitativas se utilizó la prueba de la t de Student, asumiendo igualdad de varianzas entre los distintos grupos. Para valorar la eficacia de la intervención se calcularon el riesgo relativo (RR), la reducción del riesgo absoluto (RRA), la reducción del riesgo relativo (RRR) y el número de pacientes que sería necesario tratar para conseguir un resultado positivo (NNT), con sus respectivos intervalos de confianza (IC) del 95%. En todos los casos se realizó un análisis por intención de tratamiento.

**Resultados**

**Características basales**

La edad media  $\pm$  desviación estándar (DE) de todos los pacientes del estudio fue de 40,2  $\pm$  13,87 años. La proporción de varones:mujeres fue de 1:3.

**TABLA 1**  
**Esquema de visitas**

Visitas estudio	Día 0	Primera visita 7 días antes del cese	Segunda visita Día del cese	Tercera visita 7 días del cese	Cuarta, quinta y sexta visitas Revisiones mensuales hasta el tercer mes	Encuesta telefónica al año
Acciones	Captación GI y GC. Consejo breve GI y GC. Cita GI	Reforzar idea de no fumar, consejos para días previos a dejar de fumar	Reforzar idea de no fumar, consejos para el día del cese	Preguntar abstinencia	Preguntar abstinencia	Evaluación pacientes (éxito los que no fumen)
Actuación principal	Consejo breve a GC y GI	Fijar fecha deshabituación		Si abstinencia Preguntar fecha y motivo	Si abstinencia Preguntar fecha y motivo	Cita para medición de CO a los ex fumadores
Grupos actuación	GC y GI	GI	GI	GI	GI	GI y GC

GC: grupo control; GI: grupo intervención.

Del total de los pacientes, un 34,4% presentaba alguna enfermedad concomitante; las más frecuentes eran la hipertensión arterial y la obesidad. Respecto a los antecedentes tabáquicos, el total de la muestra presentó un consumo medio  $\pm$  DE de  $19,3 \pm 11,1$  cigarrillos/día, una duración media de  $21,3 \pm 12,9$  años y un número de intentos previos fallidos de abandono de  $2,4 \pm 2,0$  veces, en la mayoría de los casos sin ayuda. En relación con la puntuación de los distintos tests, el valor medio del test de Fagerström fue de  $4,5 \pm 2,4$  y el del test de Richmond de  $8,2 \pm 1,0$ . En la tabla 2 se detallan por separado las características basales del GC y del GI y se establece una comparación entre ambos. Como puede apreciarse, sólo se encontraron diferencias en la duración del consumo ( $p = 0,04$ ) y en las puntuaciones de los tests de Richmond ( $p = 0,02$ ) y Fagerström ( $p = 0,01$ ), que fueron significativamente superiores en el GI.

**TABLA 2**  
**Características basales de los pacientes**

	Consejo breve (GC)	Consejo intensivo (GI)	p
Número total	65	60	
Edad (media $\pm$ DE)	$38,4 \pm 14,1$	$42,2 \pm 13,5$	0,12
Sexo, n (%)			
Mujeres	40 (61,5)	31 (51,7)	0,35
Varones	25 (38,5)	29 (48,3)	
Enfermedad concomitante n (%)	25 (38,5)	18 (30)	0,42
Antecedentes tabáquicos (media $\pm$ DE)			
N.º cigarrillos/día	$19,3 \pm 11,5$	$19,3 \pm 10,7$	0,99
Duración consumo, (años)	$19,1 \pm 12,9$	$23,8 \pm 12,5$	0,04
N.º intentos fallidos	$1,9 \pm 2,2$	$2,9 \pm 3,6$	0,07
Puntuación de los tests (media $\pm$ DE)			
Richmond	$8,0 \pm 0,9$	$8,5 \pm 1,1$	0,02
Fagerström	$3,9 \pm 2,3$	$5,0 \pm 2,3$	0,01

GC: grupo control; GI: grupo intervención; DE: desviación estándar.

#### Efectividad de ambos tipos de consejo

De los 125 pacientes captados inicialmente se contabilizaron 13 pérdidas (8 en el GC y 5 en el GI), que correspondieron a los pacientes no localizados al año de seguimiento. En el grupo del consejo intensivo hubo 40 abandonos, es decir, personas que no completaron todas las visitas programadas del consejo intensivo. Estos pacientes fueron considerados como fumadores al realizar el análisis por intención de tratamiento. La efectividad de la intervención, considerada como la tasa de abstinencia a los 12 meses, fue del 13,8% (IC del 95%, 6,5-24,7) en el GC y del 6,7% (IC del 95%, 1,8-16,2) en el GI. El riesgo relativo (RR) fue de 0,44 (IC del 95%, 0,13-1,55), pero sin alcanzar significación estadística ( $p = 0,18$ ). Las medidas del efecto de la intervención al año de seguimiento se muestran en la tabla 3.

#### Rentabilidad de ambas intervenciones

El consejo breve tuvo una mejor relación coste-efectividad que el consejo intensivo en nuestro estudio. El coste relativo de ambos consejos se estimó calculando el número de horas dedicadas a ambos tipos de intervención para un resultado satisfactorio. Para conseguir un solo abandono se dedicó más tiempo en el consejo intensivo (10 h por abandono) que en el consejo breve (1,2 h por abandono) (tabla 4).

#### Motivos para el abandono

Los motivos para dejar de fumar en los pacientes abstinentes se distribuyeron de la siguiente manera: el 84% tuvo relación con la salud, el 8% por motivos familiares y el 8% por motivos económicos.

**TABLA 3** Medidas del efecto de la intervención al año del seguimiento para la abstinencia tabáquica

	Fuma	No fuma	Tasa de abstinencia (IC del 95%)	Riesgo relativo (IC del 95%)	Reducción del riesgo absoluto (IC del 95%)	Reducción del riesgo relativo (IC del 95%)	NNT (IC del 95%)
Consejo breve	56	9	13,8 (6,5-24,7)	0,44 (0,13-1,55)	0,07 (-0,03 a 0,18)	51 (-25 a 100)	15 (6 a infinito)
Consejo intensivo	56	4	6,7 (1,8-16,2)				

**TABLA 4** Rentabilidad de las intervenciones

	Pacientes	Sesiones	Duración individual	Duración total	Abandonos	Horas/abandono
Consejo breve	65	Primera: 10 min	10 min	10,8 h	9	1,2 h
Consejo intensivo	60	Primera: 10 min Segunda y tercera: 15 min	40 min	40 h	4	10 h

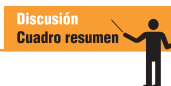
*Tasa de recaída de ambos consejos*

El seguimiento a los 2 años en el GC mostró que sólo 4 de los 9 pacientes que eran abstinentes al año seguían sin fumar, lo que supone una tasa de abstinencia del 7,1% a los 2 años; por otra parte, 3 de los 4 pacientes abstinentes al año en el GI seguían sin fumar, lo que representa una tasa de abstinencia del 5,4% a los 2 años. La tasa de recaída en el grupo del consejo breve (GC) fue del 55,6% de los pacientes.

**Discusión**

En nuestro estudio no se encuentran diferencias significativas entre el seguimiento por parte de los profesionales de enfermería y el consejo breve del médico al año de la intervención. El resultado obtenido podría ser debido a diversas causas: *a)* el seguimiento por parte de los profesionales de enfermería realmente no mejora la tasa de abstinencia del consejo breve del médico en los pacientes con los criterios de inclusión antes descritos; *b)* al realizar un análisis por intención de tratamiento, los pacientes que no acudieron a las visitas de seguimiento fueron considerados fumadores, eliminando así la influencia del consejo breve en la tasa de abstinencia final; *c)* hubo un elevado porcentaje de pérdidas en los pacientes del consejo intensivo, o *d)* la baja potencia en nuestro estudio para detectar diferencias de la magnitud encontrada, debido a un reducido tamaño muestral.

En diversos trabajos se ha evaluado el papel de los profesionales de enfermería en la deshabituación tabáquica con resultados variables<sup>15-17</sup>. En la revisión efectuada por la Cochrane<sup>18</sup>, en la que se compara la intervención de los profesionales de enfermería con un control o con el cuidado habitual, se muestra una *odds ratio* (OR) de 1,4 (IC del 95%, 1,2-1,7), sin que se detecten diferencias en relación con la intensidad del tratamiento<sup>18</sup>. En ella se



**Lo conocido sobre el tema**

- El consumo de tabaco es la principal causa de morbimortalidad en los países desarrollados.
- El consejo del profesional sanitario para el abandono del tabaquismo es una herramienta fundamental de intervención en la atención primaria.

**Qué aporta este estudio**

- El seguimiento por parte de los profesionales de enfermería no mejora las tasas de abstinencia proporcionadas por el consejo breve del médico al año de la intervención en atención primaria.
- Los resultados de nuestro estudio indican que la tasa de recaída del consejo breve a los 2 años es mayor del 50%.
- El consejo breve tiene una mejor relación coste-efectividad que el consejo intensivo.

señala que puede haber beneficios potenciales y que hay una evidencia de efectividad, especialmente en los individuos con enfermedades previas, pero no tanto en el contexto de revisiones de salud.

En un estudio similar al nuestro, Lancaster et al<sup>19</sup> intentaron determinar el beneficio del seguimiento por los profesionales de enfermería en la deshabituación tabáquica y no encontraron diferencias significativas entre ambas intervenciones, en la abstinencia y en la progresión en el proceso de dejar de fumar. Dichos autores

detectaron unas tasas de abstinencia al año del 4,4% para el consejo breve frente al 3,6% para el consejo breve del médico combinado con el consejo intensivo y el seguimiento por un profesional de enfermería. Concluyeron, por lo tanto, que el consejo intensivo podría ser beneficioso en unos pocos individuos altamente motivados que solicitaban ayuda para dejar de fumar, pero que era poco beneficioso en la mayoría de los fumadores en general. Por el contrario, en otro estudio similar, Hollis et al<sup>20</sup> observaron que la combinación del consejo del médico y de un seguimiento por los profesionales de enfermería (un 14,5% de abstinencia al año) era más efectivo que el consejo breve del médico aislado (un 11,6% de abstinencia al año).

Hay mucha divergencia en cuanto a los beneficios de los programas de consejo intensivo; así, se encuentran autores que los apoyan y otros, por el contrario, que indican que los beneficios no son tan superiores a los del consejo breve para justificar la elección de los primeros, debido a que el consejo breve es menos costoso. La aparente divergencia entre nuestro estudio y en otros, por ejemplo, el de Schwartz<sup>12</sup>, en el que se encuentra una tasa de abstinencia al año del 22,5%, puede ser debida a las diferencias de selección de los grupos de pacientes, o a que el consejo intensivo es más eficaz en pacientes con baja dependencia, mientras que en nuestro estudio la dependencia es moderada.

Entre los objetivos secundarios de nuestro estudio se encontraba determinar la tasa de recaída del consejo breve a los 2 años. Autores como Comas et al<sup>13</sup> han obtenido una tasa de recaída en torno al 20% en el período posterior de 1-3 años. En nuestro caso, la cifra fue superior al 50%, aunque el número de pacientes de nuestro estudio hace que la determinación de la abstinencia a los 2 años sea poco operativa, por la pérdida de potencia producida. Una posible solución al problema de la disminución del efecto de la intervención con el tiempo es considerar el tabaquismo como una enfermedad crónica y ofrecer consejo antitabaco a los pacientes de forma sistemática. No obstante, hay que tener en cuenta, como hemos podido comprobar en este trabajo, que el consejo breve del médico tiene una mejor relación coste-efectividad que las intervenciones más largas, como ya señalaban otros autores como Camarelles et al<sup>21</sup> y Cummings et al<sup>22</sup>.

Hay algunas limitaciones que pueden haber influido en la validez de nuestros resultados. Así, se han producido varios sesgos de selección. El primero se encuentra determinado por el hecho de establecer unos límites diarios de captación de los pacientes en función de la demanda. Sin embargo, creemos que de esa manera puede garantizarse mejor la selección de los pacientes, dada la excesiva presión asistencial que, en ocasiones, tienen los equipos de atención primaria. El segundo, derivado de la inclusión únicamente de los pacientes con una motivación alta, se basa en la teoría de que estos

individuos se encuentran al menos en fase de contemplación, como se señala en la Guía para ayudar a dejar de fumar<sup>11</sup>. Es precisamente en este grupo de pacientes, en fase de contemplación y preparación, en los que tiene sentido realizar actividades más extensas, ya que en los que están en fase de precontemplación y, por tanto, tienen una baja motivación para dejar de fumar, las intervenciones del tipo de consejo breve son más coste-efectivas. El tercero podría ser la exclusión de los «pacientes que solicitaran tratamiento farmacológico» y la «negativa a participar en el estudio» ya que, probablemente, estos pacientes serían los que tendrían un mayor nivel de dependencia, lo que podría afectar a la validez final del estudio. El cuarto podría ser que se encontraron diferencias entre ambos grupos en las características basales, aunque en un análisis posterior mediante el método de regresión logística se observó que no influían en la abstinencia final.

Los ensayos clínicos bien realizados poseen un alto grado de validez interna, pero su validez externa en la población no deja de ser cuestionable<sup>23</sup>. En este sentido, puede resultar difícil generalizar los resultados de este estudio, debido a la obtención de la muestra y a su representatividad. Sin embargo, hay dos aspectos que deben ser considerados: *a)* cuando nos referimos a la dependencia del tabaco, el componente más importante es la dependencia física, que no está tan influida por las características de la población, y *b)* el ámbito donde se realiza es el ideal para los estudios de efectividad.

Por lo tanto, según los resultados de nuestro estudio, no es rentable dedicar recursos, si éstos son escasos, a intervenciones intensivas en fumadores no seleccionados atendidos en atención primaria, pero sí lo es establecer un consenso general sobre el consejo breve y tener en cuenta que, normalmente, en los pacientes muy dependientes es necesario usar tratamientos farmacológicos para incrementar el porcentaje de abstinencia. No obstante, se precisan más estudios que delimiten el perfil del fumador que se beneficiaría más de cada tipo de intervención.

## Bibliografía

1. World Health Organization. Policy recommendations for smoking cessation and treatment of tobacco dependence. Geneva: WHO; 2003.
2. Ezzati M, López AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet*. 2003;362:847-52.
3. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 1994;309:901-11.

4. González-Enríquez J, Salvador-Llivina T, López-Nicolas A, De las Heras A, Musin A, Fernández E, et al. Morbilidad, mortalidad y costes sanitarios evitables mediante una estrategia de tabaquismo en España. *Gac Sanit.* 2002;16:308-17.
5. Russell MA, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioners' advice against smoking. *BMJ.* 1979;2:231-5.
6. Torrecilla GM, Barrueco FM, Maderuelo FJ, Jiménez-Ruiz C, Plaza MM, Hernández Mezquita MA. ¿Se puede predecir el éxito de la intervención mínima en tabaquismo? *Prev Tabacq.* 2001;3:19.
7. Fiore MC. US public health service clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence. *Respir Care.* 2000;45:1200-62.
8. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Health Education Authority. *Thorax.* 2000;55:987-99.
9. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation: evidence based recommendations for the healthcare system. *BMJ.* 1999;318:182-5.
10. World Health Organization. First WHO European recommendations on treatment of tobacco dependence. Evidence based recommendations for health care systems in Europe, 2000. Geneva: WHO; 2000.
11. Guía para ayudar a la gente a dejar de fumar. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2004.
12. Schwartz JL. Methods of smoking cessation. *Med Clin North Am.* 1992;76:451-76.
13. Comas A, Suárez R, López ML Cueto A. Efectividad a largo plazo del consejo antitabaco en atención primaria: el proceso de recaída. *Rev Esp Salud Pública.* 1996;70:283-93.
14. Jarvis MJ, Russell MA, Saloojee Y. Expired air carbon monoxide: a simple breath test of tobacco smoke intake. *BMJ.* 1980;281:484-5.
15. Córdoba-García R, Nerin I. Niveles de intervención clínica en tabaquismo. ¿Son necesarias las consultas específicas en atención primaria? *Med Clin (Barc).* 2002;119:541-9.
16. Nebot M, Cabezas C, Oller M, Moreno F, Rodrigo J, Sarda T, et al. Consejo médico, consejo de enfermería y chicle de nicotina para dejar de fumar en atención primaria. *Med Clin (Barc).* 1990;95:57-61.
17. Nebot M, Cabezas C. Does nurse counseling or offer of nicotine gum improve the effectiveness of physician smoking-cessation advice? *Fam Pract Res J.* 1992;12:263-70.
18. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001;(3):CD001188.
19. Lancaster T, Dobbie W, Vos K, Yudkin P, Murphy M, Fowler G. Randomized trial of nurse-assisted strategies for smoking cessation in primary care. *Br J Gen Pract.* 1999;49:191-4.
20. Hollis JF, Lichtenstein E, Vogt TM, Stevens VJ, Biglan A. Nurse-assisted counseling for smokers in primary care. *Ann Intern Med.* 1993;118:521-5.
21. Camaralles F, Asensio A, Jiménez-Ruiz C, Becerril B, Rodero D, Vidaller O. Efectividad de la intervención grupal para la deshabitación tabáquica. *Med Clin (Barc).* 2002;119:53-7.
22. Cummings SR, Rubin SM, Oster G. The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. *JAMA.* 1989;261:75-9.
23. Badía X. La investigación de resultados en salud. 1.ª ed. Barcelona: Edimac; 2000.