

ARTÍCULO ESPECIAL

Novedades en la intervención sobre el consumo de tabaco desde la atención primaria

M.C. Cabezas Peña

Miembro del GAT (Grupo de Abordaje del Tabaquismo de la semFYC) y del GRAPAT (Grup d'Atenció Primària d'Abordatge del Tabaquisme) de la SCMFiC.

Palabras clave: Atención primaria; Consumo; Intervención; Tabaco.

José González tiene 63 años y es encargado de un supermercado. Fuma, desde que empezó a trabajar a los 14 años, aproximadamente 25 cigarrillos cada día. Hace un año tuvo un infarto y en el hospital le dijeron que «ni se le ocurriera volver a fumar». Lo consiguió durante 6 meses, pero «lo echaba de menos y lo necesitaba más cada día». Cuando se reincorporó al trabajo empezó a fumar algún cigarrillo y ahora ya ha vuelto a las cifras de antes. Es una persona cumplidora y está a disgusto consigo mismo porque ha recaído, pero el trabajo le «estresa», en casa se aburre y el cigarrillo le ha acompañado durante años. Quiere dejar de fumar, pero ¿qué puede hacer para no necesitarlo tanto? No piensa que él pueda dejarlo.

José González no se llama así, ni existe tal como lo hemos descrito, pero comparte características con muchos pacientes de nuestra consulta y nos plantea numerosos interrogantes. Frente a José no sirve el consejo ni la intervención mínima, necesita algo más. Casos como éste, o el de las embarazadas que continúan fumando, o el de los adolescentes que comienzan a fumar, cuestionan nuestros conocimientos cada día. ¿Puede hacer algo por ellos la atención primaria?

Hay pocos temas tan activos como el del estudio del tabaquismo y las posibilidades de intervención. En una búsqueda realizada sobre la base de

datos MEDLINE mediante PubMed, se encontraron 4.788 artículos entre noviembre de 1998 y noviembre de 1999 cuando se introdujo el término *smoking* y 584 cuando el término fue *smoking cessation*. ¿Qué es lo que hace que se investigue (y se publique) tanto sobre este tema? Posiblemente la respuesta es múltiple. Algunas de las razones son conocidas por todos: el consumo de tabaco es la principal causa prevenible de morbimortalidad en países desarrollados, constituye una epidemia en pleno desarrollo en gran parte del mundo, los porcentajes de éxitos conseguidos son limitados para un cierto tipo de personas que fuman (como en los casos descritos), quedan muchos aspectos por explorar en cuanto a terapéutica y seguimiento, etc. Este artículo pretende resumir algunos de los aspectos más relevantes de la investigación sobre tabaquismo publicados en el último año. Necesariamente es una revisión parcial, ya que es imposible abarcarlo todo, así que se han priorizado los aspectos ligados a las guías de práctica clínica y resúmenes de la evidencia y los nuevos fármacos.

Novedades en las revisiones Cochrane

Durante 1999 se han producido modificaciones importantes de cuatro de las revisiones Cochrane relacionadas con la intervención sobre tabaquismo: las que se refieren a la intervención de los profesionales de enfermería¹, la de los sustitutos de la nicotina², la de ansiolíticos y antidepresivos³ y la de la intervención conductual individual llevada a cabo por terapeutas especializados⁴. Vamos a revisar las principales conclusiones de las tres primeras de ellas, ya que

son las que más repercusión tienen para la atención primaria.

El metaanálisis que compara la intervención de los profesionales de enfermería con un control o con el cuidado habitual muestra una *odds ratio* de 1,43 (IC del 95%, 1,24-1,66), sin mostrar diferencias con relación a la intensidad del tratamiento¹. Incluye 15 estudios publicados hasta 1999, sobre 7.912 personas, que en la mayoría de los casos tenían algún tipo de patología. En este metaanálisis no se incluyen los 3 estudios que incluían el consejo de enfermería para dejar de fumar en el contexto de un «chequeo de salud cardiovascular». Estos estudios —el «Oxcheck»⁵, el «Family Heart Study»⁶ y el estudio de Sanders et al⁷—, que tuvieron un amplio eco en el momento de su publicación, no se incluyeron en el análisis principal porque no se disponía de algunos datos necesarios para hacer el análisis común con los otros. Los resultados de estos 3 trabajos sugieren que el consejo de enfermería tiene un efecto menor en el contexto de un examen de salud. Quizás por las similitudes con lo que actualmente se propone como protocolo de intervención en muchas de las consultas de atención primaria en nuestro medio, es importante resaltar uno de los últimos estudios publicados sobre la intervención de enfermería desde la atención primaria, el de Lancaster et al⁸. Se trataba de un ensayo clínico controlado sobre 497 pacientes que comparaba una intervención que incluía consejo médico más consejo extenso y seguimiento por un profesional de enfermería entrenado frente al consejo médico aislado en fumadores no seleccionados. Los autores no encontraron diferencias significativas entre ambas intervenciones, ni en la abstinencia man-

(Aten Primaria 2000; 25: 584-588)

tenida desde los 3 a los 12 meses, ni en la progresión en el proceso de dejar de fumar. Por otro lado, sólo un 30% de las personas incluidas en el grupo del consejo de enfermería aceptó el consejo más extenso.

De los estudios anteriores podríamos deducir pues:

- Que el consejo del profesional de enfermería tiene una efectividad demostrada.
- Primordialmente en personas con patologías.
- No en el contexto de «exámenes de salud» (o lo que en nuestras consultas se denomina «hacer las preventivas»).
- No en fumadores no seleccionados. Por lo tanto, los protocolos de intervención deberían seleccionar el tipo de fumadores que aceptarían mejor y se podrían beneficiar más de esta intervención.

En la actualidad hay 5 formas de presentación de la terapia sustitutiva de nicotina probadas mediante ensayos clínicos controlados. El número de estudios revisados sobre cada una de ellas y los resultados (abstinencia de fumar al menos 6 meses después de haber acabado el seguimiento) pueden verse en la **tabla 1**. En este momento las tres primeras presentaciones están comercializadas en España. Como se observa en la tabla, el metaanálisis de estos estudios muestra una *odds ratio* global de 1,72, sin que existan diferencias significativas según las formas de administración. Esta *odds* es independiente de la intensidad del apoyo adicional que se da a los fumadores (aunque en todos casos incluía al menos algún tipo de consejo breve) o del tipo de centro donde se realiza la intervención, a pesar de que, como el efecto absoluto es mayor en las intervenciones más intensivas, el beneficio es superior en éstas. La revisión también muestra cómo un tratamiento de 8 semanas con el parche es igual de efectivo que tratamientos más largos y que utilizar el parche durante 16 horas cada día es igual de efectivo que utilizarlo las 24 horas. El chicle de 4 mg es más efectivo en fumadores con dependencia alta que el chicle de 2 mg (*odds ratio*, 2,67; IC del 95%, 1,69-4,22). Por el momento no hay evidencia clara de que las combinaciones de sustitutos sean más efectivas que las monoterapias. Sólo un estudio comparaba el uso de

TABLA 1. Efectividad de las diferentes formas de presentación de los sustitutos de la nicotina (Revisión Cochrane, 1999)

Presentación	Odds ratio (IC 95%)	Número de estudios
Chicle	1,63	49
Parche	1,77	32
Spray nasal	2,27	4
Inhalador	2,08	4
Tableta sublingual	1,73	2
Global	1,72 (1,60-1,84)	

bupropion (un antidepresivo del que hablaremos más tarde) con el parche y encontraba que este último era más efectivo usado aisladamente o cuando se combinaba con el parche⁹. Como cita la revisión Cochrane³, las dos razones principales por las que ansiolíticos y antidepresivos pueden desempeñar un cierto papel a la hora de dejar de fumar son, por una parte, que los síntomas de ansiedad y de depresión son comunes cuando se deja de fumar e incluso dejar de fumar, a veces, precipita una depresión; y, por otra parte, que fumar se relaciona con déficit en dopamina, serotonina y noradrenalina, sustancias que aumentan con este tipo de fármacos.

Hay pocos ensayos clínicos con ansiolíticos (incluyendo algunos con bloqueadores beta) para dejar de fumar: uno de diazepam, meprobamato, metoprolol y oxprenolol, y dos de buspirona. Ninguno de ellos mostró evidencia en cuanto a la efectividad para ayudar a dejar de fumar.

También hay pocos ensayos clínicos realizados con antidepresivos: uno con fluoxetina y moclobemida, dos con nortriptilina y cuatro con bupropion. La nortriptilina y el bupropion incrementan la cesación y otros antidepresivos también podrían ser efectivos. El bupropion es un antidepresivo atípico con acción dopaminérgica y adrenérgica aún no comercializado en España, pero que la US Food and Drug Administration ha aprobado para dejar de fumar. El estudio que compara el bupropion con el parche de nicotina encuentra que la tasa de éxitos casi se duplica; por otro lado, parece ser que si se combina el parche con el bupropion la tasa de éxitos se incrementa⁹. Es importante tener en cuenta que la mayoría de estudios con antidepresivos están realizados sobre gente no deprimida, y también que se han realizado sobre fumadores voluntarios, motivados y acompañados de intervenciones llevadas a cabo por terapeutas especia-

lizados y de una intensidad bastante superior a la que se puede realizar habitualmente desde atención primaria.

Nuevas recomendaciones y guías de práctica clínica

También a principios de 1999, Hughes et al publicaron en JAMA una actualización sobre farmacoterapia para dejar de fumar¹⁰. Los autores opinaban que era necesario actualizar las guías de práctica clínica vigentes en Estados Unidos (como las de la Agency for Health Care Policy and Research¹¹—AHCPR— y la de la American Psychiatric Association¹²—APA—, ambas de 1996 y basadas en una revisión sistemática de la evidencia existente hasta entonces y el trabajo posterior de un panel de expertos) para recoger todas las novedades relacionadas con las medicaciones disponibles. Para estos autores:

- Todos los fumadores deberían tener los fármacos accesibles.
- Los diferentes fármacos disponibles (sustitutos de nicotina y bupropion) duplican la tasa de éxitos del placebo.
- No se conocen los factores predictivos de la eficacia de una terapia concreta, por lo que ante un fumador se debería elegir en función de la experiencia previa, la preferencia de la persona y el perfil de efectos adversos del fármaco.

Cuando se leen estas recomendaciones, es importante tener en cuenta que el tipo de fumadores que hay en Estados Unidos y el de nuestro país difiere por varios motivos. La prevalencia es casi 10 puntos porcentuales inferior en Estados Unidos a pesar de que partía de un nivel superior; la concienciación y la presión social empezó mucho antes allí, por lo que diferentes autores consideran que se ha producido una selección del tipo de fumadores, dejando de hacerlo los

menos dependientes y con mayor facilidad para dejarlo y quedando los más dependientes y, por lo tanto, con mayor necesidad de ayuda para dejar de fumar.

También a finales de 1998 y principios del 1999, más de 20 organizaciones del Reino Unido, entre ellas el Royal College of General Practitioners, se han adherido a unas guías de práctica clínica para ayudar a dejar de fumar dirigidas a los profesionales sanitarios y elaboradas por profesionales de prestigio en el campo, a partir de la mejor evidencia disponible: la que sirvió de base a la guía de la AHCPR y las revisiones Cochrane. El formato completo de las guías¹³, y una valoración de la relación coste-efectividad vio la luz en Thorax¹⁴, y una versión resumida con las recomendaciones principales fue publicada en British Medical Journal¹⁵.

Los autores sitúan esta iniciativa dentro del National Health Service Executive (NHSE) Clinical Guidelines Programme. Según este programa, una guía se halla justificada si el problema de salud al que se dirige causa una morbilidad elevada, si existen intervenciones efectivas con buena relación coste-efectividad, si implica la actuación de diversos niveles asistenciales y diferentes tipos de profesionales y si existe una amplia variabilidad de la práctica clínica. Todo esto es válido para el consumo de tabaco.

¿Cuáles son las recomendaciones actuales para la atención primaria?

El papel de la atención primaria es clave y central para conseguir que disminuya el consumo de tabaco, debido principalmente a que la mayoría de las personas que fuman pasan por las consultas de los centros de atención primaria al menos una vez al año, y a que hay datos que demuestran la efectividad de la intervención en miles de fumadores en estudios experimentales controlados. Por otra parte, hay que tener en cuenta que el objetivo de las intervenciones desde la atención primaria no debe considerarse solamente conseguir personas que dejen de fumar. Este objetivo no es realista y no tiene en cuenta las teorías actuales sobre el proceso de cambio de conductas. En la mayoría de las ocasiones un resultado exitoso de una inter-

TABLA 2. Puntos clave

La intervención para ayudar a dejar de fumar desde la atención primaria debe basarse en:
Un abordaje sistemático que facilite la anamnesis y el registro del consumo de tabaco en la historia clínica
La valoración de la motivación de los fumadores para dejar de fumar y la intervención de acuerdo con esta valoración
La concentración de esfuerzos en los fumadores motivados
La recomendación de utilizar sustitutos de la nicotina (y posiblemente, en un futuro, bupropion) y el ofrecimiento de seguimiento en las personas motivadas para dejarlo

TABLA 3. Intervención recomendada por la Guía del Reino Unido y por el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos

Preguntar sobre el consumo de tabaco en cada visita
¿Usted fuma?
¿Quiere dejar de fumar?
¿Ha intentado alguna vez dejar de fumar?
Aconsejar a todos los pacientes que dejen de fumar
Claramente
Personalizadamente
Ayudar al paciente a dejar de fumar
Fijar una fecha
Dar un folleto con consejos prácticos
Aconsejar sustitutos de la nicotina
Revisar la experiencia anterior
Planificar cómo afrontar los problemas que se presenten
Buscar el apoyo de familia y amigos
Fijar seguimiento
Visita una semana después de la fecha establecida para dejar de fumar

Adaptada de: Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. Thorax 1998; 53 (Supl) 5: 1-19. Glynn TJ, Manley MW. How to help your patients stop smoking: The National Cancer Institute Manual for physicians. Bethesda: National Cancer Institute (National Institutes of Health), 1989.

vención puntual desde la atención primaria es un cambio de estadio en este proceso. En un fumador no motivado, nuestro objetivo debe ser motivarlo; el fumador motivado puede llegar a hacer un intento para dejarlo, y el que ha hecho un intento puede mantenerlo y convertirse en un ex fumador. Esto puede condicionar una dificultad para valorar el resultado de las intervenciones, pero puede ayudar a comprender que en la mayoría de las ocasiones los cambios de conducta estables necesitan tiempo y seguimiento a medio plazo. Los rasgos fundamentales de las intervenciones desde este nivel son (tabla 2):

- Un abordaje sistemático que facilite la anamnesis y el registro del consumo de tabaco en la historia clínica.
- La valoración de la motivación de los fumadores para dejar de fumar y

la intervención de acuerdo con esta valoración.

- La concentración de esfuerzos en los fumadores motivados,
- La recomendación de utilizar sustitutos de la nicotina y el ofrecimiento de seguimiento en las personas motivadas para dejarlo.

En cuanto al consejo individual, los elementos claves son (tabla 3):

- Preguntar (sobre el consumo de tabaco en cada oportunidad).
- Aconsejar (a todos los fumadores que dejen de hacerlo).
- Ayudar (a la persona a dejar de fumar).
- Fijar un seguimiento.

Si el paciente quiere dejar de fumar, hay que ayudarlo. En una visita de 5-10 minutos se pueden trabajar los siguientes aspectos:

- Fijar una fecha para dejar de fumar y dejarlo completamente aquel día.
- Revisar las experiencias del pasado para valorar los elementos a favor y las dificultades que se encontrará.
- Planificar: identificar los problemas futuros y cómo se afrontarán. Valorar cómo se abordará el consumo de alcohol.
- Implicar/buscar el apoyo de familia y amigos.
- Probar los sustitutos de la nicotina: utilizar el producto que más se ajuste a las características y las preferencias del paciente.
- Dar un folleto con consejos prácticos para dejar de fumar (como la «Guía práctica para dejar de fumar» que existe en la mayoría de las comunidades autónomas).

Con relación a las actividades de seguimiento, es clave ofrecer una visita la primera semana después de dejar de fumar y valorar con el paciente la posibilidad de otras visitas.

Si la persona ha hecho varios intentos fallidos de dejar de fumar, si ha experimentado síntomas de abstinencia severos o si pide ayuda intensiva, se puede derivar a unidades especializadas.

Cada vez hay más evidencia de que los fármacos pueden desempeñar un papel clave a la hora de dejar de fumar. Por este motivo los expertos anglosajones en el tema, así como las guías citadas anteriormente, recomiendan que los fármacos deben estar disponibles y deben recomendarse a todos los fumadores. Como hemos dicho antes, en nuestro medio esta recomendación debe aplicarse con prudencia, ya que el retraso comparativo en la evolución de la epidemia del tabaquismo hace que aún quede un amplio sustrato de fumadores poco motivados y poco dependientes que requieren intervenciones

de entrevista motivacional, consejo y ayuda no farmacológica. De todas maneras, este es un tema en el que se necesitaría, posiblemente, mayor investigación autóctona.

Es muy importante recordar que no existen fármacos «milagro» para dejar de fumar. El papel del fármaco es el de una ayuda, que disminuye los síntomas de abstinencia y que puede reforzar la motivación y la sensación de autoeficacia de las personas que dejan de fumar, pero es la propia persona la que tiene que escoger dejarlo y tiene que mantener esta decisión. Por otra parte, es importante recordar que los fármacos (sustitutos de nicotina y, en un futuro próximo, bupropion) han demostrado su efectividad en ensayos clínicos rigurosamente controlados y duplican el porcentaje de éxitos en personas con dependencia a la nicotina que difícilmente dejarán de fumar con intervenciones de consejo aislado.

Bibliografía

1. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update Software, 1999.
2. Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update Software, 1999.
3. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics and antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update Software, 1999.
4. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update Software, 1999.
5. Effectiveness of health checks conducted by nurses in primary care: final results of the OXCHECK study. Imperial Cancer Research Fund OXCHECK Study Group. *BMJ* 1995; 310: 1099-1104.
6. Randomised controlled trial evaluating cardiovascular screening and intervention in general practice: principal results of British Family Health Study. Family Health Study Group. *BMJ* 1994; 308: 313-320.
7. Sanders D, Fowler G, Mant D, Fuller A, Jones L, Marzillier J. Randomised controlled trial of anti-smoking advice by nurses in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1989; 39: 273-276.
8. 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: 191-194.
9. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999; 340: 685-691.
10. Hughes JR, Goldstein MG, Hurt RD, Shiffman S. Recent advances in the pharmacotherapy of smoking. *JAMA* 1999; 281: 72-76.
11. 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: 1270-1280.
12. Hughes JR, Fiester S, Goldstein MG, Resnick MP, Rock N, Ziedonis D. American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. *Am J Psychiatry* 1996; 153 (Supl): 1-31.
13. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax* 1998; 53 (Supl 5): 1-19.
14. Parrot S, Godfrey C, Raw M, West R, McNeill A. A guidance for commissioners on the cost-effectiveness of smoking cessation interventions. *Thorax* 1998; 53 (Supl 5): 1-38.
15. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation: evidence based recommendations for the health care system. *BMJ* 1999; 319: 183-185.