

Tres minutos de atención al paciente fumador. Diagnóstico y tratamiento no farmacológico del tabaquismo: utilidad del consejo médico y de la intervención mínima sistematizada

M. Barrueco Ferrero

Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Salamanca. Área de Tabaquismo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica.

Ask, Assess, Advise, Assist, Arrange (preguntar, evaluar, aconsejar, ayudar, controlar).

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera el tabaquismo como la principal epidemia del siglo XX en los países desarrollados y cifra en 1.100 millones el número actual de fumadores: aproximadamente un tercio de la población mayor de 15 años^{1,2}, calculando que en el año 2025 serán 1.600 millones y que el número de muertes anuales que causará el tabaco serán 10 millones³⁻⁵. En España el 35,7% de la población mayor de 16 años es fumadora⁶ y el tabaco constituye ya la principal causa de muerte entre los hombres. Es indudable pues el peligro que para España supone su falta de control⁷ y el beneficio que se derivaría del mismo⁸.

Parecería lógico que ante tamaño problema de salud pública la administración sanitaria hubiera desarrollado y puesto en marcha una estrategia global de prevención y tratamiento del tabaquismo. Sería también lógico que los profesionales sanitarios hubieran incluido la prevención, diagnóstico y tratamiento del tabaquismo entre sus prioridades y por ello entre sus actividades habituales. Nada más alejado de la realidad.

El diagnóstico y tratamiento del tabaquismo son las intervenciones más eficaces y rentables de cuantas actividades pueda desarrollar el personal sanitario. Se dispone de información exhaustiva al respecto y el grado de evidencia confirma la alta rentabilidad de esta intervención cuando se realiza siguiendo los criterios de buena praxis recomendados en las guías de práctica clínica.

Desde el ya mítico estudio de Rusell⁹ se viene demostrando de forma reiterada que el diagnóstico y tratamiento del tabaquismo por los médicos de Atención Primaria presenta numerosas ventajas respecto de la intervención de otros profesionales sanitarios menos accesibles al fumador, pero es que además, el tabaquismo como problema de salud pública sólo se resolverá cuando todos los médicos de Atención Primaria incluyan su diagnóstico y tratamiento entre sus actividades diarias.

Tres minutos de atención al tabaco en cada consulta de un paciente fumador, sólo tres minutos, son suficientes para desarrollar intervenciones de eficacia probada como el consejo médico antitabaco. En el caso de los pacientes fumadores, 3 de los 10 minutos que se reivindican para cada paciente deberían emplearse en fomentar el abandono del tabaco, independientemente del motivo por el que estos fumadores hayan acudido a la consulta.

DIAGNÓSTICO DEL TABAQUISMO

El diagnóstico del tabaquismo se hace a través de la historia clínica tabáquica (*ask*: preguntar) que debería ser realizada a todo paciente que acude en demanda de asistencia a cualquier médico, independientemente del nivel asistencial en el que esta asistencia tenga lugar. El mero hecho de recoger en la historia clínica el hábito tabáquico de forma sistematizada hace que los profesionales estén más predisuestos a actuar sobre dicho hábito (odds ratio [OR]: 3,1; nivel de evidencia A)¹⁰.

Otros aspectos a tener en cuenta en el proceso diagnóstico del tabaquismo son los instrumentos destinados a valorar la dependencia del fumador, así como la motivación del mismo para abandonar el consumo de tabaco. La valoración de la dependencia se realiza mediante distintos tests, entre los que el test simplificado de Fagerström¹¹ para valorar la dependencia de la nicotina es el más utilizado. Igualmente pueden utilizarse otros como el de Richmond¹² para valorar la motivación del paciente para dejar de fumar.

La utilización de métodos analíticos destinados a comprobar la abstinencia tabáquica durante el proceso de

Correspondencia:
Dr. M. Barrueco Ferrero.
Servicio de Neumología.
Hospital Universitario.
Paseo de San Vicente 58-182.
37007 Salamanca.
Correo electrónico: mibafe@telefonica.net

abandono del tabaco puede resultar de ayuda. La determinación de monóxido de carbono en aire espirado mediante cooximetría es un método fácil y barato que, además de informarnos de la abstinencia o no del paciente en las revisiones sucesivas, actúa también como factor motivador para él al poder comprobar el descenso en la concentración del CO en aire espirado de forma casi inmediata a la suspensión del consumo de tabaco¹³. Otros métodos como la determinación de cotinina en diversos fluidos biológicos resultan también de utilidad, aunque por la complejidad de las técnicas de determinación resultan poco accesibles. La cotinina puede medirse en saliva, orina y sangre, siendo los niveles alcanzados en plasma y suero los más estables, sin embargo las muestras de saliva son las de más fácil obtención¹⁴.

Dentro de la historia tabáquica del paciente debe realizarse el diagnóstico de fase del mismo, siguiendo el esquema propuesto por Prochazka y Di Clemente¹⁵, que clasifica a los fumadores en precontempladores (no se plantean abandonar el consumo en los próximos 6 meses), contempladores (se lo plantean en los próximos 6 meses), en preparación (se lo plantean en el próximo mes), en fase de acción (están ya dejando de fumar) y en fase de mantenimiento (llevan más de 6 meses sin fumar). El interés del análisis de fase viene determinado por la necesidad de ajustar nuestra intervención sobre el paciente a las necesidades del mismo (*assess*: evaluar), variables según la fase en la que se encuentre.

No se debe olvidar que hacer progresar al fumador desde la fase de precontemplación hasta la de acción es un proceso largo y complejo en el que es igual de interesante hacer que progrese de fase en la dirección adecuada que conseguir la abstinencia tabáquica y que en ocasiones no respetar las fases del proceso resulta contraproducente.

Una vez realizada la historia tabáquica y establecido el nivel de dependencia física de la nicotina del paciente (mediante el test de Fagerström) deberemos plantearnos qué tipo de intervención se debe realizar. En pacientes con dependencia moderada o severa puede ser recomendable realizar una intervención conductual y un tratamiento farmacológico. En pacientes con dependencia leve o moderada es suficiente con la realización de la intervención conductual estructurada.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO

El tratamiento no farmacológico de los pacientes fumadores con dependencia leve o moderada, una vez realizado el análisis de la fase en la que se encuentran, puede ser abordado a través del denominado consejo médico, intervención aislada no mayor de tres minutos, o de forma sistemática a través de la denominada intervención mínima sistematizada.

Consejo médico

El *consejo médico antitabaco* es definido como una intervención médica de tres minutos de duración, amable, seria, firme, y personalizada, es decir ajustado a las caracte-

rísticas del fumador (*advise*: aconsejar). Además, debe ser estandarizado según la fase de abandono del tabaco en la que se encuentre el fumador.

El consejo se debe dar a todos los pacientes fumadores que acuden a consulta, independientemente del motivo de la misma. El 70% de los fumadores acuden al médico al menos una vez al año y al menos el 60% de ellos desea abandonar el tabaco y consideran que el consejo de su médico puede ser importante para la toma de su decisión.

Por lo general los resultados que se obtienen mediante este tipo de intervención mejoran cuando se acompaña de información escrita y especialmente si se ofrece soporte y seguimiento al paciente que decide dejar de fumar. Con autoayuda se consiguen porcentajes de abstinencia del 10,9% (OR: 1,1), con ayuda de profesionales sanitarios no médicos del 15,8% (OR:1,7) y con consejo médico del 19,9% (OR: 2,2). La realización de la intervención por parte de dos profesionales incrementa la tasa de abandonos hasta el 23,7% (OR: 2,5). El tratamiento efectuado por una variedad de profesionales incrementa la tasa de abstinencia y por ello todos los profesionales sanitarios deberían realizar intervenciones para aconsejar a sus pacientes el abandono del tabaco (evidencia A)¹⁰.

Intervención mínima sistematizada

Cuando se ofrece al paciente información, junto con soporte y seguimiento de su proceso de abandono, se trata de una intervención más amplia denominada intervención mínima sistematizada.

El concepto de *intervención mínima sistematizada* incluye la realización de un consejo antitabaco sistemático acompañado de la entrega de documentación escrita y apoyo psicológico (*assist*: ayudar), así como el seguimiento del paciente en su proceso de deshabituación. Esta intervención debe ser también seria, firme, amable y amigable, breve (no debe sobrepasar los tres minutos cada intervención) y personalizada, es decir, ajustada a las características del fumador y dependerá igualmente en parte de la fase en la que se encuentre¹⁶. Cuanto más continuado sea el consejo y más sistematizada la intervención más eficaces resultan ambos.

Cuando el paciente decide dejar de fumar, deben ser incluidos diversos aspectos conductuales dentro del plan de intervención sistematizada y del seguimiento del proceso de abandono del tabaco por el paciente. Algunos como la realización de la *lista de motivos para dejar de fumar*, la *fijación del día elegido para abandonar el consumo de tabaco*, el *registro diario de cigarrillos* o el *depósito del dinero ahorrado cada día en un lugar visible*, son fundamentales en la fase de acción. Más adelante aspectos como la identificación de las situaciones de riesgo y el desarrollo de estrategias que ayuden a evitar la recaída son también importantes. Otros aspectos como la modificación temporal de las situaciones asociadas al consumo de tabaco, el aumento en la ingesta de líquidos, la ingesta de frutas y verduras, la reducción de los hidratos de carbono y de las grasas o la realización de ejercicio deben ser considerados.

La eficacia de este tipo de intervención es muy discutida. Una reciente revisión Cochrane¹⁷ identificó 12 ensayos clínicos con diversos niveles de intervención, desde la intervención breve individual hasta la grupal, pasando por distintas intensidades de consejo. En esta revisión no se establecieron evidencias de que un consejo más intensivo fuera más efectivo que un consejo breve, ni tampoco entre el consejo individual y el grupal.

La *Clinical Practice Guideline* de la *Agency for Healthcare Research and Quality* del *US Department Of Health and Human Services*¹⁰ señala que si se incrementa la intensidad de la intervención lo hace la eficacia (OR: 1,3 para tres minutos y 2,3 para 10 minutos), si se incrementa el número de sesiones lo hace la eficacia (OR: 1,4 para dos sesiones y 2,3 para más de 8 sesiones), y a mayor duración total de la intervención se obtienen mejores resultados (OR: 1,3 para tres minutos y 3,1 para 90 minutos).

El consejo médico está incluido en distintas guías con orientaciones consensuadas¹⁸⁻²¹. Los profesionales deberíamos incluir el consejo médico y la intervención mínima sistematizada como actividades habituales dentro de la labor asistencial, lo que sin duda produciría tasas de abandono del tabaco con gran impacto sobre la salud pública²².

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ABANDONO

Una vez realizado el diagnóstico e instaurado el tratamiento, el seguimiento del paciente (*arrange*: controlar) verificando que cumple las recomendaciones conductuales y analizando con él las dificultades del proceso, es fundamental.

Es recomendable incluir dentro de las revisiones la determinación de CO en aire espirado, tanto para verificar la abstinencia (aspecto éste limitado a un corto período de tiempo) como por su utilización como refuerzo positivo del paciente.

Las visitas de seguimiento deben realizarse con carácter semanal durante el primer mes y quincenal durante el segundo mes. Posteriormente con visitas a los tres, 6 y 12 meses puede ser suficiente, si bien en los casos de mayor dificultad puede ser recomendable realizar visitas adicionales. La realización de llamadas telefónicas o la utilización del correo electrónico de refuerzo pueden resultar convenientes. En todo caso la frecuencia estará también condicionada por la presión asistencial del medio donde el tratamiento tenga lugar.

CONSIDERACIONES FINALES

Incluir el diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en la práctica asistencial rutinaria debería ser un objetivo de todos los profesionales sanitarios y especialmente de los de Atención Primaria. Diagnosticar y tratar el tabaquismo no es un proceso sofisticado que requiera de complicadas tecnologías, por el contrario constituye más bien un cuerpo teórico y una práctica clínica sencilla que exige pocos recursos pero mucho rigor metodológico. Existen al alcance de cualquiera que lo desee suficiente información²² normativas o guías de práctica clínica tanto escritas^{20,21,23,24} como accesibles a través de internet (<http://www.semergen.es>, <http://semfyc.es>, <http://www.separ.es>, <http://cnpt.es>,

<http://www.ahrq.gov>), como para poder realizar una práctica asistencial de calidad y permanentemente actualizada.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization: Tobacco or Health: A global status report. Geneva, WHO, 1997.
2. Ramström LM. Prevalence and other dimensions of smoking in the world. En: Bolliger CT, Fagerström KO editores. The Tobacco epidemic. Prog Respir Res Basel Karger, 1997, vol 28:64-77.
3. Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. Washington DC: Banco Mundial; 1999.
4. Peto R, López AD, Boreham J, Thun M, Heath C. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimations from national vital statistics. Lancet, 1992; 339:1268-78.
5. López AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. Tobacco Control 1994;3:242-47.
6. Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud de España 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
7. González J, Rodríguez F, Banegas JR, Villar F. Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España. Corrección y actualización de datos. Med Clin (Barc) 1989;93:79.
8. Banegas JR, Rodríguez F, Martín JM, González J, Villar F, Guasch A. Proyección del impacto del hábito tabáquico sobre la salud de la población española y de los beneficios potenciales de su control. Med Clin (Barc) 1993;101:644-49.
9. Rusell MA, Wilson C, Taylo C, Baker CD. Effect of general practitioner's advice against smoking. Br Med J 1979; 2:231-5.
10. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville: US Department Of Health and Human Services; 2000. Agency for Healthcare Research and Quality publication n° 00-032.
11. Fagerström KO, Schneider NG. Measuring Nicotine Dependence: a review of the Fagerström Tolerance Nicotine Questionnaire. J Behav Med 1989;12:159-82.
12. Richmond RL, Kehoe L, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. Addiction 1993; 88: 1127-35.
13. Jarvis MJ, Russell MAH, Salojee Y. Expired air carbon monoxide a simple breath test of tobacco smoke intake. Br Med J 1980;281:484-5.
14. Abrams DB, Follick MJ, Biener L, Carey KB, Hitti J. Saliva cotinine as a measure of smoking status in field settings. Am J Public Health 1987;77:846-8.
15. Prochazka J, Diclemente CC. Stages and processes of selfchange of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychology 1983;51:390-5.
16. The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. JAMA 1996;275:1270-80.
17. Lancaster T, Sterad LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update software, 1999.
18. Row M, Mc Neil A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking interventions in the health care system. Thorax 1998; 53 suppl 1:S1-S19.
19. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Thorax 2000;55:987-9.
20. Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, 2000. Agency for Health Care Policy and Research. Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. JAMA 1996; 275:1270-80.
21. Jiménez CA, Solano S, González de Vega JM, Ruiz M, Flórez S, Ramos A, et al. Tratamiento del tabaquismo. En: Recomendaciones SEPAR. Barcelona: ed. Doyma; 1988.
22. Barrueco M, Hernández Mezquita M. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. Madrid: ed. Paudan; 2001.
23. Torrecilla M. Guía para el Abordaje del Tabaquismo en Atención Primaria. Valladolid: ed. SCLMFYC; 2001.
24. Guideliness for Smoking Cessation. National Health Committee. Wellington (New Zealand), 2002