

Intervención mínima personalizada en el tratamiento del tabaquismo. Resultados de un estudio multicéntrico

C.A. Jiménez Ruiz*, M. Barruero Ferrero**, F. Carrión Valero***, R. Cordovilla**, I. Hernández****, E. Martínez Moragón***, O. Perelló Bosch* y M.J. Ruiz Pardo****

Grupo de Trabajo de Tratamiento del Área de Tabaquismo. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

*Unidad de Tabaquismo. Servicio de Neumología. Hospital de la Princesa. Madrid.

**Servicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario. Salamanca.

***Unidad de Neumología. Hospital de Sagunto. Valencia.

****Servicio de Neumología. Hospital Cruz Roja. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

El objetivo de este estudio ha sido evaluar la eficacia de un plan de intervención mínima personalizada para dejar de fumar en un grupo de fumadores que acuden a la consulta de neumología.

Se diseñó un estudio abierto de 6 meses de seguimiento, multicéntrico, en cuatro consultas de neumología de otras tantas ciudades del Estado español.

Se incluyeron fumadores que acudían a una consulta de neumología con y sin enfermedad respiratoria. Se les agrupó de acuerdo a la fase de abandono del consumo del tabaco: precontemplación y contemplación.

Se valoró el grado de dependencia física a la nicotina, y utilizamos la versión revisada del test de Fagerström. Se midieron las concentraciones de monóxido de carbono (CO) en el aire espirado.

A los fumadores en fase de precontemplación se les aconsejó el abandono del consumo del tabaco y se les suministró un folleto con información sobre el tabaquismo. A los fumadores en fase de contemplación, además de todo lo anterior, se les dio una guía práctica para dejar de fumar. El consejo de abandono del tabaco fue distinto para cada una de las fases.

Los fumadores fueron revisados en dos ocasiones: a las 8 semanas y a los 6 meses, respectivamente. Se valoró el éxito de la intervención para la abstinencia (era obligatorio demostrar concentraciones de CO en el aire espirado ≤ 10 ppm) y el cambio de fase de abandono.

Un total de 313 sujetos se incluyeron en el estudio: 222 varones (70,9%) y 91 mujeres (29,1%). La edad media fue de 47,3 (10,4). De éstos, 92 estaban en fase de precontemplación y 221 en fase de contemplación.

A los 6 meses de seguimiento, el 43% (40 sujetos) de los 92 precontempladores había cambiado de fase de abandono y, de éstos, 21 sujetos (23%) habían dejado de fumar.

A los 6 meses de seguimiento, el 28% (61 sujetos) de los 221 contempladores había cambiado de fase y, de éstos, 20 sujetos (9%) habían dejado de fumar.

La intervención mínima personalizada, tanto en los sujetos con enfermedad como sin ésta, demuestra buenos resul-

tados desde el punto de vista de éxito en la abstinencia y en el del progreso en la fase de abandono.

Palabras clave: *Intervención mínima. Tabaquismo.*

(*Arch Bronconeumol* 1998; 34: 433-436)

Personalized minimal treatment of smoking addiction. Results of a multicenter study

The aim of this study was to evaluate the efficacy of a minimal-intervention smoking cessation program tailored to meet the needs of patients in a pneumology practice.

Six-months open study was designed, multicenter, involving four pneumology practices in different Spanish cities.

Smokers with or without respiratory disease who consulted a pneumologist were included. Patients were grouped according to their phase in the self-change process toward smoking cessation: precontemplation or contemplation.

The level of physical dependence on nicotine was assessed using a revised version of the Fagerström test. CO in exhaled air was also measured.

Precontemplators were advised to quit smoking and given a booklet about smoking addiction. Contemplators were additionally given a practical guide to quitting. Advice on quitting was different for the two different phases.

Smokers were reexamined twice: 8 weeks and 6 months later. We evaluated the success of the physician's intervention of encouragement to abstain (a level of CO in exhaled air [10 ppm was required]) and we recorded change of phase in the cessation process.

Three hundred thirteen subjects were enrolled: 222 men (70.9%) and 91 women (29.1%). After 6 months, 40 (43%) of the precontemplators had changed phase and 21 of them (23%) had stopped smoking; 61 (28%) of the 221 contemplators had changed phase and 20 of them (9%) had quit smoking.

Personalized minimal intervention in subjects with or without disease gives good results in terms of success in quitting as well as progress toward cessation.

Key words: *Minimal intervention. Smoking.*

Correspondencia: Dr. C.A. Jiménez Ruiz.
Unidad de Tabaquismo. Servicio de Neumología.
Hospital de la Princesa.
Diego de León, 62. 28006 Madrid.

Recibido: 13-1-98; aceptado para su publicación: 2-6-98.

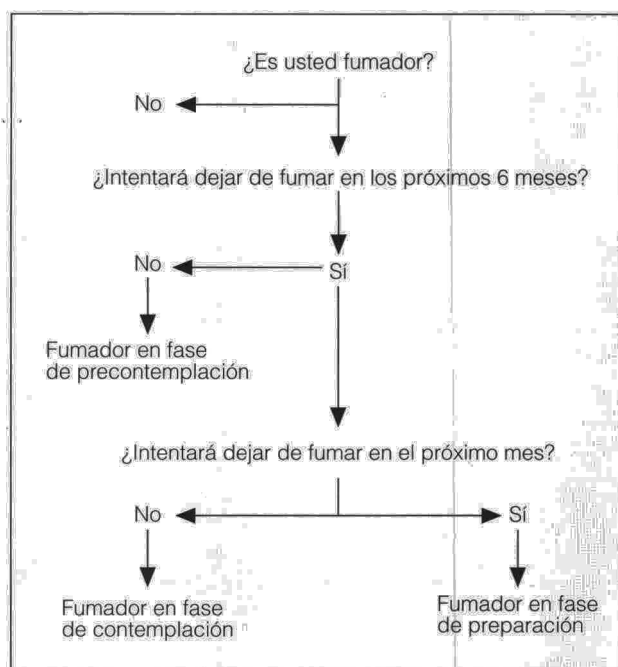


Fig. 1. Diagnóstico de la fase de abandono.

Introducción

El abandono del consumo del tabaco no es un hecho que ocurra de forma puntual en la vida de un fumador, sino una situación a la que se llega después de atravesar un proceso en el que se han descrito cinco fases: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Las tres primeras se diferencian por la distinta sensibilización y motivación para dejar de fumar que tienen los individuos que las integran. Las dos últimas agrupan a individuos ex fumadores, pero de distinto tiempo de evolución¹.

Las posibilidades de abandono del consumo del tabaco que cada fumador tiene vienen determinadas por la fase en la que se encuentra y por su dependencia a la nicotina². Los profesionales sanitarios optimizaremos nuestra intervención sobre los fumadores adecuándola a la fase en la que están. Así, el objetivo fundamental del tratamiento de los fumadores en fase de precontemplación no será que dejen de fumar, sino ayudarles a que progresen adecuadamente a fases más avanzadas dentro de su particular proceso de abandono, y con ello estaremos duplicando sus posibilidades de convertirse en ex fumadores a los 6 meses de nuestra intervención. Por el contrario, el objetivo fundamental del tratamiento de los fumadores en fase de preparación será ayudarles a que definitivamente abandonen el consumo de tabaco, y con ello estaremos quintuplicando sus posibilidades de abandonar el tabaco a los 6 meses después de nuestra intervención¹⁻³.

El Grupo de Tratamiento del Área de Tabaquismo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) ha realizado un estudio multicéntrico abierto de seguimiento para valorar la eficacia de la intervención mínima adecuada a la fase de abandono del

consumo del tabaco en un grupo de fumadores con y sin enfermedad respiratoria. El objetivo fundamental de este trabajo es presentar y discutir los resultados.

Material y métodos

Se incluyeron en este estudio los fumadores que acudieron a cuatro consultas de neumología de cuatro ciudades españolas. Con cada uno de ellos se siguió la siguiente metodología:

Historia clínica

En ésta, se preguntaba el motivo de acudir a consulta y se investigaban las características del tabaquismo del sujeto (número de cigarrillos consumidos al día y número de años de fumador).

Diagnóstico de la fase de abandono del consumo del tabaco

Se realizó de acuerdo a las preguntas especificadas en la figura 1². Los fumadores en fase de preparación no fueron objeto de este estudio.

Valoración del grado de dependencia a la nicotina

Utilizamos el test de Fagerström en su versión revisada⁴.

Medición de los valores de monóxido de carbono (CO) en el aire espirado

Para ello, utilizamos un cooxímetro tipo micro-smokerlyzer (Bedfont-Technical Instruments Ltd., Kent, Reino Unido). El sujeto debía espirar lentamente todo el aire que tuviera en sus pulmones a través de la boquilla del cooxímetro, 15 s después de haber realizado una inspiración profunda⁵.

Tratamiento

A los fumadores en fase de precontemplación se les pautó la siguiente intervención: entrega de una hoja con información sobre tabaquismo y consejo médico de abandono del consumo del tabaco. A los fumadores en fase de contemplación se les ofertó la misma intervención y, además, se les suministró una guía práctica para dejar de fumar. Dicha guía se desarrolló a partir del decálogo para dejar de fumar del Área de Tabaquismo de la SEPAR⁶.

Seguimiento

Todos los sujetos fueron seguidos durante un período de 6 meses. En cada una de las dos revisiones (a las 8 semanas y a los 6 meses), se obtuvo información sobre la situación actual del hábito tabáquico del sujeto y sobre si habían habido o no cambios en la fase de abandono. En todas las visitas, se determinaron las concentraciones de CO en el aire espirado.

Valoración de los resultados

Los resultados de este estudio han sido valorados desde dos puntos de vista:

1. Efectividad de dos tipos de intervención médica (consejo + hoja informativa y consejo + hoja informativa + guía práctica) adecuados a la fase de abandono como medio de trata-

miento del tabaquismo en un grupo de fumadores que acuden a la consulta de neumología.

2. Efectividad de estos tipos de intervención médica como forma de influir en el proceso de abandono del consumo del tabaco por parte de estos fumadores.

Un sujeto era considerado como fumador cuando consumía uno o más cigarrillos al día y/o sus concentraciones de CO en el aire espirado eran superiores a 10 ppm y/o no acudía a las visitas de seguimiento.

Un sujeto era considerado no fumador cuando su declaración verbal de abstinencia era verificada mediante cooximetría en el aire espirado que demostraba 10 o menos ppm de CO⁵.

Los resultados se expresan como media (DE).

Resultados

Características de la población estudiada

Un total de 313 fumadores fueron incluidos en el estudio. Sus características están reseñadas en la tabla I. De éstos, 92 estaban en fase de precontemplación, de los cuales 81 eran varones y 11, mujeres. Su edad media era 46,9 (11,1). La puntuación media del test de Fagerström fue 4,9 (1,9). Los 221 sujetos restantes estaban en fase de contemplación. De éstos, 141 eran varones y 80, mujeres. Su edad media fue 47,9 (10,7). La puntuación media del test de Fagerström fue 5,1 (1,1).

Resultados en la primera visita de revisión (8 semanas de seguimiento)

De los 92 sujetos en fase de precontemplación, 31 (34%) cambiaron de fase y, de éstos, 19 (21%) abandonaron el consumo del tabaco (tabla II).

De los 221 sujetos en fase de contemplación, 44 (20%) cambiaron de fase y, de éstos, 40 (18%) abandonaron el consumo del tabaco (tabla III).

Resultados en la segunda visita de revisión (6 meses de seguimiento)

De los 92 sujetos en fase de precontemplación, 40 (43%) cambiaron de fase y, de éstos, 21 (23%) abandonaron el consumo del tabaco (tabla II). Las concentraciones medias de CO en el aire espirado en el grupo de sujetos con éxito en la abstinencia variaron de 21,7 (8,4) en la primera visita a 3,4 (4,5) en la visita de los 6 meses ($p < 0,5$).

De los 221 fumadores en fase de contemplación, 61 (28%) cambiaron de fase y, de éstos, 20 (9%) dejaron de fumar (tabla III). Las concentraciones medias de CO en el aire espirado en el grupo de sujetos con éxito en la abstinencia cambiaron de 21,9 (9,1) en la primera visita a 4,6 (4,1) en la visita de los 6 meses ($p < 0,5$).

Discusión

El consejo médico de abandono del consumo del tabaco acompañado o no de información escrita es uno de los tipos de intervención sobre tabaquismo que mejor relación coste-efectividad tiene^{7,8}. Sin embargo, son pocos los médicos que lo practican de forma reglada en sus consultas⁹⁻¹².

TABLA I
Características de la población estudiada

N.º	313
Sexo	
Varones (%)	222 (70,9)
Mujeres (%)	91 (29,1)
Edad (años)	47,3 (10,4)
N.º de cigarrillos/día	25,3 (8,7)
Concentraciones de CO	21,9 (9,5)
Puntuación del test de Fagerström	5,1 (1,9)
Enfermedades, n (%)	
EPOC	251 (80)
Infecciones	187 (60)
Tumores	109 (35)
Otras	47 (15)
Sin enfermedad	34 (11)

Algunos resultados se expresan como media (DE). Algunos sujetos tenían más de una enfermedad. CO: monóxido de carbono; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

TABLA II
Resultados de los fumadores en fase de precontemplación

N.º	8 semanas			6 meses		
	Sin cambio (%)	Progreso (%)	Abstinencia (%)	Sin cambio (%)	Progreso (%)	Abstinencia (%)
92	61 (66)	12 (13)	19 (21)	52 (56)	19 (21)	21 (23)

Los resultados de nuestro estudio demuestran que la intervención mínima adecuada a la fase de abandono del fumador es efectiva para el cese del consumo del tabaco a los 6 meses de seguimiento en un 23% de los fumadores en fase de precontemplación y en un 9% de los que están en fase de contemplación. No obstante, también consigue que el 21% de los precontempladores y el 19% de los contempladores progresen a fases más avanzadas dentro de su particular proceso de abandono del tabaco. En el estudio de Jamrozik et al¹³, en el que se seguía a los fumadores durante 12 meses y se les suministraba consejo acompañado de folleto informativo y medición de CO, se llegó a obtener un 17% de éxito. En otro estudio, más similar al nuestro, en el que los fumadores fueron seguidos durante 6 meses y recibieron consejo personalizado de abandono del consumo del tabaco acompañado de información escrita adecuada a cada fumador, se llegó a obtener hasta un 19,1% de éxito¹⁴. La principal característica de nuestro estudio radica en que los fumadores fueron asignados a uno u otro tipo de tratamiento dependiendo de la fase de abandono en la que se encontraban. Tanto los precontempladores como los contempladores recibían consejo para dejar de fumar dado con firmeza y seriedad, de no más de 3 min de duración, con el que utilizando palabras sencillas y huyendo de la terminología científica, se transmitía al paciente la necesidad de abandonar el consumo del tabaco, por ser éste el que le estaba produciendo o agravando su enfermedad, y con el que alertábamos al sujeto de los beneficios que su salud obtendría gracias a la cesación del hábito.

En los precontempladores, tanto el consejo como el folleto que recibían hacían más hincapié en la informa-

TABLA III
Resultados de los fumadores en fase de contemplación

N.º	8 semanas			6 meses		
	Sin cambio	Progreso (%)	Abstinencia (%)	Sin cambio	Progreso (%)	Abstinencia (%)
221	177 (80)	4 (2)	40 (18)	160 (72)	41 (19)	20 (9)

ción sobre el tabaquismo (riesgos, pero sobre todo beneficios de la cesación) que en la imposición de abandono del consumo del tabaco, mientras que en los contempladores se trató de aumentar su autoconfianza para realizar un nuevo intento de abandono y se les adiestró para obtener conclusiones positivas de los pasados intentos fallidos, y además se suministró una guía con consejos prácticos sobre cómo afrontar de forma positiva un nuevo intento de abandono del consumo del tabaco².

Con seguridad, nuestros resultados están influidos por el hecho de que son fumadores, la mayor parte de éstos con sintomatología respiratoria, que acuden a una consulta de neumología. Además, la mayoría de los fumadores tenían dependencia leve y moderada por la nicotina. Estos hechos podrían explicar las tasas de éxito obtenidas aun sin utilizar terapia sustitutiva con nicotina^{2,14}.

Un resultado sorprendente de nuestro estudio es que obtuvimos mejores resultados con los precontempladores que con los contempladores, a pesar de que éstos estén en una fase más avanzada del proceso de abandono del consumo del tabaco. Este dato puede estar influenciado porque el seguimiento ha sido realizado durante 6 meses. Posiblemente, en un seguimiento a más largo plazo algunos de ellos sufrirían recaída y volverían a la fase de contemplación crónica. Obsérvese que el número de contempladores crónicos es muy elevado: 160 sobre 221 (72%) (tabla III).

Creemos que otro resultado destacable es que a los 6 meses de nuestra intervención el 21% de los precontempladores y el 19% de los contempladores, aunque no habían dejado de fumar, sí que habían cambiado a una fase más avanzada dentro de su particular proceso de abandono del consumo del tabaco. Esto debería ser considerado como un éxito parcial de la intervención, pues aunque estos fumadores persisten en el consumo

de tabaco, su motivación y sensibilización para dejar de fumar han aumentado y les pueden llevar a convertirse en ex fumadores en un futuro próximo.

En conclusión, la intervención mínima adecuada a la fase de abandono proporciona buenos resultados tanto desde el punto de vista de éxito en la abstinencia como desde el de progreso a una fase más avanzada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Prochaska JO, Diclemente CC. Stages and processes of selfchange of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51: 390-395.
2. Jiménez Ruiz CA, Solano Reina S, González de Vega JM, Ruiz Pardo MI, Flórez Martín S, Ramos Pineda A et al. Normativa para el Tratamiento del Tabaquismo. Normativa SEPAR n.º 23. Barcelona: Ediciones Doyma, 1997.
3. Prochaska JO, Diclemente CC, Velicer W. Predicting change in smoking status for self-changers. *Addict Behav* 1985; 10: 395-406.
4. Fagerström KO, Schneider N. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström tolerance questionnaire. *J Behav Med* 1989; 12: 159-182.
5. Jarvis MJ, Russell MAH, Saloojee Y. Expired air carbon monoxide: a simple breath test of tobacco smoke intake. *Br Med J* 1980; 281: 484-485.
6. Jiménez Ruiz CA, González de Vega JM, Escudero Bueno C, García Hidalgo J, Roca Torrent J, Solano Reina S et al. Manuales SEPAR. Tabaquismo (Vol. 1), 1995; 1-109.
7. Plans P, Navas E, Tarín A, Rodríguez G, Gali N, Gayta R et al. Coste-efectividad de los métodos de cesación tabáquica. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 49-53.
8. Cummings SR, Rubin SM, Oster G. The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. *JAMA* 1989; 261: 75-79.
9. Ockene JK. Physician-delivered interventions for smoking cessation strategies for increasing effectiveness. *Prev Med* 1987; 16: 723-737.
10. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: chronic obstructive lung disease. A report of the surgeon general. US of Health and Human Services Office on Smoking and Health; DHHS Publication n.º 84-50205, 1984.
11. Carrión Valero F, Furest Carrasco I. ¿Se realiza intervención mínima en tabaquismo en nuestro país? *Arch Bronconeumol* 1995; 31 (Supl 1): 24.
12. Jiménez Ruiz CA, Flórez S, Solano S, Ramos A, Ramos L, Forníes E. Smoking prevention in hospitals. Long-term follow-up of a smoking control campaign. *J Roy Soc Health*. En prensa.
13. Jamrozik J, Vessey M, Fowler G et al. Controlled trial of three different anti-smoking intervention in general practice. *Br Med J* 1984; 288: 1.499-1.502.
14. Strecher VJ, Kreuter M, Den Boer D, Kobin S, Hospers HJ, Skinner CS. The effects of computer-tailored smoking cessation messages in family practice settings. *J Fam Pract* 1994; 39: 262-270.