



# Intervención mínima sobre el tabaquismo en la consulta neumológica extrahospitalaria

E. Monsó, A. Rosell, E. Pujol, J. Ruiz, A. Fabregat y J. Morera

Servicio de Neumología. CAP II Santa Coloma de Gramenet.  
Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme.

La intervención mínima (IM) sobre el tabaquismo se ha mostrado como una forma eficaz de conseguir el abandono del hábito tabáquico en la población general. Se fundamenta en el consejo médico a cada paciente fumador, con información complementaria de los efectos del tabaquismo sobre el organismo y las formas de abandonar el hábito tabáquico. La población de pacientes que consulta por enfermedad neumológica puede ser especialmente receptiva a la IM, ya que la frecuente relación entre su sintomatología y el hábito tabáquico puede aumentar la motivación para el abandono.

Se ha aplicado un protocolo de IM sobre el tabaquismo en 285 fumadores visitados en una consulta extrahospitalaria de neumología. 208 fumadores (grupo A) recibieron consejo médico y educación sanitaria, con ofrecimiento de seguimiento ulterior. Setenta y siete fumadores (grupo B) recibieron la misma IM suplementada con el ofrecimiento de terapia farmacológica de soporte con chicle de nicotina 2 mg, y explicación de su forma de utilización. Al año de la IM los pacientes fueron contactados telefónicamente para precisar el número de abstinentes, y se corrigió la cifra obtenida según el índice de veracidad de la respuesta telefónica positiva a abstinencia (71,4 %). Un total de 71 (24,9 %) fumadores no fueron localizados telefónicamente por cambio de domicilio, teléfono erróneo, fallecimiento o ausencia de teléfono en el propio domicilio. El número estimado de abstinentes en el grupo A fue de 31,5/160 (19,7 %), y en el grupo B de 8,6/54 (15,9 %) (diferencia no significativa, test de la  $\chi^2$ ). El grupo B sólo utilizó el chicle de nicotina de forma terapéuticamente significativa en un 11,0 % de los casos.

Se concluye que la eficacia de la IM en la consulta extrahospitalaria de neumología es elevada. El grado de utilización de la terapia de soporte con chicle de nicotina en una población no seleccionada es bajo, lo que sugiere que la utilización de chicle de nicotina probablemente debe reservarse para los fumadores con elevada motivación/dependencia.

## Brief intervention in smoking in consultation for respiratory symptoms in the clinical setting

Brief intervention (BI) in smoking has been shown to be an effective way of stopping smoking in the general population. BI involves medical advice given to each smoking patient, with complementary information on the effects of smoking on the body and methods of giving up the habit. Patients who come to the clinic with respiratory disease may be especially receptive to BI since the strong link between their symptoms and smoking may increase their motivation for cessation.

A BI protocol on smoking was applied in 285 smokers seen in an outpatient pneumological clinic. Two hundred eight smokers (group A) received medical advice and health care education with the offer of follow up. Seventy-seven smokers (group B) received the same BI protocol, with the offer of support treatment with nicotine gum (2 mg) and an explanation as to its use. One year after BI the patients were contacted by telephone to determine the number of non-smokers, with the result adjusted according to the truth index (71.4 %) known for telephone response in this context. A total of 71 (24.9 %) smokers were not located by telephone due to change of address, wrong number, exitus or lack of telephone. The estimated number of non-smokers in group A was 31.5/160 (19.7 %) and 8.6/54 (15.9 %) (non significant difference, chi square test). Group B's use of nicotine gum was therapeutically significant in 11.0 % of the cases.

We conclude that the efficacy of BI in the out-patient pneumological clinic is high. The rate of use of nicotine gum support therapy in an unselected population is low, thus suggesting that its use should probably be reserved for smokers with a high motivation/dependence.

*Arch Bronconeumol 1994; 30:12-15*

### Introducción

El abandono del hábito tabáquico ha sido abordado con distintas formas de terapia desde que se demostraron de forma indiscutible los efectos nocivos del

tabaquismo sobre el organismo<sup>1</sup>. El tratamiento en unidades específicas, aunque sólo aplicable a poblaciones seleccionadas y con motivación, se ha mostrado capaz de conseguir proporciones de abstinencias superiores al 30 % al año del inicio de la terapia<sup>2</sup>. Otra aproximación al tratamiento del tabaquismo, la intervención mínima (IM), se basa en el consejo puntual de abandonar el hábito tabáquico que el médico ofrece a su paciente, con o sin ulterior seguimiento. La

Correspondencia: Dr. Eduard Monsó.  
Servicio de neumología. Hospital Germans Trias i Pujol.  
Apdo. correos 72. 08916 Badalona. Barcelona.

Recibido: 30-12-1992; aceptado para su publicación: 18-5-1993.



aplicación de esta simple logística sobre grandes poblaciones de fumadores consigue un número de abstinentes al año muy significativo, aunque porcentualmente discreto. Diversos trabajos iniciales mostraron que la aplicación de los criterios de IM en el ámbito de la asistencia primaria conseguían un gran número de ex fumadores, al ser utilizados en toda la población que efectúa una consulta médica<sup>3</sup>.

La IM sobre el tabaquismo ha sido hasta el presente insuficientemente estudiada en la consulta extrahospitalaria especializada. El colectivo de pacientes neumológicos presumiblemente podría ser especialmente receptivo a la IM, al ser su sintomatología fácilmente relacionable con el hábito tabáquico. De hecho, la percepción por parte del paciente de la asociación entre su enfermedad y el hábito tabáquico es una de las variables que se han mostrado predictivas de la probabilidad de dejar de fumar<sup>4</sup>.

La IM se ha reforzado en diversos estudios con terapia de soporte con nicotina, pero hasta la actualidad no hay evidencia de la efectividad de este tipo de terapia sobre una población no seleccionada de pacientes neumológicos.

Conocida la eficacia del consejo médico para inducir el abandono del hábito tabáquico en la población de pacientes fumadores que consultan a su médico de cabecera en nuestro medio (5,3 %), sensiblemente superior a la proporción de abstinencias espontáneas en una población no intervenida (2,3 %)<sup>5</sup>, el objetivo de este trabajo ha sido conocer el grado de efectividad de la IM aplicada en una población extrahospitalaria de pacientes neumológicos, presumiblemente más motivable al abandono del hábito, y el grado de aceptación de la terapia de soporte con chicle de nicotina añadida a la IM. Se ha aplicado consejo médico de abandono del hábito tabáquico, con ofrecimiento de seguimiento a un grupo de 285 fumadores visitados en una consulta extrahospitalaria de neumología, y se recomendó a un subgrupo de ellos la terapia de soporte con chicle de nicotina.

## Material y métodos

El trabajo se realizó en la consulta de neumología de un centro de asistencia primaria del Barcelonés Norte. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes fumadores habituales visitados consecutivamente por enfermedad respiratoria, con edades comprendidas entre los 15-70 años. Los motivos de consulta fueron asma bronquial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, bronquitis aguda, dolor torácico o examen preoperatorio<sup>6</sup>. Se consideraron fumadores habituales todos los pacientes que habían consumido más de un cigarrillo/cigarro/pipa al día durante los 6 meses anteriores a la consulta. De entrada, en el protocolo de deshabitación por intervención mínima se consideraron criterios de exclusión toxicomanía, enfermedad terminal y psicopatía que requiriera tratamiento farmacológico regular. A un primer grupo (grupo A; enero-junio 1990; 208 pacientes,  $\bar{X}$  42,6 años; rango, 18-75; varones 182, mujeres 26; consumo de tabaco  $\bar{X}$  22,9 cigarrillos/día; rango 3-60, un paciente fumador de puros) se recomendó el abandono del hábito tabáquico en la consulta médica, sin apoyo farmacológico. Un segundo grupo (grupo B; enero-mayo 1991; 77 pacientes,  $\bar{X}$  45,1 años;

rango 20-72; varones 64, mujeres 13; consumo de tabaco  $\times$  19,9 cigarrillos/día; rango, 12-40; 2 pacientes fumadores de puros) recibió el mismo consejo, con el ofrecimiento complementario de terapia farmacológica con chicle de nicotina. La IM en ambos grupos consistió en una entrevista informativa, inmediata al consejo médico, con una diplomada en enfermería especializada en el tratamiento del tabaquismo, en la que se explicaban los efectos del consumo de tabaco y las formas de abandono del hábito, y se ofrecía soporte psicológico ulterior. El mensaje se reforzaba con un folleto informativo facilitado al final de la entrevista. En el segundo grupo estudiado se añadió a la IM información de las ventajas de la utilización de chicle de nicotina 2 mg para el abandono del hábito, con explicación detallada de la forma de utilización de este tratamiento. Se valoraron embarazo, lactancia, cardiopatía isquémica, y arritmia como contraindicaciones para la utilización del chicle de nicotina como tratamiento de soporte. La pauta recomendada fue de un mínimo de 6 chicles de nicotina/día durante el primer mes, con adecuación individualizada de la dosis, y disminución progresiva posterior. Se ofreció al paciente la visita en cualquier momento de los meses inmediatos, para facilitar el manejo del abandono del hábito. Los pacientes fueron contactados telefónicamente al mes 12, para conocer su hábito tabáquico. La respuesta telefónica positiva a abstinencia a los 12 meses de la IM fue ajustada con un coeficiente de corrección, conociendo que en nuestro medio esta respuesta únicamente es verdadera en un 71,4 % de los casos<sup>4</sup>. Los resultados obtenidos se compararon utilizando el test de la  $\chi^2$ .

## Resultados

El grupo A estaba formado por 208 pacientes, de los cuales 92 (49,2 %) se mostraron favorables al abandono del hábito tabáquico. Del total de pacientes visitados del grupo A y favorables al abandono del hábito 18/92 mantenían contacto regular con la consulta de neumología al año de la IM, y eran abstinentes. De los 74 restantes se pudo localizar telefónicamente a 53, de los que nueve se reconocieron abstinentes. Los pacientes a los que se había aplicado IM pero no mostraron interés en abandonar el hábito tabáquico también fueron contactados telefónicamente. De ellos, 89 fueron localizados y se reconocieron abstinentes 10. Las causas de no localización telefónica fueron cambio de domicilio, fallecimiento, número erróneo o paciente sin teléfono en su domicilio. Conociendo que la veracidad de la respuesta telefónica positiva al abandono del hábito tabáquico en nuestra población es de 71,4 %, en número real estimado de abstinentes al año de la IM en el subgrupo de pacientes contactados telefónicamente fue de 13,5. Así, el total de pacientes abstinentes en el grupo A, al que se aplicó IM en la consulta especializada de neumología fue de 31,5/160 (19,7 %).

El grupo B estaba formado por 77 pacientes a los que se aplicó IM con la misma pauta que en el grupo A, y a los que se ofreció tratamiento con chicle de nicotina 2 mg como soporte, con explicación del manejo de esta forma de terapia. Telefónicamente se localizaron 54 pacientes al año de la IM, y 12 se reconocieron como abstinentes. Utilizando el factor de corrección de veracidad de la respuesta telefónica



positiva a abstinencia, el número real estimado de abstinentes en el grupo B fue de 8,6/54 (15,9 %) (diferencia estadísticamente no significativa respecto al grupo A). Del total de pacientes a los que se recomendó la utilización de chicle de nicotina tan sólo utilizaron esta terapia de una forma clínicamente significativa ( $> 6$  chicles de nicotina/día  $> 15$  días) 6/54 pacientes (11,0 %).

## Discusión

El reconocimiento del efecto perjudicial del tabaquismo sobre la salud<sup>1</sup>, y del poder adictivo de la nicotina presente en el humo del tabaco<sup>7</sup>, ha hecho imprescindible la iniciación de proyectos destinados a conseguir una disminución de la prevalencia del tabaquismo en la población. La combinación de medidas de ámbito social (legislación, campañas a través de los medios de comunicación, etc.)<sup>8-10</sup> con la incorporación del tratamiento del tabaquismo a la red asistencial sanitaria<sup>11, 12</sup> ofrece las mejores perspectivas para conseguir este objetivo.

El tratamiento del tabaquismo en unidades especializadas ha demostrado que es capaz de conseguir abstinencias superiores al 30 % un año después del inicio del tratamiento<sup>2, 13</sup>. Sin embargo, las unidades de tratamiento del tabaquismo fundamentalmente son útiles para tratar al paciente motivado y con alta dependencia física y/o psíquica, y no están diseñadas para tratar a grandes poblaciones. Para tratar la población fumadora en el marco de la red sanitaria asistencial se ha creado el concepto de IM, cuyo pilar fundamental es el consejo médico en la consulta sanitaria, suplementado con educación sanitaria y ofrecimiento de soporte ulterior y seguimiento. Diversos estudios han demostrado la eficacia del consejo médico en la consulta de medicina general para el abandono del hábito tabáquico, con abstinencias entre el 4,4 y el 35 % al año de la IM<sup>3, 14, 15</sup>. En nuestro medio el consejo médico en la consulta de medicina familiar ha mostrado que puede conseguir un 5,3 % de abstinencias al año, respecto un 2,3 % de abstinencias espontáneas, sin aplicación de IM<sup>5</sup>. Estos resultados, aunque muy inferiores a los obtenidos en las unidades de tratamiento del tabaquismo, son extraordinariamente positivos. La IM se aplica sobre la población que efectúa una consulta sanitaria, y por lo tanto puede alcanzar a la gran mayoría de la población en algún momento.

El paciente fumador que consulta por enfermedad al ámbito de la asistencia especializada puede beneficiarse también de la IM, ya que se ha estimado que puede conseguirse una proporción superior de abstinencias en esta población. En muchos casos la sintomatología o enfermedad que presenta el paciente es claramente relacionable con el hábito tabáquico, por lo que será más fácil conseguir motivar al paciente al abandono. En pacientes afectados de cardiopatía isquémica el consejo médico puede lograr un 63 % de abstinencias a los 3 años<sup>16</sup>. En pacientes neumológicos se ha notificado un 27 % de abstinencias a los 6 meses-7 años de la IM<sup>17</sup>. La población de pacientes dia-

béticos, sin embargo, se ha mostrado como muy refractaria a la IM, con sólo un 1 % de abstinencias al año del consejo médico<sup>18</sup>. De hecho, aunque la población afectada de enfermedad crónica hipotéticamente sería más fácil de motivar que la población general, Tonnessen et al, en 1988, únicamente pudieron conseguir un 16 % de abstinencias a los 22 meses de la IM en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, frente a un 45 % en la población general<sup>19</sup>. Es muy probable que la población de pacientes con enfermedad crónica relacionable con el tabaquismo represente en parte al grupo de fumadores que no han conseguido dejar de fumar en fases iniciales de la enfermedad, favoreciendo una cronificación de su sintomatología. Esta población podría ser especialmente refractaria al abandono del hábito tabáquico.

La población que consulta por enfermedad neumológica en la consulta especializada es muy adecuada para la aplicación de IM. En nuestro medio se consigue una proporción de abstinencias del 19,7 % al año de la IM con ofrecimiento de seguimiento, proporción muy superior a la obtenida en el ámbito de la medicina familiar. Sobre la cifra de abstinentes obtenida por vía telefónica, se ha aplicado un factor de corrección que ajusta el dato considerando la veracidad de la respuesta telefónica positiva a abstinencia tabáquica en nuestra población. Nebot et al precisaron que la veracidad de esta respuesta positiva es del 71,4 %, utilizando como control la determinación de CO en aire espirado<sup>4</sup>. La sensibilidad de la determinación de CO en aire espirado para detectar tabaquismo actual es de alrededor del 90 %<sup>20</sup>.

El soporte farmacológico se ha usado como adyuvante para aumentar la proporción de abstinentes con IM sobre el tabaquismo. La terapia con nicotina ha sido la única que se ha mostrado útil en este sentido<sup>21, 22</sup>. La forma de administración de nicotina más utilizada hasta la actualidad ha sido el chicle, que en diversas poblaciones ha sido eficaz para aumentar la proporción de abstinencias en los meses inmediatos a la IM<sup>18, 23-26</sup>. Sin embargo, el uso del chicle de nicotina, en algunos trabajos, no ha mostrado aumentos en la proporción de abstinentes al año de la IM cuando se ha aplicado en poblaciones no seleccionadas<sup>27-29</sup>. En nuestro medio la recomendación del uso de chicle de nicotina en una población no seleccionada que consulta por enfermedad neumológica no ha aumentado la proporción de abstinencias al año (15,9 %). Este resultado sin duda viene en parte motivado por la baja aceptación de esta terapia de soporte en nuestra población, que utilizó escasamente el chicle de una forma terapéuticamente eficaz (11,0 %), hecho que ya ha sido observado en otras poblaciones extrahospitalarias<sup>30</sup>. Nuestros resultados sugieren que la terapia de soporte farmacológico con chicle de nicotina fundamentalmente es útil en poblaciones seleccionadas, con una motivación media/alta a abandonar el hábito<sup>19</sup>, como se ha evidenciado también en nuestro país con poblaciones fumadoras de trabajadores de la sanidad<sup>31</sup>.

Nuestros resultados permiten concluir que la aplicación de IM sobre el tabaquismo en la población extra-



hospitalaria que consulta por enfermedad neumol6gica da resultados muy positivos, con obtenci6n de abstinencias superiores al 15 % al a6o de la IM. La utilizaci6n de terapia farmacol6gica complementaria con chicle de nicotina es aconsejable que se reserve para grupos seleccionados, a los que se pueda hacer un seguimiento estrecho en las semanas inmediatas a la IM.

## BIBLIOGRAFÍA

- Sherman CB. Health effects of cigarette smoking. *Clin Chest Med* 1991; 12:643-658.
- Salvador-Llivina T, Marín D, Agustí-Vidal A. El tratamiento del tabaquismo. Niveles de intervenci6n. *Med Clin (Barc)* 1987; 89:45-51.
- Russell MA, Stapleton JA, Jackson PH, Hajek P, Belcher M. District programme to reduce smoking: Effect of clinic supported brief intervention by general practitioners. *Br Med J* 1987; 295:1.240-1.244.
- Nebot M, Cabezas C, Oller M, et al. Consejo m6dico, consejo de enfermería y chicle de nicotina para dejar de fumar en atenci6n primaria. *Med Clin (Barc)* 1990; 95:557-561.
- Nebot M, Soler M, Martín C, et al. Efectividad del consejo m6dico para dejar de fumar: Evaluaci6n del impacto al a6o de la intervenci6n. *Rev Clin Esp* 1989; 184:201-205.
- Monsó E. Perfil de una consulta de neumología de asistencia primaria. *Ann Med (Barc)* 1991; 77:7-9.
- Cohen C, Pickworth WB, Henningfield JE. Cigarette smoking and addiction. *Clin Chest Med* 1991; 12:701-710.
- Fielding JE. Smoking: Health effects and control (second of two parts). *N Engl J Med* 1985; 313:555-561.
- Mogielnicki RP, Neslin S, Dulac J, Balestra D, Gillie E, Corson J. Tailored media can enhance the success of smoking cessation clinics. *J Behav Med* 1986; 9:141-161.
- Warner KE. Effects of the antismoking campaign: an update. *Am J Public Health* 1989; 79:144-151.
- Fisher Jr EB, Haire-Joshu D, Morgan GD, Rehberg H, Rost K. Smoking and smoking cessation. *Am Rev Respir Dis* 1990; 142:702-720.
- Health and Public Policy Committee. American College of Chest Physicians. Methods for stopping cigarette smoking. *Ann Int Med* 1986; 105:281-291.
- Rametsteiner K, Ruhsam H, Sommer O. Report of experiences of a demoscopic survey of a 5 day therapy group for the cessation of smoking. *Wien Med Wochenschr* 1988; 138:142-146.
- Richmond RL, Austin A, Webster IW. Three year evaluation of a programme by general practitioners to help patients to stop smoking. *Br Med J* 1986; 292:803-806.
- Wilson DM, Taylor DW, Gilbert JR, Best JA, Lindsay EA, Willms DG, Songor J. A randomized trial of a family physician intervention for smoking cessation. *JAMA* 1988; 260:1.570-1.574.
- Burt A, Thornley P, Illingworth D, White P, Shaw TRD, Turner R. Stopping smoking after myocardial infarction. *Lancet* 1974; 1:304-306.
- Pederson LL, Williams JI, Lefcoe NM. Smoking cessation among pulmonary patients as related to type of respiratory disease and demographic variables. *Can J Public Health* 1980; 71:191-194.
- Haire-Joshu D, Fisher EB Jr. The prevalence and clinical impact of smoking in diabetic subjects. Presentado en la reuni6n anual de la Society for Behavioral Medicine. Chicago, Illinois, abril, 1990.
- Tonnesen P, Fryd V, Hansen M, Helsted J, Gunnersen AB, Forchammer H, Stockner M. Two and four mg nicotine chewing gum and group counselling in smoking cessation: an open, randomized, controlled trial with a 22 month follow-up. *Addict Behav* 1988; 13:17-27.
- Jarvis MJ, Tunstall-Pedoc H, Feyerabend C, Vesey C, Salooje Y. Comparison of tests used to distinguish smokers from non-smokers. *Am J Public Health* 1987; 77:1.435-1.438.
- Gourlay SG, McNeil JJ. Antismoking products. *Med J Aust* 1990; 153:699-707.
- Prignot J. Pharmacological approach to smoking cessation. *Eur Resp J* 1989; 2:550-560.
- Jensen EJ, Schmidt E, Pedersen B, Dahl R. Effect of nicotine, silver acetate, and ordinary chewing gum in combination with group counselling on smoking cessation. *Thorax* 1990; 45:831-834.
- Oswald JS, Worden WL, Cox JL. The efficacy of nicotine gum in group-centered smoking cessation therapy in a family practice. *J Fam Pract* 1988; 27:179-183.
- Sutton S, Hallet R. Randomized trial of brief individual treatment for smoking using nicotine chewing gum in a workplace setting. *Am J Public Health* 1987; 77:1.210-1.211.
- Fortmann SP, Killen JO, Telch MJ, Newman B. Minimal contact treatment for smoking cessation. A placebo controlled trial of nicotine polacrilex and self-directed relapse prevention: initial results of the Stanford stop smoking project. *JAMA* 1988; 260:1.575-1.580.
- Harackiewicz JM, Blair LW, Sansone C, Epstein JA, Stuchell RN. Nicotine gum and self-help manuals in smoking cessation: an evaluation in a medical context. *Addict Behav* 1988; 13:319-330.
- Page AR, Walters DJ, Schlegel RP, Best JA. Smoking cessation in family practice: The effects of advice and nicotine chewing gum prescription. *Addict Behav* 1986; 11:443-446.
- DeWit H, Camic PM. Behavioral and pharmacological treatment of cigarette smoking: End of treatment comparisons. *Addict Behav* 1986; 11:331-335.
- Johnson RE, Stevens VJ, Hollis JF, Woodson GT. Nicotine chewing gum use in the outpatient care setting. *J Fam Pract* 1992; 34:61-65.
- Agustí A, Estopá R, González J, Guerra D, Marín D, Roig P. Estudio multicéntrico de la deshabitaci6n tabáquica con chicle de nicotina en personal sanitario. *Med Clin (Barc)* 1991; 97:526-530.