



Original

Resultados de una consulta monográfica de tabaquismo en un centro de atención primaria

Gemma María Colomer Andrés^{a,*}, Rosa María López Fraile^b, María del Mar Artigau Rofes^b, Olivia Hidalgo Nicolau^b, Mireia Aymami Martínez^b, Josefina Ribó Ribalta^a

^aCentro Atención Primaria. Vendrell (Tarragona). ^bCentro Atención Primaria. Vila-seca (Tarragona).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 14 de noviembre de 2018

Aceptado el 14 de enero de 2019

On-line el 23 de abril de 2019

Palabras clave:

Tabaquismo

Cesación

Atención primaria

R E S U M E N

Objetivos. El tabaquismo es un factor de riesgo prevenible, por lo que su cese es un objetivo importante en atención primaria. Los principales objetivos del estudio son evaluar los resultados de una consulta monográfica en tabaquismo (CMT) en atención primaria a los 6 meses y al año de la intervención y objetivar las características de los pacientes y describir los tratamientos empleados.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes que acudieron derivados a la CMT en el centro de salud durante un año. Se registraron mediante historia clínica los test de dependencia y motivación, la cooximetría y las visitas de seguimiento junto con los tratamientos seleccionados.

Resultados. Se estudiaron 47 pacientes con edad media de 52 años (DE 14) sin práctica diferencia de sexo (51,1 % mujeres y 48,9 % varones). La mayoría de los pacientes tenían una motivación alta (46,8 %) y eran disonantes (78,7 %) en fase contemplativa (72,3 %). Durante las visitas de seguimiento se observó una disminución de la continuación; a los 6 meses de la intervención el 49 % había dejado de fumar, pero al cabo de un año recayeron el 80 % de estos.

Conclusiones. Los pacientes consiguieron dejar de fumar al cabo de 6 meses, pero al cabo de un año la mayoría recayeron, por lo que se debería de realizar un protocolo de intervención entre los 6 y 12 meses.

© 2019 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gcolomer@xarxatecla.cat (G.M. Colomer Andrés).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2019.007>

2254-5506 / © 2019 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Results of a monographic consultation on smoking habit in a primary care center

A B S T R A C T

Keywords:

Smoking

Cessation

Primary health care

Objectives. Smoking is a health risk factor. Its cessation is an important point in the primary health care. Study's main objectives are to evaluate the results of a monographic smoking consultation in primary health care 6 months and a year after the beginning of intervention, to define patients' characteristics and to describe the treatments used.

Material and methods. It is a retrospective descriptive study of all patients who came to the consultation at the health center during a year. Dependence and motivation test, coximetry and the follow-up visits were registered in the medical history together with the selected treatments.

Results. 47 patients were studied with a middle age of 52 years (OF 14) without gender difference (51,1% female and 48,9% males). The most of the patients had a high motivation (46,8%) and they were dissonant (78,7 %) in the contemplative phase (72,3 %). At the follow-up visits there was a decrease in the continuation. After 6 months of intervention, the 49% had ceased smoking but a year after 80 % of them relapsed.

Conclusions. 6 months later patients stopped smoking. After a year the majority relapsed, so an intervention protocol performed between 6 and 12 months duration could give better results.

© 2019 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

Las patologías relacionadas con el consumo de tabaco son uno de los motivos más importantes en la consulta habitual en el ámbito sanitario, en general, y en atención primaria, en particular. El tabaquismo se considera el primer problema de salud pública prevenible en los países desarrollados, ya que es uno de los principales factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, respiratorias y de neoplasias, así como para elevada mortalidad.

Según las estimaciones realizadas por la OMS, en 2016 más de 1,1 billones de personas de la población mundial adulta fuma. En la Unión Europea se observa una reducción progresiva de la prevalencia de fumadores especialmente en los hombres¹.

En España, la Encuesta Nacional (ENSE) de 2017 señala que un 22 % de la población de más de 15 años (25,6 % hombres y 18,7 % mujeres) afirma fumar a diario, el 2,3 % de forma ocasional, el 24,9 % declara ser exfumador y el 50,6 % no ha fumado nunca. Se observa un continuo descenso en el consumo de tabaco en la población española².

Por tanto es importante aumentar las cesaciones de los fumadores mediante programas monográficos para el abandono del tabaco desde atención primaria, ya que son más accesibles para los pacientes³.

En este estudio evaluamos los resultados de dicha consulta al cabo de 6 meses y al cabo de un año de la intervención, así como el registro de las características y de los tratamientos empleados en los pacientes.

y al cabo de un año en un centro de atención primaria. Se han revisado las características de los pacientes, los tratamientos utilizados, el seguimiento y la cesación o no del hábito tabáquico.

Material y métodos

El diseño del estudio es descriptivo retrospectivo.

Se incluyó a todos los pacientes fumadores mayores de 18 años, con motivación moderada-alta, que fueron derivados a la consulta monográfica de tabaquismo en el centro de salud de Vila-seca (Tarragona) durante el año 2017 por parte de sus médicos y enfermeras de atención primaria. Los pacientes menores y con motivación baja fueron excluidos.

La consulta monográfica está integrada por un médico y una enfermera de atención primaria del centro, especializados en dicho tema. Se encuentra ubicada en el mismo centro con una asistencia de dos horas semanales.

En primer lugar, los pacientes que van a la consulta de sus médicos o enfermeras de referencia del centro de salud son captados mediante una entrevista motivacional y un formulario en que se registran las patologías asociadas, el tipo de fumador, la fase del abandono, la dependencia mediante el test de Fagerström y la motivación mediante el de Richmond. En este primer día se realiza una breve intervención: se entrega material informativo al paciente sobre las patologías relacionadas y el abandono del hábito tabáquico. Si los pacientes están de acuerdo, se les entrega el documento del consentimiento informado del estudio y son derivados a la consulta monográfica de tabaquismo.

Los pacientes con motivación moderada-alta son derivados a dicha consulta unos días antes de dejar de fumar⁴. En esta

Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es evaluar los resultados de una consulta monográfica de tabaquismo al cabo de seis meses

Tabla 1 – Variables registradas.

Variables		Nº pacientes Total = 47	Porcentajes
Tipo fumador	Consonantes	5	10,6 %
	Disonantes	37	78,7 %
	No registrado	5	10,6 %
Dependencia	Baja	11	23,4 %
	Moderada	11	23,4 %
	Alta	12	25,5 %
	No registrado	13	27,7 %
Motivación	Moderada	1	2,1 %
	Alta	22	46,8 %
	No registrado	24	51,1 %
Fase abandono	Precontemplativa	7	14,9 %
	Contemplativa	34	72,3 %
	Activa	6	12,8 %
Tratamiento	Consejo médico	3	6,8 %
	Vareniciclina	13	27,7 %
	TSN	3	6,4 %
	Vareniciclina + TSN	1	2,1 %

TSN: terapia substitutiva con nicotina.

primera visita monográfica se registra de nuevo la motivación y se miden las concentraciones de monóxido de carbono en aire espirado determinado mediante el cooxímetro (MicroMedical-Carefusion) y se registra el peso. En este día se aborda el plan terapéutico, es decir, la reducción o cesación del tabaco según la fase en la que se encuentra el paciente fumador dentro de su proceso particular de abandono, fases definidas por Prochaska y Di Clemente⁵ (precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento).

Una vez realizado el análisis de la fase en que se encuentran, se elige el tratamiento de manera individualizada: no tratar farmacológicamente, tratar con terapia sustitutiva con nicotina (TSN), vareniciclina o tratamiento combinado.

En la siguiente visita presencial, unos 7 días después de dejar de fumar, se registra el estado actual del paciente (reducción, abstinencia o si sigue fumando), se realiza una

cooximetría y se valoran los síntomas del síndrome de abstinencia. Además, se objetiva el control de fármacos empleados (cumplimiento, adhesión y efectos adversos).

Posteriormente se realizan tres visitas presenciales de mantenimiento al cabo de 15 días, de un mes y de tres meses para evaluar y registrar la evolución. Las siguientes se realizan mediante una encuesta telefónica al cabo de 6 y 12 meses. En dichas encuestas telefónicas se determina el abandono del tabaco.

Para la estadística descriptiva se emplearon la media aritmética y la desviación estándar de la media (DE) para las variables cuantitativas y porcentajes para las variables cualitativas. Se procesaron los datos estadísticos con el programa SPSS.

Resultados

La edad media de los 47 pacientes reclutados fue de 52 años (DE 14); un 51,1 % fueron mujeres y el 48,9 % varones.

Se registraron las variables de tipo de fumador, nivel de dependencia y motivación, fase del abandono y los tratamientos utilizados (Tabla 1).

El 10,6 % eran fumadores consonantes, el 78,7 % disonantes y en el 10,6 % no se registró. Tenían una dependencia nicotínica en el test de Fagerström baja el 23,4 %, moderada el 23,4 %, alta el 25,5 % y sin registro el 27,7 %. Se encontraban con motivación moderada el 2,1 %, alta el 46,8 % y no estaba registrado en el 51,1 %.

Se encontraban en fase precontemplativa el 14,9 %, contemplativa el 72,3 % y activa el 12,8 %.

En el 6,8 % se empleó el consejo médico, en 27,7 % la vareniciclina, en 6,4 % la TSN y en 2,1 % la vareniciclina más TSN.

A la visita control de después de dejar de fumar acudieron 37 pacientes (78 %); de estos, 17 acudieron a las siguientes visitas.

Se realizaron encuestas telefónicas a los 47 pacientes incluidos. Al cabo de 6 meses desde el inicio, el 49 % no fumaba, el 34 % fumaba y el 17 % no contestó a la llamada. Al cabo de 12 meses de la intervención se llamó a los 23 pacientes que habían dejado de fumar y un 80 % habían recaído (Fig. 1).

Por tanto, el 49 % dejó de fumar al cabo de 6 meses y el 10,6 % de los pacientes incluidos en el estudio dejaron de fumar al cabo de un año de la intervención.

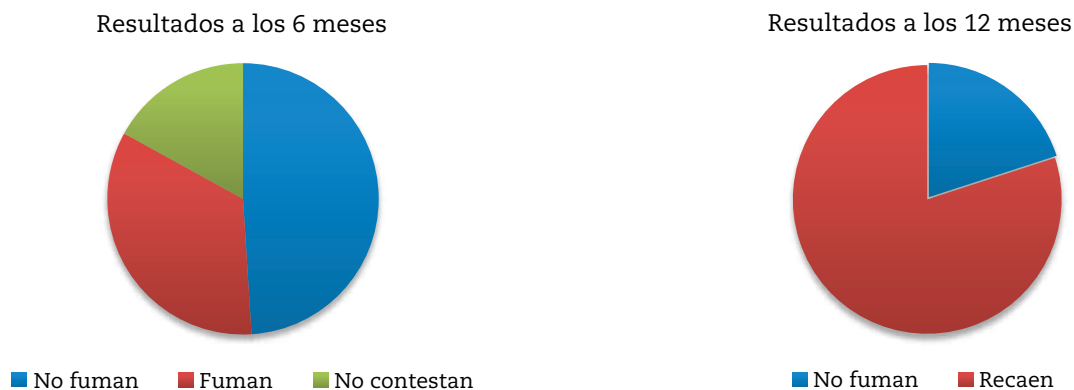


Figura 1 – Resultados a los 6 y 12 meses.

Comentarios

El tipo de paciente que acude a la consulta monográfica de tabaquismo es de edad media sin diferencia de sexo. La mayoría son disonantes en fase contemplativa, es decir, que se plan- tean el proceso de abandono, con dependencia moderada-alta y motivación alta.

Un tercio de los pacientes del estudio fueron tratados con vareniclina, el resto sin tratamiento farmacológico, TSN o combinados entre ellos. Según revisiones en Cochrane^{6,7}, los tres grupos de medicamentos (TSN, vareniciclina y bupropión) brindan una fuerte experiencia de ser efectivos. En nuestro estudio no se utilizó bupropión por contraindicación terapéutica y efectos secundarios en nuestra muestra. Es una nueva línea de investigación estudiar la relación de los tratamientos con las tasas de éxitos.

Destacamos que, en las visitas de seguimiento a corto plazo, es decir, a los siete días de la cesación, hay un alto porcentaje de seguimiento (78 %), mayor que en otros estudios^{8,9,13}, en que ronda el 50-65 %, posiblemente por la accesibilidad a nuestra consulta y la baja muestra de nuestro estudio. A medio largo plazo, al cabo de un mes y de tres meses hay un elevado porcentaje de ausencias (64 %), similar también a los de otras investigaciones⁸.

En nuestro estudio, casi el 50 % del total de los pacientes dejó de fumar al cabo de seis meses de la intervención, cifras elevadas respecto a otros, ya que las recaídas al cabo de dos meses oscilaban entre 50 y 75 % antes de los 6 meses¹⁰. El 10,6 % del total de pacientes reclutados dejó de fumar al cabo de un año, porcentaje similar respecto al de otras publicaciones^{11,12}, en que es del 8-10 % anual; otros estudios hablan de 10-20 %^{9,13,14}.

Los resultados expuestos pueden deberse al tamaño de la muestra de nuestra población y a las ausencias de las visitas de seguimiento, como es el caso de las personas que no contestaron las llamadas telefónicas para la encuesta.

Como limitaciones destacamos que se trata de una muestra pequeña de pacientes dado al tiempo limitado de la consulta (dos horas semanales) y la baja captación por parte de médicos y enfermeras del centro de salud como consecuencia de la gran presión asistencial diaria. Por otro lado, la pérdida de información de los pacientes en los que no se han registrado algunas variables en las historias clínicas puede condicionar los resultados obtenidos.

En futuras investigaciones creemos oportuno mejorar el protocolo de actuación en el seguimiento de los pacientes entre los 6 y 12 meses para aumentar las cesaciones, como por ejemplo, crear una visita de seguimiento a los 9 meses para valorar el estado del paciente, preguntar por la preocupación del peso corporal, hablar sobre el riesgo de recaída y recordar los beneficios para la salud a largo plazo. Además, sería interesante obtener una mayor muestra de pacientes a lo largo del tiempo para ampliar nuestro estudio inicial y así interrelacionar las variables como sexo, edad o las comorbilidades⁹.

Finalmente, otro punto es poder comparar nuestros resultados en atención primaria con los de la consulta específica de tabaquismo de nuestro hospital de referencia¹⁵.

Conclusión

Los resultados de la consulta monográfica de tabaquismo en atención primaria son positivos al cabo de los 6 meses, pero

negativos al cabo de un año. Una modificación en el protocolo de intervención y seguimiento podrá mejorar los resultados.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Datos del Observatorio mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales. OMS. [Actualizado 23 marzo 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/faamq7>
2. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España 2017. Resultados Nacionales y por comunidades Autónomas. c2017 [Actualizado 26 junio 2018]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175
3. Russell MA, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioner's advice against smoking. *BMJ*. 1979; 2: 231-5.
4. Guia d'intervenció en tabaquisme. Programa Atenció Primària sense Fum del Departament de Salut, Grapat, CAMFiC, semFyC (2006). Adaptat de Ballvé (2000) sobre una proposta prèvia de Marín i González (1998).
5. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983; 51: 390-5.
6. Hartmann-Boyce J, Aveyard P. Drugs for smoking cessation. *BMJ*. 2016; 352: i571.
7. Olano E, Minué C, Ayesta FJ. Tratamiento farmacológico de la dependencia de la nicotina: revisión de la evidencia científica y recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo sobre su elección e individualización. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 79-83.
8. Godoy R, Callejas FJ, Tornero A, Molina A, Agustín F, Tárraga PJ. Factores asociados al éxito de los tratamientos del tabaquismo. *JONNPR*. 2016; 1: 131-7.
9. Godoy R, Callejas FJ, Ruiz JC, Genovés M, Tornero AI, Tárraga PJ. La falta de seguimiento pone en peligro los resultados de un programa de deshabituación tabáquica. *JONNPR*. 2018; 3: 687-96.
10. Alonso M, Franco A, López P, García J. Efectividad a medio plazo de un plan de ayuda al fumador desarrollado en atención primaria. *Aten Primaria*. 2002; 30: 547-8.
11. Cabezas C, Martín C, Granollers S, Morera C, Ballve JL, Zarza E, et al. Grupo ISTAPS [Intervención Sistemática sobre Tabaquismo en Atención Primaria de Salud]. Effectiveness of a stepped primary care smoking cessation intervention (ISTAPS study): design of a cluster randomised trial. *BMC Public Health*. 2009; 9: 48.
12. Grandes G, Cortada JM. ¿Podemos ayudar a nuestros pacientes a dejar de fumar?: la experiencia del Programa de Abandono del Tabaco. *Gac Sanit*. 2001; 15: 312-9.
13. Torrecilla García M, Barrueco Ferrero M, Hernández Mezquita MA, Jiménez Ruiz CA, Plaza Martín MD, Maderuelo Fernández JA. Deshabituación tabáquica en una consulta de atención primaria: eficacia del consejo médico, la intervención mínima y la terapia sustitutiva con nicotina al año de seguimiento. *Aten Primaria*. 2001; 27: 629-36.
14. Ramón JM, Bou R, Alkiza ME, Romea S, Oromf J, Saltó E, et al. Proceso de cambio y sexo como predictores del abandono del consumo de tabaco. *Arch Bronconeumol*. 1999; 35: 488-93.
15. Torrecilla M, Barrueco M, Maderuelo JA, Jiménez C, Plaza Martín MD, Hernández Mezquita MA. El abordaje del tabaquismo en atención primaria y especializada, una oportunidad real y una necesidad de salud pública. *Aten Primaria* 2002; 30: 197-206.