



## Original

# Efectividad de una intervención muy breve en tabaquismo realizada por residentes de enfermería y medicina familiar y comunitaria de un centro de salud urbano

Raúl Ávila García<sup>a,\*</sup>, Emilio Salguero Chaves<sup>a</sup>, Mercedes Gragera Gómez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud de Valdepasillas (Badajoz). <sup>b</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 27 de abril de 2021

Aceptado el 16 de febrero de 2022

On-line el 17 de marzo de 2022

#### Palabras clave:

Tabaquismo

Intervención breve

Atención Primaria de Salud

### R E S U M E N

**Objetivo principal.** Evaluar la efectividad de una intervención breve (1-3 minutos) en sujetos fumadores, orientada a motivarles a realizar un intento para el abandono completo del consumo de tabaco.

**Material y métodos.** Estudio tipo “antes-después”, cuasiexperimental, con reclutamiento de la muestra durante las consultas (administrativa, a demanda o concertada) y las guardias, tanto en el propio centro de salud como en el hospital, y seguimiento y análisis descriptivo posterior, a través de consulta telefónica o presencial para valorar la efectividad de la intervención. Los participantes han sido sujetos fumadores sin distinción de sexo, edad, nacionalidad, nivel de consumo, motivo de consulta... El tamaño muestral alcanzado fue de 100 sujetos en el periodo julio 2018-marzo 2019 (9 meses).

**Resultados.** El 37 % de los sujetos abordados no fumaban en la visita 2, el 6 % estaba en tratamiento con un profesional sanitario para conseguirlo y el 26 % había reducido su consumo en un porcentaje medio del 44 %. Se ha influido de forma positiva en el consumo de tabaco del 69 % de los pacientes sobre los que se intervino.

**Conclusiones.** La intervención breve en tabaquismo incrementa las probabilidades de realizar un intento para dejar de fumar, y representa el *patrón oro*, en términos de coste-efectividad, entre todas las intervenciones sanitarias conocidas.

© 2022 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [raul.avila@salud-juntaex.es](mailto:raul.avila@salud-juntaex.es) (R. Ávila García).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2022.003>

2254-5506 / © 2022 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

## Effectiveness of a very brief smoking habit intervention conducted by nursing and family and community medicine residents of an urban health care center

### A B S T R A C T

#### Keywords:

Smoking  
Brief intervention  
Primary health care

*Primary objective.* Evaluating the effectiveness of a brief intervention (1-3 minutes) in smokers, aimed at motivating them to make an attempt to completely quit smoking.

*Material and method.* Before-and-after, quasi-experimental study, with recruitment of the sample during consultations (administrative, on demand or arranged) and on-call, both in the health center and in the hospital and subsequent follow-up and descriptive analysis, through a telephone or face-to-face consultation to assess the effectiveness of the intervention. The participants were smokers without distinction of sex, age, nationality, level of consumption, reason for consultation, etc. The sample size reached was 100 subjects in the July 2018-March 2019 period (9 months).

*Results.* 37% of the subjects approached did not smoke at visit 2, 6% were undergoing treatment with a healthcare professional, and 26% had reduced their consumption by an average percentage of 44%. The tobacco consumption of 69% of the patients on whom it was intervened has been positively influenced.

*Conclusions.* Brief intervention in smoking increases the chances of making an attempt to quit smoking, and represents the “gold standard”, in terms of cost-effectiveness, among all known health interventions.

© 2022 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

## Introducción

Según los datos de la última Encuesta Nacional de Salud (ENSE 2017)<sup>1</sup>, en España fuma a diario el 24,4 % de los mayores de 15 años, y en Extremadura el 23,9 %. Nuestra comunidad autónoma es la quinta que presenta el mayor porcentaje en fumadores diarios, una en las que el consumo de tabaco se inicia a edades más tempranas, y una de la que menos ha disminuido la prevalencia de tabaquismo respecto a la ENSE del año 2014.

Esta elevada prevalencia nacional y aún más autonómica, unida a las conocidas consecuencias a largo plazo de la inhalación repetida de las tóxicas sustancias que contiene el humo del cigarrillo, producen más de sesenta y siete mil fallecimientos cada año en España<sup>2</sup>. Entre ellos, cinco extremeños pierden la vida cada día, habitualmente tras meses o años de intenso sufrimiento para ellos y para sus familias.

Ello exige, desde el punto de vista ético y desde nuestra responsabilidad profesional hacia nuestros pacientes, una actitud proactiva hacia los que fuman, fundamentalmente motivándoles a realizar un (nuevo) intento de abandono y ofreciéndoles la ayuda necesaria para incrementar la probabilidad de éxito en dicho intento, pues alrededor de dos tercios de los que no dejen de fumar a lo largo de su vida morirán por una enfermedad derivada del tabaquismo<sup>3</sup>.

Además de ese enorme coste humano, la asistencia que se viene prestando a las enfermedades y discapacidades derivadas del tabaquismo representa un gasto sanitario muy elevado, tanto en recursos públicos como privados, gasto que resulta absolutamente evitable si –como es posible– erradicamos el tabaquismo de nuestra sociedad. Un estudio realizado en la

Universidad de Zaragoza<sup>4</sup> en el año 2015, estima en más de 1.200 euros por año el sobrecoste económico (en gastos directos e indirectos) que representa la atención sanitaria a cada fumador respecto a un sujeto de características similares que no fume. Mucho mayor aún es para los fumadores el gasto derivado de la adquisición del tabaco. Fumar una cajetilla al día supone hoy un gasto de más de 150 euros mensuales, es decir, más de 1.800 euros al año, que en muchos casos representa una parte importante de los ingresos que dispone la persona para el sustento personal y familiar. Esto es algo especialmente relevante, pues son las clases más desfavorecidas desde el punto de vista socioeconómico las que presentan prevalencias más altas de tabaquismo.

Llegados a este punto podríamos preguntarnos: ¿Por qué entonces no dejan de fumar los fumadores? Por un lado, las encuestas nos muestran que al menos un 70 % de los fumadores manifiestan su deseo de dejar de fumar<sup>5</sup>. Sin embargo, son consistentes los datos de que, sin ayuda externa, con sus propias fuerzas, la persona que fuma tiene muy pocas probabilidades de vencer su potente adicción: sólo el 8 % de los fumadores consigue el éxito por sí mismos<sup>6</sup>, porcentaje que se incrementa hasta cuadruplicarse<sup>7</sup> si se cuenta con la ayuda de un profesional sanitario, en mayor medida cuanto más intensa y prolongada es esa atención profesional que recibe.

Entre las estrategias terapéuticas con las que se ha demostrado efectividad para ayudar a los fumadores a liberarse de su adicción, existen consistentes experiencias de que la intervención breve en tabaquismo incrementa en un 50 % las probabilidades de hacer un intento para dejar de fumar y representa el *patrón oro*, en términos de coste-efectividad, entre todas las intervenciones sanitarias conocidas<sup>8,9</sup>; se encuentra al mismo

nivel que la vacunación de los niños<sup>10</sup>. Con solo unos minutos de nuestro tiempo –los utilizados en impartir un breve, asertivo y motivador mensaje de salud y entregar un folleto impreso con información sobre el proceso de dejar de fumar y los recursos de ayuda–, se logra el abandono del consumo de tabaco en alrededor del 5 % de los sujetos sobre los que se interviene<sup>8</sup>, según numerosas experiencias recogidas en la bibliografía nacional e internacional. Este porcentaje, aunque bajo relativamente, supone en términos absolutos un importante número de personas que dejarían de fumar si se realizase esta breve intervención de forma universal, sobre todos o casi todos los fumadores, algo factible de incorporar a nuestras rutinas de trabajo.

Sin embargo, es conocida la insuficiente implicación de los enfermeros y médicos de familia, en España<sup>11</sup> y en Europa<sup>12</sup> en la prevención y el abordaje del tabaquismo, algo que resulta especialmente llamativo, dadas las circunstancias –comentadas– que concurren en el problema: alta prevalencia, elevada morbimortalidad y muy favorable relación de coste-efectividad de la intervención. Parece que los datos, las experiencias y las recomendaciones de las principales instituciones internacionales no son tenidos en cuenta en el tabaquismo. Probablemente por ello es la mayor causa evitable de muerte en el mundo.

Procede pues, siguiendo las recomendaciones dadas por la Organización Mundial de la Salud, La Asociación Americana del Corazón, el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de nuestro país (a través de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención), la Junta de Extremadura (a través del Plan de Salud de Extremadura 2014-2020), entre otras muchas instituciones, que los profesionales sanitarios incrementemos nuestra motivación y nuestra formación en tabaquismo, para intervenir (“ayudar”) más y mejor sobre los fumadores. Y entre ellos destacan los futuros especialistas en enfermería y medicina de familia, de cuya buena práctica dependerá en gran medida la salud y la calidad de vida de nuestros ciudadanos en las próximas décadas.

En este sentido, buscando la máxima relación coste-efectividad posible, parece oportuno que inicien ese cambio de actitud hacia el tabaquismo incorporando de forma sistemática, el consejo breve y la entrega de un material de apoyo de fácil comprensión a todos los fumadores con los que contacten durante todas sus jornadas laborales, para de este modo facilitar que al menos una parte de esos pacientes encuentren la motivación y los recursos que les permitan realizar un intento serio de cesación del consumo de tabaco y, así, alejarse de los importantes riesgos que representa para sus vidas. Porque, como se ha sugerido, pero conviene recalcar, estas intervenciones preventivas y terapéuticas sobre el fumador presentan mejor relación de coste-efectividad que buena parte de otras actividades que los profesionales sanitarios de atención primaria venimos realizando cotidianamente sobre problemas de salud casi siempre menos prevalentes, menos graves, y que en numerosos casos ni siquiera podemos resolver, algo que sí resulta posible en el caso del tabaquismo.

Asimismo, desde el punto de vista docente, el estudio pretende iniciar/familiarizar a los residentes de medicina y enfermería familiar y comunitaria con la actividad investigadora, intensamente recomendable para su buena formación y recogido en los planes docentes de ambas especialidades.

Por fin, con los resultados del estudio se pretende aportar conocimientos –no disponibles en la actualidad– sobre la efecti-

vidad de este tipo de intervenciones en nuestro entorno territorial (Extremadura, España), con el interés añadido de haber sido realizada por residentes de enfermería y medicina de familia, profesionales que bien pueden considerarse “sin experiencia en el abordaje del tabaquismo”. Sus resultados pueden ayudar a cambiar la sensibilidad, la actitud y las políticas sobre el tabaquismo de nuestros gestores sanitarios y de los profesionales sanitarios, así como las prioridades formativas y asistenciales de nuestros residentes. Pues, como se ha dicho, en nuestra comunidad autónoma el tabaquismo presenta una de las prevalencias más altas de España; es, además, en la que menos ha descendido y probablemente la única donde no ha sido establecido ningún plan específico de prevención ni de abordaje del problema, de la principal causa de muerte de los extremeños.

---

## Objetivos

### Objetivo principal

Cuantificar la efectividad, respecto a la situación previa (estudio “antes-después”), de una intervención educativa (informativa y motivadora) muy breve (1-3 minutos), apoyada con un folleto, en sujetos fumadores, llevada a cabo por residentes de enfermería y medicina de familia durante su actividad asistencial diaria en términos de:

- Haber realizado un intento serio para dejar de fumar.
- Haber solicitado ayuda para dejar de fumar a un profesional sanitario o a una asociación/institución donde trabajen profesionales de la salud.
- Nivel de consumo de tabaco (número de cigarrillos/día).
- Haber logrado el abandono completo del consumo.

### Objetivos secundarios

Valorar la posible asociación entre dicha efectividad y otras variables presentes en el sujeto fumador) sobre el que se interviene:

- Edad, sexo y nivel de estudios.
- Grado de dependencia tabáquica, obtenido a partir del número de cigarrillos/día y del tiempo que discurre desde que el sujeto se levanta hasta que fuma el primer cigarrillo (Test de Fagerström breve).
- Ámbito en el que se realiza la intervención (hospital frente a centro de salud y turno de consultas frente a turno de urgencias/guardias).
- Problema por el que acudió el paciente al centro sanitario, de forma especial su posible relación con el tabaquismo (proceso infeccioso respiratorio, disnea, boca séptica, claudicación intermitente...).

---

## Material y métodos

### Ámbito y sujetos del estudio

El ámbito territorial del estudio correspondió al del trabajo de los investigadores, es decir, el centro de salud al que estos

pertenecen, y los principales hospitales de esa ciudad, además del resto de los centros sanitarios públicos (Centros de Orientación y Planificación Familiar, Unidades de Salud Mental...) del Área de Salud elegida, perteneciente al Servicio Extremeño de Salud.

Los sujetos del estudio eran los fumadores con los que se tuvo contacto durante la actividad laboral por parte de los residentes participantes en el mismo, sin distinción de edad, sexo, consumo de tabaco ni otras circunstancias.

Se excluyó a los sujetos sobre los que no se podía obtener, presumiblemente, la información que se pretende en el estudio (discapacidades sensoriales, discapacidad mental importante, psicosis agudas...).

El tamaño muestral alcanzado fue de 100 individuos, que se considera suficiente para obtener significación estadística para los objetivos del estudio.

### Metodología

#### Primer contacto (visita inicial) con el fumador

Durante su jornada laboral habitual, tanto la desarrollada en el centro de salud como en el hospital, tanto en la consulta diaria (administrativa, a demanda o programada) como en "las guardias" (Servicio de Urgencias), el residente de enfermería y de medicina de familia que participó como investigador en el estudio impartió un consejo-mensaje de corta duración (menos de 3 minutos) a todos los fumadores a los que le fue posible, animándolos a realizar un intento de cesación de consumo. Dicho consejo fue apoyado con la entrega de un breve documento (díptico) informativo y sobre todo motivador, que describe someramente los riesgos y características de la adicción tabáquica y mostró algunas estrategias y recursos asistenciales que el fumador pudo utilizar para liberarse de su dependencia. En el documento escrito, junto a algunos consejos, "trucos" y estrategias conductuales, que pueden ser útiles para lograr el cese o al menos la reducción del consumo de tabaco, también se les invitó a descargarse algunas aplicaciones para el *smartphone* y visitar webs específicas de ayuda para el fumador. Por fin, al final de dicho folleto se ofrecieron los recursos asistenciales disponibles en nuestro contexto territorial (ciudad de Badajoz) que pudieran ayudarles a dejar de fumar, entre los que figuró el teléfono y la dirección de correo electrónico de la Consulta de Tabaquismo del Centro de Salud Valdepasillas, donde el sujeto pudo solicitar cita para ser atendido.

El consejo-mensaje oral no fue "punitivo" ni "aleccionador" (la mayoría de los fumadores es consciente de lo peligroso y gravoso económicamente hablando que resulta su conducta), sino asertivo, brevemente informativo y sobre todo, motivador, estimulándole a realizar un intento de cesación como lo más beneficioso que puede hacer para cuidar su salud, su calidad de vida y su "bolsillo".

#### Segundo y último contacto con el fumador (Visita final)

Se llevó a cabo entre 6 y 10 semanas después de ofrecer el consejo breve y entregar el díptico (visita inicial). Se realizó presencialmente (concertando cita con el paciente) o por llamada telefónica, y en ella se recogieron algunos datos demográficos del sujeto y, sobre todo, de su conducta respecto al consumo de tabaco, de forma especial los cambios habidos en relación

con la situación previa (antes del primer contacto); se clasificó su respuesta en una de las siguientes 7 posibilidades:

- Sin cambios.
- Incremento de consumo.
- Reducción de consumo (cuantificar el porcentaje de reducción).
- El paciente ha acudido a un profesional sanitario para que le ayude a dejar de fumar y está en proceso de deshabituación. Se recogió el tipo de profesional (médico, enfermero, farmacéutico...) y el entorno (centro de salud, consulta privada, asociación...).
- El paciente acudió a un profesional sanitario para que le ayudara a dejar de fumar, pero ha abandonado el programa de deshabituación.
- El paciente ya no fuma.
- El paciente no desea contestar a esta pregunta.

#### Variables recogidas

- Demográficas: edad y sexo.
- Nivel educativo (estudios finalizados): analfabeto (0), estudios primarios (1), bachillerato o FP (2) y formación universitaria (3).
- Relacionada con el tabaquismo: años fumando, intentos previos (en los que se logró al menos 24 horas de abstinencia), número de cigarrillos/día y tiempo transcurrido desde que el sujeto se levanta hasta que enciende el primer cigarrillo (con estos dos parámetros se obtuvo la puntuación del cuestionario –validado– de Fagerström breve<sup>13</sup>, que estima el grado de dependencia física).
- Relacionados con el ámbito en el que se realiza la atención: centro de salud u hospital, consulta (a demanda o programada) o turno de Urgencias.
- Motivo de consulta: posible relación con el hábito tabáquico (proceso respiratorio agudo o crónico, cardiopatía isquémica, boca séptica...).

#### Documentos del estudio

- Hoja de recogida de datos, en forma de tabla (para recoger en cada una los datos de varios pacientes) que los investigadores llevaron consigo en papel durante la jornada laboral y en la que, respecto al sujeto participante en el estudio (fumador) solo anotaron el nombre, apellidos y teléfono. Se le ofreció el consejo-mensaje breve y se le solicitó permiso verbal para incluir estos datos, de forma anónima, en un archivo. En esa misma hoja se recogía el ámbito donde se impartió el consejo (centro de salud u hospital), si se llevó a cabo en consulta (a demanda, administrativa o programada) o se hizo en turno de guardia (Urgencias) y finalmente, el problema de salud por el que acudió el paciente al centro sanitario (para valorar, en el análisis de resultados, potenciales diferencias de efectividad cuando el motivo de consulta guarda posible relación con el tabaquismo).
- Cuaderno de Recogida de Datos (CRD) por cada paciente sobre el que se intervino, en papel, que se conservará como documento-fuente. En él se anotaron los valores de todas las variables del estudio recogidas en ese paciente.
- Díptico, informativo y motivador, que se entregó en la primera visita (V1), y que cada investigador llevó consigo para

poder entregar a todos los fumadores sobre los que realizó la intervención breve descrita.

- Protocolo/Manual del Investigador, que, entre sus contenidos, posee una guía orientativa sobre el contenido y la técnica a emplear en el mensaje oral que los investigadores ofrecieron a los pacientes (fumadores) que participaron en el estudio.

#### Recogida y análisis de datos

Los valores de las variables se recogieron en un Cuaderno de Recogida de Datos (CRD) de papel, diseñado al efecto, desde donde fueron volcados a una base de datos informatizada (hoja de Excel).

La comparación de resultados se llevó a cabo mediante un análisis descriptivo de las variables registradas (medias y desviaciones estándar –DE– para las cuantitativas, proporciones y DE para las cualitativas, intervalos del 95 % de las variables principales...) y análisis de las diferencias entre los valores previos y posteriores a la intervención.

#### Consentimiento informado

Se solicitó verbalmente en el primer contacto con el paciente. Está recogido, por escrito, en el díptico que se le entrega (V1).

#### Autorización del Comité Ético

Este estudio cuenta con un informe favorable por parte del Comité Ético del Área Sanitaria en la que se realizó.

## Resultados

Se incluyeron en el estudio 100 pacientes (55 hombres, 45 mujeres):

- Pacientes que no fumaban ningún cigarrillo a los 3 meses de la intervención breve: 37 (37 %), 17 hombres (46 %) y 20 mujeres (54 %). De estos, 16 lo consiguieron solos, sin ayuda (43,24 %) y 21 ayudados por un profesional sanitario (56,76 %).
- Del total de pacientes abordados, 28 acudieron a consulta para intentar dejarlo (26 %). 21 tuvieron éxito abandonando totalmente el consumo (75 %), 10 hombres y 11 mujeres.
- 26 (26 %) han reducido su consumo en un porcentaje medio del 44,04 %
- 27 (27 %) seguían fumando la misma cantidad de cigarrillos/día.
- Un paciente (1 %) fumaba más cigarrillos/día que en la Visita 1.
- No se pudo contactar con 4 pacientes (4 %) para realizar la segunda visita.

## Comentario

Con la intervención breve realizada, se influyó de forma positiva en el consumo de tabaco de 69 pacientes (69 %), 36 hombres y 33 mujeres. Entre ellos, 37 dejaron de fumar, 6 estaban en

tratamiento para conseguirlo y 26 habían reducido su consumo en un porcentaje medio del 44 %.

## Conclusiones

El estudio corrobora que la intervención breve en tabaquismo incrementa las probabilidades de realizar un intento para dejar de fumar, y representa el *patrón oro*, en términos de coste-efectividad, entre todas las intervenciones sanitarias conocidas: con solo unos pocos minutos de nuestro tiempo –los utilizados en impartir un breve, asertivo y motivador mensaje de salud y entregar un folleto impreso con información sobre el proceso de dejar de fumar y los recursos de ayuda–, se logró el abandono del consumo de tabaco en un porcentaje importante de los sujetos sobre los que se interviene, en nuestro caso el 16 %.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Encuesta Nacional de Salud 2017 (ENSE). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI)/Instituto Nacional de Estadística (INE). Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/encuestaResDetall2017.htm>.
2. OECD (2019), España: Perfil Sanitario del país 2019, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/2a8a83c8-es>.
3. Banks E, Joshy G, Weber MF, Liu B, Grenfell R, Egger S, et al. Tobacco smoking and all-cause mortality in a large Australian cohort study: findings from a mature epidemic with current low smoking prevalence. *BMC Med.* 2015; 13: 38.
4. Suárez Bonel MP, Villaverde Royo MV, Nerín I, Sanz Andrés C, Mezquida Arno J, Córdoba García R. Costes derivados del uso de servicios sanitarios y bajas laborales en pacientes fumadores: estudio en una comunidad urbana. *Arch Bronconeumol.* 2015; 51: 615-20.
5. Encuesta sobre conocimientos, actitudes, creencias y conductas en relación con el consumo de tabaco. Madrid. Comité Nacional de Prevención del tabaquismo; 2008.
6. Moore RA, Aubin HJ. Do Placebo Response Rates from Cessation Trials Inform on Strength of Addictions? *Int J Environ Re. Public Health.* 2012; 9: 192-211.
7. Clancy L. European Expert Consensus Paper on the implementation of Article 14 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. *Eur J Cancer Prev.* 2016; 25: 556-7.
8. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
9. Aveyard P, Begh R, Parsons A, West R. Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction.* 2012; 107: 1066-73.

10. Maciosek MV, LaFrance AB, Dehmer SP, McGree DA, Flottesmesch TJ, Xu Z, et al. Updated priorities among effective clinical preventive services. *Ann Fam Med.* 2017; 15: 14-22.
11. Gutiérrez García JJ, Velasco Soria A, Lozano Polo A, Usera Clavero ML. Estudio sobre tabaquismo en profesionales sanitarios de Atención Primaria de Salud de la Región de Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social; 2011.
12. Brotons C, Björkelund C, Bulc M, Ciurana R, Godycki-Cwirko M, Jurgova E, et al. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Prev Med.* 2005; 40: 595-601.
13. Becoña E, Vázquez FL. The Fagerström test for nicotine dependence in a Spanish sample. *Psychol Rep.* 1998; 83(3 Pt 2): 1455-8.