

## ORIGINAL

## EFECTIVIDAD A LARGO PLAZO DEL CONSEJO ANTITABACO EN ATENCIÓN PRIMARIA: EL PROCESO DE RECAÍDA

Ángel Comas Fuentes (1), Rebeca Suárez Gutiérrez (1), M.<sup>a</sup> Luisa López González (2) y Antonio Cueto Espinar (2).

(1) Centro de Salud de Otero (Oviedo).

(2) Cátedra de Medicina Preventiva (Universidad de Oviedo).

## RESUMEN

**Fundamento:** El tabaquismo es la primera causa de morbi-mortalidad prevenible, y la lucha antitabáquica, por lo tanto una prioridad para el mundo desarrollado. El consejo sanitario es una valiosa herramienta de intervención al alcance de todos los sanitarios.

**Estudiar:** Por lo que el objetivo la efectividad del consejo antitabaco a largo plazo en Atención Primaria, y la influencia del motivo de la cesación (espontánea o tras consejo) sobre el patrón de recaídas.

**Método:** Realizamos un ensayo clínico con 501 pacientes, 242 como grupo de intervención, que recibieron consejo sanitario, y 259 en el grupo de control. Evaluamos la cesación del hábito mediante encuesta. Se analizaron los datos mediante un estudio de supervivencia actuarial, considerando la recaída como punto final. Se compararon las curvas de supervivencia de ambos grupos con el estadístico de Lee-Desu.

**Resultados:** 115 pacientes abandonaron el hábito durante 24 horas al menos (31.8% del grupo de intervención y 14.7% del grupo control). A los 3 años, tras comprobación bioquímica, un 4.5% del grupo de intervención y 1.2% del grupo control continuaban siendo ex-fumadores (diferencia = 3.3;  $p = 0.043$ ; Intervalo de confianza del 95%: de 0.45 a 6.33). No encontramos diferencias significativas entre sus curvas de supervivencia ( $p = 0.08$ ).

**Conclusión:** Confirmamos la efectividad del consejo antitabaco a medio-largo plazo. No hemos podido demostrar que el consejo influya en el patrón de recaídas, aunque existe tendencia estadística a que disminuyan en el grupo de intervención.

**Palabras clave:** Tabaco. Hábito tabáquico. Consejo. Cesación del tabaquismo. Atención Primaria. Recaída. Abstinencia.

## ABSTRACT

## Long-term Effectiveness of Anti-tobacco Advice: the Process of Relapse

**Background:** Addiction to tobacco is the main cause of preventive morbidity, and so the fight against tobacco consumption is a priority in the developed world. Health advice is a valuable tool in this struggle and it is within the reach of all health workers. To study the long-term effectiveness of all anti-tobacco advice in Primary Aid, together with the influence that the reason for giving up (spontaneous or after advice) has upon the relapse pattern.

**Method:** We carried out a clinical test on 501 patients, 242 as a participant group, receiving health advice, and 259 in a control group. We evaluated giving up the habit through a survey. The data were analysed by means of a study with a survival study, considering the relapse to be the final point. Survival curves for the two groups were compared with the Lee-Desu statistic.

**Results:** 115 patients gave up the habit for at least 24 hours (31.8% from the participant and 14.7% from the control group). After 3 years, after a biochemical check-up, 4.5% of the participant group and 1.2% of the control group were still ex-smokers (difference = 3.3;  $p = 0.043$ ; there is a confidence interval of 95%: from 0.45 to 6.33). We did not find significant differences between their survival curves ( $p=0.08$ ).

**Conclusion:** We have been able to confirm the mid- to long-term effectiveness of anti-tobacco advice. We have not been able to demonstrate that anti-tobacco advice in the relapse pattern, but a statistical trend does exist towards a reduction in the participant group.

**Key words:** Tobacco. Tobacco Habit. Advice. Giving Up Smoking. Primary Aid. Relapse. Abstinence.

Correspondencia:  
Ángel Comas Fuentes,  
Centro de Salud Otero,  
C/ Otero, s/n.  
33008 OVIEDO.  
Fax: (98) 520 26 86

## INTRODUCCIÓN

El Programa Salud-2000 de la Organización Mundial de la Salud recoge la lucha antitabáquica como una prioridad, dado que

el tabaquismo es la primera causa de morbi-mortalidad prematura prevenible<sup>1,2,3</sup>. En España se imputaron al tabaquismo 40.224 muertes en 1983<sup>4</sup>. Por todo ello, erradicar el tabaquismo empieza a ser un objetivo importante de la Atención Primaria de Salud<sup>5,6,7,8</sup>, donde se podría mejorar la eficiencia alcanzada por las clínicas de deshabituación, de gran eficacia, pero a un coste elevado<sup>9,10,11</sup>.

Hay consenso general sobre la necesidad del consejo antitabaco y, por lo tanto, se recomienda desde casi todas las instancias<sup>12,13,14</sup>, sin embargo no está claro que a largo plazo mantenga su efectividad.

Por ello nos planteamos estudiar el patrón de recaídas en el hábito tabáquico en los años posteriores a su abandono, y si el motivo de la cesación (espontánea o tras consejo sanitario) influye en dicho patrón de recaídas, valorando la efectividad a medio-largo plazo (3 años).

## MATERIAL Y MÉTODO

El estudio, se desarrolló en forma de ensayo clínico, entre Junio de 1991 y Mayo de 1995, en el Centro de Salud de Otero (CSO) de Oviedo, que atiende aproximadamente a 21.000 personas, 90% de zona urbana y 10% rural. El personal sanitario consiste en 9 médicos generales, 2 médicos residentes de tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria y 9 enfermeras.

La población diana fue la compuesta por los fumadores que demandaron asistencia por cualquier motivo en nuestro CSO, y ellos constituyeron la fuente de información para la recogida de los datos, mediante entrevista personal en la consulta, en el momento de su captación, y a través de un cuestionario postal, cumplimentado mediante llamada telefónica si no obteníamos respuesta espontánea, en el seguimiento posterior.

Se incluyeron en el estudio a las personas que habían fumado diez o más cigarrillos al día, durante más de un año, y cuya edad, recogida por años cumplidos según la fecha de nacimiento que figura en la historia clínica, estuviera comprendida entre los 15 y los 65 años. El requisito último fue que hubieran acudido a nuestro centro demandando consulta médica o de enfermería entre junio y noviembre de 1991.

Se excluyó a los pacientes en estado terminal, o con deficiencia mental, patología psiquiátrica severa y adictos a otras drogas, así como a los cónyuges de otros fumadores incluidos en el estudio.

Se seleccionó a los fumadores que cumpliendo los criterios arriba indicados acudieron a la consulta durante el período del estudio. La imposibilidad de incluir en días de consultas saturadas por alta demanda a todos los pacientes que cumpliesen los criterios de inclusión, hizo que estableciéramos unos límites diarios en función de dicha demanda: Si ésta era inferior a 20 pacientes, se incorporaban al estudio todos los fumadores; si oscilaba entre 20 y 30, se pre-fijaba un máximo de 2 fumadores a incluir en el estudio; si había más de 30 citas, sólo 1 formaba parte del estudio. Siempre eran elegidos los primeros pacientes que cumplían los requisitos de selección. Esto tenía como finalidad minimizar los sesgos de selección. Hay que tener en cuenta que el sistema de "cita previa" informatizado, existente en el CSO, distribuye a los pacientes por bloques de 15 minutos en forma secuencial (de uno en uno hasta 3-4 pacientes por bloque), por lo que el orden final de éstos no depende del profesional ni del orden de solitud de cita.

La primera entrevista previa al consejo era realizada por el sanitario, siguiendo un cuestionario previamente probado, discutiéndose en dos sesiones las posibles diferencias de interpretación, a fin de conseguir la mayor validez posible.

La consulta de un número obtenido en forma aleatoria, en el dorso del cuestionario, nos permitía en ese momento asignar al fumador al grupo de intervención (GI) o al grupo de control (GC). Ante un paciente del GC, se abandonaba el tema en ese punto, a fin de no dar pie a un consejo encubierto. Si se trataba de un paciente del GI se procedía a completar la historia del hábito tabáquico.

Se realizó un seguimiento del consejo, en el GI y en el GC, mediante encuesta postal, o telefónica. La encuesta postal fue probada previamente con un grupo de pacientes ajenos al estudio. Se evaluó a los 6 meses:

- Éxito o fracaso: Consideramos como exfumadores a los pacientes que manifiestan no fumar a los 6 meses del consejo.

En caso de ser “exfumador” o “éxito”:

- Fecha del inicio de la abstinencia.
- Motivo de la decisión de dejar el tabaco.

Si continúa fumando:

- Intentos fallidos de abandono del hábito y su duración
- Número de cigarrillos diarios en ese momento.

Al año:

- Encuesta a los exfumadores o “éxitos” y, si han vuelto a fumar, fecha y motivos de la recaída.

A los tres años:

- Encuesta a los exfumadores o “éxitos” y, si han vuelto a fumar, fecha y motivos de la recaída.
- Comprobación bioquímica de la abstinencia mediante medición de monóxido de carbono en aire exhalado por un monitor marca “EC50-Minismokerlyzer” de “Bedfont Scientific Ltd.”, debidamente calibrado. Un

valor igual o superior a 8 partes por millón de CO se consideró indicativo de tabaquismo. Este método, con el punto de corte elegido, tiene una sensibilidad del 90% y una especificidad del 89%<sup>15</sup>.

En la historia clínica, en un lugar estipulado, se hacía constar que el paciente estaba incluido en el estudio, y si pertenecía al GI o al GC, a fin de evitar repetición de consejos o inutilización de controles.

Se acordó en el protocolo que no se debía repetir el consejo al GI a iniciativa del sanitario, aunque se autorizaba si la iniciativa partía del paciente. Sobre el GC se mantuvo el principio de la “atención ordinaria”, por lo que se les podía aconsejar sobre el tabaco si su patología de base o una nueva intercurencia así lo demandaban.

El tamaño muestral se calculó para un contraste unilateral, con una confianza (1-alfa) del 95% y una potencia (1-beta) del 90%, a fin de detectar una diferencia del 5% entre el GI y el GC. El número de pacientes requerido fue de 223 en el GI y 223 en el GC: en total 446. Previmos un 10% máximo de pérdidas, por lo que el número total óptimo calculado para la muestra fue de 496 pacientes.

Se realizó una intervención mínima: Consejo individualizado, verbal, directo, de tres a cinco minutos, eminentemente positivo, resaltando las ventajas de convertirse en ex-fumador, e instando a fijar una fecha para el abandono del hábito. El consejo fue, en lo posible, igual para todos los componentes del GI. Para ello se realizaron dos sesiones con todo el equipo sanitario, a fin de homogeneizar su contenido, tono y duración.

El consejo se reforzó mediante la entrega de un folleto de apoyo, pidiendo que fuera leído en el domicilio. El folleto fue adaptado del que se utilizó en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Oviedo, para conseguir el mismo objetivo entre sus alumnos<sup>16</sup>. Expone un

método viable de abandono del hábito tabáquico, con un enfoque positivo, a través de 7 objetivos o pasos.

Para el *análisis estadístico* de los datos cualitativos se aplicó la prueba de chi cuadrado de Pearson, con corrección de Yates, calculando las diferencias de proporciones, con su intervalo de confianza (IC) al 95%.

A partir de los que cesaron el hábito, tanto del GI como del GC, estudiamos mediante curvas de supervivencia de tipo actuarial, el patron temporal de recaídas, considerando como punto final la reanudación del hábito. Se compararon las curvas de supervivencia de los casos y controles con el estadístico de Lee-Desu.

## RESULTADOS

Participaron 501 fumadores: 242 (48,3%) recibieron el consejo y 259 (51,7%) formaron el GC. La tabla 1 describe sus características. No existen diferencias significativas entre GI y GC en las variables obtenidas antes de la aleatorización.

La tabla 2 expresa los resultados globales de la abstinencia a los 6 meses, al año y a los 3 años, en el GI y en el GC, tanto en frecuencias absolutas, como relativas sobre el total de los incluidos ("intención de tratar"). A los 6 meses 33 se autocalificaron como exfumadores, 25 pertenecientes al GI y 8 al GC, lo que supone un 10,3% y un 3,1% respectivamente. La diferencia de porcentajes es significativa ( $d = 7,2$ ;  $p = 0,001$ ; IC 95% de 3,6 a 10,9). Al año, 21 se mantenían abstinentes, 16 pertenecientes al GI y 5 al GC, lo que supone un 6,6% y un 1,9% respectivamente. La diferencia de porcentajes es significativa ( $d = 4,7$ ;  $p = 0,016$ ; IC 95% de 1,1 a 8,2)

La tabla 2 recoge también los resultados globales de la abstinencia a los 3 años, según la información proporcionada por los pacientes, y los resultados corregidos tras la comprobación bioquímica mediante el monitor de CO, El 4,5% del GI mantenía la abstinencia frente a un 1,2% en el GC. La diferencia de porcentajes es significativa ( $d = 3,4$ ;  $p = 0,043$ ; IC 95% de 0,45 a 6,33). Se evidenció un "porcentaje de decepción"

Tabla 1

Descripción de los fumadores incluidos en el estudio, globalmente y según intervención. Para los datos cuantitativos se indica la media, para los cualitativos número y, entre paréntesis, porcentaje

VARIABLE	TOTAL	GI	GC	"p"
(Número)	501	242	259	
EDAD	35,67	36,12	35,23	0,377
SEXO				
Hombre	304 (60,7)	138 (57)	166 (64,1)	0,127
Mujer	197 (39,3)	104 (43)	93 (35,9)	
CIGARRILLOS/DÍA	21,57	21,21	21,91	0,414
AÑOS DEL HÁBITO	16,82	17,14	16,51	0,495
PATOLOGÍA PREVIA				
Sí	99 (19,8)	54 (22,3)	45 (17,6)	
No	398 (79,4)	187 (77,3)	211 (82,4)	0,217
No consta	4 (0,8)	1 (0,4)	3 (1,2)	
MOTIVO CONSULTA RELACIONADO				
Sí	60 (12)	35 (14,5)	25 (9,7)	
No	433 (86,4)	201 (83,1)	232 (89,6)	0,111
No consta	8 (1,6)	6 (2,5)	2 (0,8)	

GI: Grupo de intervención.  
GC: Grupo de control.

Tabla 2

Resultados globales (6 meses, 1 año y 3 años). Entre paréntesis porcentajes referidos al total de incluidos en el estudio

VARIABLE	TOTAL	GI	GC	d	IC (95%)
Incluidos en estudio	501	242	259		
Perdidos	33	15	18		
Abstinentes a los 6 meses	33 (6,59)	25 (10,33)	8 (3,09)	7,24	3,6 a 10,9
Abstinentes al año	21 (4,19)	16 (6,61)	5 (1,93)	4,68	1,1 a 8,2
Abstinentes a los 3 años	17 (3,39)	13 (5,37)	4 (1,54)	3,83	0,69 a 6,96
Abstinentes a los 3 años, tras comprob.	14 (2,79)	11 (4,55)	3 (1,16)	3,39	0,45 a 6,33

GI: Grupo de intervención.  
GC: Grupo de control.  
d: diferencia de porcentajes.  
IC: Intervalo de confianza.

(pacientes en que la prueba bioquímica contradecía su declaración de no fumar), del 17,6%. Este fenómeno se producía igual en el GI y en el GC.

115 pacientes abandonaron el hábito durante 24 horas al menos (77 GI, y 38 GC). El 58% (53% del GI y 68% del GC) recaeron el primer mes (tasa condicionada de riesgo = 0,0274; expresada como tasa

diaria media de recaída, en cada mes, en los sujetos abstinentes al principio del mes), disminuyendo la probabilidad al 12,5% (11% del GI y 17% del GC) el segundo mes (tasa condicionada de riesgo = 0,0044), hasta ser próxima a 0 a partir del 5º mes (figura 1).

La tasa instantánea, diaria, de recaída es de 0,0177 de promedio el primer mes, ba-

Figura 1

Tasa de recaída (densidad de probabilidad), expresada como tasa de recaída instantánea, diaria, media, en cada mes

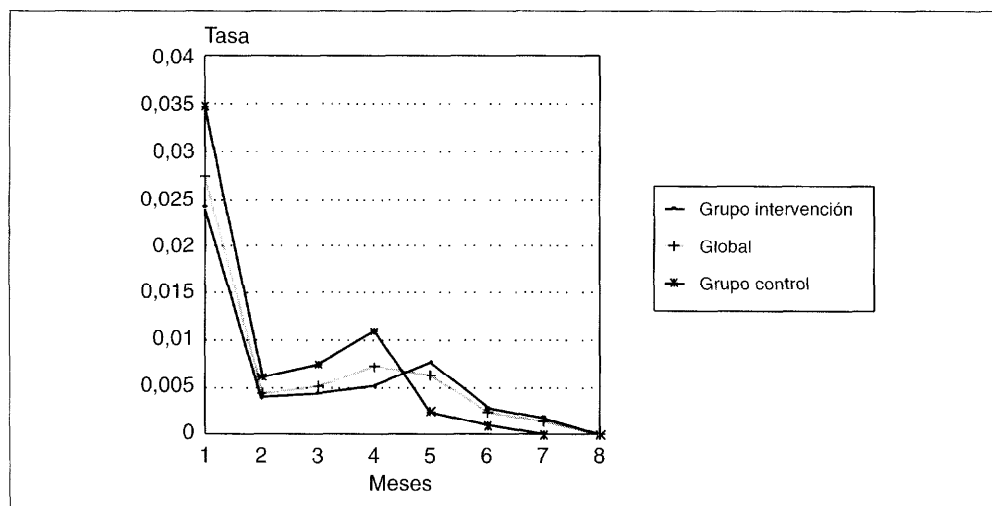
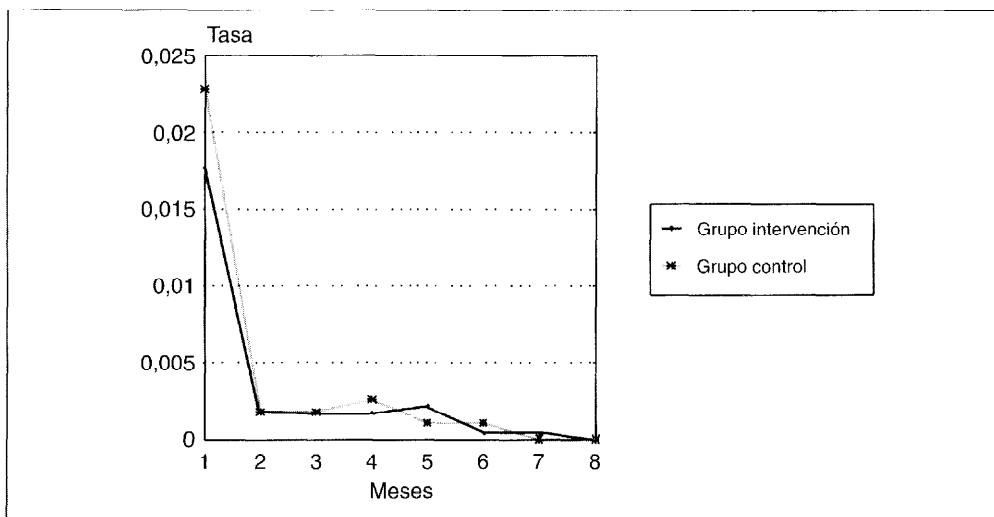


Figura 2  
Probabilidad de mantenimiento de la abstinencia



jando a 0,0017 el segundo y sucesivos hasta ser próxima a 0 a partir del 5º mes (figura 2).

La proporción acumulada de mantenerse en abstinencia a los 3 años es de un 17% para el GI y un 11% para el GC. La mediana de supervivencia del GI es de 28,17 días y la del GC 21,92. Las respectivas curvas de supervivencia no difieren significativamente ( $p=0,08$ ; figura 3).

## DISCUSIÓN

Parece necesario iniciar la discusión reafirmandonos en la pertinencia de este estudio. En una primera aproximación existe consenso general sobre la necesidad del consejo antitabaco, como ya recogimos en la introducción, por lo que parecería poco ético realizar este estudio que, por su diseño, dificulta el consejo antitabaco a los pacientes del GC. Pero, aunque es cierto que cuando el consejo (o consejo más folleto) se acompaña de otros modos de intervención, sean éstos recuerdos telefónicos, psicoterapia o fármacos, nadie discute su efectividad, no es así con el consejo aislado, como se recoge

más adelante. Y en ello basamos la pertinencia de nuestra investigación.

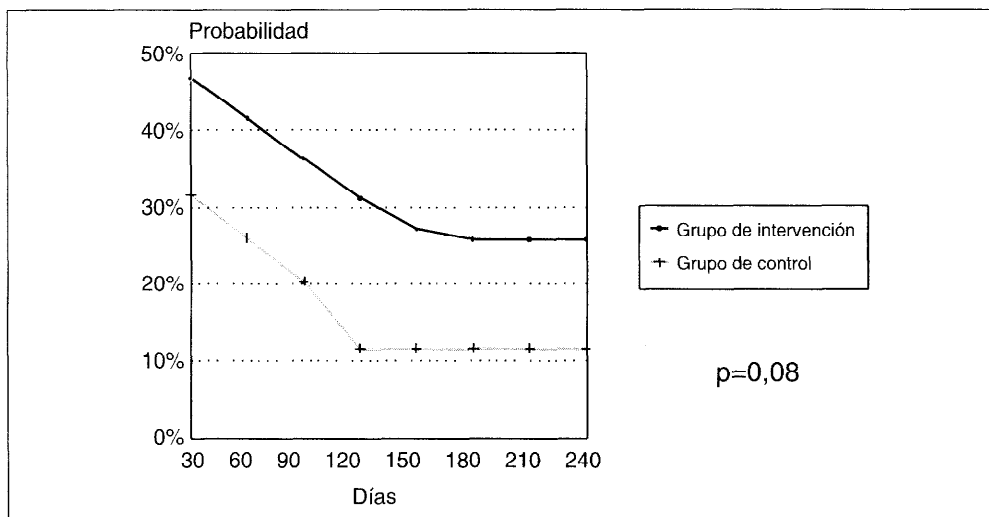
Otra consideración importante sobre la pertinencia es que una gran parte de sanitarios no realizan este tipo de intervención sistemáticamente<sup>17,18</sup>, y una de sus principales razones es que desconfían de su efectividad<sup>19</sup>.

Para reforzar los aspectos éticos del trabajo, se insistió en que el GC recibiese la atención "ordinaria", en la que se incluye el consejo antitabaco si la clínica lo aconseja o el paciente lo demanda, lo que indudablemente aumenta la posibilidad de "contaminación" del GC, produciendo un sesgo hacia la hipótesis nula, sesgo que, por lo tanto, hace aún más válida la diferencia obtenida.

El diseño del trabajo tuvo en cuenta el uso sistemático de la historia clínica y la potenciación de las consultas de enfermería, tanto para crónicos como a demanda. Fijamos arbitrariamente los siguientes criterios de inclusión: edad límite de 65 años y fumadores de 10 ó más cigarrillos/día. Para ello consideramos: En relación con la edad, los Años Potenciales de Vida Perdidos, aunque somos conscientes de que también

Figura 3

Tasa condicionada de recaída (Tasa diaria media de recaída, en cada mes, de los sujetos abstinentes al inicio del mes).



se benefician de la deshabituación los mayores de 65 años<sup>20</sup>. En lo que hace al número de cigarrillos, la selección de una población realmente fumadora, obviando al fumador intermitente o “no fumador que fuma”<sup>21</sup>.

La ausencia de diferencias significativas entre el GI y el GC nos confirma que la aleatorización realizada ha sido correcta.

Finalmente, y en relación con el diseño, por falta de recursos suficientes, no nos ha sido posible utilizar un criterio externo hasta el tercer año, a fin de comprobar la fiabilidad de las abstinencias manifestadas por encuesta por los propios pacientes. (En nuestro caso, realizamos una comprobación bioquímica mediante la determinación de CO en aire espirado). De modo que aceptamos como buenos los resultados basados en la declaración del paciente. Este sistema de valoración no es inusual en los estudios sobre fumadores, y para muchos autores es un sistema adecuado<sup>22</sup>, con una sensibilidad media del 87,5% y una especificidad media del 89,2%, según los resultados de un meta-análisis que revisa 26 estudios que com-

paran autodeclaración y comprobación bioquímica<sup>23</sup>. En el meta-análisis de Kottke<sup>24</sup> se recoge que la mitad de los ensayos controlados revisados no realizan comprobación alguna.

Nuestro estudio se ha llevado a cabo en un centro de Atención Primaria, que llevaba ya más de 7 años en funcionamiento a su inicio, y que, por ello, han existido múltiples y frecuentes contactos entre la población y los sanitarios del centro, por motivos que nada tienen que ver con el consejo antitabaco recibido. Es posible que la estrecha relación previa haya dado lugar a respuestas de complacencia, y que los pacientes hayan afirmando falsamente la cesación del hábito, por “afán de agradar al sanitario”, lo que, sin duda, podría condicionar la validez de la respuesta del individuo que se dice “no fumador”. Pero ese fenómeno debería haberse manifestado por igual en el GI y en el GC, por lo que afectaría poco al resultado, expresado en forma de diferencia de porcentajes entre ambos grupos. Esta similitud en la proporción de falsedades en la declaración, ya fue comprobada por Jamrozic<sup>25</sup>, quién, en una muestra de los presuntamente

abstinentes, constató que no difería significativamente la "Proporción de decepción" del GI y el GC.

Nuestros resultados a los 6 meses, y los factores asociados al éxito o fracaso del consejo, han sido ampliamente discutidos en otra publicación anterior<sup>26</sup>.

La gran frecuencia con la que muchos fumadores cesan y reanudan su hábito hace que se expresen los resultados, tal como recomienda la Agencia Internacional contra el Cáncer<sup>27</sup>, en forma de abstinencia "sostenida" o "prevalencia en 2 puntos". El primer punto de corte generalmente precoz, situado entre 1 y 6 meses después del consejo, y el segundo al año. En general, se suele preferir esta forma de evaluación, frente a la prevalencia "instantánea", al final del período de estudio. Ello tiene el inconveniente de sesgar los resultados a favor de intervenciones enérgicas, tales como las farmacológicas, que inducen cesaciones en plazos cortos, frente a intervenciones menos agresivas, como el consejo, que pueden inducir más cesaciones tardías, las cuales con estos criterios, podrían ser deshechadas<sup>28</sup>. En este trabajo se escoge la opción, a nuestro juicio, menos sesgada: primer punto de evaluación a los 6 meses y segundo al final del seguimiento. Pero hay que tener en cuenta que, en los trabajos que se comparan, la primera evaluación varía entre 1 y 6 meses.

Obtenemos al año un 6,6% (1,9% el GC) de pacientes que, habiendo cesado el hábito a los 6 meses, continuaban en abstinencia. Resultados similares a los de Russell<sup>29</sup>, que evalúa sus resultados finales como abstinencias continuadas desde el primer control, efectuado al mes del consejo, hasta el último, llevado a cabo un año más tarde: 5,1% en el GI, y 0,3% en el GC. Nuestros datos concuerdan, al menos en el grupo de intervención, con los de su segundo estudio<sup>30</sup>: 6,4% y 6% de éxitos antes de la validación bioquímica (4,1 y 3,9% tras la validación), con controles a los 4 meses y al año; diferencias no significativas, atribuibles, según

señala el propio autor, a una alta proporción de cesación espontánea en el GC, que no puede explicar. Ockene<sup>31</sup>, con controles a los 6 meses y al año, obtiene un 6% de cesaciones en el GI.

Un estudio español, de Nebot<sup>32</sup>, aportó los siguientes datos, en evaluación efectuada al mes y al año, sobre GI y GC respectivamente: 10,1% y 4,2%; 5,3% y 2,3%. Estos últimos datos se refieren a los que mantuvieron la abstinencia desde el primer control, y son casi significativos ( $p = 0,054$ ). El mismo autor<sup>33</sup>, en otro estudio, en evaluaciones a los 2 meses y al año, consigue el GI un 4,4% de cesaciones sostenidas con consejo médico.

Otros autores<sup>34,35</sup> obtienen resultados no significativos. Wilson<sup>36</sup>, utilizando como criterio cesaciones a los 2 meses mantenidas al año, logra un 3,3% de cesaciones en el GI (que en este caso incluía también oferta de chicles) y un 1,4 en el GC. Estos resultados se resumen en la tabla 3, donde se puede apreciar que las cesaciones son consistentemente mayores en el GI que en el GC, aunque la mayoría de los trabajos no alcanzan resultados significativos, lo que induce a achacar esta falta de significación a falta de potencia de los estudios.

Algunos estudios con intervenciones complejas –incluso farmacológicas– y alta proporción de éxitos (entre el 20 y el 54%), quizá deban sus logros más a la motivación (sus pacientes son "voluntarios") y al número de controles, que a los métodos empleados<sup>37,38,39,40,41</sup>. En relación con estos métodos complejos, autores como Jamrozik<sup>42</sup>, Nebot<sup>43</sup> y otros<sup>44,45,46</sup> coinciden en que los chicles de nicotina tienen poco que aportar, en el contexto de una intervención global efectuada desde la medicina general, al contrario que los parches, que parecen más eficaces<sup>47,48,49</sup>.

El mantenimiento de las abstinencias conseguidas tras consejo antitabaco es un aspecto de gran interés. Con el tiempo, se



Tabla 3

Resultados obtenidos por diferentes autores con consejo, o consejo más folleto, en Atención Primaria.  
«Abstinencia mantenida» al final del período de seguimiento

AUTOR (año)	PLAZO	INTERVENCIÓN	CONTROLES	
Russell (79)	1 año	5,1	0,3	S.
Russell (83)	1 año	4,1	3,9	NS
Wilson (88)	1 año	3,3	1,4	NS
Stewart (89)	1 año	4,3	3,1	NS
Nebot (89)	1 año	5,3	2,3	L
Slama (90)	1 año	1	1	NS
Ockene (91)	1 año	6	—	—
Nebot (92)	1 año	4,4	—	—
Comas (95)	1 año	6,6	1,9	S
Comas (95)	3 años	4,5	1,2	S

S: Significativo al 95% de confianza.

NS: No significativo al 95% de confianza.

L: «Casi significativo», cifra límite al 95% de confianza.

observa una tendencia a disminuir el porcentaje de cesaciones atribuibles al consejo. La mayoría de autores considera que tras, un año de abstinencia, son pocos los ex-fumadores que recaen más adelante, un 10% según sus estimaciones<sup>50,51</sup>. Sin embargo, según nuestros resultados, entre uno y tres años la cifra es superior: en torno al 20%.

Consideramos interesante valorar este aspecto a más largo plazo, pero, con las cifras de pacientes de nuestro estudio, esto es poco operativo, por la pérdida de potencia que se produce. Otra forma de valorar este aspecto es el estudio de las tendencias a las recaídas en ambos grupos.

En el estudio clásico de Russell<sup>29</sup> ya se sugiere que el consejo reduce la tendencia a la recaída entre los abstinentes; compara el número de recaídas en los diferentes grupos estudiados, difiriendo significativamente el GI del GC. Usa, para el análisis, un test de Fisher. Así analizados, también encontramos diferencias significativas al 95% de confianza, pero realizando un análisis de supervivencia, que creemos es el abordaje correcto para este problema, las diferencias

son sólo significativas para un nivel de confianza del 90%.

Como conclusión, nuestro estudio confirma la efectividad del consejo antitabaco simple, acompañado de folleto e impartido en el nivel de Atención Primaria de salud, tanto a corto como a medio-largo plazo.

La probabilidad de recaída es máxima en las primeras semanas, por lo que sería aconsejable intensificar los contactos paciente-sanitario en este período.

No hemos podido demostrar que el consejo influya en el patrón de recaídas, aunque existe tendencia estadística a que estas disminuyan en el grupo aconsejado. Se necesitan nuevos estudios de tendencias a las recaídas, en grupos con y sin intervención mediante consejo, para clarificar más este asunto.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Comité de expertos de la OMS sobre lucha antitabáquica. Consecuencias del tabaco para la salud. Serie de informes técnicos n° 568. Ginebra: OMS, 1974.

2. Comité de expertos de la OMS sobre lucha antitabáquica. Lucha contra el tabaquismo epidémico. Serie de informes técnicos nº 636. Ginebra: OMS, 1979.
3. A report of the Surgeon General. The health consequences of smoking: cardiovascular disease. Rockville, Md.: Office on smoking and health, 1983.
4. González J, Rodríguez F, Martín J, Banegas JR y Villar F. Muertes atribuibles al consumo del tabaco en España. Corrección y actualización de datos. *Med Clin (Barc)* 1989; 93:79.
5. Bostick RM, Luepker RV, Kofron PM, Pirie PL. Changes in physician practice for the prevention of cardiovascular disease. *Arch Intern Med* 1991; 151:478-84.
6. Lewis CE, Clancy C, Leake B, Schwartz S. The counseling practices of internists. *Ann Intern Med* 1991; 114:54-58.
7. Manley M, Epps RP, Husten C, Gynn T, Shopland D. Clinical interventions in tobacco control. A National Cancer Institute program for physicians. *JAMA* 1991; 266:3172-73.
8. Cabezas C, Nebot M y GEPS. Prioridades en prevención y promoción de la salud desde la atención primaria: la perspectiva de los profesionales. *Atención Primaria* 1991; 8:99-102.
9. Chapman S. Clínicas de deshabituación del tabaquismo: una razón para su abandono. *The Lancet*(ed esp) 1985; 7:36-42.
10. Antó J M. Educación sanitaria y tabaquismo. Consideraciones sobre las campañas de educación sanitaria y el consejo individual en la práctica médica. *Atención Primaria* 1987; 4 (Suppl 1):44-48.
11. Fielding JE. Smoking: Health effects and Control (Second of two parts). *N Engl J Med.* 1985; 313:555-61.
12. Sociedad española de medicina familiar y comunitaria. Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud. III Workshop. Barcelona: Red de centros investigadores de la SEMFYC, 1990.
13. U.S. Preventive Services Task Force. Guía de actividades preventivas en la práctica médica. Una valoración de la efectividad de 169 intervenciones. Madrid: Díaz de Santos, 1992.
14. Sox HC. Current concepts: preventive health services in adults. *N Engl J Med* 1994; 33:1589-95.
15. Jarvis MJ, Tunstall-Pedoe H, Feyerabend C, Vesey C, Saloojee Y. Comparison of tests used to distinguish smokers from nonsmokers. *Am J Pub Health* 1987; 77:1435-38.
16. López ML. Proyecto pedagógico para la prevención del tabaquismo en la escuela. Oviedo: Asociación española contra el cáncer: Junta provincial de Asturias, 1988.
17. Bostick RM, Luepker RV, Kofron PM, Pirie PL. Changes in physician practice for the prevention of cardiovascular disease. *Arch Intern Med* 1991; 151:478-84.
18. Wechsler H, Levine S, Idelson RK. The physician role in health promotion: a survey of primary care practitioners. *N Engl J Med* 1983; 308:97-100.
19. Glynn TJ. Physicians and a smoke free society. *Arch Intern Med* 1988; 148:1013-1016.
20. Hermanson B, Omenn GS, Kronmal RA, Gersh BJ. Beneficial six-year outcome of smoking cessation in older men and women with coronary artery disease: results from the CASS registry. *N Engl J Med* 1988; 319:1365-69.
21. Salvador T, Marín D y Agustí A. El tratamiento del tabaquismo: niveles de intervención. *Med Clin (Barc)* 1987; 89(Num especial 1):45-51.
22. Steffensen FH, Lauritzen T, Sorensen HT. Validity of self-reported smoking habits. *Scand J Prim Health Care* 1995; 13:236-37.
23. Patrick DL, Cheadle A, Thompson DC, Diehr P, Koepsell T, Kinne S. The validity of self-reported smoking: a review and meta-analysis. *Am J Public Health* 1994; 84:1086-1093.
24. Kottke TE, Battista RN, DeFrieze GH, Bekke ML. Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice. A meta-analysis of 39 controlled trials. *JAMA* 1988; 259:2883-89.
25. Jamrozik K, Vessey M, Fowler G, Wald N, Parker G, Van-Vunakis H. Controlled trial of three different antismoking interventions in general practice. *Br Med J* 1984; 288:1499-03.
26. Comas A, Suárez R, González ML, Cueto A. Eficacia del consejo sanitario antitabaco. *Medifam* 1994; 4:67-74.
27. Sanders D, Fowler G, Mant D, Fuller A, Jones L, Marzillier J. Randomized controlled trial of anti-smoking advice by nurses in general practice. *J Roy Coll Gen Pract* 1989; 39:273-6.
28. Wilson DM, Taylor DW, Gilbert JR, Best JA, Lindsay EA, Wilms DG, Singer J. A randomized trial of a family physician intervention for smoking cessation. *JAMA* 1988; 260:1570-74.
29. Russell M. A. H., Wilson C., Taylor C. et al. Effect of general practitioners advice against smoking. *Br Med J* 1979; 2:231-235.

30. Russell M A H, Merriman R, Stapleton J, Taylor W. Effect of nicotine chewing gum as an adjunct to general practitioners advice against smoking. *Br Med J* 1983; 287:1782-85.
31. Ockene JK, Kristeller J, Pbert L, Hebert JR, Luippold R, Goldberg RJ et al. The physician-delivered smoking intervention project: can short-term interventions produce long-term effects for a general outpatient population? *Health Psychol* 1994; 13:278-81.
32. Nebot M, Soler M, Martín C, Birulés M, Oller M, Sala E y Cabezas C. Efectividad del consejo médico para dejar de fumar: evaluación del impacto al año de la intervención. *Rev Clin Esp* 1989; 184:201-05.
33. Nebot M, Cabezas C. Does nurse counseling or offer of nicotine gum improve the effectiveness of physician smoking-cessation advice? *Fam Pract Res J.* 1992; 12:263-70.
34. Slama K, Redman S, Perkins J, Reid ALA, Sanson-Fisher RW. The effectiveness of two smoking cessation programmes for use in general practice: a randomised clinical trial. *Br Med J* 1990; 300:1707-09.
35. Stewart PJ, Rosser WW. The impact of routine advice on smoking cessation from family physicians. *Can Med Assoc J* 1982; 126:1051-54.
36. Wilson DM, Taylor DW, Gilbert JR, Best JA, Lindsay EA, Wilms DG, Singer J. A randomized trial of a family physician intervention for smoking cessation. *JAMA* 1988; 260:1570-74.
37. Hjalmarson AIM. Effect of nicotine chewing gum in smoking cessation. *JAMA* 1984; 252:2835-38.
38. Quílez C, Hernando L, Rubio A, Granero EJ, Vila MA, Estruch J, et al. Estudio doble ciego de la eficacia del chicle de nicotina en la deshabitación tabáquica, dentro del ámbito de la atención primaria. *Atención Primaria* 1989; 6:719-726.
39. Tonnesen P, Fryd V, Hansen M, Helsted J, Gunnensen AB, Forchammer H, Stockner M. Effect of nicotine chewing gum in combination with group counseling on the cessation of smoking. *N Engl J Med* 1988; 318:15-18.
40. Salvador T, Marín D, González J, Iniesta C, Marsal S, Muriana C et al. Tratamiento del tabaquismo: comparación entre una terapia de soporte y una terapia usando soporte, chicle de nicotina y refuerzo del comportamiento. *Med Clin (Barc)* 1986; 87:403-06.
41. Risser NL, Belcher DW. Adding spirometry, carbon monoxide and pulmonary symptom results to smoking cessation counseling: a randomized trial. *J Gen Intern Med* 1990; 5:16-22.
42. Jamrozik K, Fowler G, Vessey M, Wald N. Placebo controlled trial of nicotine chewing gum in general practice. *Br Med J* 1984; 289:794-97.
43. Nebot M, Cabezas C, Oller M, Moreno F, Rodrigo J, Sardá T et al. Consejo médico, consejo de enfermería y chicle de nicotina para dejar de fumar en atención primaria. *Med Clin* 1990; 95:57-61.
44. Wilson DM, Taylor DW, Gilbert JR, Best JA, Lindsay EA, Wilms DG, Singer J. A randomized trial of a family physician intervention for smoking cessation. *JAMA* 1988; 260:1570-74.
45. Hughes JR, Gust SW, Keenan RM, Fenwick JW, Healey M. Nicotine Vs placebo gum in general medical practice. *JAMA* 1989; 261:1300-05.
46. 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; 45:831-34.
47. Campbell JA. Nicotine patches in general practice. *BMJ* 1993; 306:1284-85.
48. Russell MA; Stapleton JA; Feyerabend C; Wiseman SM; Gustavsson G; Sawe U; Connor P. Targeting heavy smokers in general practice: randomised controlled trial of transdermal nicotine patches. *BMJ* 1993; 306:1308-12.
49. Sachs DP; Sawe U; Leischow SJ. Effectiveness of a 16-hour transdermal nicotine patch in a medical practice setting, without intensive group counseling. *Arch Intern Med* 1993; 153:1881-90.
50. Plans P, Navas E, Tarín A, Rodríguez G, Galí N, Gayta R, et al. Coste-efectividad de los métodos de cesación tabáquica. *Med Clin (Barc)* 1995; 104:49-53.
51. Oster G, Huse DM, Delea TE, Colditz GA. Cost-effectiveness of nicotine gum as an adjunct to physician's advice against cigarette smoking. *JAMA* 1986; 256:1315-18.