



ARTÍCULO ESPECIAL

«No hacer», también en tabaco



Eduardo Olano-Espinosa^{a,*} y César Minué-Lorenzo^b

^a Centro de Salud Los Castillos, Alcorcón, Madrid, miembro del Grupo de Abordaje al Tabaquismo (GAT) de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SoMaMFyC)

^b Centro de Salud Perales del Río, Getafe, Madrid, coordinador del Grupo de Abordaje al Tabaquismo (GAT) de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SoMaMFyC)

Recibido el 8 de diciembre de 2015; aceptado el 22 de marzo de 2016

Disponible en Internet el 19 de mayo de 2016

PALABRAS CLAVE

Tabaquismo;
Atención primaria;
Intervención;
Cartera de servicios

KEYWORDS

Smoking;
Primary care;
Intervention;
Services portfolio

Resumen Existen intervenciones muy eficaces y eficientes para ayudar a nuestros pacientes a dejar de fumar. La estrategia que goza de mayor evidencia y consenso para atención primaria es la de las 5 aes, es decir, preguntar, aconsejar, valorar la disposición a intentar dejar de fumar, ayudar a aquellos que quieren intentarlo y hacer visitas de seguimiento.

Sin embargo, intervenimos menos de lo que deberíamos en nuestros pacientes fumadores.

Los protocolos disponibles nos proponen a veces intervenciones sobredimensionadas, sin evidencia científica ni repercusión terapéutica. Creemos que es necesario realizar intervenciones más sencillas, útiles y basadas en la evidencia que nos ayuden en el desempeño de nuestro trabajo, dejando de hacer aquellas que no aporten.

En este artículo usaremos como ejemplo una revisión crítica del servicio de Atención al Fumador de la Cartera de Servicios de la Comunidad de Madrid y propondremos una serie de alternativas que permitan una intervención más sencilla, efectiva y basada en pruebas.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/s/by-nc-nd/4.0/>).

“Do not do” also as regards tobacco

Abstract We do have very effective and efficient interventions to help our patients to stop smoking. The strategy that has more evidence and consensus in primary care is the 5 A's, that is, ask, advise, assess willingness to try to quit smoking, helping those who want to try and make follow-up visits.

However, we intervene lot less than we should.

The available protocols oversized interventions, and propose elements without scientific evidence or therapeutic effect.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: e.oeeoeoe@gmail.com, eolano.gapm08@salud.madrid.org (E. Olano-Espinosa).

It is therefore necessary to develop more simple, useful and evidence-based interventions to assist us in carrying out our work interventions, and stop doing those that don't contribute.

In this article we will use as an example a critical review of Smoker Care Service Portfolio of Madrid Health Service, and we will propose a number of alternatives to allow a simple, effective and evidence-based intervention.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El consumo de tabaco, aun el de unos pocos cigarrillos diarios, es un grave factor de riesgo de morbimortalidad. La tasa de mortalidad de quienes fuman un paquete de cigarrillos diario es más del doble de la de quienes no fuman y su esperanza de vida es 10 años menor. Si no abandonan su consumo, al menos la mitad de los fumadores morirán prematuramente por enfermedades ocasionadas por el tabaco¹⁻⁴. La cesación disminuye el riesgo desde los primeros días; 10 años después de dejarlo, la tasa de mortalidad se vuelve muy similar a la de los que nunca han fumado¹. Además, dejar de fumar es beneficioso a cualquier edad⁴⁻⁶.

Existen intervenciones muy eficaces para ayudar a los pacientes a dejar de fumar con un alto nivel de evidencia⁷⁻⁹. Entre ellas se encuentran los materiales de autoayuda^{8,10}, el consejo sanitario para dejar de fumar^{8,11}, el asesoramiento o «*counseling*» presencial, tanto individual^{8,11-13} como en grupo¹⁴, el asesoramiento telefónico^{8,15}, las técnicas conductuales^{8,16} y el empleo de fármacos útiles^{8,17-21}.

Varias de las más importantes guías de práctica clínica basadas en la evidencia (GPC)^{7,8,16,22-25} recomiendan estas intervenciones debido al acúmulo de evidencias científicas que apoyan su efectividad, su coste-efectividad y su repercusión sobre la salud de nuestros pacientes, muy superior al de otras intervenciones habituales, como el cribado del cáncer de cérvix, el de mama, el tratamiento de la hipertensión moderada o el de la hipercolesterolemia con estatinas^{7,8,16,22}.

Estrategias

Si bien la efectividad de las intervenciones en tabaco tiende a ser proporcional al tiempo de contacto terapéutico⁸, intervenciones de menos de 30 min son muy efectivas y eficientes si se aplican con estrategias adaptadas a contextos sanitarios donde el tiempo es el factor limitante, como ocurre en atención primaria de salud (APS)^{8,16}. Dada la gravedad y la magnitud del problema, disponer de intervenciones sencillas, breves y efectivas en un entorno de alta accesibilidad es muy pertinente.

En el contexto que nos ocupa, la estrategia que goza de mayor evidencia y consenso es la denominada «las 5 aes» (tabla 1)^{8,23-27}. Consta de 5 pasos: preguntar a toda persona que acuda a consulta si fuma o no (A1) y, en su caso, darle consejo sanitario para dejar de fumar (A2) y valorar su disposición para hacer un intento de abandono (A3).

Aunque la mayoría de los fumadores logran la abstinencia sin fármacos ni ayuda profesional, la evidencia muestra que, en los pacientes que necesitan apoyo, la combinación de

fármacos y tratamiento conductual es mejor que el manejo habitual, el consejo aislado o una intervención conductual menos intensa (RR 1,82; IC del 95%: 1,66-2,00)²⁸. Por tanto, si la persona fumadora quiere dejar de fumar, el clínico debe ayudarle ofreciéndole asesoramiento en técnicas conductuales y medicación adecuada (A4) y acordar revisiones de seguimiento (A5). Si, por el contrario, la persona fumadora refiere no desear dejar de fumar, el clínico debería saber realizar una intervención motivacional.

«Las 5 aes» (tabla 1) son consecuentes con las recomendaciones del National Cancer Institute, de la American Medical Association, la American Psychiatric Association, el National Institute for Health and Care Excellence (NICE), el Royal Australian College of General Practitioners y otras sociedades científicas, como la semFYC. Por tanto, deberían constituir la base de los protocolos de actuación de nuestro sistema de salud, al menos en el contexto de APS.

Sin embargo, intervenimos poco

Los estudios descriptivos muestran que a una mayoría de fumadores les gustaría dejar de fumar y que el porcentaje que lo intenta es alto (más del 50% al año en Reino Unido). Muchos de estos intentos no dan lugar a cesaciones mantenidas: menos del 3% siguen sin fumar a los 12 meses²⁹.

Pese a esta aparente ineficacia, más de la mitad de los fumadores logran dejar de fumar definitivamente, incrementando así sus expectativas y calidad de vida. Este incremento es mayor cuanto antes se deje: por cada año que se fuma después de los 40, la esperanza de vida se reduce en tres meses⁴⁻⁶. Es por tanto muy importante animar y ayudar a nuestros pacientes a que dejen de fumar cuanto antes. Lo que los médicos de familia (MF) hacemos y decimos acerca del tabaco en nuestras consultas es una cuestión vital para muchos¹⁶.

Aunque no es necesario que los intentos de cesación se realicen con supervisión profesional, esto aumenta su eficacia³⁰. Sin embargo, solo uno de cada 20 intentos se realiza así²⁹. Y es que, a pesar de la evidencia científica disponible sobre la importancia y la utilidad de la intervención en tabaco, el comportamiento real de los MF es mejorable, como queda patente en la bibliografía³¹⁻³⁴.

El estudio PESCE, que describe cómo se implican los MF europeos en la asistencia a sus pacientes fumadores y los factores asociados, muestra que intervenimos mucho menos de lo recomendable y que lo achacamos a la falta de tiempo, de formación específica y de reconocimiento de la importancia del tabaco como determinante de salud³⁵.

Por otro lado, si analizamos las intervenciones propuestas desde nuestro sistema sanitario, nos encontraremos que incluyen en ocasiones evaluaciones carentes de evidencia

Tabla 1 Las 5 aes

Averiguar si se fuma	Ask	Identificar y registrar el uso de tabaco para cada paciente en cada visita
Aconsejar el abandono.	Advise	A cada fumador de una manera clara, firme y personalizada
Ayudar en el intento de abandono	Assist	Para el que quiera hacer un intento, ofrecer medicación y derivar o proporcionar para asesoramiento o tratamiento adicional
Apreciar la disposición para hacer un intento	Assess	¿Está dispuesto a hacer un intento de abandono en este momento?
Acordar un seguimiento	Arrange	Acordar visitas de seguimiento, la primera dentro de la primera semana después de la fecha de abandono

sobre su efectividad y de repercusión sobre las decisiones terapéuticas, aumentando en vano el tiempo y la complejidad de la intervención, precisamente 2 de las variables que los profesionales reconocemos como limitantes de nuestra intervención.

Posibles soluciones

Hacer menos para hacer más

El NICE publica desde 2007 recomendaciones «no hacer», basadas en evitar intervenciones cuya relación beneficio/riesgo no está clara o en las que no existe evidencia que aconseje su uso continuado. En un informe publicado en 2014, la Academy of Medical Royal Colleges³⁶ sostiene que los médicos tienen la obligación ética de procurar la eficiencia. Para ello, las recomendaciones «no hacer» son un excelente recurso.

Antes de solicitar una prueba diagnóstica es conveniente considerar qué se hará si esta sale positiva y qué se hará si esta sale negativa: si la intervención no va a variar en virtud de los resultados de la prueba, muy probablemente puede prescindirse de la misma. Aunque podría presentar la ventaja de que los pacientes se sientan más intensamente atendidos y servir para recabar datos publicables, el realizar o solicitar pruebas diagnósticas que no van a influir en cómo se debe hacer la intervención origina costes materiales y de tiempo, pudiendo incluso desincentivar la propia intervención, que es lo que puede estar ocurriendo en el caso que nos ocupa.

Desarrollar intervenciones más sencillas sin perder eficacia

Un enfoque reciente, más simple y centrado en el paciente, es el «*very brief advice*». Consiste en ofrecer directamente al paciente las opciones disponibles para hacer un intento de abandono, con independencia de su motivación. Cuando reciben una oferta de ayuda, muchos pacientes, incluso aquellos que no pensaban hacer un intento, responden positivamente³⁷. Este enfoque puede ser realizado en menos de 30 s³⁸. Comparado con la intervención habitual, genera un 50% más de intentos de abandono (RR 1,69, IC del 95%: 1,24-2,31 frente a RR 1,39, IC del 95%: 1,25-1,54). Falta evidencia de calidad sobre el éxito de estos intentos³⁹.

Por tanto, los MF podríamos ser más efectivos para promover en nuestros pacientes intentos para dejar de fumar

si ofrecemos ayuda a todos y no solo a quienes expresan su intención de hacer un intento. Esto tiene grandes implicaciones prácticas. Según las GPC de referencia^{8,16,23-27}, el personal sanitario debería preguntar a los pacientes fumadores si les gustaría dejar de fumar antes de ofrecerles ayuda. De acuerdo con la revisión de Aveyard et al.³⁹, si asumimos que un 20% de la población fumadora haría un intento en los 6 meses siguientes a la visita, con el consejo «tradicional» esta cifra se elevaría al 25%, 1/20 pacientes aconsejados. La oferta de asistencia incrementaría esta cifra hasta el 35%, 1/7 pacientes intervenidos.

Un ejemplo: el Servicio de Atención al Fumador de la Comunidad de Madrid

Con la intención de ejemplificar, realizaremos a continuación un análisis crítico de los contenidos del Servicio de Atención al Fumador de la Comunidad de Madrid y del protocolo correspondiente. Los servicios constan de criterios de inclusión y criterios de buena atención (CBA), y su cobertura y cumplimiento se usan para valorar el trabajo de los profesionales. El conjunto de servicios ofertados forma la Cartera de Servicios de la Comunidad de Madrid.

En este servicio (tabla 2) se recomiendan intervenciones sin evidencia científica ni repercusión en la actitud terapéutica que consumen recursos y que probablemente influyen en su cobertura. Proponemos adaptarlo a la evidencia.

Creemos que situaciones similares pueden estar ocurriendo en otros servicios sanitarios de nuestro entorno.

Veamos en qué consiste este servicio y qué alternativas hay basadas en la evidencia existente.

Criterio de inclusión 1.º: «Personas mayores de 14 años fumadoras... o que tienen identificada su cuantificación»

En el metaanálisis de la GPC de la AHCP de 1996⁴⁰ se evaluó el cribado del tabaquismo en cuanto a la tasa de tratamientos de deshabituación y la tasa de cesación. La presencia de un sistema de identificación aumentó la intervención de los clínicos (odds ratio [OR] 3,1, IC del 95%: 2,2-4,2), aunque no resultó concluyente que ocasionara unas tasas de abstinencia significativamente mayores (OR 2,0, IC del 95%: 0,8-4,8).

Las GPC recomiendan que «*debería preguntarse a todos los pacientes si fuman y registrarlo en un soporte adecuado,*

Tabla 2 Servicio de Atención al consumo de tabaco en el adulto. Comunidad de Madrid (2015)

Criterios de inclusión	1.º	Personas mayores de 14 años fumadoras, es decir, que han consumido al menos un cigarrillo al día en el último mes (OMS) o tiene identificada su cuantificación
	2.º	Personas mayores de 14 identificadas como fumadoras y con fase de abordaje identificada, al menos una vez el último año
	3.º	Personas mayores de 14 años identificadas como fumadoras y con cuantificación del hábito tabáquico en paquetes/año, al menos una vez en los últimos 2 años
	4.º	Personas mayores de 14 años identificadas como fumadoras y con el hábito tabáquico cuantificado en los 2 últimos años, que en el último año se encuentran en fase de acción, mantenimiento o finalización
Criterios de buena atención	1.º	Una valoración sobre las características del hábito tabáquico: edad inicio, intentos previos de abandono del hábito tabáquico y motivos de recaídas
	2.º	Una valoración del grado de dependencia física a la nicotina según el test de Fagerström reducido
	3.º	Un consejo sobre el abandono del hábito y la oferta de intervención y ayuda para la deshabitación, al menos una vez en el último año. Aclaración: El consejo, información o refuerzo estará orientado a: <ul style="list-style-type: none"> • Proceso relacionado con el abandono del consumo (síndrome de abstinencia) • Beneficios relacionados con el abandono del consumo de tabaco • Habilidades para afrontar la deshabitación • Hábitos alimentarios y ejercicio físico • Información sobre alternativas de tratamiento farmacológico
	4.º	Una anamnesis sobre la fecha de abandono
	5.º	Seguimiento en al menos 2 ocasiones en el primer año desde la fecha de abandono (una de ellas en el primer mes) que aborde los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> • Valoración de la adherencia al plan terapéutico: presencia o ausencia del síndrome de abstinencia • Valoración de la adherencia al plan terapéutico: dificultades para el abandono y su abordaje • Valoración de la adherencia al plan terapéutico: recaídas y causas • Revisión del tratamiento farmacológico para el abandono del hábito tabáquico (sustitutivos de la nicotina, bupropión y vareniclina) • Valoración de posibles efectos adversos del tratamiento farmacológico Aclaración: las intervenciones incluidas en los CBA 4 y 5 se realizarán únicamente en las personas que se encuentren en fase de acción o mantenimiento
	6.º	Las personas incluidas en el servicio tendrán realizada una espirometría para cribado de EPOC si tienen 40 años o más, presentan una historia de tabaquismo superior a los 10 paquetes/año y tienen síntomas respiratorios (tos crónica, expectoración, disnea, infecciones respiratorias de vías inferiores/bronquitis frecuentes)

como una historia clínica⁸. Por ello, nos parece adecuado mantener este criterio de inclusión.

Criterio de inclusión 2.º: «Personas mayores de 14 años... fumadoras y con fase de abordaje identificada...» y criterio de inclusión 4.º: «Personas mayores de 14 años... fumadoras y con cuantificación del hábito tabáquico... que en el último año se encuentran en fase de acción, mantenimiento o finalización»

No existe evidencia científica de que el abordaje del tabaquismo siguiendo la teoría de las fases del cambio aporte una mejor atención que las intervenciones no basadas en estadios; incluso recientes evidencias indican que podría ser contraproducente^{8,41}.

Como ya se ha comentado antes, algunas revisiones recientes³⁹ muestran la eficacia del ofrecimiento de ayuda a cualquier paciente fumador, independientemente de la disposición del mismo a hacer un intento.

Por ello, recomendamos evitar criterios de inclusión similares. El hecho de ser fumador debería ser el único criterio de inclusión para un servicio de este tipo.

Criterio de inclusión 3.º: «Personas mayores de 14 años... fumadoras y con cuantificación del hábito tabáquico en paquetes/año...»

Además de no ser un marcador adecuado de riesgo de toxicidad (ya que el tiempo que se lleva fumando es mucho más relevante que la cantidad diaria)⁵, la cuantificación en

paquetes-año no ofrece una información relevante a la hora de ayudar a dejar de fumar y no se contempla en las GPC^{8,16}.

Recomendamos, por tanto, no utilizar la cuantificación del consumo en paquetes/año para condicionar la atención al paciente fumador.

Criterio de buena atención 1.º:

«Una valoración sobre las características del hábito tabáquico. . .»

Los hallazgos del metaanálisis y la opinión del panel de expertos de la GPC americana de 2008⁸ particularmente relevantes en cuanto a la valoración de las características del consumo son los siguientes:

- Hay pocas pruebas consistentes de que las características del consumo de tabaco sean útiles para ajustar el tratamiento farmacológico (aunque sí debemos recordar que no hay pruebas consistentes de su eficacia en fumadores de menos de 10 cigarrillos diarios)²¹.
- Independientemente de las evaluaciones específicas, todos los fumadores pueden beneficiarse de los tratamientos descritos como de elección. Por consiguiente, la administración de tratamientos para la dependencia del tabaco no debería depender del uso de técnicas específicas de evaluación o diagnóstico.
- Finalmente, las intervenciones adaptadas y basadas en evaluaciones específicas no producen de forma sistemática tasas de abandono a largo plazo mayores de lo que lo hacen intervenciones no adaptadas de igual intensidad⁸. La excepción es que algunos estudios prometedores sugieren que la individualización de los materiales de autoayuda podría ser beneficiosa¹⁰. Aun así, el panel de expertos de la GPC americana⁸ reconoce además que algunas intervenciones eficaces, como la resolución de problemas, implican una adaptación del tratamiento basada en una evaluación sistemática que tiene lugar como una parte integral de las mismas.

Por tanto, mientras no haya más evidencia al respecto, recomendamos evitar el uso de las características individuales del consumo de tabaco para condicionar aspectos fundamentales de la asistencia al paciente fumador o para evaluar una intervención básica.

No obstante, la ausencia de pruebas en este caso concreto no significa que esté demostrada su inutilidad, por lo que podía valorarse el conservar ciertos ítems para discutir con los fumadores que hacen un intento de abandono, como los intentos previos o los motivos de recaída, por profesionales capacitados para realizar una intervención más avanzada, pero nunca como criterio de atención básico.

Criterio de buena atención 2.º: «Valoración de la dependencia física (. . .) mediante el test de Fagerström reducido»

En el campo del tabaco se han desarrollado —y popularizado— test o cuestionarios que permiten cuantificaciones objetivas, pero sin validez terapéutica. Entre los

más usados está el test de Fagerström modificado (FTND). Este test tiene la ventaja y la limitación de su sencillez.

Mide dependencia, tiene un cierto valor predictivo cara a la cesación a largo plazo y su uso aporta objetividad cara a la publicación de resultados, pues es necesario disponer de algunas características de una población para poder compararla con otra (como números de intentos previos o presencia de patología psiquiátrica). Pese a su uso para determinar el tipo y la intensidad de tratamiento, no hay ninguna evidencia científica de que las puntuaciones en el FTND deban condicionar el tratamiento^{8,9,16,21}.

Por tanto, mientras no haya más evidencia al respecto, recomendamos evitar el uso del FTND como condicionante del tratamiento a recibir por nuestros pacientes o como criterio para evaluar la calidad de la intervención, restringiendo su uso en todo caso a pacientes que quieran hacer un intento, cara a la investigación o al control de calidad.

Criterio de buena atención 3.º: «Consejo sobre el abandono del hábito y oferta de atención y ayuda (. . .) al menos una vez en el último año»

El consejo sanitario para dejar de fumar es una de las intervenciones que han demostrado mayor eficacia y efectividad para ayudar a las personas a dejar de fumar^{8,11}, siendo recomendado por las GPC como una de «las 5 aes»⁸. Su concepto implica brevedad y su utilidad reside en aumentar el número de intentos.

Sin embargo, tareas como la información o el refuerzo sobre el síndrome de abstinencia, los beneficios de dejar de fumar, las habilidades para afrontar la deshabituación, hábitos alimentarios y ejercicio trascienden el consejo simple y se meten en el terreno del *counselling* o asesoramiento.

Recomendamos potenciar el uso del consejo sanitario para dejar de fumar como intervención breve y encaminada a aumentar el número de fumadores que hacen un intento para dejar de fumar. El resto de las actividades pueden proponerse como parte de una intervención avanzada o intensiva, nunca como criterios para medir la calidad de una intervención básica.

Criterio de buena atención 4.º: «Una anamnesis sobre la fecha de abandono»

Parece razonable que aquellos pacientes que quieren hacer un intento fijen una fecha para la abstinencia, aunque no imprescindible. En la guía americana se hace referencia a intentar «fijar una fecha en los próximos 15 días»⁸, aunque no hay evidencia científica que lo apoye superior a la del consenso de expertos.

Criterio de buena atención 5.º: «Seguimiento en al menos 2 ocasiones»

Dado que el tabaquismo es un proceso crónico con tendencia a las recaídas, y que estas se producen con mayor frecuencia en los 6 primeros meses de abstinencia, y sobre todo en el primero, hay una gran coincidencia en la literatura en que deben programarse al menos 2 contactos de seguimiento^{8,9,16}.

El primero debería ser preferiblemente en la primera semana después de dejar de fumar y el segundo se recomienda al final del primer mes⁸.

Dada la relación dosis-respuesta entre intensidad y duración de la intervención y su efectividad⁸, y las sucesivas visitas o llamadas de seguimiento deberían ser tantas como el paciente demande y el tiempo permita. Además, el tratamiento presencial administrado durante 4 o más sesiones parece especialmente efectivo en el incremento de las tasas de abstinencia⁸. Por consiguiente, si es factible, los clínicos deberían esforzarse en reunirse al menos 4 veces con las personas que están dejando de fumar.

Por ello, las GPC recomiendan que «en todos los pacientes que reciben una intervención para el abandono del consumo de tabaco se debe valorar si permanecen abstinentes al final de la intervención y en los contactos posteriores. Particularmente, deben fomentarse las valoraciones dentro de la primera semana después de haber dejado de fumar»⁸. Nos parece, por tanto, adecuado mantener este criterio de inclusión, aunque recomendamos ajustarlo al marco temporal definido por la evidencia.

Criterio de buena atención 6.º: «Espirometría para cribado de enfermedad pulmonar obstructiva crónica...»

La valoración de riesgos biomédicos no ha demostrado efectividad como ayuda para dejar de fumar⁴². Podría resultar útil emplear una combinación de espirometría y sus resultados en términos de «edad pulmonar»⁴³, aunque la evidencia no es firme. Hay muy poca información para evaluar los efectos del *feedback* fisiológico. Tampoco existe información suficiente sobre cómo afecta esta valoración a personas con diferentes niveles de motivación, ni si la evidencia de que una persona no posee un alto riesgo, le podría animar a seguir fumando. Finalmente, los datos sobre la efectividad del *feedback* en comparación con la intervención motivacional son desiguales.

Por tanto, mientras no haya más evidencia al respecto, recomendamos suprimir este tipo de intervenciones para valorar a los pacientes fumadores dentro del protocolo de ayuda al fumador.

Además de los anteriores, en el protocolo clínico analizado se recomiendan otras intervenciones, como son anamnesis detallada sobre la percepción del manejo de la salud, valoración nutricional y metabólica, hábitos saludables, anamnesis sobre síntomas respiratorios, exploración física, el test de Richmond y el test de Glover-Nilsson, todos ellos desaconsejables en una intervención que busque ser eficiente y efectiva debido a la ausencia de pruebas sobre su efectividad en un contexto de APS (véase CBA 1, CBA 2 y CBA 6)^{8,9,16,21,42}.

Propuestas conclusivas

Recomendamos reducir el número de indicadores para facilitar el registro, delimitando con claridad una intervención básica e ineludible por su efectividad y eficiencia.

Para ello, proponemos hacer:

- Utilizar como criterio de inclusión único el hecho de ser fumador.
- En un paciente identificado como fumador, las recomendaciones de las GPC son valorar su intención de abandono y promover un intento con un adecuado consejo sanitario. A los pacientes que quieran intentar dejar de fumar, se les deben ofrecer técnicas conductuales y fármacos de primera línea y hacer un seguimiento adecuado, idealmente en 4 ocasiones.
- El manejo basado en la evidencia en pacientes que no quieren hacer un intento es la intervención motivacional⁴⁴ o la estrategia de las 5 Rs⁴⁵.

Por el contrario, proponemos no hacer:

- Desaconsejamos incluir en el esquema básico de intervención todas aquellas intervenciones que carecen de evidencia científica y cuyo resultado no influye en el tratamiento, como las fases de cambio, la cuantificación del consumo en paquetes/año, la valoración de las características del hábito tabáquico, el test de Fagerström, el test de Richmond, el test de Glover-Nilsson y las espirometrías, exploraciones físicas y otras medidas de riesgo biomédico o pruebas complementarias.

Financiación

Este artículo no ha tenido financiación alguna.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A la junta directiva de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SoMaMFyC) por su apoyo.

Bibliografía

1. Peto R, López AD, Boreham J, Thun M. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. 1994th ed. Oxford University Press.
2. The tobacco atlas [consultado 14 Jun 2015]. Disponible en: <http://www.tobaccoatlas.org/>.
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. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, Rostron B, Thun M, Anderson RN, et al. 21st-Century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *N Engl J Med.* 2013;368:341-50.
5. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ.* 2004;328:1519.
6. Pirie K, Peto R, Reeves GK, Green J, Beral V. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: A prospective study of one million women in the UK. *The Lancet.* 2013;381:133-41.
7. Gorgojo Jiménez L, González Enríquez J, Salvador T, Sancho Martín JL de, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (España). Evaluación de la eficacia, efectividad y

- coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
8. Treating tobacco use and dependence: 2008 Update-NCBI Bookshelf [consultado 28 Sep 2012] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>
 9. Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: Findings from the Cochrane Library. *BMJ*. 2000;321:355-8.
 10. Hartmann-Boyce J, Lancaster T, Stead LF. Print-based self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;6:CD001118.
 11. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;5:CD000165.
 12. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005. Issue 2. Art. No.: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2.
 13. Rice VH, Hartmann-Boyce J, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;8:CD001188.
 14. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD001007. DOI: 10.1002/14651858.CD001007.pub2.
 15. Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;8:CD002850.
 16. NICE. PH10 Smoking cessation services: guidance [Internet] [consultado 4 Nov 2012]. Disponible en: <http://publications.nice.org.uk/smoking-cessation-services-ph10>.
 17. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: An overview and network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 5. Art. No.: CD009329. DOI: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.
 18. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012 [consultado 3 Nov 2012]. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006103.pub6>
 19. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;1:CD000031.
 20. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;11:CD000146.
 21. Olano Espinosa E, Minué Lorenzo C, Ayesta Ayesta FJ. [Pharmacotherapies for nicotine dependence: Review of scientific evidence. Spanish Society of Smoking Specialists: Recommendations about election and individualization]. *Med Clin (Barc)*. 2011;136:79-83.
 22. Plans P, Navas E, Tarín A, Rodríguez G, Galí N, Gayta R, et al. [Cost-effectiveness of the methods of smoking cessation]. *Med Clin (Barc)*. 1995;104:49-54.
 23. Córdoba R, Camarellas F, Muñoz E, Gómez J, Díaz D, Ramírez JI, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria*. 2014;46 Suppl 4:16-23.
 24. Grupo de Trabajo de Abordaje al Tabaquismo de la semFYC. Manual de tabaquismo. Barcelona: semFYC; 2008.
 25. Camarellas Guillem F, Dalmau González-Gallarza R, Clemente Jiménez L, Díaz-Maroto Muñoz JL, Lozano Polo A, Pinet Ogué MC. Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España. *Med Clin (Barc)*. 2013;140, 272.e1-272.e12.
 26. Supporting smoking cessation: A guide for health professionals [actualizado Jul 2014]. Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners, 2011.
 27. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de práctica clínica nacional de tratamiento de la adicción al tabaco. Buenos Aires, 2011.
 28. Stead LF, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 10. Art. No.: CD008286. DOI: 10.1002/14651858.CD008286.pub2.
 29. Aveyard P, West R. Managing smoking cessation. *BMJ*. 2007;335:37-41.
 30. West R, McNeill A, Britton J, Bauld L, Raw M, Hajek P, et al. Should smokers be offered assistance with stopping? *Addiction*. 2010;105:1867-9.
 31. Szatkowski L, Lewis S, McNeill A, Coleman T. Is smoking status routinely recorded when patients register with a new GP? *Fam Pract*. 2010;27:673-5.
 32. Omole OB, Ngobale KNW, Ayo-Yusuf OA. Missed opportunities for tobacco use screening and brief cessation advice in South African primary health care: A cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. 2010;11:94.
 33. Ellerbeck EF, Ahluwalia JS, Jolicoeur DG, Gladden J, Mosier MC. Direct observation of smoking cessation activities in primary care practice. *J Fam Pract*. 2001;50:688-93.
 34. Thorndike AN, Rigotti NA, Stafford RS, Singer DE. National patterns in the treatment of smokers by physicians. *JAMA*. 1998;279:604-8.
 35. Stead M, Angus K, Holme I, Cohen D, Tait G. Factors influencing European GPs' engagement in smoking cessation: A multi-country literature review. *Br J Gen Pract*. 2009;59:682-90.
 36. Academy of Medical Royal Colleges. Protecting resources, promoting value: A doctor's guide to cutting waste in clinical care. 2014.
 37. Pisinger C, Vestbo J, Borch-Johnsen K, Thomsen T, Jørgensen T. Acceptance of the smoking cessation intervention in a large population-based study: The Inter 99 study. *Scand J Public Health*. 2005;33:138-45.
 38. NCSCCT e-learning [Internet] [consultado 14 Jun 2015]. Disponible en: <http://elearning.ncsct.co.uk/>.
 39. 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: Brief interventions for smoking cessation. *Addiction*. 2012;107:1066-73.
 40. The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. *JAMA*. 1996;275(16):1270-1280.
 41. Cahill K, Lancaster T, Green N. Stage-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010:CD004492.
 42. Bize R, Burnand B, Mueller Y, Rège-Walther M, Camain JY, Cornuz J. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 12. Art. No.: CD004705. DOI: 10.1002/14651858.CD004705.pub4.
 43. Parkes G, Greenhalgh T, Griffin M, Dent R. Effect on smoking quit rate of telling patients their lung age: The Step 2 quit randomised controlled trial. *BMJ*. 2008;336:598-600.
 44. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 3. Art. No.: CD006936. DOI: 10.1002/14651858.CD006936.pub3.
 45. Carpenter MJ, Hughes JR, Solomon LJ, Callas PW. Both smoking reduction with nicotine replacement therapy and motivational advice increase future cessation among smokers unmotivated to quit. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72:371-81.