

Factores asociados con la abstinencia y eficacia de un programa de cesación de tabaquismo

Dres. María Victorina López Varela*, Turquesa Anido†, Mabel Rovira‡, Beatriz Goja§, Mariela Tubino¶, Graciela Alfonso††, Lic. Marta Vezoli‡‡, Mag. Psic. Estela Garateguy§§, Ec. Federico Bermúdez¶¶, Dr. Roberto López Soto†††

Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay. Departamentos: Neumología, Medicina Interna, Psicología Médica y Medicina Preventiva

Resumen

El tabaquismo es la primera causa de morbimortalidad evitable en el mundo occidental.

Objetivo: evaluar la eficacia de un programa de cesación de tabaquismo y factores asociados con la cesación.

Material y método: 517 individuos ingresaron al programa, 357 completaron al menos dos sesiones. Se consignó: sexo, edad, estado civil, nivel de educación, enfermedades asociadas, entorno familiar de fumadores, intentos previos para dejar de fumar, historia de tabaquismo y grado de dependencia por escala de Fagerström.

Se aplicó un programa de ocho semanas multicomponente: cognitivo-conductual, farmacológico (bupropión o terapia de reemplazo nicotínico) y terapia grupal.

La abstinencia fue confirmada por medida del CO exhalado.

Resultados: los individuos tuvieron una edad entre 20 y 77 años (media de 50,58 ± 11,24), fueron 61,1% mujeres, 82,9% con intentos previos para dejar de fumar, fumadores de 44,22 ± 26,30 paquetes/año, edad de inicio media de 17,93 ± 3,65 años, consumo de 28,38 ± 13,45 cigarrillos/día, dependencia por Fagerström de 5,99 ± 2,12, 89,4% recibieron medicación; 113 participantes (31,6%) se mantuvieron sin fumar al año. Un menor índice de cesación se asoció significativamente con: sexo femenino, mayor dependencia por escala de Fagerström, y seguir fumando en las primeras semanas y a los tres meses de inicio del programa.

Conclusiones: se comprobó la eficacia del programa con una tasa de cesación al año de 31,6%, comparable con los datos publicados por otros centros y asociada al género, la dependencia a la nicotina y el cese precoz, al inicio del programa.

Palabras clave: TABAQUISMO.
TRASTORNO POR USO DE TABACO.
CESE DEL USO DE TABACO.

* Prof. Agdo. Cátedra de Neumología. Facultad de Medicina. Hospital Maciel.

† Ex Asistente Cátedra de Neumología. Facultad de Medicina. Hospital Maciel.

‡ Médico Neumólogo. Ministerio de Salud Pública. Hospital Maciel.
§ Prof. Agdo. Clínica Médica. Facultad de Medicina. Hospital de Clínicas.

¶ Médico. Unidad Psicología Médica del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU).

†† Ex Asistente Salud Mental. Programa Docente en Comunidad.

Coordinador de la Unidad de Psicología Médica del CASMU.

‡‡ Licenciada en Psicología. Unidad Psicología Médica del CASMU.

§§ Magister en Drogodependencias.

¶¶ Economista.

††† Profesor Académico.

Correspondencia: Dra. María Victorina López Varela
21 de Setiembre 2353/301. CP 11200. Montevideo, Uruguay
Correo electrónico: mlopez@chasque.net

Recibido: 3/4/06.

Aceptado: 6/11/06.

Introducción

El tabaquismo se considera en la actualidad una enfermedad de naturaleza adictiva, crónica, recurrente y tratable^(1,2), cuya importancia radica en que es la primera causa de morbimortalidad evitable en el mundo occidental⁽³⁾.

Cada año mueren alrededor de cinco millones de individuos debido al consumo de tabaco⁽⁴⁾, esto es una muerte cada nueve segundos⁽⁵⁾. De mantenerse la tendencia actual, para el año 2020 habrá 10 millones de defunciones anuales por esta causa⁽⁶⁾; 70% de las mismas ocurrirá en los países en vías de desarrollo.

Los riesgos del consumo de tabaco a largo plazo han sido demostrados en el estudio de los médicos británicos⁽⁷⁾, comparando la supervivencia de fumadores y no fumadores a lo largo de 50 años, sobre un total de 34.000 médicos y 25.000 defunciones. Los resultados publicados en el año 2004 mostraron una diferencia significativa en la mortalidad de los fumadores persistentes, que se mantiene en todos los rangos etarios. En promedio, los fumadores viven diez años menos que los no fumadores⁽⁸⁾.

Este estudio también demostró el beneficio y el dramático efecto del cese del tabaquismo sobre la mortalidad, aun en aquellos en la edad media de la vida. El dejar de fumar aumentó significativamente la expectativa de vida⁽⁸⁾.

En nuestro país, según datos de la división estadística del Ministerio de Salud Pública (MSP) (2003), mueren cada año aproximadamente 5.000 individuos por causas atribuibles al tabaco⁽⁹⁾. La encuesta de la Junta Nacional de Drogas (JND) (2001) mostró una prevalencia de tabaquismo de 30,1%⁽¹⁰⁾. En el año 2003, Montevideo y su área metropolitana fue centro del estudio PLATINO (Proyecto Latinoamericano de Investigación en Obstrucción Pulmonar) sobre prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en cinco ciudades de Latinoamérica. Este estudio mostró una prevalencia de 28% de fumadores y 29% de ex fumadores en individuos de 40 años y más. Ya han sido publicados los detalles sobre la metodología de PLATINO, que abarcó una muestra representativa de 943 individuos de nuestra población⁽¹¹⁾.

El tabaquismo produce una alteración cerebral compleja que es determinada por una susceptibilidad variable a los efectos psicoactivos y adictivos de la nicotina. A ello se suman potentes factores psíquicos, socioeconómicos y ambientales. Esto explica que aunque 70% de los fumadores intenta dejar de fumar, sólo 2,5% lo consigue sin ayuda⁽²⁾, pudiéndose alcanzar cifras de cesación al año de 15% a 30% con un abordaje integral⁽¹⁾.

El tratamiento mínimo, bajo la forma de consejo médico, es una herramienta educativa de alto impacto cuando se aplica en forma sistemática en todos los niveles de asistencia, en particular en atención primaria.

El tratamiento intensivo es un abordaje basado en el cambio conductual que puede realizarse bajo la modalidad de terapia individual o grupal y que, apoyado en el tratamiento farmacológico disponible, ha demostrado ser eficaz y aumentar las posibilidades de éxito con un adecuado costo-beneficio⁽¹⁾.

La diferencia en las características sociodemográficas, psicológicas y de consumo de tabaco de los individuos, han sido implicadas en el abandono del tabaquismo⁽¹²⁾.

En mayo de 2000 se inició en el Centro Asistencial del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU) un programa de cesación de tabaquismo, integrado al Departamento de Neumología.

El objetivo de este estudio fue evaluar aquellos factores asociados con la dependencia al tabaco que pudieran incidir en el éxito y efectividad de un programa de cesación de tabaquismo realizado dentro de la asistencia mutua.

Material y método

Se incluyó en forma prospectiva a aquellos individuos que concurren al servicio para dejar de fumar, por orden de inscripción, de acuerdo a la disponibilidad de cupos.

Se registraron edad, sexo, concurrencia por propia iniciativa o derivado por médico, grado de instrucción, estado civil, enfermedades cardiovasculares o respiratorias, historia de tabaquismo. Se excluyó a aquellos individuos con otras drogodependencias activas (alcoholismo y drogas ilegales) y patologías psiquiátricas mayores.

Historia de tabaquismo

Se evaluó el consumo de tabaco en cuanto a edad de inicio, número de cigarrillos/día, años de fumador y se expresó mediante el índice de paquetes/año (número de paquetes consumidos al día por número de años de fumador).

Se interrogó sobre intentos previos para dejar de fumar y métodos utilizados.

Se solicitaron datos sobre otros fumadores en la familia y grado de parentesco.

Escala de Fagerström

Se utilizó la escala de Fagerström (figura 1) para evaluar el grado de dependencia a la nicotina. Se consideraron valores de 0-3 como dependencia leve, de 4-7 moderada y de 7-10 alta⁽¹³⁾.

Medida del monóxido exhalado

Se utilizó determinación bioquímica de CO en el aire exhalado, utilizando analizador de CO (Smokecheck;

Test de Fagerström		
1. ¿Cuánto tarda en fumarse el primer cigarrillo desde el momento que se despierta?	≤ 5 min	3
	6 a 30 min	2
	31 a 60 min	1
	Más de 60 min	0
2. ¿Le resulta difícil mantenerse sin fumar en los lugares donde está prohibido?	Sí	1
	No	0
3. ¿Qué cigarrillo le costaría más abandonar?	El primero del día	1
	Otros	0
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Más de 30	3
	21 a 30	2
	11 a 20	1
	10 o menos	0
5. ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
6. ¿Fuma si se encuentra enfermo como para necesitar guardar cama durante la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0

Figura 1. Valoración de dependencia a la nicotina. (J Behav Med 1989; 12: 159-82)

Micromedical, UK). Se consideraron no fumadores aquellos individuos con valores menores a 10 ppm (partículas por millón) de CO en el aire espirado.

Intervención para la cesación. Programa

Se aplicó un programa multicomponente a través de una estrategia cognitivo-conductual y tratamiento farmacológico. El mismo tuvo una duración de dos meses, incluyendo entrevista individual con el médico y sesiones grupales, ambas con una frecuencia semanal.

La consulta individual permitió completar un cuestionario al ingreso, identificar y evaluar enfermedades asociadas, impartir consejo médico personalizado, a la vez que delinear las estrategias para el cambio conductual y conducir el tratamiento farmacológico.

Las sesiones grupales se celebraron siempre el mismo día de la semana y a la misma hora para minimizar las pérdidas por motivos laborales. Cada grupo estuvo compuesto por 12 a 15 individuos, con la participación de un psicólogo especializado en esta modalidad de tratamiento.

Se aplicaron las estrategias cognitivo-conductuales dirigidas a modificar la percepción y la actitud del individuo hacia el cigarrillo y sus efectos nocivos. Se abordaron los temas: iniciación en el tabaquismo, estrategias para controlar la adicción y de autoayuda para identificar los riesgos de recaída.

Se comenzó con un autorregistro del número de cigarrillos/día, lista de motivos y de necesidad situacional li-

gada al consumo, que se continuó aplicando a lo largo de las sesiones. Esto permitió a los individuos reconocer aquellas situaciones que generaban menor necesidad y mantener aquellos cigarrillos que consideraban más necesarios hasta el abandono.

El tratamiento farmacológico individualizado se indicó de acuerdo al grado de dependencia a la nicotina en forma de terapia inespecífica (ansiolíticos) o específica (terapia de reemplazo nicotínico con chicles [TRN]; bupropión).

Seguimiento

Se realizó el seguimiento de los individuos luego de la finalización del programa cada tres meses, hasta el año, telefónicamente y mediante entrevista para control de CO.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó con el software SPSS (versión 13).

El análisis descriptivo incluyó las variables: sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, nivel de estudios), entorno familiar de fumadores y consumo de tabaco (edad de inicio, número de cigarrillos/día, índice paquetes/año y grado de dependencia).

Se evaluó significación estadística de la asociación de estas variables con la abstinencia al tabaco mediante χ^2 o t. Se aceptó un nivel de significación estadística con un valor de probabilidad menor de 0,05 ($p < 0,05$).

Resultados

En el período comprendido entre mayo de 2000 a diciembre de 2004 concurren 1.400 individuos a dejar de fumar, de los cuales y de acuerdo con la disponibilidad de recursos fue posible ingresar al programa 517. De estos, 357 concurren al menos a dos sesiones y fueron objeto del análisis.

Características de la población y de consumo de tabaco

Las características sociodemográficas y antecedentes personales de la población total se muestran en la tabla 1. El rango etario estuvo entre 20 y 77 años (media de $50,58 \pm 11,24$). Se observó un mayor número de consultas en mujeres; en su mayoría individuos con educación secundaria y terciaria, con intentos previos para dejar de fumar y conviviendo con otros fumadores, con enfermedad respiratoria asociada en cerca de la mitad de los mismos.

Las características de consumo de tabaco en relación a edad de inicio, consumo diario de cigarrillos al momento de la consulta y consumo acumulado en paquetes-año y la dependencia a la nicotina se muestran en la tabla 2.

El grado de dependencia por la escala de Fagerström fue de $5,99 \pm 2,12$; 157 individuos (43,9%) con un alto grado de dependencia (mayor o igual a 7).

Tasa de abstinencia o de cesación de tabaquismo

A los 12 meses, de los 357 individuos que realizaron el programa, 113 se mantenía sin fumar, lo que significa una tasa de abstinencia al año de 31,6%.

Al mes de inicio del programa, 139 (38,9%) personas habían dejado de fumar y a los tres meses, 170 (47,6%). La tasa de recaída en el primer año fue de 33,5% (57 individuos).

Intervención y seguimiento

Del total de los individuos, 89,4% recibió medicación bajo forma de sustitutos nicotínicos o bupropión (figura 2).

Se logró el seguimiento de toda la población con excepción de 20 individuos que, a los efectos del análisis, se consideró seguían fumando.

Factores asociados a la abstinencia o cesación de tabaquismo

El análisis de los factores sociodemográficos, antecedentes personales y de consumo de cigarrillos que pueden potencialmente estar asociados con mayor o menor abstinencia al tabaco se muestra en las tablas 3 y 4.

Un menor índice de abandono del tabaquismo al año

Tabla 1. Características generales y antecedentes personales de la población a estudio

		<i>n</i> = 357
Sexo	Femenino	218 (61,1%)
	Masculino	139 (38,9%)
Edad (años)*		$50,58 \pm 11,24$
Casado		190 (55,7%)
Enviado por médico		114 (32,4%)
Grado de instrucción	Primaria	24 (6,7%)
	Secundaria. Terciaria	328 (91,8%)
Intentos previos		293 (82,9%)
Fumadores en el entorno		286 (83,9%)
Enfermedad cardiovascular		91 (25,9%)
Enfermedad respiratoria		171 (48,6%)
Obstrucción bronquial (por espirometría)		112 (38,6%)

*El dato se expresa como la media \pm desvío estándar

Tabla 2. Consumo de tabaco y dependencia a la nicotina de la población total

Edad de inicio (años)*	$17,93 \pm 3,65$
Nº cigarrillos/día	$28,38 \pm 13,45$
Paquetes/año	$44,22 \pm 26,30$
Escala Fagerström	$5,99 \pm 2,12$

*Los datos se expresan como la media \pm desvío estándar

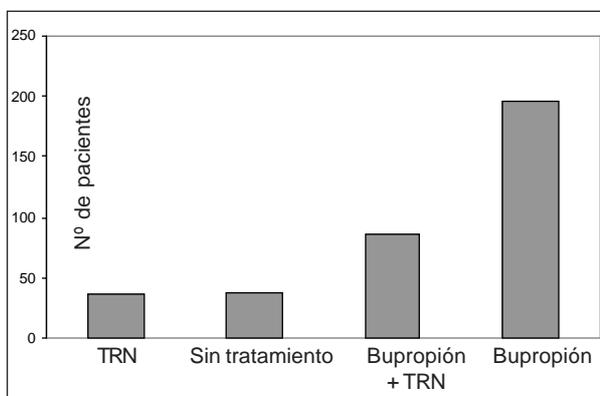


Figura 2. Tratamiento farmacológico; 89,4% de los pacientes recibió algún tipo de medicación. TRN: terapia de reemplazo nicotínico

se relacionó con el sexo femenino ($p=0,03$) y mayor grado de dependencia a la nicotina por Fagerström ($p<0,001$). La cesación en las primeras cuatro semanas de ingreso al programa y a los tres meses también se relacionó significativamente con el índice de abstinencia al año ($p<0,001$).

No se comprobó asociación de la cesación con otros factores de consumo de tabaco como edad de inicio o

paquetes/años. La asociación con el número de cigarrillos/día no alcanzó significación estadística ($p=0,048$).

No se comprobó diferencia en la distribución por edad entre los grupos en abstinencia al año y fumando, tampoco al dividir la población en rangos etarios.

Tampoco se encontró asociación entre abstinencia y escolaridad, enfermedades asociadas o entorno del pa-

Tabla 3. Análisis de los factores asociados con la cesación de tabaquismo

	<i>Abstinencia</i> <i>n=113</i>	<i>Fumando</i> <i>n=244</i>	<i>p</i>
Sexo Femenino	60 (53,1%)	158 (64,8%)	0,03**
Masculino	53 (46,9%)	86 (35,2%)	
Edad (años)*	50,35 ± 11,06	50,68 ± 11,34	0,79
20-29 años	26,5%	28,6%	0,99
30-59 años	74,3%	73,7%	
Más de 60 años	23,0%	23,3%	
Casado	63 (56,3%)	127 (55,5%)	0,89
Enviado por médico	37 (32,7%)	77 (32,2%)	0,92
Grado de instrucción			0,56
Primaria	9 (8%)	15 (6,1%)	
Secundaria. Terciaria	104 (92,9%)	224 (91,8%)	
Intentos previos	93 (82,3%)	200 (81,9%)	0,94
Fumadores en el entorno	90 (80,4%)	196 (85,6%)	0,21
Enfermedad cardiovascular	26 (23,0%)	65 (27,2%)	0,4
Enfermedad respiratoria	53 (46,9%)	118 (49,4%)	0,66
Obstrucción bronquial (por espirometría)	30 (33,7%)	82 (40,8%)	0,25
En abstinencia al mes	69 (61,1%)	70 (28,7%)	<0,001**
En abstinencia a los tres meses	102 (90,3%)	68 (27,9%)	<0,001**

* Los datos se presentan como media ± desvío estándar. ** Significación estadística $p<0,05$

Tabla 4. Consumo de tabaco de la población en abstinencia y fumando al año

	<i>Abstinencia</i> <i>n=113</i>	<i>Fumando</i> <i>n=244</i>	<i>p</i>
Edad de inicio	17,88 ± 5,52	17,96±5,72	0,89
Nº cigarrillos/día	26,37 ± 12,54	29,30±13,77	0,048
Paquetes/año	42,43 ± 24,09	45,05±27,26	0,38
Escala Fagerström	5,42 ± 2,06	6,26±2,10	<0,001*

Los datos se presentan como media ± desvío estándar. * Significación estadística $p<0,05$

ciente en cuanto a estado civil o convivencia con otros fumadores.

Discusión

El análisis de las características sociodemográficas y antecedentes personales de los individuos que concurren a la consulta mostró una población de edad mayor (media de 50 años), de un nivel de educación medio superior (91,8%), conviviendo con otros fumadores (83,9%) y con un nivel de dependencia a la nicotina de moderado a alto. El predominio del sexo femenino y la mayor edad de inicio del tabaquismo de esta población difieren de los datos de la población general en nuestro país⁽¹⁰⁾. Un elevado número de individuos (82%) había realizado al menos un intento previo para dejar de fumar, como ha sido señalado por otros autores⁽¹³⁾.

La tasa de 31,6% de cesación al año de este programa fue similar a la publicada por otros centros⁽¹⁴⁾ y apenas menor que la encontrada en diferentes trabajos⁽¹⁵⁻¹⁷⁾, lo que demuestra la eficacia del mismo.

El índice de cesación o abstinencia debe evaluarse al año, puesto que tratándose de una enfermedad crónica y recurrente⁽¹⁾ los resultados inmediatos pueden ser muy buenos, pero las recaídas suelen ser altas. Esta abstinencia fue validada con la medida de CO exhalado.

El tratamiento del tabaquismo incluye diversas intervenciones terapéuticas que han demostrado ser eficaces, desde el consejo mínimo hasta la atención intensiva con soporte médico y utilización de fármacos, ya sea terapia de sustitución nicotínica o bupropión, junto al apoyo psicológico cognitivo conductual.

La recomendación del médico aumenta el número de fumadores que deja de fumar⁽¹⁾, pudiendo llegar a un incremento de 2% a 4%.

El estudio de seguimiento de 6.000 fumadores asintomáticos, en el Lung Health Study (LHS)⁽¹⁸⁾, mostró una tasa de abstinencia de 22% en el grupo de fumadores en que se realizó intervención médica intensiva para el cese y TRN con chicles. De éstos, 93% se mantenían sin fumar aún a los 11 años (LHS 3)⁽¹⁹⁾.

La revisión sistemática en la biblioteca Cochrane ha mostrado que el apoyo para el cambio ya sea individual⁽²⁰⁾ o grupal⁽²¹⁾ mejora los porcentajes de cese. Ambas modalidades de apoyo fueron incorporadas a nuestro programa.

El bupropión o la TRN han mostrado su efectividad en el tratamiento del tabaquismo^(17,22-24). Los datos más recientes muestran una abstinencia prolongada (más de seis meses) de 19,7% con TRN⁽²⁵⁾ y de 19,3% con bupropión⁽²⁶⁾. Los resultados son mejores cuando se asocia terapia conductual. Jorenby⁽¹⁷⁾ encuentra una abstinencia de 35,5% al año asociando TRN y bupropión.

En nuestro programa integral, a la terapia sobre el comportamiento y un fuerte apoyo psicológico al paciente se agregó tratamiento farmacológico. Casi 90% recibió medicación de primera línea: bupropión o terapia de sustitución nicotínica (figura 2). El tratamiento individualizado se indicó de acuerdo con el grado de dependencia al tabaco del enfermo. La mayoría de los pacientes recibió tratamiento con bupropión, debido a la mayor disponibilidad de este fármaco en el CASMU.

La administración de nicotina suprime el síndrome de abstinencia que produce la supresión de la droga, en tanto el bupropión tiene una acción psicotrópica sobre el sistema nervioso central (SNC).

En Uruguay se dispone de otros datos sobre cesación de tabaquismo, sobre un número menor de pacientes, sin confirmación bioquímica del cese^(27,28).

En relación con las variables asociadas a la cesación o abstinencia al tabaco, se encontró una asociación significativa entre seguir fumando y el género femenino. Esto coincide con lo publicado por otros autores^(12,14). Resulta interesante destacar que 61,1% de las consultas fueron realizadas por mujeres. Si bien en nuestro país los hombres fuman más^(10,11), datos recientemente publicados señalan una tendencia al aumento del tabaquismo en mujeres en algunos países y una menor tasa de disminución del consumo de tabaco en relación con los hombres en otros⁽²⁹⁾.

Algunos trabajos señalan la mayor susceptibilidad de las mujeres al humo de tabaco, en particular para desarrollar EPOC^(30,31). Una mayor resistencia al síndrome de abstinencia que se produce al dejar de fumar, una menor estabilidad emocional en la mujer y el temor al sobrepeso son otros factores que podrían explicar el diferente comportamiento en las mujeres⁽³²⁾.

Se ha señalado una asociación inversa entre la edad y la cesación⁽³³⁾ que nosotros no hallamos.

No encontramos, a diferencia de otros autores, asociación de la abstinencia con la presencia de enfermedad cardiovascular⁽¹⁴⁾, ni respiratoria, o con la confirmación de obstrucción al flujo aéreo⁽³⁴⁾.

En relación con el consumo de tabaco se comprobó un mayor índice de abstinencia al año asociada a un menor grado de dependencia a la nicotina por escala de Fagerström⁽³⁵⁻³⁷⁾.

La base fisiopatológica de la dependencia al tabaco es la adicción a la nicotina contenida en el humo del cigarrillo, que constituye el principal problema para dejar de fumar. Esto se refleja en una menor adicción a la nicotina, apreciada por la escala de Fagerström, en el grupo en abstinencia al año ($p < 0,001$).

La importancia del tabaquismo puede ser apreciada de dos maneras: por el consumo de cigarrillos diarios o por el número de paquetes/año. La primera expresión se vincula

a la intensidad del consumo, la segunda a una indicación temporal del uso de tabaco.

Los individuos que se mantenían fumando al año tenían mayor intensidad de consumo según el número de cigarrillos/día, pero esta asociación no alcanzó significación estadística.

No se encontró, a diferencia de otros autores, una menor abstinencia en individuos que viven con otros fumadores^(14,35,36), ni asociación con el nivel de educación⁽¹²⁾, probablemente por lo homogéneo de la muestra en este aspecto.

Como ha sido señalado en otras publicaciones^(13,38), se encontró una relación significativa entre el cese temprano (primeras semanas, tercer mes) y la abstinencia al año, indicando la asociación con este factor. El hecho debe estar en relación con una menor adicción a la nicotina que disminuye las posibilidades de una recaída.

Los pacientes se incorporaron al programa en forma progresiva, de acuerdo al orden de inscripción. Fue posible el seguimiento en todos los casos, a excepción de 20 personas, que a los efectos del análisis se consideró que seguían fumando. Todos los abandonos al programa, luego de dos sesiones, se incluyeron en el grupo de los que seguían fumando.

Si bien no se incluyeron individuos con otras adicciones, ellos eran portadores de adicciones mayores y constituían una pequeña proporción de los que consultaron.

Un aspecto a destacar es que estos resultados corresponden a una población bastante homogénea en cuanto a su nivel de educación, con un mínimo de secundaria completa. Los pacientes pertenecen a un sistema mutual de cobertura de salud, que si bien constituye una porción considerable de la población general, puede no ser trasladable a otros sectores de la sociedad.

Una limitación, no del estudio sino del programa, fue la imposibilidad de dar cumplimiento a la totalidad de las solicitudes, generando una lista de espera. En tal sentido, para dar solución a esta situación, desde enero de 2005 se ha descentralizado parcialmente el programa con la creación de policlínicas de cesación en el primer nivel de asistencia, en coordinación con el nivel centralizado, lo que ha permitido satisfacer la demanda. Los resultados de esta nueva modalidad no han sido aún evaluados.

Una situación que seguramente impactará en los programas de cesación en nuestro país en relación a la demanda y resultados de los mismos, es la puesta en vigencia del convenio marco y la declaración de Uruguay como "País Libre de Humo de Tabaco" desde el 1° de marzo de 2006. En principio esta política de salud requerirá extender los programas de ayuda para dejar de fumar y generará una mayor demanda de estos servicios, por una mayor divulgación a la población de los efectos nocivos del consumo de tabaco.

En conclusión, de cada tres individuos que concurren al programa, uno se mantuvo sin fumar al año, siendo los factores asociados a la abstinencia: el sexo masculino, una menor dependencia a la nicotina y el cese precoz, durante la terapia.

El tabaquismo es una enfermedad primaria. Una intervención médica intensiva para lograr la cesación de fumar, previene el desarrollo de las importantes enfermedades tabaco dependientes, entre ellas la EPOC, la cardiopatía isquémica, el cáncer de pulmón y otras neoplasias.

Agradecimientos

A los técnicos neumocardiólogos Alicia Da Rosa, Nancy Otaño, Fernando Giménez y doctora Mónica Mamchur por su colaboración en la evaluación paraclínica.

A las señoras Mariela Rodríguez y Shirley Colina por su participación en el procesamiento de datos.

A la Prof. Nelly Piazza y a la Dra. Soledad Velásquez por la lectura crítica del manuscrito.

Summary

Smoking is the first cause of evitable mortality and morbidity in Occident.

Objective: to assess the efficacy of a smoking cessation program and associated risk factors.

Methods: the Program accounted for 517 people, 357 attended at least two sessions. Sex, age, marital status, education level, associated diseases, familial smoking environment, previous attempts of smoking cessation, smoking history and dependence assessment using the Fagerström scale were evaluated.

An 8-week multicomponent program was conducted: a cognitive behavior based, a pharmacist based (bupropion or other nicotinic replacement) and group therapy managed.

Abstinence was verified by exhaled carbon monoxide levels.

Results: the population of the program, aged from 20 and 77 years (mean age $50,58 \pm 11,24$), were 61,1% women, 82,9% had had previous attempts to stop smoking, smokers of $44,22 \pm 26,30$ pack/year, mean age of first smoking $17,93 \pm 3,65$ years, smoking $28,38 \pm 13,45$ cigarettes/day, dependence by Fagerström was $5,99 \pm 2,12$, 89,4% were under pharmacological treatment; 113 participants (31,6%) stopped smoking over a year. A smaller rate of smoking cessation is associated with women, higher dependence by Fagerström, and continued smoking in the initial weeks and at three months.

Conclusions: the program reached smoking cessation rates of 31,6% a year, similar to published data of other centers, efficacy is related to sex, nicotine dependence and early cessation, at the beginning of the program.

Résumé

Le tabagisme est la première cause de morbi-mortalité évitable dans le monde occidental.

Objetif: évaluer l'efficacité d'un programme de cessation de tabagisme et les facteurs associés à cet arrêt.

Matériel et méthode: 517 individus sont entrés au programme, 357 ont complété au moins deux séances. On a consigné: sexe, âge, état civil, niveau d'études, maladies associées, entourage familial de fumeurs, essais préalables pour arrêter de fumer, histoire de tabagisme et degré de dépendance par l'échelle de Fagerström.

On a appliqué un programme de huit semaines multi composante: cognitif-comportemental, pharmacologique (bupropion ou thérapie de remplacement nicotinique) et thérapie de groupe.

L'abstinence a été confirmée moyennant le CO exhalé.

Résultats: les individus avaient entre 20 et 77ans (moyenne $50,58 \pm 11,24$); 61,1% de femmes, 82,9% ayant fait des tentatives préalables pour arrêter de fumer; fumeurs de $44,22 \pm 26,30$ paquets/an; âge de début moyen de $17,93 \pm 3,65$ an; consommation de $28,38 \pm 13,45$ cigarettes/jour; dépendance par Fagerström de $5,99 \pm 2,12$; 89,4% ont reçu des médicaments; 113 participants (31,6%) se sont maintenus sans fumer au bout d'un an. Un indice plus faible d'arrêt a été surtout associé à: sexe féminin, plus forte dépendance par échelle de Fagerström, et à continuer à fumer pendant les premières semaines et après trois semaines du commencement du programme.

Conclusions: on a prouvé l'efficacité du programme avec un taux d'arrêt au bout d'une année 31,6%, comparable aux données publiées par d'autres centres et associée au genre, à la dépendance à la nicotine et à l'arrêt précoce, au début du programme.

Resumo

O tabagismo é a primeira causa de morbimortalidade evitável no mundo ocidental.

Objetivo: avaliar a eficácia de um programa de cessação do tabagismo e dos fatores associados com a cessação.

Material e método: ingressaram ao programa 517 indivíduos, sendo que 357 completaram pelo menos duas sessões. Foram registrados: sexo, idade, estado civil, escolaridade, patologias associadas, fumantes no ambiente familiar, tentativas prévias de deixar de fumar, história de tabagismo e grau de dependência segundo a escala de Fagerström.

Implementou-se um programa de oito semanas com múltiplos componentes: cognitivo-condutual, farmacológico (bupropiona ou terapia de reposição nicotínica) e terapia de grupo.

A abstinência foi confirmada pela medida do CO

exalado.

Resultados: os indivíduos tinham idades entre 20 e 77 anos (média de $50,58 \pm 11,24$), sendo 61,1% mulheres, 82,9% com tentativas anteriores de deixar de fumar, fumantes de $44,22 \pm 26,30$ maços/ano, idade de início média de $17,93 \pm 3,65$ anos, consumo de $28,38 \pm 13,45$ cigarros/dia, dependência segundo Fagerström de $5,99 \pm 2,12$, 89,4% foi medicada; 113 participantes (31,6%) continuavam sem fumar depois de um ano. Um índice menor de cessação foi significativamente associado a: sexo feminino, maior dependência segundo escala de Fagerström, e continuar fumando nas primeiras semanas e aos três meses do início do programa.

Conclusões: a eficácia do programa foi comprovada por uma taxa de cessação de 31,6% comparável aos dados publicados por outros centros e associada a gênero, dependência a nicotina e a cessação precoce, no início do programa.

Bibliografía

1. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service report. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff and Consortium Representatives. JAMA 2000; 283(24): 3244-54.
2. **Fiore MC, Bailey WC, Cohen SF, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al.** Treating Tobacco Use and Dependence: Clinical Practice Guidelines; Rockville, Md: US Department of Health and Human Services. Public Health Service, June 2000.
3. **MacKay JL, Eriksen M.** The Tobacco Atlas 2002. Ginebra: WHO, 2002. 17 p.
4. **Schroeder S.** What to do with a patient who smokes. JAMA 2005; 294(4): 482-7.
5. **World Health Organization.** Guidelines for controlling and monitoring The Tobacco Epidemic, Ginebra: WHO, 1998.
6. **Esteves E, Goja B, Blanco A, González J.** Servicios de salud con humo de tabaco: OXIMORON médico, ético y social. Montevideo: Proyecto Ambientes Libres de Humo de Tabaco. OPS, 2004. 80 p.
7. **Tobacco Control Report.** Tobacco or Health in the European Union. Past, Present and Future. European Commission, October 2004. Belgium. Obtenido de: <http://www.ersnet.org>. (consulta: 6 mar. 2006).
8. **Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I.** Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ 2004; 328(7455): 1519-28.
9. **Uruguay. Ministerio de Salud Pública.** Estadísticas vitales: Mortalidad 2003. Obtenido de: <http://www.msp.gub.uy>. (consulta: 6 mar 2006).
10. **Junta Nacional de Drogas (Uruguay); PNUD.** 3ª Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Drogas. Montevideo: JND, 2001.
11. **Muiño A, López Varela MV, Menezes AM.** Prevalencia de la enfermedad obstructiva crónica y sus principales factores de riesgo: Proyecto PLATINO en Montevideo. Rev Med Urug 2005; 21: 37- 48.
12. **García M, Schiaffino A, Twose J, Borrell C, Saltó E, Peris M, et al.** Abandono del consumo de tabaco en una cohorte de base poblacional. Arch Bronconeumol 2004; 40:

- 348-54.
13. **Fagerström KO, Schneider NG.** Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström tolerance nicotine questionnaire. *J Behav Med* 1989; 12: 159-82.
 14. **Fung P, Snape-Jenkins S, Godfrey M, Love K, Zimmerman P, Yang I, et al.** Effectiveness of Hospital-Based Smoking Cessation. *Chest* 2005; 128: 216-23.
 15. **Nerín I, Guillén D, Crucelaegui M, González A, Barranco I, San Juan S, et al.** Evaluación del éxito del tratamiento multicomponente en la deshabituación tabáquica. *Arch Bronconeumol* 2001; 37(S): 58.
 16. **Sansores R, Córdoba M, Espinosa M, Herrera L, Ramírez A, Martínez LA, et al.** Evaluación de un programa cognitivo-conductual para dejar de fumar del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. *Rev Inst Nal Enf Resp* 1998; 11: 29-35.
 17. **Jorenby D, Leischow S, Nides M, Rennard S, Johnston J, Hughes A, et al.** A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999; 340: 685-91.
 18. **Anthonisen N, Conté J, Kiley J, Altose M, Bailey W, Buist S, et al.** Effects of smoking intervention and use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV1. The Lung Health Study. *JAMA* 1994; 272: 1497-541
 19. **Anthonisen N, Connet J, Murray R.** For the Lung Study Research Group. Smoking and Lung Function of Lung Health Participants after 11 years. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 166: 675-9.
 20. **Lancaster T, Stead LF.** Individual behavioural counselling for smoking cessation (Cochrane Review). *Cochrane Database Systematic Reviews* 2005; 2: CD001292.
 21. **Stead LF, Lancaster T.** Group behaviour therapy programs for smoking cessation. (Cochrane Review). *Cochrane Database Systematic Reviews* 2005; 2: CD001007.
 22. **West R, McNeill A, Raw M.** Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000; 55: 987-99.
 23. **Roddy Elin.** Bupropion and other non-nicotine pharmacotherapies. *BMJ* 2004; 328: 509-11.
 24. **Molyneux A.** Nicotine replacement therapy. *BMJ* 2004; 328: 454-6.
 25. **Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T.** Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2000 (2): CD000146.
 26. **Antidepressants for smoking cessation.** *Cochrane Database Systematic Reviews* 2003; (3): CD00031.
 27. **Camps X, Frascheri M, Buroni C.** Análisis del funcionamiento de un programa de cesación de tabaquismo. *Rev Urug Cardiol* 2005; 20: 16-20.
 28. **Goja B, Esteves E, Barros M, Blanco L, Benia W, Parodi C, et al.** Caracterización de la población asistida en la Policlínica de Tabaquismo del Hospital de Clínicas y resultados del tratamiento. 2000.2003.Clínica Médica A. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. *Arch Med Interna (Montevideo)* 2005; 27(4): 83-8.
 29. **Janson C, Künzli N, de Marco R, Chinn S, Jarvis D, Svanes C, et al.** Changes in active and passive smoking in the European Community Respiratory Health Survey. *Eur Respir J* 2006; 27: 517-24.
 30. **Xu X, Li B, Wang L.** Gender differences in smoking effects on adults pulmonary function. *Eur Respir J* 1994; 7: 477-83.
 31. **Prescott E, Bjerg AM, Andersen PK, Lange P, Vestbo J.** Gender differences in smoking effects on lung function and risk of hospitalization for COPD: results from a Danish longitudinal population study. *Eur Respir J* 1994; 10: 822-7.
 32. **Tanoue LT.** Cigarette smoking and Women's Respiratory Health. *Clin Chest Med* 2000; 21: 47-65.
 33. **Cox JL.** Smoking Cessation in the elderly patient. *Clin Chest Med* 1993; 14(3): 423- 8.
 34. **Gorecka D, Bednarek M, Nowinski A, Puscinska E, Goljan-Geremek A, Zielinski J.** Diagnosis of airflow limitation combined with smoking cessation advice increases stop smoking rate. *Chest* 2003; 123: 1916-23.
 35. **Ferguson JA, Patten CA, Schroeder DR, Offord KP, Eberman KM, Hurt RD.** Predictors of 6 month tobacco abstinence among 1224 cigarette smokers treated for nicotine dependence. *Addict Behav* 2003; 28: 1203-18.
 36. **Hymowitz N, Cummings M, Hyland A, Lynn W, Pechacecek T, Hartwell T.** Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. *Tobacco Control* 1997; 6(S): S57-S62.
 37. **Chandola T, Head J, Bartley M.** Sociodemographic predictors of quitting smoking: how important are household factors? *Addiction* 2004; 99: 770.
 38. **Torreçilla M, Barrueco MJ, Hernández M, Jiménez C, Maderuelo J, Plaza M.** Intervención mínima: factores predictores de abstinencia tabáquica a los 12 meses de la intervención. *Arch Bronconeumol* 2001; 37(S): 59.