

Factores predictores de éxito en el tratamiento del tabaquismo



Dras. María Laura Llambí*, Elba Esteves†, Lic. TS. María Laura Blanco‡, Lic. Psic. Mary Barros§, Dras. Carolina Parodi¶, Beatriz Goja††

Policlínica de Cesación de Tabaquismo. Clínica Médica "A". Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay

Resumen

Introducción: *el tratamiento del tabaquismo logra porcentajes de cesación cercanos a 30% a largo plazo. Identificar predictores de éxito del tratamiento permitiría adecuar la intervención terapéutica y mejorar los resultados.*

Objetivo: *conocer la tasa de cesación de un programa de cesación de tabaquismo e identificar predictores de éxito del tratamiento.*

Material y método: *estudio descriptivo, de corte. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, nivel de instrucción, convivencia con fumadores, número de cigarrillos/día (cpd), test de Fagerström, períodos de abstinencia previos, enfermedades tabacodependientes, antecedentes de depresión, ejercicio físico, modalidad y adherencia al tratamiento, uso de fármacos. Se contactó telefónicamente a los pacientes al año de finalizado el tratamiento. Se consideró abstinencia (autorreporte) no haber fumado en los últimos 30 días.*

Resultados: *143 individuos contactados, 55,9% mujeres, la media de edad fue 46 años. El porcentaje de cesación al año fue 35%. Un valor de cpd < 20 y un test de Fagerström < 4 lograron significativamente mejores resultados ($p=0,009$ y $p=0,039$, respectivamente) así como la ausencia de antecedentes de depresión ($p=0,043$), el ejercicio ($p=0,011$), la adherencia al tratamiento ($p<0,001$) y el uso de fármacos ($p<0,001$).*

El análisis multivariado mostró que la adherencia al tratamiento, el uso de fármacos y la ausencia de antecedentes de depresión aumentan tres a cuatro veces la oportunidad de éxito.

Conclusiones: *los fármacos específicos, la adherencia al tratamiento y la ausencia de antecedentes*

* Ex asistente de Clínica Médica "A". Integrante de la Policlínica de Cesación de Tabaquismo del Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

† Master en Tabaquismo, Universidad de Sevilla. Ex asistente de Clínica Médica "A". Integrante de la Policlínica de Cesación de Tabaquismo del Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

‡ Servicio Social del Hospital de Clínicas. Integrante de la Policlínica de Cesación de Tabaquismo del Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

§ Ex asistente del Departamento de Psicología Médica. Integrante de la Policlínica de Cesación de Tabaquismo del Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

¶ Ex asistente de Clínica Médica "A". Integrante de la Policlínica de Cesación de Tabaquismo del Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

†† Profesora Agregada de Clínica Médica "A". Coordinadora de la Policlínica de Cesación de Tabaquismo del Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

Correspondencia: Dra. Laura Llambí
Luis Alberto de Herrera 3030/304. Montevideo, Uruguay.
Correo electrónico: llambil@hc.edu.uy o
laurallambi@montevideo.com.uy
Recibido: 25/2/2008.
Aceptado: 19/5/2008.

de depresión mostraron ser predictores de éxito del tratamiento. Una mayor accesibilidad al tratamiento farmacológico es fundamental para aumentar la posibilidad de abstinencia a largo plazo.

Palabras clave: *CESE DEL TABAQUISMO.
TABAQUISMO - terapia.
TABAQUISMO - prevención y control.*

Key words: *SMOKING CESSATION.
SMOKING - therapy.
SMOKING- prevention & control.*

Introducción

Es un hecho ampliamente publicado que al finalizar el tratamiento del tabaquismo se alcanzan porcentajes de cesación o abstinencia que no llegan a 50% y que estas cifras descienden a menos de 30% cuando se miden al año de finalizada la terapia⁽¹⁻³⁾.

Estos resultados corresponden a cifras de cesación globales, sin embargo, cuando se analizan los índices de abstinencia en distintos subgrupos, se encuentra que existe un grupo de pacientes que se asocia a porcentajes superiores que los globales, mientras que hay otros en los que la intervención terapéutica estándar logra cifras de cesación menores. La posibilidad de identificar predictores de éxito o fracaso del tratamiento del tabaquismo permitiría adecuar la intervención terapéutica y realizar una toma de decisiones más individualizada, lo que aumentaría las posibilidades de éxito en determinados pacientes⁽³⁾. Variables como el ser de sexo masculino, poseer una baja intensidad del consumo o dependencia leve a la nicotina, han sido tradicionalmente correlacionadas con mejores resultados de los tratamientos de cesación en algunos estudios. No obstante, a pesar de extensa investigación no se han encontrado predictores claros, precisos y consistentes de éxito o fracaso en el tratamiento del tabaquismo^(2,3).

El objetivo de este estudio fue determinar el porcentaje de cesación después de por lo menos un año de finalizado un programa de cesación de tabaquismo y determinar qué variables se comportan como factores predictores de éxito.

Material y método

Diseño del estudio

Se trata de un estudio descriptivo de corte, de una población de individuos fumadores asistidos en una policlínica especializada (Policlínica de Cesación de Tabaquismo - Hospital de Clínicas - Facultad de Medicina de la Universidad de la República) durante los años 2002 y 2003.

Población de estudio. Criterios de inclusión y exclusión

La población asistida en la Policlínica de Cesación de Tabaquismo del Hospital de Clínicas es heterogénea en cuanto a procedencia, nivel socioeconómico y cultural. Reciben tratamiento todos los pacientes que solicitan ayuda en dicho servicio, un bajo porcentaje es derivado por otro profesional de la salud. La policlínica asiste a pacientes del Hospital de Clínicas que son usuarios del subsector público, pero también presta asistencia a usuarios de sistemas privados de asistencia que no cuentan con programas de cesación, en similar proporción.

Se incluyeron todos los individuos que concurrieron a la policlínica en el período comprendido entre el 1° de enero de 2002 y el 31 de diciembre de 2003. Se consideró criterio de exclusión el haber concurrido a la policlínica encontrándose sin fumar en la primera consulta.

Métodos

De las historias clínicas de los pacientes incluidos se obtuvieron los datos de las siguientes variables de estudio: sociodemográficas: edad, sexo, nivel de instrucción, presencia de otros fumadores en el hogar; relacionadas con su historia tabáquica: número de cigarrillos fumados/día al momento de la consulta, nivel de dependencia nicotínica (puntaje en el test de Fagerström), períodos de abstinencia previos (considerado como períodos de al menos 24 horas de abstinencia tabáquica voluntaria); relacionadas con la salud: enfermedades tabacodependientes, antecedentes de depresión (pacientes que refirieron haber sido diagnosticados de depresión por médico), realización regular de actividad física al menos bisemanal; vinculadas al tratamiento realizado: modalidad de tratamiento (individual o grupal), uso de tratamiento farmacológico y adherencia al programa. Se consideró que poseían adherencia al tratamiento aquellos individuos en cuyas historias clínicas se registraron al menos seis de un total de ocho visitas programadas (individuales o al grupo de acuerdo al caso) o en las que se registró que habían completado el

tratamiento. El tratamiento realizado incluyó una intervención cognitivo conductual intensiva, en modalidad grupal o individual, y tratamiento farmacológico con terapia de reemplazo nicotínico o bupropión, o ambos, condicionado a la posibilidad del paciente de adquirirlo.

Para determinar el estado de abstinencia (sin fumar) se realizó contacto telefónico después de transcurrido por lo menos un año de la finalización del tratamiento. Se utilizó una entrevista prediseñada. Se consideró en abstinencia a aquellos pacientes que reportaron no haber fumado en los últimos 30 días.

Análisis estadístico

Se utilizó el test de t de Student para muestras independientes para comparación de medias en las variables cuantitativas. Se utilizó prueba de χ^2 (chi cuadrado) para las variables cualitativas, para comparar diferencias entre proporciones de pacientes en abstinencia y no abstinencia. Cuando los valores esperados de la prueba de χ^2 fueron menores a 5 se aplicó test exacto de Fisher. Las variables que mostraron diferencias estadísticamente significativas en el análisis univariado fueron analizadas en un modelo de regresión logística, donde abstinencia fue la variable dependiente. Valores de $p < 0,05$ fueron considerados estadísticamente significativos. Se utilizó software estadístico Epi-Info.

Resultados

De los 168 individuos fumadores asistidos en la policlínica en los años 2002-2003, fue posible localizar a 145 pacientes, y de estos, dos habían fallecido. El motivo principal de las pérdidas fue el cambio en el número telefónico

(23 individuos) (figura 1). Las características basales de los 143 pacientes contactados y los 25 perdidos no presentaban diferencias significativas, como muestra la tabla 1.

Caracterización de la población

De los 143 pacientes contactados, 80 eran mujeres (55,9%). La media de edad fue de 46 años, con un desvío estándar (DE) de 12,24. El rango de edades fue de 20 a 76 años.

En cuanto al nivel de instrucción, la mayoría de los pacientes se encontraba en la franja de 7 a 12 años de estudios, pero más de un tercio presentaba estudios terciarios completos o incompletos. El dato se obtuvo en 138 individuos (tabla 2).

La media \pm DE de cigarrillos fumados por día al inicio del programa fue de $24 \pm 13,33$, con una mediana y un modo de 20. El rango varió de 2 a 80 cigarrillos/día.

Cuando se analizó el número de cigarrillos/día según diferentes categorías se observó que casi dos tercios de los pacientes fumaban hasta 20 cigarrillos/día (tabla 2).

El grado de dependencia medido con el test de Fagerström se obtuvo en 128 individuos. Mostró una media de 6 con un DE: 2,47. Un tercio de los pacientes presentó un grado de dependencia mayor a 6, lo que se considera dependencia fuerte (tabla 2). El 68,5% de los pacientes había tenido períodos de abandono del tabaquismo previos. Más de la mitad de los pacientes (53,9%) convivía con uno o más fumadores.

Más de un tercio de los pacientes (35,7%), ya en el momento de la consulta presentaba alguna enfermedad de las consideradas tabacodependientes. El antecedente de depresión estaba presente en 32,9% y la práctica regular de ejercicio físico en solo 29,4% (tabla 2).

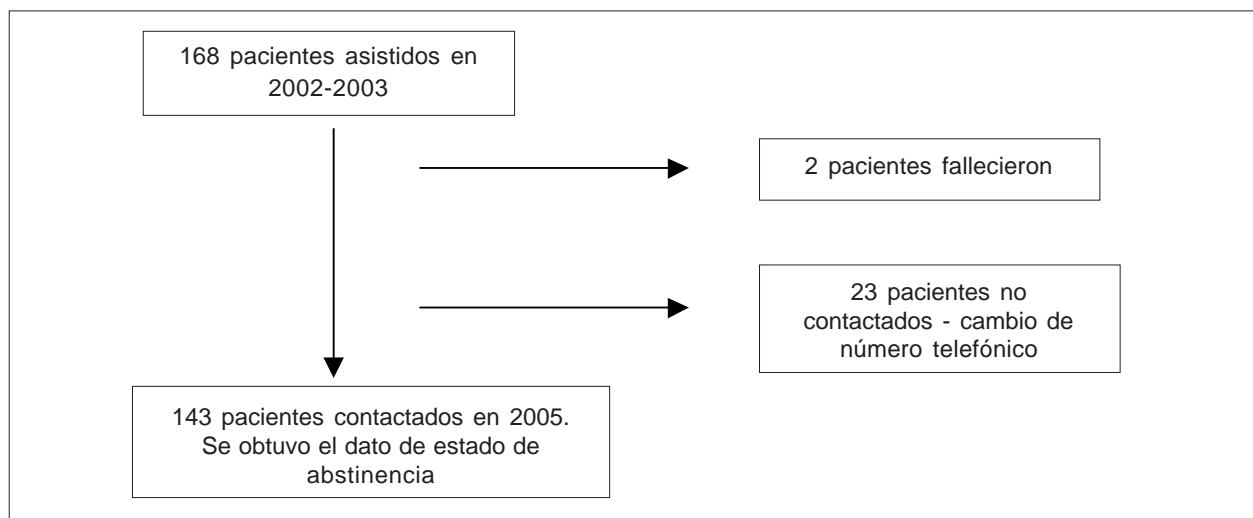


Figura 1. Pacientes contactados y perdidos en el estudio

Tabla 1. Comparación de los pacientes contactados con los pacientes perdidos según las diferentes variables

Variable	Pacientes contactados media \pm DE*	Pacientes perdidos media \pm DE*	Valor p
Edad	46 \pm 12,24	46 \pm 9,05	0,99
Nº cigarrillos/día	24 \pm 13,33	26 \pm 17,46	0,42
Grado de dependencia	5,47 \pm 2,47	6,04 \pm 2,12	0,28
	%	%	
Sexo femenino	55,9	56,0	0,99
Nivel de instrucción (\leq 6 años de estudios)	20,3	26,1	0,53
Fumadores en el hogar	53,9	52,0	0,86
Abstinencia previa	68,5	80,0	0,49
Enfermedades tabacodependientes	35,7	44,0	0,43
Depresión	32,9	28,0	0,63
Actividad física	35,3	20,0	0,25
Adherencia al tratamiento	25,2	40,0	0,12
Modalidad de tratamiento	61,5	64,0	0,81
Tratamiento farmacológico	34,3	32,0	0,82

* DE: desvío estándar

Una cuarta parte de los pacientes presentó buena adherencia al tratamiento completando el mismo (36 de 143; 25,2%). En cuanto a la modalidad utilizada, 55 pacientes (38,5%) realizaron tratamiento individual y 88 (61,5%) grupal. Todos los pacientes recibieron tratamiento cognitivo-conductual. El tratamiento farmacológico, ya sea bupropión o tratamiento de reemplazo nicotínico (TRN), en forma de goma de mascar, o ambos, fue instituido en los pacientes sin contraindicaciones y que tuvieran los medios económicos para acceder al mismo, ya que la policlínica carecía de medios para aportar la medicación en ese período (tabla 3).

Resultado global del tratamiento

El 35% de los pacientes (50) se encontraba sin fumar después de por lo menos un año de finalizado el tratamiento (figura 2).

Análisis univariado de las variables predictoras de éxito en la cesación

Se compararon los pacientes que se encontraban en abstinencia con aquellos que seguían fumando según las diferentes variables mencionadas. Para las variables continuas (edad, número de cigarrillos/día, resultado del test de Fagerström) se utilizaron categorías.

En las variables sociodemográficas no se encontraron características que se asociaran significativamente con el

Tabla 2. Descripción de la población de estudio de acuerdo a diferentes variables

Variable	n (%)
Nivel de instrucción (años de estudios cursados)	
Hasta 6 años	28 (20,3)
7 a 12 años	60 (43,5)
Más de 12 años	50 (36,2)
Cigarrillos/día	
Hasta 10	22 (15,4)
11 a 20	66 (46,2)
Más de 20	55 (38,4)
Test de Fagerström	
Dependencia leve (0-3)	30 (23,4)
Dependencia moderada (4-6)	49 (38,3)
Dependencia fuerte (7-9)	44 (34,4)
Dependencia muy fuerte (10)	5 (3,9)
Vinculadas con la salud (presente)	
Enfermedades tabacodependientes	51 (35,7)
Antecedente depresión	47 (32,9)
Actividad física regular	42 (29,4)

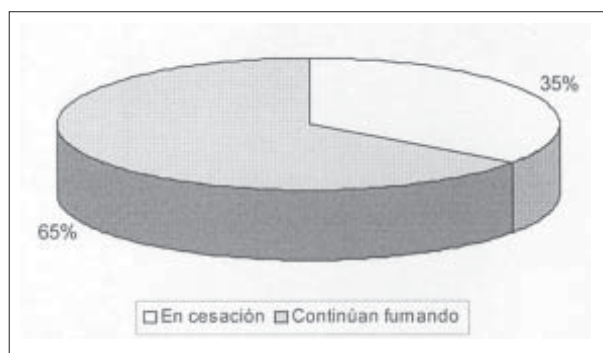
mantenimiento en abstinencia tabáquica al año (tabla 4).

Cuando se analizaron las variables de la historia tabáquica se encontró que aquellos que fumaban menos de 20 cigarrillos/día al ingreso al programa de cesación estaban en abstinencia al año en 43,2%, mientras que aque-

Tabla 3. Descripción de la población de estudio de acuerdo al tratamiento farmacológico recibido

Variable	n (%)
Tratamiento farmacológico	
Sí	49 (34,3)
No	94 (65,7)
Bupropión	
Sí	37 (25,9)
No	106 (74,1)
TRN *	
Sí	27 (18,9)
No	116 (81,1)
Tratamiento combinado	
Sí	15 (10,5)
No	128 (89,5)

*TRN: tratamiento de reemplazo nicotínico

**Figura 2.** Porcentaje de cesación de tabaquismo luego de un año de finalizado el tratamiento

llos que fumaban más que dicha cantidad sólo alcanzaban 21,8% de abstinencia ($p=0,009$) (tabla 4).

La presencia de un grado leve de dependencia a la nicotina expresada por un puntaje menor a 4 en el test de Fagerström se asoció significativamente con la abstinencia ($p=0,039$) (figura 3). Los pacientes que habían tenido períodos previos de abandono del tabaquismo tenían éxito en mayor porcentaje, pero la diferencia con los que nunca habían logrado dejar de fumar previamente no alcanzó significación estadística (tabla 4).

En relación con las variables relacionadas con la salud, el poseer diagnóstico de una enfermedad relacionada con el tabaquismo no se asoció significativamente con la abstinencia. Sí hubo una asociación estadísticamente significativa con el éxito del tratamiento de la ausencia de antecedentes de depresión ($p=0,043$) y la práctica regular

de ejercicio físico ($p=0,011$) (tabla 4).

De las variables relacionadas con el tratamiento, la modalidad grupal, el uso de fármacos específicos como el bupropión o TRN, o ambos, y la adherencia al tratamiento mostraron asociación estadísticamente significativa con el éxito del mismo ($p=0,038$, $p<0,001$ y $p<0,001$, respectivamente) (tabla 4).

Análisis bruto de las variables como predictoras de éxito en la cesación

El análisis multivariado mediante un modelo de regresión logística incluyó aquellas variables que habían mostrado relación significativa con la abstinencia en el análisis univariado. La adherencia al tratamiento, el uso de tratamiento farmacológico y la ausencia de antecedentes de depresión, mostraron una asociación estadísticamente significativa con la cesación al año. Se puede afirmar que los pacientes que no tienen antecedentes de depresión, reciben tratamiento farmacológico o presentan buena adherencia al tratamiento, tienen entre tres y media a cuatro veces y media más posibilidades de encontrarse en abstinencia de cigarrillos al primer año después de terminado el programa de cesación de tabaquismo (tabla 5, figura 3).

Discusión

Al realizar el análisis de la población asistida en una policlínica especializada en el tratamiento del tabaquismo se comprobó que la media de edad fue de 46 años, similar a la que reportan otros estudios, encontrándose predominio del sexo femenino^(1,4,5). El consumo de cigarrillos/día fue similar al reportado por otros autores, con una media de 24 cigarrillos. Asimismo, la media del test de dependencia de Fagerström (6 puntos) era similar al de otras unidades de tabaquismo, hallándose que más de un tercio de pacientes posee dependencia fuerte o muy fuerte^(4,6). El antecedente de la existencia de intentos previos de cesación es un dato frecuentemente comprobado en los pacientes que consultan en una unidad de tabaquismo, alcanzando 68,5% en nuestro estudio.

Es de destacar que más de un tercio de los pacientes (35,7%) ya presentaba alguna enfermedad relacionada con el tabaquismo a pesar de que la media de edad fue de 46 años. El antecedente de depresión se observó en menor porcentaje que lo reportado por otros autores⁽⁴⁾. Estos hechos pueden encontrar su explicación en los diferentes criterios utilizados para definir estas variables en los diversas investigaciones, así como la diferente prevalencia que tienen tanto las enfermedades tabacodependientes como la depresión en los países en los que se desarrollaron las mismas. En Uruguay, la prevalencia de enfermedades cardiovasculares y cáncer es alta; constituyen las dos

Tabla 4. Porcentaje de pacientes en abstinencia según estén presentes o no las diferentes variables de estudio

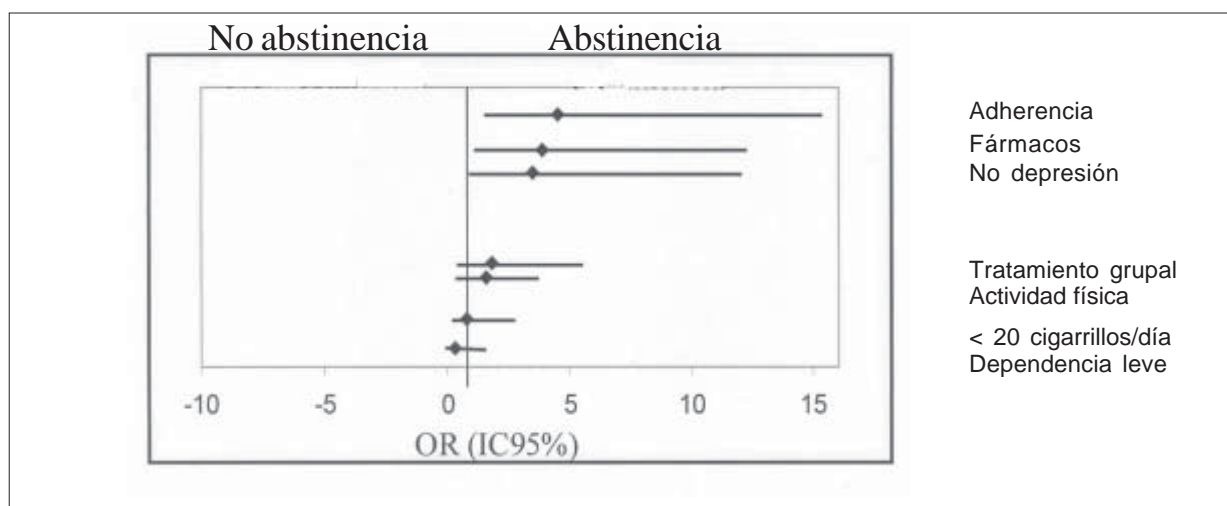
<i>Variable</i>	<i>(%) en abstinencia</i>	<i>Valor p</i>
Edad mayor a 40 años		
Sí	34,0	0,692
No	37,5	
Sexo		
Femenino	33,8	0,731
Masculino	36,5	
Nivel de instrucción (>12 años de estudios)		
Sí	44,0	0,152
No	31,8	
Fumadores en el hogar		
Sí	32,9	0,617
No	36,9	
Nº cigarrillos/día < 20		
Sí	43,2	0,009
No	21,8	
Puntaje Fagerström		
≤4	50,0	0,039
>5	29,6	
Períodos de abandono previos		
Sí	39,8	0,074
No	24,4	
Enfermedad tabacodependiente		
Sí	33,3	0,761
No	35,9	
Antecedentes de depresión		
Sí	23,4	0,043
No	40,6	
Actividad física		
Sí	47,6	0,011
No	24,7	
Modalidad grupal		
Sí	45,5	0,038
No	28,4	
Adherencia al tratamiento		
Sí	69,4	<0,001
No	23,4	
Bupropión		
Sí	64,9	<0,001
No	24,5	
TRN*		
Sí	55,6	0,013
No	30,2	
Algún tratamiento farmacológico		
Sí	57,1	<0,001
No	23,4	
Tratamiento con bupropión + TRN*		
Sí	73,3	<0,001
No	30,5	

*TRN: tratamiento de reemplazo nicotínico

Tabla 5. Factores asociados al éxito del tratamiento de cesación de tabaquismo

Variable	OR* (IC 95%) [†]	Valor p
Consumo de < 20 cig/día	0,85 (0,28 - 2,57)	0,772
Actividad física regular	1,59 (0,55 - 4,61)	0,397
Tratamiento grupal	1,86 (0,61 - 5,66)	0,272
Dependencia leve (< 4 en test de Fagerström)	0,35 (0,11 - 1,13)	0,079
Ausencia de antecedentes de depresión	3,49 (1,03 - 11,9)	0,046
Adherencia al tratamiento	4,52 (1,28 - 15,99)	0,019
Tratamiento farmacológico	3,88 (1,18 - 12,83)	0,026

*OR: odds ratio; † IC: intervalo de confianza

**Figura 3.** Factores asociados al éxito del tratamiento de cesación de tabaquismo. Resultados del análisis multivariado. OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza

primeras causas de muerte en adultos, lo que también se refleja en la población estudiada en este trabajo. En cuanto a las variables relacionadas con el tratamiento, se observó un bajo nivel de adherencia al mismo (25,2%), hecho que es una constante en el tratamiento de las adicciones⁽¹⁾. Sólo 34,3% de los pacientes recibieron algún tipo de tratamiento farmacológico específico, reflejo de la baja accesibilidad al mismo en los años 2002-2003, ya que la policlínica no proveía la medicación en el período de tiempo estudiado.

El porcentaje global de pacientes que dejaron de fumar después de un año o más de finalizado el tratamiento fue de 35%, valor que supera las cifras reportadas previamente en Uruguay y se asemeja a lo encontrado por diversos autores extranjeros^(7,8).

Con referencia al estudio de variables predictoras de éxito en el tratamiento se encontró que el uso de terapias farmacológicas específicas, la adherencia al tratamiento

(farmacológico y no farmacológico) y la ausencia de antecedentes de depresión se asociaron en forma independiente con el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo. Los programas de cesación deberían entonces implementar acciones con el objetivo de lograr una mayor adherencia y universalizar el tratamiento farmacológico para obtener mejores resultados.

Otras variables, como el consumo de menos de 20 cigarrillos/día, la dependencia nicotínica leve dada por un puntaje menor a 4 en el test de Fagerström, la práctica de ejercicio físico y el tratamiento en modalidad grupal, mostraron una asociación estadísticamente significativa con la abstinencia sólo en el análisis univariado.

Identificar estos factores es de importancia para el médico, ya que aquel individuo que no posea estos predictores positivos, o, por ejemplo, el que tiene contraindicaciones para el tratamiento farmacológico, requerirá de un tratamiento cognitivo-conductual más intenso, con

consultas más frecuentes y con un seguimiento planificado que asegure una mayor adherencia.

Algunas de las variables sociodemográficas analizadas en este estudio como el género, el nivel de instrucción y la convivencia con otros fumadores, fueron estudiadas extensamente por diversos autores. Dos estudios realizados por Hurt y Dale en la Mayo Clinic en los años 1998 y 2001, respectivamente, mostraron que los pacientes de sexo masculino poseían porcentajes de abstinencia significativamente mayores que las mujeres⁽²⁾. Otros estudios de tipo observacionales muestran similares hallazgos⁽⁹⁻¹³⁾. Sin embargo, este resultado no es corroborado por otros autores que encuentran que no hay diferencias significativas entre los dos sexos, coincidiendo con lo hallado en este estudio^(14,15).

El nivel de instrucción es otra de las variables sobre las cuales los estudios disponibles muestran resultados contradictorios. Croghan y colaboradores, entre diversos autores, en un estudio de 304 fumadores realizado en 2001 en Minnesota, comprobaron que el poseer educación terciaria es un predictor de éxito en el abandono del tabaquismo^(16,17). Sin embargo, este resultado no se reprodujo en estudios importantes como el de Dale⁽²⁾, ni en otras comunicaciones^(15,18).

En este estudio estas variables sociodemográficas (género, nivel de instrucción y convivencia con fumadores) no demostraron influir en forma estadísticamente significativa, coincidiendo con algunos de los estudios citados.

El número de cigarrillos/día es una variable que predice el éxito del tratamiento según diferentes autores^(2,3,14,19). Se han realizado estudios con distintos niveles de corte para considerar esta variable, existiendo datos que muestran que un número menor a 20 cigarrillos/día indica una mayor posibilidad de lograr la cesación y otros que establecen que las posibilidades de éxito se asocian significativamente con un consumo de menos de 10 cigarrillos/día^(2,9). La dependencia a la nicotina expresada por el puntaje obtenido en el test de Fagerström también es un factor ampliamente estudiado. Según varios autores, los puntajes bajos se asocian con mejores resultados después del tratamiento mientras que otro estudio reportó que los pacientes con puntajes que correspondían a dependencia intermedia o moderada poseían mejores porcentajes de éxito⁽³⁾. Otros investigadores hallaron que esta variable no poseía fuerza predictiva estadísticamente significativa cuando se toman en cuenta otras en análisis de tipo multivariado⁽¹⁵⁾.

En este estudio tanto el consumo de menos de 20 cigarrillos/día como el puntaje bajo en el test de Fagerström mostraron una asociación estadísticamente significativa ($p=0,009$ y $p=0,039$, respectivamente) con el éxito del tratamiento en el análisis univariado. Dichas asociaciones no mantuvieron su significación estadística cuando se

analizaron en conjunto con otras variables.

Los antecedentes de enfermedad psiquiátrica pueden influir en la prevalencia, respuesta al tratamiento y pronóstico de algunas enfermedades, entre ellas el tabaquismo⁽²⁰⁻²⁴⁾.

En una cohorte de 3.683 pacientes estudiada por Beltrán y colaboradores, en Barcelona, cuando se consideraron en su conjunto las enfermedades psiquiátricas, se comprobó asociación entre cesación con una mayor dependencia e intensidad del tabaquismo, así como con una peor respuesta al tratamiento⁽²³⁾. Dentro de las enfermedades psiquiátricas la depresión fue analizada en diferentes estudios. Tanto el antecedente de depresión mayor como el desarrollo de síntomas depresivos durante el tratamiento se asociaron a fracaso en la cesación tabáquica⁽²⁾.

En concordancia con estos hallazgos, en nuestro estudio la ausencia de antecedentes de depresión se asoció significativamente con mayor índice de abstinencia, asociación que se mantuvo en el análisis multivariado.

Se acepta, en general, que la realización de ejercicio físico regular ayuda a los pacientes que abandonan el tabaquismo a manejar la abstinencia, sin embargo, se han realizado pocos estudios bien diseñados que sostengan esta afirmación. En una revisión sistemática sobre este tema se encontró una tendencia de los resultados a apoyar este concepto, si bien se necesitarían estudios de mayor porte y con grupo control para poder afirmarlo con un mayor nivel de evidencia⁽²⁵⁾.

Si bien en nuestro estudio los sujetos que realizaban actividad física regular se encontraban en abstinencia en un porcentaje significativamente mayor que los que no lo hacían ($p=0,011$), esta variable no alcanzó relevancia estadística al analizarse en conjunto con las otras.

Dentro de las variables relacionadas con el tratamiento, tanto la modalidad grupal como la adherencia y el uso de farmacoterapia específica se asociaron a éxito en el tratamiento.

Según la revisión sistemática realizada por Stead y colaboradores, la modalidad de tratamiento grupal no mostró superioridad con respecto al tratamiento individual igualmente intensivo⁽²⁶⁾.

En nuestro estudio, si bien los pacientes que se trataron en forma grupal alcanzaron la abstinencia en una mayor proporción que los que recibieron tratamiento individual ($p=0,038$), se debe tener presente que los individuos no fueron asignados a una u otra modalidad de tratamiento en forma randomizada. Para recibir tratamiento en forma grupal el paciente debía cumplir criterios de inclusión, como son la ausencia de enfermedad psiquiátrica severa que distorsionara el funcionamiento grupal y deseo de tratarse en forma grupal, lo que determina que los individuos tratados en una u otra modalidad no posean resultados comparables.

La adherencia o cumplimiento del tratamiento mostró una fuerte asociación con la abstinencia, con una diferencia muy significativa ($p < 0,001$) entre los pacientes que adhirieron al tratamiento respecto de aquellos que no lo hicieron. Luego del análisis multivariado, la adherencia al tratamiento mantuvo su significación estadística como predictor de abstinencia. Este resultado fue concordante con un estudio de Goja y colaboradores, de la Policlínica de Tabaquismo del Hospital de Clínicas, Uruguay, en donde se encontró, en un análisis univariado, asociación entre adherencia al tratamiento y abstinencia al año⁽¹⁾. Debe destacarse que la adherencia al tratamiento no significa cumplimiento del tratamiento farmacológico sino compromiso con el programa mediante asistencia a las sesiones programadas. Este hallazgo es concordante con lo reportado por otros autores, que encontraron que el cumplimiento del tratamiento fue el único factor entre otras seis variables que guardó relación con el éxito del tratamiento del tabaquismo en un estudio transversal⁽¹⁵⁾.

En este estudio el uso de tratamiento farmacológico, ya sea bupropión, TRN o tratamiento combinado, se asoció en forma independiente y estadísticamente significativa con el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo. Este dato concuerda con el conocimiento actual de la terapia farmacológica del tabaquismo. De acuerdo con revisiones sistemáticas de la colaboración Cochrane, el uso de bupropión o TRN logra duplicar o incluso triplicar las posibilidades de abstinencia^(27,28). En nuestro estudio recibieron tratamiento farmacológico aquellos pacientes que lo tenían indicado y que podían comprarlo, ya que la policlínica no proveía el mismo en ese entonces, lo que constituye una limitación del estudio. Este hecho puede introducir una variable de confusión que es el nivel socioeconómico, que no fue específicamente considerada como variable de estudio. Si fue analizada como variable de estudio el nivel de escolaridad (instrucción) que puede estar vinculada con el nivel socioeconómico, pero la misma no se relacionó significativamente con la abstinencia. De todas formas, el uso de fármacos en la actualidad está contundentemente relacionado con el éxito del tratamiento de cesación.

Es notoria la discordancia y la variabilidad de resultados entre los hallazgos de los diversos autores que han estudiado este tema, lo que se puede deber en parte a que los estudios existentes difieren en diseño, definición de las variables, plazo en que se mide la abstinencia después de finalizado el tratamiento, modo de medirla y número de sujetos estudiados en cada serie. El número limitado de sujetos de nuestra serie podría explicar la pérdida de significación estadística de variables relacionadas con el éxito en el análisis multivariado, que sí se asociaron significativamente en el univariado.

Otra limitación que tiene nuestro estudio es la falta de validación objetiva de la abstinencia tabáquica mediante

métodos biológicos, lo que no fue posible realizar, sabiendo que el autorreporte de abstinencia posee confiabilidad variable.

Conclusiones

Las características de la población asistida en la policlínica de cesación de tabaquismo estudiada fueron similares a las reportadas en otras unidades de tabaquismo. El porcentaje de pacientes en abstinencia después de un año de finalizado el tratamiento fue comparable a las cifras internacionales y superior a las nacionales reportadas previamente.

En la evaluación del sujeto fumador se encontraron variables que se asociaron en forma independiente con el éxito de tratamiento, como fueron: uso de terapias farmacológicas, adherencia al tratamiento y ausencia de antecedentes de depresión. Otras variables, como consumo de menos de 20 cigarrillos/día, dependencia nicotínica leve, práctica regular de ejercicio físico y tratamiento grupal, se asociaron con mayores porcentajes de abstinencia en análisis univariado.

Se requerirá de la realización de nuevos estudios con mayor número de pacientes que puedan establecer con claridad el papel de estas variables como predictoras de éxito en el tratamiento del tabaquismo. Se deberá intentar intensificar y personalizar el tratamiento en aquellos pacientes que no poseen predictores de éxito. A su vez, se deberían modificar los esquemas de seguimiento evolutivo actuales, con el objetivo de obtener una mayor adherencia, ya que este es un factor determinante en el resultado del tratamiento. Una mayor disponibilidad del tratamiento farmacológico por parte de la población aumentará las posibilidades de lograr la abstinencia tabáquica a largo plazo.

Summary

Introduction: current treatments for tobacco use and dependence attain quitting percentages around 30% for the long term. Identifying predicting factors for success would enable more suitable therapeutic interventions, thus improving results.

Objective: to learn about quit rates in a tobacco dependence program and to identify the treatment's predicting factors for success.

Method: a descriptive study was conducted and cut off points were analyzed. Variables studied included: age, sex, level of education, living with people who smoke, number of cigarettes per day (cpd), Fagerström test, previous periods of smoking abstinence, tobacco-dependent diseases, history of depression, physical exercise, modality and adherence to treatment, use of drugs. Patients were contacted by phone, a year after they had finished treat-

ment. Abstinence (self-reported) was defined as not having smoked in the last 30 days.

Results: 143 people were contacted: 55.9% of them were women, average age was 46. Quit rate a year after was 35%. Significantly better results ($p=0,009$ y $p=0,039$, respectively) were achieved when the cpd was < 20 cpd. The Fagerström test was < 4 , and the same was found when there was no history of depression ($p=0,043$), when people practiced physical exercise ($p=0,011$), when they adhered to the treatment ($p<0,001$) and use of drugs ($p<0,001$).

Multivariate analysis showed that adherence to treatment, use of drugs and the absence of a history of depression increases three to four times the chance for success.

Conclusions: specific drugs, adherence to treatment, and the absence of a history of depression proved to be predicting factors for success of treatment. A wider access to pharmacological treatment is fundamental to increase the abstinence for the long term.

Résumé

Introduction: le taux de succès du traitement du tabagisme à long terme, est de 30% environ. Identifier des marqueurs du succès du traitement permettrait d'adapter l'intervention thérapeutique ainsi que d'améliorer les résultats.

Objectif: connaître le taux de sevrage d'un programme d'abandon du tabagisme et identifier les marqueurs de succès du traitement.

Matériel et méthode: étude descriptive, de coupe. Les variables étudiées ont été: âge, sexe, niveau académique, cohabitation avec des fumeurs, nombre de cigarettes/jour (cpd), test de Fagerström, périodes de sevrage préalables, maladies tabacodépendantes, antécédents de dépression, exercice physique, modalité et engagement au traitement, emploi de médicaments. On a contacté par téléphone les patients après un an d'avoir fini le traitement. On a considéré sevrage le fait de ne pas avoir fumé au cours des 30 derniers jours.

Résultats: 143 individus contactés dont 55,9 de femmes, âge moyen 46 ans. Le pourcentage d'abandon après un an a été de 35%. Une valeur de cpd < 20 et un test de Fagerström < 4 ont obtenu de meilleurs résultats ($p=0,009$ et $p=0,039$) ainsi que l'absence d'antécédents de dépression ($p=0,043$), l'exercice ($p= 0,011$), l'adhérence au traitement ($p=0,001$) et l'emploi de médicaments ($p<0,001$). L'analyse multi variée a révélé que l'adhérence au traitements, l'emploi de médicaments et l'absence d'antécédents de dépression augmentent 3 ou 4 fois la possibilité de succès.

Conclusions: les médicaments spécifiques, l'adhérence au traitement et l'absence d'antécédents de dépression constituent des marqueurs de succès du traite-

ment. Un plus grand accès au traitement pharmacologique est fondamental pour augmenter la possibilité de sevrage à long terme.

Resumo

Introdução: o tratamento do tabagismo atinge aproximadamente 30% de êxito a longo prazo. Identificar os fatores preditores de sucesso do tratamento permitia ajustar a intervenção terapêutica e melhorar os resultados.

Objetivo: conhecer a taxa de êxito de um programa de cessação de tabagismo e identificar os fatores preditores de sucesso do tratamento.

Material e método: estudo descritivo, de corte. As variáveis estudadas foram: idade, sexo, nível de instrução, convivência com fumantes, número de cigarros/dia (cpd), teste de Fagerström, períodos de abstinência prévios, doenças tabaco-dependentes, antecedentes de depressão, exercício físico, tipo de e adesão ao tratamento e uso de fármacos. Depois de um ano de terminado o tratamento os pacientes foram contatados por via telefônica. Considerou-se como abstinência (autodeclaração) quando o paciente não havia fumado nos últimos 30 dias.

Resultados: foram contatados 143 indivíduos, sendo 55,9% mulheres, e a média de idade 46 anos. A porcentagem de cessação ao final do primeiro ano foi de 35%. Um valor de cpd < 0 e um teste de Fagerström < 4 mostraram resultados significativamente melhores ($p=0,009$ e $p=0,039$, respectivamente) bem como a ausência de antecedentes de depressão ($p=0,043$), o exercício ($p=0,011$), a adesão ao tratamento ($p<0,001$) e o emprego de fármacos ($p<0,001$).

A análise multivariada mostrou que a adesão ao tratamento, o uso de fármacos e a ausência de antecedentes de depressão aumentam três a quatro vezes a oportunidade de sucesso.

Conclusões: os fármacos específicos, a adesão ao tratamento e a ausência de antecedentes de depressão mostraram ser preditores de sucesso do tratamento. Um maior acesso ao tratamento farmacológico é fundamental para aumentar a possibilidade de abstinência a longo prazo.

Agradecimiento

A la doctora Adriana Muiño por su colaboración en la redacción del manuscrito.

Bibliografía

1. 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. Arch Med Int 2005; 28(4): 83-8.
2. Dale L, Glover E, Sachs D, Schroeder D, Offord K, Croghan I, et al. Bupropion for smoking cessation: predictors of successful outcome. Chest 2001; 119 (5): 1357-64.

3. **Torrecilla M, Barrueco M, Maderuelo J, Jiménez Ruiz C, Plaza M, Hernández M.** ¿Se puede predecir el éxito de la intervención mínima en tabaquismo? *Prev Tab* 2001; 3(1): 13-9.
4. **Bustamante Navarro R, Lobregad Espuch C, Hidalgo Quiles M, Schwarz Chavarri H, de la Cruz E.** Características de los fumadores que acuden a una unidad de tabaquismo en régimen ambulatorio. *Prev Tab* 2005; 7(1): 11-6.
5. **Vila Roig B, Adell Aparicio C, Bell Panisello C, Tolosa Martínez N, Brau Beltrán J.** Características de fumadores que acuden a una consulta de deshabitación tabáquica (2001-2003). *Prev Tab* 2003; 5 (Supl 1): 51.
6. **Nerín I, Crucelaegui A, Mas A, Guillén D.** Perfil de los fumadores que solicitan tratamiento en una Unidad de Tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2003; 39: 298-302.
7. **López Varela MV, Anido T, Rovira O, Goja B, Tubino M, Alfonso G, et al.** Factores asociados con la abstinencia y eficacia de un programa de cesación de tabaquismo. *Rev Med Uruguay* 2007; 23(1): 25-33.
8. **Camps X, Frasccheri M, Buroni C.** Análisis del funcionamiento de un programa de cesación de tabaquismo. *Rev Urug Cardiol* 2005; 20(1): 16-20.
9. **Royce J, Corbet K, Sorensen G, Ockene J.** Gender, social pressure and smoking cessations: the Community Intervention Trial for Smoking Cessation (COMMIT) al baseline. *Soc Sci Med* 1997; 44(3): 359-70.
10. **Hyland A, Li Q, Bauer J, Giovino G, Steger C, Cummings K.** Predictors of cessation in a cohort of current and former smokers followed over 13 years. *Nicotine Tob Res* 2004; (Suppl3): S363-9.
11. **Monso E, Campbell J, Tonnesen P, Gustavsson G, Morera J.** Sociodemographic predictors of success in smoking intervention. *Tob Control* 2001; 10(2): 165-69.
12. **Bohadana A, Nilsson F, Rasmussen T, Martinet Y.** Gender differences in quit rates following smoking cessation with combination nicotine therapy: influence of baseline smoking behaviour. *Nicotine Tob Res* 2003; 5(1): 111-6.
13. **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.
14. **Osler M, Prescott E.** Psychosocial, behavioural, and health determinants of successful smoking cessation: a longitudinal study of Danish adults. *Tob Control* 1998; 7: 262-7.
15. **Crucelaegui A, Nerón I, Sobradie N, Belmonte A, Novella P, Bernal V, et al.** Factores predictores de éxito a los seis meses en fumadores tratados en una unidad de tabaquismo. *Prev Tab* 2004; 6 (Supl. 1): 175-6.
16. **Croghan I, O'Hara M, Schroeder D, Patten C, Croghan G, Hays J, et al.** A community-wide smoking cessation program: Quit and Win 1998 in Olmsted county. *Prev Med* 2001; 33(4): 229-38.
17. **Wetter D, Cofta-Gunn L, Irvin J, Fouladi R, Wright K, Daza P, et al.** What accounts for the association of education and smoking cessation? *Prev Med* 2005; 40(4): 452-60.
18. **Alonso B, Pérez-Ríos M, Santiago M.** Características y factores que condicionaron las recaídas de los participantes en "Deixao E Gaña". *Prev Tab* 2004; 6 (Supl. 1): 137.
19. **Franquet M, Castella J, Rebull T, Catalán C, Estrada T.** Efectividad de un programa de deshabitación tabáquica: variables predictoras. *Prev Tab* 2004; 6 (supl. 1): 177.
20. **Pirie P, Lando H, Curry S, McBride C, Grothaus L.** Tobacco, alcohol, and caffeine use and cessation in early pregnancy. *Am J Prev Med* 2000; 18(1): 54-61.
21. **Krall E, Garvey A, Garcia R.** Smoking relapse after 2 years of abstinence: findings from the VA Normative Aging Study. *Nicotine Tob Res* 2002; 4(1): 95-100.
22. **Hymowitz N, Jaffe F, Gupta A, Feuerman M.** Cigarette smoking among patients with mental retardation and mental illness. *Psychiatr Serv* 1997; 48(1): 100-2.
23. **Beltrán Garrido J, Sabidó M, Olona N, Masip J, Ortiga B, Rodríguez Pérez E, et al.** Papel de los antecedentes psiquiátricos en el hábito tabáquico, en la dependencia y en la respuesta al tratamiento de una cohorte tratada en una unidad de deshabitación hospitalaria. *Prev Tab* 2004; 6 (Supl. 1): 175.
24. **Lasser K, Boyd J, Woolhandler S, Himmelstein D, McCormick D, Bor D.** Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *JAMA* 2000; 284(20): 2606-10.
25. **Ussher M, West R, Taylor A, McEwen A.** Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. [base de datos en Internet]. 2007; (4): CD002295. Obtenido de: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=COC&searchExp=usshe&lang=es> (Consulta: enero 2008).
26. **Stead L, Lancaster T.** Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. [base de datos en Internet]. 1998; (3): CD001007. Obtenido de: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab001007.html>. (Consulta: enero 2008).
27. **Hughes J, Stead L, Lancaster T.** Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* [base de datos en Internet]. 1997; (3): CD000031. Obtenido de: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab000031.html> (Consulta: enero 2008).
28. **Sylogy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G.** Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. [base de datos en Internet]. 1996; (3): CD000146. Obtenido de: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab000146.html> (Consulta: enero 2008).