



versión digital
ISSN: 1578-7516



Hospital Virgen de la Concha
Hospital Provincial
Hospital Comarcal de Benavente

COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA

Unidad de Calidad
www.calidadzamora.com

NuevoHospital

Vol. IV - Nº 17 - Año 2004 - Nº edición: 75

Publicado el 24 de junio de 2004

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL PRIMER AÑO DE FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA ESPECIALIZADA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA.

Isabel García Arroyo, Carlos Ochoa Sangrador , Teresa Antolín García, Carmen Fernández García, Cecilia Alonso Mediavilla, Raquel Villafranca Gil**, Eloy Gutiérrez Maire-Richard.*

Sección de Neumología.

* Unidad de Investigación. ** Psicóloga.

Hospital Virgen de la Concha. Complejo Asistencial de Zamora.

PROYECTO FINANCIADO CON BECA SOCALPAR 2002

NuevoHospital
Unidad de Calidad
Hospital Virgen de la Concha
Avda. Requejo 35
49022 Zamora
Tfno. 980 548 200
www.calidadzamora.com

Periodicidad: irregular
Editor: Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad
Coordinación Editorial: Rafael López Iglesias (Director Gerente)
Dirección: Jose Luis Pardal Refoyo (Coordinador de Calidad)
Comité de Redacción:
Isabel Carrascal Gutiérrez (Supervisora de Calidad)
Teresa Garrote Sastre (Unidad de Documentación)
Carlos Ochoa Sangrador (Unidad de Investigación)
Margarita Rodríguez Pajares (Grupo de Gestión)
ISSN: 1578-7516

©Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida sin la autorización por escrito de los propietarios.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL PRIMER AÑO DE FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA ESPECIALIZADA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA.

Isabel García Arroyo, Carlos Ochoa Sangrador* , Teresa Antolín García, Carmen Fernández García, Cecilia Alonso Mediavilla, Raquel Villafranca Gil**, Eloy Gutiérrez Maire-Richard.

Sección de Neumología. * Unidad de Investigación. ** Psicóloga.

Hospital Virgen de la Concha. Complejo Asistencial de Zamora.

PROYECTO FINANCIADO CON BECA SOCALPAR 2002

INTRODUCCIÓN

El tabaco es conocido en China desde antes del primer milenio. Con el descubrimiento del continente americano se introduce en España y en Europa¹. Durante el siglo XIX se logra manufacturar y en el siglo XX se extiende a toda la población mediante campañas publicitarias, convirtiéndose en un bien de consumo social, y llegando a formar parte del IPC de varias naciones. El mayor porcentaje de fumadores tienen entre 30-50 años²⁻⁴.

Es a partir de los trabajos de Peto et al⁵ en los años cincuenta cuando se evidencia la asociación entre cáncer de pulmón y tabaco. En la actualidad, el tabaco es una de las principales causas de morbimortalidad mundial y el principal agente medioambiental productor de enfermedades en los humanos, tanto en fumadores activos como pasivos. Es un problema de salud pública, que origina un elevado coste en muertes prematuras evitables y en enfermedades invalidantes. Por tanto, debería ser una de las mayores prioridades sanitarias⁶. En España, según la Encuesta Nacional de Salud de 1997, el 36% de la población de ambos sexos fuma (45% hombres y 27% mujeres). Se inician en el hábito tabáquico con una media de 13 años. En los últimos años se observa una tendencia al aumento de fumadores en adolescentes y sobre todo en mujeres. En nuestro país produce 46.000 muertes anuales, con una clara relación de la morbimortalidad con el consumo acumulado⁷.

En España existen diferencias respecto al consumo, así en los últimos 20 años ha aumentado en las mujeres y en los jóvenes entre 18-24 años. Lo más paradójico del tabaquismo es que el 70% de los fumadores desea dejarlo y hasta un 46% lo intenta cada año sin ningún tipo de ayuda médica⁸.

Las medidas adoptadas por los gobiernos y las administraciones de varios países son muy recientes. Se componen de medidas preventivas (legislación, publicidad, información a la población general, a los adolescentes y a las gestantes), y medidas de apoyo y tratamiento para los fumadores que desean dejarlo. En esta línea se han creado los programas sanitarios de cesación tabáquica que además han demostrado ser coste-efectivos⁸. El objetivo de estos programas debe ser: prevención y promoción de la salud incidiendo en la población joven y en mujeres, ayudar a los fumadores que deseen dejarlo y promover políticas y legislaciones sobre fiscalidad, publicidad y creación de espacios sin humo⁹.

El tratamiento del tabaquismo está actualmente comprobado^{10,11}. Sabemos que la dependencia al tabaco es crónica y similar a otras drogas de abuso. El dejar de fumar no sea un hecho inmediato aislado sino que es todo un proceso que contempla incluso las recaídas. La cronicidad de esta enfermedad justifica que el tratamiento sea reiterado¹², y que los fumadores mas severos o con elevada dependencia al tabaco deban seguir protocolos de deshabitación intensivos, que se compongan de tratamiento farmacológico¹³⁻¹⁵ (terapia sustitutiva con nicotina y/o bupropión) y apoyo psicológico individual o en grupo, añadido a seguimiento periódico para mantener la cesación¹⁶. Las tasas de éxitos más elevadas se describen con los programas de tratamiento multicomponente. Se basan en la interacción que todos los factores condicionantes de la dependencia a la nicotina ejercen sobre el fumador. Cuentan con justificación teórica y con los mejores resultados ya que combinan diferentes técnicas y se adaptan a cada tipo de fumador¹⁷. Con este esquema se describe hasta un 69% de abstinentes a los 6 meses¹⁸ y un 30% al año. El apoyo psicológico se ha demostrado eficaz de forma individual o con sesiones de grupo.

En nuestra provincia, desde Junio de 2001, se dispone de una consulta de tratamiento del tabaquismo con un programa basado en terapia farmacológica y apoyo psicológico individual, dirigido a la población adulta mayor de 18 años. Con este trabajo se ha pretendido evaluar el rendimiento de dicha consulta durante su primer año de funcionamiento. Además, como objetivos secundarios se exponen los resultados respecto a:

- El perfil de población que nos demanda tratamiento contra el tabaquismo en nuestra área sanitaria.
- El porcentaje de abstinencia al año con nuestro programa de tratamiento.
- Las diferencias y semejanzas entre los pacientes abstinentes y no abstinentes tras 12 meses de seguimiento.
- Identificar los pacientes con alta probabilidad de recaídas.

MATERIAL y MÉTODO

El estudio se definió como observacional, de cohortes. Se incluyeron de forma consecutiva, personas de ambos sexos, mayores de 18 años, pertenecientes a nuestro Area sanitaria (Area de salud de 215.000 habitantes), que demandaron ayuda para deshabituación tabáquica, a través de sus médicos de Atención Primaria, de otros especialistas y a petición propia.

El periodo de estudio ha sido de dos años. Reclutamiento de pacientes durante 1 año (desde el 1 de Junio de 2001 hasta el 31 de mayo de 2002) y seguimiento durante 12 meses.

Estimamos 150 pacientes con un 10% de pérdidas, con lo que una proporción de abstinencia anual esperada del 30% tendría una precisión de $\pm 8\%$.

Protocolo de estudio:

En la primera consulta se les realiza una anamnesis general y una historia de fumador según el anexo 1.

6.2.1.- Definición de las variables:

- Edad: cuantitativa. Años
- Sexo: cualitativa. Hombre o mujer.
- Grupo profesional. Sanitarios y no sanitarios.
- Nivel de educación. Elemental/Medio y Universitario.
- Intentos previos de cesación: cualitativa. Si/No.
- Edad de inicio al consumo de tabaco. Años.
- Edad de consumo habitual. Años.
- Cantidad de cigarrillos/día en la edad de consumo habitual.
- Cigarrillos/día consumidos en el momento de la consulta
- Consumo actual. Paquetes-año.
- Tipo de tabaco consumido: cualitativa. Rubio, negro o ambos.
- Cantidad de nicotina por cigarrillo consumido: cuantitativa. (ng/cigarrillo)
- Motivos para dejar de fumar: cualitativa.
- Puntuación de test Richmond: cuantitativa. Puntos.
- Dependencia física según test Fagerström: cuantitativa. Puntos.
- Nivel de dependencia física: cualitativa (5 niveles).
- Enfermedades concomitantes: cualitativa.
- Espirometría forzada: cualitativa (normal, obstructiva, no obstructiva-restrictiva).
- Monóxido de carbono en aire espirado: cuantitativa, medido en partículas por millón.
- Tipo de tratamiento utilizado: cualitativa.
- Efectos secundarios del tratamiento: cualitativa.
- Tipo de efecto secundario: cualitativa.

- Ganancia de peso: cualitativa. Si/No
- Número de kilos ganados: cuantitativa.
- Abstinencia a los 2, 4, 6 y 12 meses: cualitativa. Si/No

Además se realiza exploración física general y se anota el peso, la talla, la frecuencia respiratoria y cardíaca. Como pruebas complementarias se solicitan una espirometría forzada con broncodilatación, radiografía torácica y electrocardiograma y por último, se mide el nivel de monóxido de carbono en aire espirado con un cooxímetro (MicroCO. Micromedical).

Con los parámetros anteriores se define la fase de abandono en la que se encuentra el fumador. Si es en la fase de Preparación se le invita a que fije una fecha próxima de cesación (día D). Por último se refuerza la decisión tomada por el paciente felicitándole y con folletos informativos sobre el tabaquismo y las ventajas de dejar de fumar. Si está en la fase de Acción se le explica además los pasos a seguir tras el día de cesación, se prescribe el tratamiento farmacológico indicándole cómo y cuándo debe utilizarlo y las estrategias para los primeros días de cesación.

El tratamiento farmacológico se adapta a cada paciente según las características y resultados de la historia tabáquica. Se utiliza terapia sustitutiva con nicotina y/o bupropión, y se añade apoyo psicológico individual.

El programa de seguimiento es mediante consultas programadas con el siguiente esquema:

1º: a los 7 días de cesación.

2º: a los 15 días de cesación.

3º: a los 30 días de cesación.

4º: a los 45 días de cesación.

5º: a los 2 meses de cesación.

6º: a los 4 meses de cesación.

7º: a los 6 meses.

8º: al año.

En cada consulta de seguimiento se anota la situación clínica, posibles efectos secundarios de la medicación, se cuantifica el síndrome de abstinencia mediante el test de abstinencia donde se exponen los principales síntomas, basados en el diagnóstico del síndrome de abstinencia a la nicotina¹⁹. También se recoge la cifra de presión arterial, el peso y la frecuencia cardíaca. La valoración de la abstinencia se realiza de forma subjetiva preguntando al paciente pero se constata de forma objetiva con la medición de CO en aire espirado. Se finaliza siempre con apoyo psicológico.

El análisis de los datos se realizó mediante el programa SPSS 11.5 y el programa Epiinfo 6.04. En primer lugar se obtuvo estadística descriptiva de todas las variables, expresándose como frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y como media, mediana, desviación estándar e intervalos de

confianza al 95% para las variables cuantitativas. Las siguientes variables cuantitativas se redefinieron como cualitativas para su análisis posterior:

- Puntuación en test Fagerström:
 - baja dependencia: hasta 5 puntos
 - alta dependencia: ≥ 6 puntos
- Puntuación en el test Richmond:
 - motivación baja-moderada: hasta 9 puntos
 - alta motivación: ≥ 10 puntos
- Cigarrillos al día:
 - < 20 cigarrillos/día
 - ≥ 20 cigarrillos/ día
- Edad de inicio al consumo:
 - < 16 años
 - ≥ 16 años
- Cooximetría:
 - hasta 10 ppm
 - 10-20 ppm
 - > 20 ppm

Para comparar variables entre las dos subpoblaciones de pacientes abstinentes y no abstinentes se utilizaron los test de Ji-cuadrado para variables cualitativas y la t de Student o ANOVA para las cuantitativas, una vez comprobado que las variables a comparar seguían una distribución normal; o pruebas no paramétricas en caso contrario. Asimismo se utilizó la comparación de medias. El nivel de significación se definió como $p < 0.05$.

Se analizaron todas las variables con interés clínico mediante el test de supervivencia de Kaplan-Meier, tomando como variable de tiempo, el tiempo de que tarda cada paciente en tener una recaída, como variable de estado, la situación de abstinencia o no al final del seguimiento (abst12me).

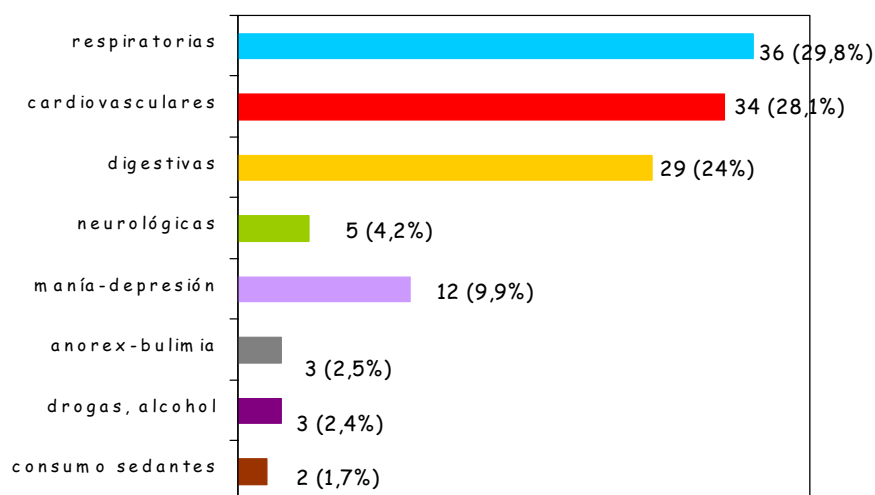
Con aquellas variables clínicas o estadísticamente significativas se realizó un modelo de regresión logística para identificar variables con capacidad predictora de éxito. La modelización se realizó siguiendo una estrategia "backward" basado en cambios en el cociente de verosimilitudes.

RESULTADOS**1.- Perfil de los pacientes estudiados.**

Durante el periodo estudiado recibimos 151 interconsultas para deshabituación tabáquica. Treinta pacientes (19,8%) no llegaron a acudir a la primera consulta. Por tanto, la muestra final es de 121 pacientes. Correspondieron a 70 hombres (57,9%) y 51 mujeres (42,1%) con una edad media de 46 años (DE: 11); (IC95%: 44-48). El nivel de estudios se distribuyó en: elemental en 48 pacientes (39,7%), medio que incluye bachillerato o formación profesional en 46 (38%) y universitario en 27 (22,3%). Veintinueve eran trabajadores sanitarios (24%).

En 75 pacientes (62%) existían enfermedades previas, destacando las respiratorias, cardiovasculares y digestivas, tal como muestra la figura 1.

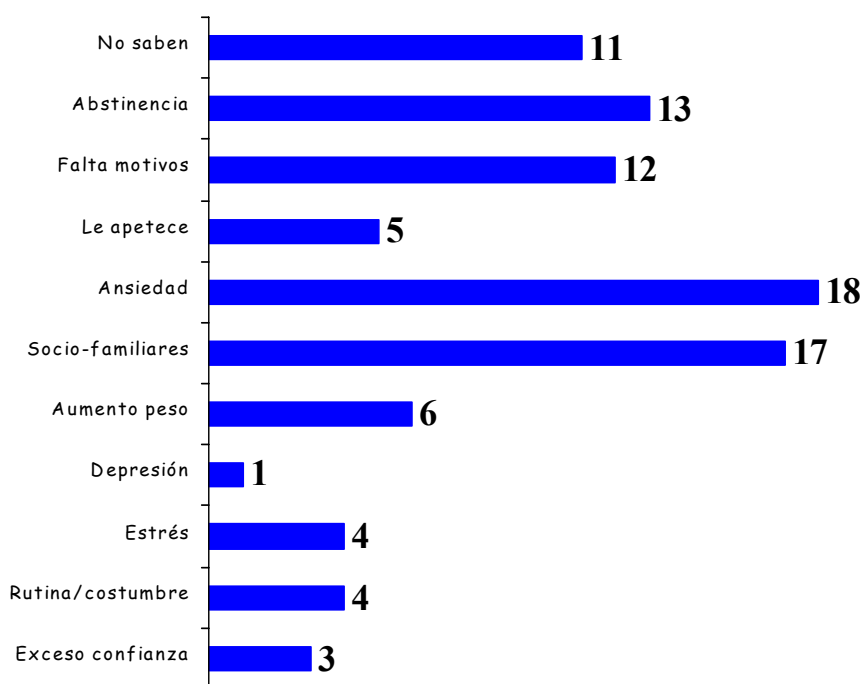
Figura 1. Distribución de las enfermedades previas
(75 pacientes: 62% de la muestra)



En cuanto a la historia de tabaquismo, nuestros pacientes comenzaron a fumar a una edad media de 16,3 años (DE: 3,9) (IC95%: 15,5-17) y lo hacían de forma habitual a una edad media de 18,9 años (DE: 4,6) (IC95%: 18,1-19,8); el consumo medio era de 17,8 cigarrillos al día (IC95%: 15,6-20,1).

El 77,7% (94 pacientes) habían intentado dejar de fumar antes de acudir a nuestra consulta. La mayoría (55,4%) no había utilizado ningún tratamiento, 18 pacientes (14,9%) usaron terapia sustitutiva con nicotina TSN, 4 bupropión (3,4%), 2 terapia psicológica, 1 acupuntura y 2 varios de los anteriores. Las causas de las recaídas de estos 94 pacientes en los intentos previos se resumen en la figura 2.

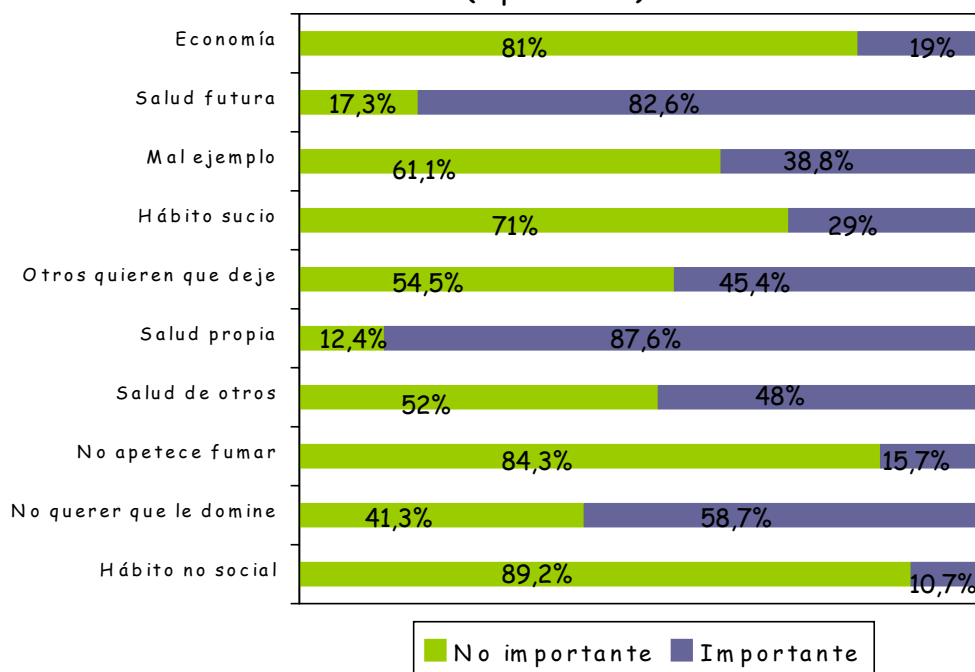
Figura 2. Causas de recaída en intentos previos



El tipo de tabaco fumado era rubio predominantemente (69 pacientes, 57%); fumaban tabaco negro 46 pacientes (38,8%) y de ambas clases 5 pacientes (4,1%). Dos pacientes fumaban pipa (1,6%). El consumo medio en el momento de la consulta era de 28,5 cigarrillos al día (DE: 13,0). El índice paquetes-año era de 36,8 (DE: 22,1); (IC95%: 32,7-40,9). La media de monóxido de carbono en aire espirado fue de 20,6 ppm (DE: 11,7); (IC95%: 18,4-22,7).

El grado de motivación se evaluó según el test Richmond. La media de puntos en nuestros pacientes fue de 8,6 (DE: 1,5);(IC95%: 8,3-8,9). Los motivos para dejar de fumar más frecuentes fueron: la salud propia, la salud futura y el sentimiento de dominio que ejercía el tabaco sobre ellos (ver figura 3).

Figura 3. Distribución de los motivos para dejar de fumar (%pacientes)



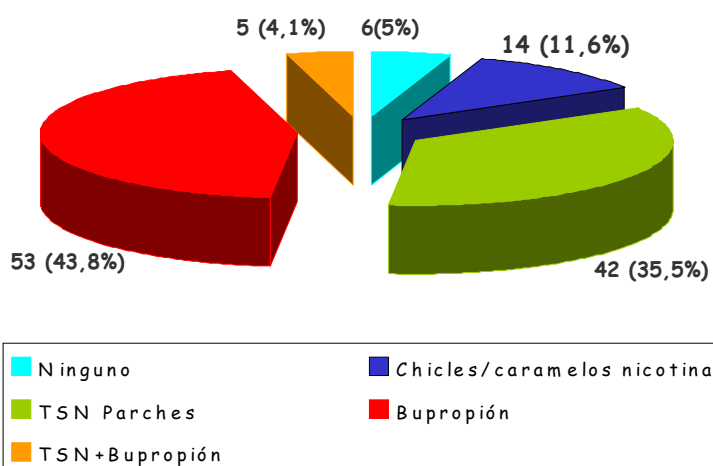
El grado de dependencia a la nicotina según el test de Fagerström era de 6,2 puntos de media (DE: 2,3);(IC95%: 5,7-6,6).

El 93,4% de los pacientes (113) se encontraban en fase de preparación en el momento de ser vistos en la consulta; un paciente estaba en precontemplación, 5 en contemplación y 2 en fase de acción. Estos dos últimos pacientes correspondían a 1 hombre de 42 años, fumador de 40 cigarrillos al día de tabaco negro, con un índice de 52 paquetes-año, y otro hombre de 49 años, fumador de 30 cigarrillos al día de tabaco negro (51 paquetes-año). Ambos habían intentado dejarlo previamente sin ningún tipo de ayuda. La motivación era de 9 y 11 puntos, y la dependencia nicotínica de 9 y 8 puntos respectivamente. Se mantuvieron abstinentes a los 12 meses de la fecha de cesación, y tan sólo el segundo paciente utilizó terapia farmacológica con bupropión.

El tratamiento prescrito a los pacientes fue: en 42 casos (35,5%) terapia sustitutiva con nicotina en forma de parches transdérmicos, en 53 (43,8%) bupropión, en 5 (4,1%) terapia combinada con parches de nicotina y bupropión. En todos se añadió terapia a demanda en forma de chicles o comprimidos para chupar de nicotina. En 14 pacientes (11,6%) sólo se prescribieron chicles o comprimidos de nicotina y en 6 (5%) no se utilizó tratamiento farmacológico. Todo el grupo de pacientes recibió apoyo psicológico individual y seguimiento periódico en consultas programadas hasta completar

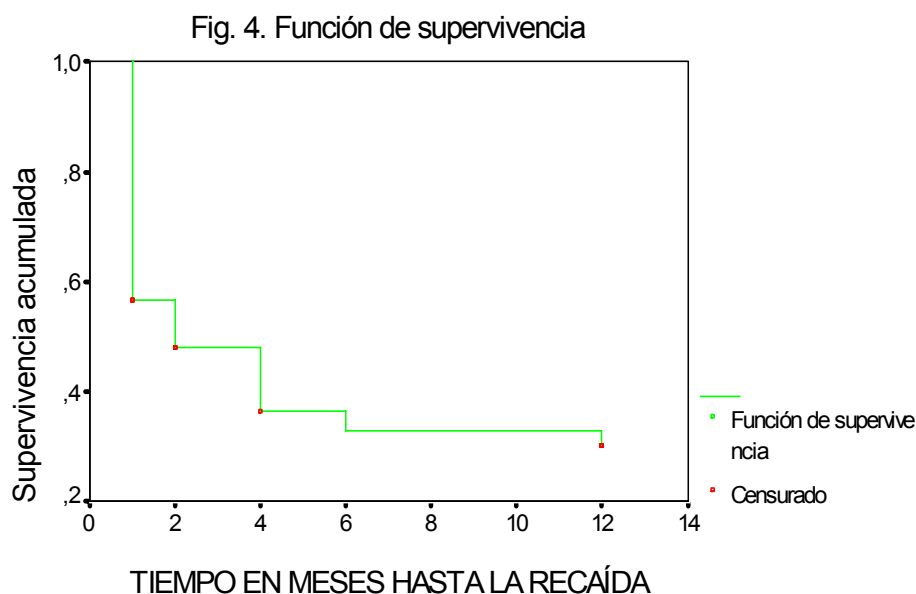
12 meses tras el cese de consumo de tabaco o hasta la recaída o abandono. En 18 pacientes (15,2%) se aconsejó dieta hipocalórica. Ver figura 4.

Figura 4. Distribución del tratamiento prescrito



Los efectos secundarios atribuibles a la medicación y que obligaron a suspenderla o cambiarla se presentaron en 10 pacientes (8,3%) y fueron: en tres pacientes inestabilidad en la marcha, 2 insomnio incoercible, 2 artralgias y urticaria generalizada y 2 cefalea y vértigo, en el grupo tratado con bupropión. Con TSN tan sólo se tuvo que suspender en 1 paciente con gastritis severa.

Los porcentajes de abstinencia en función de los periodos de seguimiento fueron los siguientes: al primer mes 68 pacientes se mantenían abstinentes y 52 habían recaído; en el segundo mes de cesación 56 se mantenían abstinentes; en el cuarto mes 41 pacientes, y en el sexto mes 36. Al final del periodo de seguimiento de 12 meses, 33 pacientes permanecían abstinentes (27,3%), 82 (67,7%) habían recaído y 6 pacientes no sabemos cuál ha sido su evolución (5%). De forma gráfica lo expresamos en la siguiente curva de supervivencia de la figura 4.



2.- Análisis comparativo entre el grupo de pacientes abstinentes y no abstinentes.

Contamos con 33 pacientes abstinentes y 82 no abstinentes tras 12 meses de seguimiento desde el día de cesación tabáquica. Las variables descriptivas de ambos grupos se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Análisis comparativo de las variables demográficas y de la historia de tabaquismo entre el grupo de pacientes abstinentes y no abstinentes.

Variable	Abstinentes (33)	No abstinentes (82)	
Sexo (hombre/mujer)	20/13	45/37	0,363
Edad (media, DE)	47,1 (10,1)	45,9 (11,2)	0,595
Edad de inicio al consumo (años)	16,3 (3,2)	16,3 (4,1)	0,997
Edad de consumo habitual (años)	18,8 (3,3)	19,1 (5,1)	0,749
Edad de consumo habitual (años)	26,1 (11,7)	28,7 (13,1)	0,324
Número de cigarrillos al día	35,8 (18,4)	36,9 (22,7)	0,800
Consumo actual (paquetes-año)	23/10	65/17	0,195
Intentos previos de cesación (sí/no)	8,7 (1,6)	8,5 (1,5)	0,490
Grado de motivación (Ritchmond)			
Grado de dependencia nicotínica (Fagerström)	6,1 (2,5)	6,2 (2,2)	0,804
Cooximetría (ppm)	18,7 (9,6)	22,6 (12,8)	0,115
COHB (% saturación)	3,2 (1,6)	3,7 (2,2)	0,228

En las variables cuantitativas se muestran los valores de la media y desviación estándar (DE).

Podemos observar que no existen diferencias estadísticamente significativas en ninguna de estas variables entre los dos grupos de pacientes.

Respecto a los motivos referidos en cada grupo para dejar de fumar, observamos diferencias significativas para el motivo: “no apetecer fumar” y una tendencia a la significación en el motivo: “otros quieren que deje de fumar”. Todos los motivos se han analizado agrupados en dos categorías: importante o no importante. En el resto de motivos analizados no encontramos diferencias. Ver tabla 2.

Tabla 2. Porcentaje de pacientes en ambos grupos que consideraron cada motivo de la tabla como importante para dejar de fumar.

Motivo	Abstinentes (33)	No abstinentes (82)	P
Ahorro económico	15,1%	20,7%	0,342
Mal ejemplo	42,4%	36,6%	0,353
Hábito sucio	30,3%	28,0%	0,488
No le apetece fumar	27,3%	12,2%	0,048
Sensación de dominio	54,5%	58,5%	0,425
Otros quieren que lo deje	57,6%	41,4%	0,080*
Mejoría en salud actual	93,9%	84,1%	0,132
Mejoría en salud futura	78,8%	84,1%	0,332
Mejoría en salud de otros	48,5%	46,3%	0,498

Los valores en cada grupo se expresan como importante / no importante.

Siguiendo con el resto de las variables, hemos encontrado diferencias en el límite en la variable nivel de educación cuando separamos los pacientes con estudios universitarios del resto ($p=0,052$).

Respecto a la abstinencia a los 12 meses tomada como variable independiente, no encontramos asociación con si los pacientes son o no personal sanitario ($P= 0,185$), tipo de tabaco que consumen (negro: $P=0,574$; rubio: $P=0,481$), puntuación en el test de Fagerström analizado de forma cualitativa: baja dependencia (<6 puntos) y alta dependencia (6 ó más puntos) ($p=0,492$), puntuación en el test Richmond dividida en motivación baja o moderada (hasta 9 puntos) y motivación alta (10 ó más puntos) ($p=0,315$). Asimismo no encontramos diferencias significativas entre los dos grupos respecto a cada una de las preguntas de ambos cuestionarios (Richmond y Fagerström) analizadas de forma individual. Tampoco en cuanto a los efectos secundarios del tratamiento prescrito ($p=0,317$).

Por último, con relación a las enfermedades previas, no encontramos diferencias significativas entre ambos grupos, tomando la variable de forma global ($p=0,137$); pero sí observamos diferencias cuando analizamos los distintos grupos de enfermedades de forma individual, en concreto, para las enfermedades cardiovasculares ($p= 0,017$) parece existir una asociación inversa entre padecer este tipo de patologías y menor porcentaje de abstinencia tabáquica. Ver Tabla 3. En el resto de enfermedades no encontramos diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 3. Análisis comparativo según que los pacientes tengan o no alguna de estas enfermedades en la visita previa a la cesación.

Enfermedad previa	Abstinentes (33)	No abstinentes (82)	P
Cardiovascular	13,8%	49,1%	0,017
Respiratoria	26,9%	49,1%	0,153
Digestiva	23,0%	34,4%	0,540
Manía-depresión	9,6%	12,3%	0,336

Por último, con el objetivo de elaborar una ecuación predictora de abstinencia, hemos analizado todas las variables cualitativas mediante el test de Kaplan-Meier respecto a la variable tiempo de recaída. Los resultados de las clínicamente interesantes se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4. Análisis de las variables mediante la curva de supervivencia Kaplan-Meier.

Variable	Tiempo recaída (meses) Media (mediana)	IC 95% de la media	P
Edad:			
• edad2:			
- Hasta 45 años	4,84 (2,00)	3,68 - 6,00	0,590
- > 45 años	5,33 (2,00)	3,92 - 6,74	
• edad3:			
- < 40 años	4,27 (1,00)	2,61 - 5,94	0,166
- 40-65 años	5,56 (4,00)	4,45 - 6,67	
- >65 años	3,14 (1,00)	0,36 - 5,93	
Sexo:			
- hombre	5,45 (4,00)	4,25 - 6,65	0,387
- mujer	4,52 (1,00)	3,18 - 5,86	
Cigarrillos/día			
- < 20 cigarrillos/día	4,58 (1,00)	2,23 - 6,93	0,324
- ≥ 20 cigarrillos/día	5,14 (2,00)	4,17 - 6,10	
Edad de inicio al consumo:			
- < 16 años	4,89 (2,00)	3,62 - 6,16	0,780
- ≥ 16 años	5,18 (1,00)	3,92 - 6,44	
Enfermedades previas:			
- ninguna	5,76 (4,00)	4,28 - 7,24	0,163
- alguna	4,59 (1,00)	3,47 - 5,70	
Enfermedades cardiovasculares:			
- si	3,35 (1,00)	1,92 - 4,79	0,009
- no	5,67 (4,00)	4,59 - 6,74	
Intentos previos cesación:			
- ninguno	6,30 (4,00)	4,40 - 8,19	0,158
- uno o varios	4,66 (1,00)	3,65 - 5,66	
Cooximetría:			
- hasta 10 ppm	5,06 (2,00)	2,76 - 7,35	0,440
- 10-20 ppm	5,70 (4,00)	4,16 - 7,23	
- > 20 ppm	4,52 (2,00)	3,28 - 5,76	
Estudios:			
- Elemental/Medio	5,52 (4,00)	4,48 - 6,56	0,033
- Universitario	3,48 (1,00)	1,87 - 5,09	
Grupo profesional:			
- Sanitarios	5,52 (4,00)	4,46 - 6,58	0,119
- No sanitarios	3,69 (1,00)	2,11 - 5,27	
Puntuación Richmond:			
- Hasta 9 puntos	4,80 (2,00)	3,76 - 5,85	0,419
- ≥ 9 puntos	5,64 (4,00)	3,91 - 7,36	
Puntuación Fagerström:			
- hasta 5 puntos	4,95 (1,00)	3,38 - 6,52	0,923
- > 5 puntos	5,09 (2,00)	4,00 - 6,18	

-	≥ 6 puntos			
Motivos para cesación:				
•	Hábito no social:	5,06 (2,00)	4,11 - 6,01	0,933
-	No importante	4,92 (2,00)	2,30 - 7,55	
-	Importante			
•	Economía	5,22 (2,00)	4,25 - 6,21	0,354
-	No importante	4,32 (1,00)	2,26 - 6,38	
-	Importante			
•	Mal ejemplo a los demás	5,07 (2,00)	3,94 - 6,20	0,787
-	No importante	5,00 (1,00)	3,55 - 6,45	
-	Importante			
•	Hábito sucio:	5,18 (2,00)	4,13 - 6,24	0,874
-	No importante	4,70 (1,00)	3,03 - 6,37	
-	Importante			
•	No le apetece fumar:	4,75 (2,00)	3,80 - 5,70	0,107
-	No importante	6,53 (6,00)	4,14 - 8,91	
-	Importante			
•	No quiere que el tabaco le domine	5,27 (2,00)	3,88 - 6,65	0,653
-	No importante	4,88 (2,00)	3,70 - 6,06	
-	Importante			
•	Otros quieren que lo deje:	4,48 (2,00)	3,32 - 5,64	0,131
-	No importante	5,70 (4,00)	4,32 - 7,07	
-	Importante			
•	Salud actual:			
-	No importante	3,00 (1,00)	1,14 - 4,86	0,080*
-	Importante	5,35 (2,00)	4,38 - 6,32	
•	Salud futura:			
-	No importante	6,10 (4,00)	3,83 - 8,37	0,382
-	Importante	4,82 (2,00)	3,85 - 5,79	
•	Salud de otros:			
-	No importante	5,26 (2,00)	4,03 - 6,50	0,886
-	Importante	4,80 (1,00)	3,51 - 6,08	

Tan sólo encontramos asociación significativa en las variables: padecer enfermedades cardiovasculares y nivel de educación universitaria. No obstante, existe una tendencia a la significación estadística en la variable de motivación "salud actual" ($p=0.080$). Además, aunque sin diferencias significativas, se observa un valor mayor de la mediana en la variable: "no le apetece fumar", donde el grupo de abstinentes alcanza una mediana de 6 meses frente a los 2 meses de los no abstinentes; y en la variable: "otros quieren que deje de fumar" donde los abstinentes alcanzan una mediana de 4 meses frente a los 2 meses de los no abstinentes.

No hemos conseguido definir un modelo predictivo de abstinencia a largo plazo debido al tamaño muestral y al bajo porcentaje de éxitos a los 12 meses de seguimiento.

DISCUSIÓN

El perfil de nuestros pacientes es de ligero predominio de hombres, entre la cuarta y quinta década de la vida, y con un nivel de educación bajo-medio; menos de un tercio de la muestra tienen estudios universitarios.

Como corresponde a una consulta de área, la mayoría nos han sido remitidos desde Atención Primaria; aunque también se asumió la posibilidad de que los trabajadores de nuestro centro pudieran acceder directamente a la consulta. Es por esto que se incluyen 29 profesionales sanitarios.

Más de la mitad de la muestra (62%), padecen enfermedades previas que pudieran relacionarse con el tabaco, como enfermedades cardiovasculares, respiratorias o digestivas. Merece destacar que existen diferencias significativas entre los pacientes abstinentes y no abstinentes con enfermedades cardiovasculares; así de los 31 pacientes con este tipo de enfermedades, sólo se han mantenido abstinentes 4; frente a 29 pacientes de los 84 que no tenían antecedentes cardiovasculares; es decir, parece existir mayor dificultad en mantener la abstinencia en sujetos que han tenido o tienen patología cardiovascular, esto ya se observa en algunos estudios anteriores como el ensayo CEASE²⁰ en el que los fumadores con enfermedades cardíacas o respiratorias tienen bajos porcentajes de éxito. En el resto de enfermedades analizadas no encontramos diferencias entre abstinentes y no abstinentes, a pesar de que la salud se ha descrito como uno de los principales factores de motivación del fumador para intentar el abandono del tabaco²¹.

En este sentido, los motivos más frecuentemente referidos por nuestros pacientes para intentar la cesación tabáquica han sido la salud en el futuro y la actual, existiendo una tendencia a la asociación entre la preocupación por la salud actual como motivo importante para dejar de fumar y el mantenerse más tiempo abstinentes (Tabla 4).

En el grupo de abstinentes otros motivos importantes para dejar de fumar son la sensación de dominio que creen que está ejerciendo el tabaco sobre ellos, y el que otras personas de su entorno les insistan en la cesación; esto último, aunque estadísticamente no significativo, sí tiende a aumentar el periodo de abstinencia en los pacientes de nuestro estudio (Tabla 2). Este hecho nos indica la importancia que puede tener el que el fumador además de sentirse motivado, perciba apoyo en su ámbito socio-familiar²², aspecto que parece ser muy importante en el sexo femenino, tal y como se describe en los trabajos de Bjornson et al.²³ o de Coppotelli et al.²⁴ Otros motivos que nuestros pacientes consideran importantes para dejar de fumar son: la consciencia de que están dando un mal ejemplo y perjudicando la salud de otros. En relación al aspecto de ahorro económico que supone dejar de fumar, ninguno de los dos grupos lo considera motivo importante.

La edad media de nuestros pacientes al acudir a la consulta para intentar la cesación tabáquica es de 45 años. Este dato se corresponde con los recogidos por el Ministerio de Sanidad en la población fumadora española. Pertenecen al grupo de personas que empezaron a fumar alrededor de los 16 años,

varios años más tarde si lo comparamos con los estudios actuales sobre edad de inicio al consumo de tabaco, que se sitúa alrededor de los 13 años²⁵. En algunos estudios se ha visto que comenzar a fumar más allá de los 16 años puede ser un factor predictivo de éxito²⁶⁻²⁹. Sin embargo, en nuestro caso, este factor no se asocia con el mantenimiento de la abstinencia a los 12 meses ($p=0,385$).

Se sabe que la mayoría de los fumadores intentan dejarlo varias veces antes de solicitar ayuda³⁰⁻³¹; esto también se recoge en nuestros pacientes pues hasta un 78% ha realizado al menos un intento de cesación previo. En algunos estudios, el 90% de los fumadores reconocen haber abandonado el tabaco por sí solos³². Sin embargo, son muy pocos los que buscan algún tipo de ayuda; así, de los 94 pacientes que habían intentado dejarlo, más de la mitad no utilizó ningún método de ayuda. Tan sólo 27 pacientes usaron tratamientos farmacológicos, bien TSN o bupropión, pero en todos los casos sin supervisión médica.

Las causas de las recaídas en anteriores intentos, son variadas pero destacan: ansiedad y síndrome de abstinencia, problemas socio-familiares, falta de motivación, y aumento de peso, factores similares a los ya descritos en la literatura³³⁻³⁵.

Nuestros pacientes han sido incluidos de forma consecutiva. Algunos autores apuntan que uno de los criterios de inclusión de un fumador en un programa de deshabituación tabáquica es el grado de motivación, que debería ser de 10 puntos o más, medido por el test Richmond. Los pacientes de la muestra tienen una puntuación media de 8,6, pero nuestra impresión es que el fumador suele infraestimar su motivación y su "fuerza de voluntad" cuando decide intentar dejar de fumar, sobre todo en aquellos fumadores que lo han dejado previamente sin ayuda y que han fracasado. En nuestro caso además, la mayoría de los que habían hecho un intento previo no habían demandado ninguna ayuda y los que utilizaron alguna, no tuvieron ningún tipo de supervisión profesional. Por tanto, creemos que este criterio debe evaluarse, al menos, de forma individual. Por otra parte, aunque pudiera considerarse que estos pacientes tienen un grado de motivación moderado, el porcentaje de abstinencia que hemos alcanzado al final del periodo de seguimiento, se encuentra dentro de los descritos por otros autores³⁶⁻⁴⁰.

Casi todos los pacientes se encontraban en fase de preparación y fueron capaces de fijar una fecha de cesación en los 15-30 días siguientes a la primera visita. Dos pacientes habían dejado de fumar antes de la primera consulta, por lo que se les programó directamente las visitas de seguimiento y apoyo psicológico. Creemos que aún en los casos en que el fumador ha tomado la decisión por sí solo y consigue mantenerse abstinentes, es aconsejable como refuerzo positivo, el apoyo al menos psicológico mediante consultas periódicas, tal y como se recoge en el informe del Servicio de Salud Pública americano y en varios trabajos de la literatura^{41,42}.

En relación al tipo de tabaco consumido, la mayoría fumaba tabaco rubio predominantemente, seguido de tabaco negro; en sólo 5 casos consumían ambos tipos de tabaco, y de forma anecdótica, dos pacientes fumaban pipa.

Podemos clasificar a nuestros pacientes como fumadores importantes, con una media de consumo de más de 25 cigarrillos al día y un nivel de monóxido de carbono en aire espirado de al menos 20 ppm de media, en el momento de la primera consulta. Esto junto con una media mayor de 6 puntos en el test de dependencia nicotínica (Fagerström) nos indicaba la necesidad de utilizar tratamiento farmacológico, como así lo aconsejan las diferentes Guías y Normativas publicadas⁴³⁻⁴⁷.

El tratamiento sustitutivo con nicotina es el primero empleado en la cesación tabáquica; por eso es el más estudiado y ha demostrado ampliamente su eficacia⁴⁸. De igual forma, bupropión, aunque más reciente en su aparición y comercialización, también está obteniendo altas tasas de abstinencia a largo plazo⁴⁹. Siguiendo estos modelos, el tratamiento de base de nuestros pacientes ha sido la TSN en forma de parches transdérmicos y/o bupropión, junto con chicles y/o comprimidos de nicotina para chupar a demanda. En algunos pacientes se ha añadido dieta hipocalórica. Las indicaciones de tratamiento con TSN o con bupropión se han realizado teniendo en cuenta el historial de tabaquismo, grado de dependencia, enfermedades asociadas y posibles interacciones con tratamientos farmacológicos concomitantes de cada paciente. En todos los casos se ha administrado apoyo psicológico individual de forma periódica paralelo a las visitas de seguimiento. Como hemos comentado antes, este tipo de tratamiento nos parece igual de importante que el aspecto farmacológico; el apoyo psicológico basado en medidas de modificación de la conducta es fundamental para motivar y ayudar a mantener la abstinencia. De hecho, se han descrito trabajos donde se demuestra la mejoría en los porcentajes de abstinencia al añadir terapia psicológica, sobre todo en su modalidad de terapia grupal^{31,50-53,59}.

En relación a los efectos secundarios, creemos que son perfectamente asumibles, teniendo en cuenta sólo los casos que nos obligaron a cambiar o suspender el tratamiento, que suponen un 8,3%. Este porcentaje es muy similar a lo publicado por otros autores empleando TSN y/o bupropión⁵⁰. En este artículo también se observa mayor frecuencia de efectos adversos en los pacientes que utilizaron bupropión (hasta un 12%) frente a un 6,6% en los que estaban con TSN. Los más frecuentes con bupropión fueron insomnio y cefaleas, en consonancia con lo que hemos observado en nuestros pacientes.

El porcentaje de abstinencia conseguido tras 12 meses de seguimiento nos parece aceptable. Analizando la curva de supervivencia, se observa que el mayor porcentaje de recaídas se presenta en el primer mes de cesación. Al contrario, un aspecto ya demostrado es que los que permanecen abstinentes durante el primer mes de cesación son los que más posibilidades tienen de mantenerse sin fumar a largo plazo^{55,56}. En nuestro estudio, además, se observa que a partir del cuarto mes, aquellos que se han mantenido abstinentes tienen muchas posibilidades de lograr la cesación definitiva. Pueden existir varias causas que expliquen las recaídas como la falta de motivación, la persistencia del síndrome de abstinencia, los efectos secundarios de la medicación, pero en nuestros pacientes, no hemos detectado diferencias en estos aspectos entre el grupo de abstinentes y no abstinentes, salvo en relación a las

variables ya comentadas de motivación: “no le apetece fumar”, estudios universitarios y padecer enfermedades cardiovasculares; estas dos últimas asociadas a un menor tiempo de abstinencia.

Otro factor que puede influir en el mantenimiento de la abstinencia es el tratamiento farmacológico administrado; en sólo 5 pacientes hemos prescrito tratamiento combinado con TSN parches y bupropión. Teniendo en cuenta que la media de cigarrillos consumidos al día de nuestros pacientes sobrepasa los 25 cigarrillos diarios, probablemente deberíamos haber prescrito terapia combinada más a menudo para lograr un mayor porcentaje de abstinencia. En varios estudios se ha demostrado que cuando se utiliza TSN sólo, sea cual sea el tipo de sustitución nicotínica (chicles, parches, inhalador o spray nasal) el porcentaje de abstinencia a largo plazo no difiere demasiado^{36-39,57}, pero cuando se combinan varias formas de TSN o se utiliza bupropión, parece que la efectividad mejora^{40,42,58}. De igual forma, en el estudio de Jorenby et al.⁵⁰, que es un ensayo clínico con cuatro brazos, incluido placebo, doble ciego y sobre más de 200 pacientes en cada brazo, tras un seguimiento de 12 meses, obtienen hasta un 35,5% de abstinencia a los 12 meses tratados con terapia combinada (TSN y bupropión).

No hemos podido definir un modelo predictivo de éxito a los 12 meses. Pensamos que la principal causa es la falta de potencia estadística, escasa muestra, de nuestro estudio, definido tan sólo para los pacientes evaluados en el primer año de puesta en marcha de nuestra consulta de deshabituación. Sin embargo, creemos que hemos obtenido varios datos importante sobre el tipo de población que nos demanda ayuda para dejar de fumar y sobre aspectos socio-económicos (nivel de educación), de motivación y médicos (enfermedades cardiovasculares, tratamiento prescrito para la deshabituación) sobre los que deberemos poner atención especial para obtener un mayor porcentaje de cesación a largo plazo en los próximos años en nuestros futuros exfumadores.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Sauret Valet J. Sobre el uso y aplicaciones terapéuticas de la nicotiana tabacum (vulgarmente tabaco) durante los siglos XVI-XVIII. Arch Bronconeumol 1996;32:29-31.
- 2.- World Health Organization. Tobacco or health: a global status report. Geneve. WHO. 1997.
- 3.- World Health Organization. Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. Geneve. WHO. 1998.
- 4.- World Health Organization. World Health report 1999. Combating the tobacco epidemic. Geneve. WHO. 1999.
- 5.- Peto R, López AD, Boreham J, Thun M, Heath C. Mortality from smoking in development countries, 1950-2000. Oxford; Oxford University Press, 1994.
- 6.- Becoña E, ed. Libro blanco sobre el tabaquismo en España. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Barcelona, Glosa, 1998.
- 7.- González-Enríquez J, Villar-Alvárez F, Banegas-Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Martín-Moreno JM. Tendencias en la mortalidad atribuible al uso del tabaco en España, 1978-1992: 600.000 muertes en 15 años. Med Clin (Barc) 1997;109:577-582.
- 8.- Cronwell J, Bartosch WJ, Fiore MC, Hasselblad V, Baker T. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation.
- 9.- Directrices clínicas prácticas para el tratamiento del consumo y la dependencia del tabaco. Un informe del Public Health Service de los Estados Unidos. JAMA 2000; 283(24): 3244-3254.
- 10.- Raw M, Mc Neill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. BMJ 1998;53(suppl 5): S1-S38.
- 11.- Jiménez Ruiz CA, Solano Reina S, González de Vega JM, Ruiz Pardo MJ, Flórez Perona S, Ramos Pinedo A et al. Normativa para el tratamiento del tabaquismo. Grupo de trabajo de tratamiento del tabaquismo del Area de tabaquismo SEPAR. Arch Bronconeumol 1999;35:499-506.
- 12.- Barrueco Ferrero M, Hernández Mezquita MA. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Madrid, PAUAN, 2001.
- 13.- Silagy C, Mant D, Fowler G, Lodge M. Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. Lancet 1994; 343(15): 139-142.
- 14.- Dale LC, Glover ED, Sachs DPL, Schroeder DR, Offord KP, Croghan IT et al. Bupropion for smoking cessation. Predictors of successful outcome. Chest 2001; 119: 1357-1364.
- 15.- Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. Terapia sustitutiva con nicotina para abandono del hábito tabáquico (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, 3, 2000. Oxford.
- 16.- Murray RF, Johnston JJ, Dolce JJ, Lee WW, O'Hara P. Social support for smoking cessation and abstinence: the Lung Health Study. Addict Behaviours 1995;20(2):159-170.
- 17.- Schwartz JL. Methods of smoking cessation. Med Clin N Am 1992;76:451-76.

-
- 18.- Jiménez Santolaya MP, Iñigo Barrera FJ, Sánchez Agudo L, Carreras Castellet JM, Maldonado Arostegui B. Compliance of the treatment to smoking with nicotine supplements, undesirable effects and efficiency. *Eur Respir J* 1998;12:154s.
- 19.- Kenford SL, Fiore MC, Jorenby DE, Smith SS, Wetter D, Baker TB. Predicting smoking cessation. Who will quit with and without the nicotine patch. *JAMA* 1994; 23:271(8):589-94.
- 20.- Monsó E, Campbell J, Tonnesen P, Gustavsson G, Morera J. Sociodemographic predictors of success in smoking intervention. *Tob Control* 2001 Jun, 10(2):165-9.
- 21.- Gilpin E, Pierce JP, Goodman J. Reasons smokers give for stopping smoking: do they relate to success in stopping?. *Tob Control* 1992;1:256-63.
- 22.- Ferri E (ed.). *Life at 33: The fifth follow-up of the National Child Development Study*. Londres: National Children's Bureau, 1993.
- 23.- Bjornson W, Rand C, Connett J, Lindgren P, Nides M, Pope F et al. Gender differences in smoking cessation after 3 years in the Lung Health Study. *Am J Public Health* 1995;85(2):223-30.
- 24.- Coppotelli HC, Orleans CT. Partner support and other determinants of smoking cessation maintenance among women. *J Consult Clin Psychol* 1985;53:455-60.
- 25.- Subdirección General de Epidemiología. Promoción y Educación para la salud. Dirección General de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud de España 1997. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1999.
- 26.- Breslau N, Peterson EL. Smoking initiation in young adults: age initiation of cigarette smoking and other suspected influences. *Am J Public Health* 1996;86: 220-41.
- 27.- Taioli E, Wynder EL. Effect of the age at which smoking begins on frequency of smoking adulthood. *N Engl J Med* 1991;325:968-9.
- 28.- Sadik AK, Hari HD, Anand BM. Age at smoking onset and its effect on smoking cessation. *Addict Behav* 1999;24(5):673-77.
- 29.- Hymowitz N, Cummings KM, Hyland A. Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. *Tob Control* 1997;6 supl 2:S57-S62.
- 30.- Bennet N, Jarvis L, Rowlands O, Singleton N, Haselden L. *Living in Britain: results from the 1994. General Household Survey*, Londres: HMSO, 1996.
- 31.- Vellisco García A, Alvarez Gutiérrez FJ, Elías Hernández T, Medina Gallardo JF, Alcantarilla Reina D, Bordoy Sánchez C et al. Resultados de un programa psicofarmacológico de deshabitación tabáquica (parches y psicoterapia) tras doce meses de seguimiento. *Prev Tab* 2003;5(1):5-10.
- 32.- Fiore MC, Novotny TE, Pierce JP. Methods used to quit smoking in the United States. Do cessation programs help?. *JAMA* 1990;263:2760-5.
- 33.- Baer K, Lichtenstein E. Classification and prediction of smoking relapse episodes. An explanation of individual differences. *J Consul Clin Psychology* 1988;56:104.

-
- 34.- Cummings C, Grondon J, Marlatt G. Relapse: Prevention and Prediction. In: Miller W (ed.). The addictive behaviour. Oxford Pergamon Press. 1980; 291-321.
- 35.- Shiffman A. A cluster analytic classification of smoking relapse episodes. *Addict Behav* 1986;11:3-7.
- 36.- Fagerström KO. Effects of nicotine chewing gum and follow-up appointments in physician based smoking cessation. *Prevent Med* 1984;13:517-27.
- 37.- Tonnesen P, Fryd V, Hansen M et al. Two and four mg nicotine chewing gum and group counseling in smoking cessation: an open, randomized, controlled trial with a 22 follow up. *Addict Behav* 1988;13:17-27.
- 38.- Tonnesen P, Norregaard J, Simonsen K, Sawe U. A double blind trial of a 16 hour transdermal nicotine patch in smoking cessation. *N Engl J Med* 1991;325:311-15.
- 39.- Daughton DM, Heatley SA, Prendergast JJ, Causey D, Knowles M, Rolf CN. Effects of transdermal nicotine delivery as an adjunct to low intervention smoking cessation therapy: a randomized, placebo-controlled double blind study. *Arch Intern Med* 1991;151:749-52.
- 40.- Kortnitzer M, Boutsen M, Dramaix M, Thijs J, Gustavsson G. Combined used of nicotine patch and gum in smoking cessation. A placebo-controlled clinical trial. *Prevent Med* 1995;24:41-7.
- 41.- Goldstein MG. Bupropion sustained released and smoking cessation. *J Clin Psychiatry* 1998;59(suppl 4):66-72.
- 42.- Zhu SH, Strecht V, Balabanis M, Rosbrook B, Sadler G, Pierce JP. Telephone counseling for smoking cessation: effects of single session and multiple-session interventions. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:202-211.
- 43.- Brandon TH, Tiffany ST, Obremsky KM, Baker TB. Postcessation cigarette use: the process of relapse. *Addict Behav* 1990;15:105-14.
- 44.- Jiménez Ruiz CA, De Granda Orive JI, Solano Reina S, Carrión Valero F, Romero Palacios P, Barrueco Ferrero M. Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2003;39(11):514-23.
- 45.- Directrices clínicas prácticas para el tratamiento del consumo y la dependencia del tabaco. Un informe del Public Health Service de los Estados Unidos. *JAMA* 2000;283:3244-54.
- 46.- Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation. National Institute for Clinical Excellence. London. 2002.
- 47.- West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000;55:987-99.
- 48.- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SC, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER et al. Smoking cessation. Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline. Rockville, MD. US Dept of Health and Human Services, Public Health Service; June 2000.
- 49.- Silagy C, Mant D, Fowler G, Lodge M. Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. *Lancet* 1994;343:139-42.

-
- 50.- Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AH et al. A controlled trial of sustained release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999;340(9):685-91.
- 51.- Sánchez L, Carreras JM. Tratamiento del tabaquismo. En: *Prevención y rehabilitación en patología respiratoria crónica*. Jiménez M, Servera E, Vergara P (eds). Madrid. Ed. Panamericana 2001:229-43.
- 52.- Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library, Issue 4, 2001*. Oxford: Update Software.
- 53.- Dale L, Ebbert JO, Hays JT, Hurt RD. Treatment of nicotine dependence. *Mayo Clin Proc* 2000; Dec; 75(12):1311-6.
- 54.- Hajek P, Taylor TZ, Mills P. Brief intervention during hospital admission to help patients to give up smoking. *BMJ* 2002;324:87-9.
- 55.- Stapleton JA, Russell MAH, Feyerabend C, Wiseman SM, Gustavsson G, Sawe U et al. Dose effects and predictors of outcome in a randomized trial of transdermal nicotine patches in general practice. *Addiction* 1995;90:31-42.
- 56.- Kenford SL, Fiore MC, Jorenby DE, Smith S, Wetter D, Backer TB. Predicting smoking cessation: who will quit with or without the nicotine patch. *JAMA* 1994;271(8):589-94.
- 57.- Sutherland G, Stapleton J, Russell MAH, Jarvis M, Hajek P, Belcher M et al. Randomized control trial of nasal nicotine spray in smoking cessation. *Lancet* 1992;340:324-9.
- 58.- Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax* 1998;53(suppl 5, Part 2): S11.
- 59.- Sánchez Agudo L, Santamaría Gonzalo L. Terapia de grupo. *Arch Bronconeumol* 2003;39(supl 4):43-8.



NORMAS DE PUBLICACIÓN

- **Objetivo:** difundir conocimientos sobre calidad asistencial (metodología, objetivos de calidad, plan de calidad) que ayuden a mejorar la formación de todas aquellas personas implicadas en la mejora continua de la calidad.

- **Tema:** cualquier tema relacionado con calidad asistencial (objetivos de calidad, investigación, metodología, legislación, revisiones de temas concretos, revisiones bibliográficas, trabajos de investigación etc.).

- **Formato:** NuevoHospital se publicará en formato digital (disponible en la web) y en papel (trimestralmente). Todos los trabajos serán publicados en el formato digital.

- Estructura de los trabajos:

- Título

- Autor/es

- Área - servicio ó unidad

- Función o cargo que desempeña/n

- RESUMEN

- Introducción (motivación, justificación, objetivos)

- Texto: según el tema que se trate

- en trabajos de investigación: material y métodos, resultados, comentarios-discusión
- en artículos de revisión bibliográfica: desarrollo del tema, comentarios-discusión

- Conclusiones

- Bibliografía

- Formato de los trabajos:

- presentación **en MS-Word** (en disquette ó por correo electrónico)

- tipo y tamaño de letra: **Arial de 10 puntos**

- **tamaño de papel A4** (en el caso de ser enviados por correo ordinario, se ha de acompañar el disquette con una copia en papel)

- pueden incluirse tablas o dibujos (blanco y negro)

- en la versión digital podrán incluirse fotografías y gráficos en color

- **los trabajos han de tener el formato definitivo para ser publicados**

- Modo de envío de los trabajos:

- por **correo ordinario:** Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad. Avda. Requejo Nº 35. 49022 Zamora
- **depositándolos directamente** en la Unidad de Investigación ó en la Unidad de Calidad (indicar en el sobre que es para publicar en la revista del Hospital)
- por **correo electrónico:** ucalid@hvcn.sacyl.es (disponible en la web: www.calidadzamora.com)