



FONDO NACIONAL  
DE RECURSOS

*Medicina Altamente Especializada*

# Tratamiento de la Dependencia al Consumo de Tabaco

**Publicación Técnica N° 8**

Programa de Seguimiento del Fondo Nacional de Recursos





# Autores

Dr. Eduardo Bianco  
Dra. Ana Cabezas  
Lic. Ps. Ana Cenández  
Lic. T.S. Ana Debenedetti  
Dra. Elba Esteves Di Carlo  
Dra. Rosana Gambogi  
Lic. Ps. Tania Palacios  
Lic. Enf. Isabel Wald

## Equipo Estadístico

Prof. Agr. Dr. Carlos Ketzoian  
**Unidad de Métodos Cuantitativos**  
**Facultad de Medicina**

Lic. en Sociología Mariana Cabrera  
**Asistente de Metodología de la Investigación**  
**Facultad de Ciencias Sociales**

Fondo Nacional de Recursos  
Tratamiento de la Dependencia al Consumo de Tabaco  
Publicación Técnica N° 8 Montevideo 2009

1. Tabaquismo
  2. Paciente cardiológico
  3. Montevideo, Uruguay
- ISBN: z978-9974-8188-0-4

Dir.18 de Julio 985 - Galeria Cristal, 4° piso - C.P.11.000  
Tel: (005982) 9014091\* - Fax. (005982) 9020783  
e-mail: [fnr@fnr.gub.uy](mailto:fnr@fnr.gub.uy) - [www.fnr.gub.uy](http://www.fnr.gub.uy)

Diagramación y diseño de tapa: Grupo Perfil  
Impresión: Faliner S.A.

# Indice

## 1. Capítulo 1

Programa dirigido a población general

Descripción y evaluación general del Programa.....	13
1.1 Antecedentes .....	15
1.2 Campaña de opinión pública .....	18
1.3 Consideraciones sobre el tipo de tratamiento instituido en el FNR .....	23
1.4 Conclusiones y perspectivas .....	24
1.5 Bibliografía .....	26

## 2. Capítulo 2

Programa dirigido a población general

Evaluación de resultados 2004 - 2006 .....	29
2.1 Introducción .....	31
2.2 Objetivos .....	31
2.3 Material y métodos .....	31
2.4 Resultados .....	33
2.5 Discusión .....	41
2.6 Conclusiones .....	44
2.7 Bibliografía .....	44

## 3. Capítulo 3\*

Cesación de Tabaquismo en Pacientes Cardiológicos .....

3.1 Bibliografía .....	47
	58

\* Este trabajo se incluye por gentileza de Archivos de Medicina Interna (Arch Med Interna 2008; XXX (1): 22-28)





# Fondo Nacional de Recursos

## Comisión Honoraria Administradora

### Presidenta

Dra. María Julia Muñoz  
*Ministra de Salud Pública*

### Presidente Alterno

Dr. Miguel Fernández Galeano  
*Subsecretario de Salud Pública*

### Representantes del Ministerio de Salud Pública

Prof. Em. Dr. Aron Nowinski  
Prof. Cr. Dante Giménez  
Enf. Carmen Millán (*alterna*)  
Cr. César Costantini (*alterno*)

### Representantes del Ministerio de Economía y Finanzas

Ec. Martín Valcorba  
Ec. Leticia Zumar (*alterna*)

### Representantes del Banco de Previsión Social

Dr. Jorge Papadópulos  
Dr. Armando Cuervo (*alterno*)

### Representantes de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva

Dr. Julio Martínez (*U.M.U.*)  
Cra. Gabriela Casal (*alterna*)  
Dr. Daniel Barrios (*FE.M.I.*)  
Dr. Arturo Altuna (*alterno*)  
Dr. Eduardo Figueredo (*C.A.S.M.U.*)  
Dr. Claudio Iglesias (*alterno*)

### Representantes de los Institutos de Medicina Altamente Especializada

Dr. Gustavo Varela  
Cra. Lucy Martins (*alterna*)

## Comisión Técnica Asesora

Prof. Em. Dr. Aron Nowinski  
*Representante del FNR*

Dra. Gloria Rieppi  
Dra. Mariana Gómez  
*Representantes de la Facultad de Medicina*

Dra. Norma Rodríguez  
*Representante del Ministerio de Salud Pública*

Dr. Alejandro Ferreiro (*FE.M.I.*)  
Dr. Oscar Noboa (*SMU*)  
*Representantes del Cuerpo Médico Nacional*

## Comisión de Desarrollo Profesional Continuo

Dr. Homero Bagnolo  
Dr. Oscar Gianneo  
Dr. José Luis Rodríguez Bossi

Dr. Edgardo Sandoya  
Enf. Carmen Millán  
Lic. Enf. Cándida Scarpitta

### Director General

Cr. Mario Guerrero

### Director Técnico Médico

Dr. Álvaro Haretche

### Director Area Administrativa

Cr. Mauro Labella







## Prólogo

Uno de los cambios más notorios en la gestión del Fondo Nacional de Recursos para la Medicina Altamente Especializada (FNR) se produjo con la puesta en funcionamiento de programas de prevención y control de factores de riesgo, lo que constituye un paso significativo hacia la implementación de un nuevo sistema de atención.

Estos programas se orientan hacia políticas sanitarias que privilegian la conservación de la salud más que el tratamiento de la enfermedad y, para el FNR constituyen una importante herramienta de administración del riesgo.

El FNR procura no permanecer en una actitud pasiva que se limite a financiar procedimientos de alto costo para enfrentar situaciones críticas, sino que considera que es parte de su función de administrador de recursos de la sociedad, adoptar una postura activa para abatir la incidencia de algunos gastos controlables o reiterados, para lo cual apela a intervenciones que reducen los eventos críticos o los tratamientos crónicos que se encuentran dentro de su cobertura.

En ese contexto el FNR tomó como prioritario el tema de la adicción al tabaco y ha participado activamente en las acciones emprendidas a nivel nacional en relación al cese del tabaquismo.

Se implementó el *Programa para el Tratamiento de la Dependencia al Consumo de Tabaco* que se dirige ya sea a pacientes que se vinculan al FNR por su patología coronaria, como a la población general. Se promovió el desarrollo y ejecución de programas similares que funcionan en diversas instituciones, para lo cual se capacitó personal y se puso en marcha un sistema de provisión gratuita de medicación. Se pusieron en marcha, con financiamiento del FNR, diversas campañas de información y sensibilización comunitaria, todo lo cual fue reiteradamente reconocido a nivel nacional e internacional, lo que incluyó un premio otorgado por la OPS / OMS.

En el marco de las actividades de seguimiento y evaluación, esta publicación presenta la evaluación de los resultados médicos que se obtuvieron en las diversas modalidades del *Programa para el Tratamiento de la Dependencia al Consumo de Tabaco* implementado por el FNR.

La difusión de estos conocimientos tiene el propósito de poner en evidencia la viabilidad de desarrollar en nuestro país estrategias efectivas en la cesación del tabaquismo, dar a conocer la situación de una población constituida por un número elevado de pacientes y optimizar las intervenciones.



## Abreviaturas

FNR \_\_\_\_\_ Fondo Nacional de Recursos

IAMC \_\_\_\_\_ Institución de Asistencia Médica Colectiva

MSP \_\_\_\_\_ Ministerio de Salud Pública

OMS \_\_\_\_\_ Organización Mundial de la Salud

PCT \_\_\_\_\_ Programa de Cesación del Tabaquismo

VIH/SIDA \_\_\_\_\_ Virus de la Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

DE \_\_\_\_\_ Desvío Estándar

IAMC \_\_\_\_\_ Institución de Asistencia Médica Colectiva

IM Interior \_\_\_\_\_ Intendencias Municipales del Interior

IMM \_\_\_\_\_ Intendencia Municipal de Montevideo

TRN \_\_\_\_\_ Terapia de Reemplazo Nicotínico

# Capítulo 1

**Programa dirigido  
a población general  
Descripción y evaluación  
general del Programa**





## Antecedentes

El tabaquismo es una conducta humana socialmente aceptada y practicada desde hace siglos. <sup>(1)</sup> La mayoría de los fumadores cumplen los criterios para ser definidos como dependientes del consumo. La adicción al tabaco ha sido definida como enfermedad crónica con tendencia a la recaída y así está catalogada en la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). <sup>(2-4)</sup> Por lo tanto, el tabaquismo, además de ser un importante factor de riesgo para el desarrollo de diversas patologías es una enfermedad en sí mismo, por su condición de adicción a droga e intoxicación crónica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que el consumo de tabaco es la principal causa de muerte evitable a nivel mundial, causando más muertes que la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA), los accidentes de tránsito, el alcoholismo, las drogas ilegales, los homicidios y los suicidios en conjunto. <sup>(5-8)</sup> Además, debe tenerse en cuenta que el consumo de tabaco perjudica no sólo al consumidor sino también al que se expone involuntariamente al humo. <sup>(9-11)</sup> Daña también la economía de los países ya que en la gran mayoría de ellos el gasto en salud ocasionado por enfermedades causadas por el tabaquismo duplica o triplica el ingreso anual por concepto de impuestos al tabaco. <sup>(7)</sup>

En Uruguay, el tabaquismo mata 5.000 personas por año y causa un daño económico de por lo menos 200 millones de dólares anuales. <sup>(12-14)</sup>

A pesar de toda esta evidencia, la respuesta del sistema sanitario ha estado muy lejos de ser la adecuada a la magnitud y severidad del problema.

La encuesta realizada por el Sindicato Médico del Uruguay en 2001 sobre “el tabaquismo y los médicos”, evidenció que el 27% de los médicos eran fumadores y que el 87% reconocía no haber sido capacitado en el tratamiento del tabaquismo ni en el control del tabaco durante su formación universitaria. <sup>(15)</sup>

Hasta hace poco tiempo eran escasos los centros asistenciales públicos o privados que habían desarrollado un programa de cesación de tabaquismo (PCT) para sus usuarios.

En los años '90 una cátedra de Clínica Médica de la Facultad de Medicina desarrollaba una policlínica de cesación de tabaquismo en el Hospital de Clínicas, siendo la única que abordaba el tema Tabaquismo en la formación clínica de sus estudiantes. En el año 1997 el Departamento de Cardiología de la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos y en 1999 el Departamento de Neumología del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay fueron pioneros al incluir este tratamiento en el ámbito de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). En ese entonces la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer era el único organismo que realizaba actividades de capacitación de profesionales en cesación de tabaquismo.



## Los inicios del programa de cesación de tabaquismo del Fondo Nacional de Recursos

En el año 2003 las autoridades del Fondo Nacional de Recursos (FNR) decidieron implementar programas – como el de cesación de tabaquismo - de prevención de enfermedades cardiovasculares como forma de optimizar los recursos destinados al abordaje de dichas patologías. La necesidad de contar con un programa de estas características surgió de la evidencia de peores resultados de los procedimientos de medicina altamente especializada (angioplastias; cirugía de revascularización coronaria) y de la necesidad de reiterar los mismos en los pacientes que continúan fumando luego de realizadas estas intervenciones. Con esa orientación, el Programa de Cesación de Tabaquismo (PCT) comenzó en diciembre de 2003 orientado inicialmente a pacientes sometidos a revascularización coronaria.

Al comienzo los pacientes fueron convocados telefónicamente para una actividad informativa en la que se explicaban las implicancias de la adicción al tabaco y se les invitaba a unirse al programa. El mismo incluía apoyo conductual y medicación específica para la cesación en forma gratuita. La respuesta inicial fue escasa, siendo los motivos posibles el hecho de que un alto porcentaje de los pacientes (más del 90%) se encontraban en abstinencia inmediatamente después de haber sufrido un evento cardíaco sumado a que probablemente los pacientes desconocieran la naturaleza crónica de la adicción al tabaco y la alta tendencia a la recaída que posee esta enfermedad.

En ese contexto, se abrió el programa a la población general dándose inicio a una serie de campañas de sensibilización a través de medios masivos de comunicación, lo que produjo un notorio incremento de la actividad del programa y obligó a ampliar el equipo de trabajo.

A partir de julio de 2004, el programa se escindió en dos protocolos: uno dirigido a quienes habían

recibido una revascularización reciente y otro abierto a la comunidad.

## La consolidación del programa abierto a la comunidad

La demanda asistencial se incrementó de modo significativo a partir de las campañas masivas. En setiembre de 2004 llegaron a funcionar nueve grupos de tratamiento en forma simultánea. El número de pacientes en cada grupo de tratamiento llegó casi a triplicar el número previsto por grupo. Dado el carácter abierto de los mismos, se alcanzó en una oportunidad a 40 participantes en el grupo cuando inicialmente se había previsto trabajar con sesiones de 15 pacientes. (Ver más adelante: Bases metodológicas del tratamiento de la dependencia del tabaco instituido en el FNR). A fines de 2004 se dispuso cerrar el ingreso de nuevos pacientes al programa, elaborándose una “lista de espera”.

La expansión del modelo a todo el país

En 2005 se constituyó una “lista de espera” para iniciar el tratamiento de cesación de tabaquismo, que en pocos días alcanzó los 1.000 pacientes, haciéndose evidente que el FNR no tendría capacidad operativa para cubrir toda esa demanda. Ese fue el punto de partida de una nueva estrategia operativa que marcó el inicio de una etapa.

A partir de entonces, el FNR se planteó como objetivo brindar apoyo a otras instituciones asistenciales y no asistenciales interesadas en implementar programas para la cesación del tabaquismo, en lugar de prestar la asistencia directamente a los pacientes. Ese apoyo se implementaría mediante dos estrategias: la capacitación de profesionales para el desarrollo y ejecución de programas de cesación en las instituciones; y la provisión gratuita de medicación específica para el abandono del tabaquismo a los pacientes que se asistieran en los mismos.

De esta forma se generó un importante espacio de



capacitación en cesación de tabaquismo y se conformó una extensa red de programas interrelacionados que vuelcan su información a una base de datos que se encuentra en el FNR. Cada uno de esos programas “satélites” se constituyó a partir de la firma de un convenio. El listado de convenios en vigencia creció continuamente a lo largo de los meses.

### **El Fondo Nacional de Recursos como centro de capacitación y entrenamiento en el tratamiento de la dependencia al consumo de tabaco**

El primer curso de capacitación en tratamiento de la dependencia del tabaco en el FNR tuvo lugar en noviembre de 2004. A partir de ese momento, se realizó en promedio un curso cada cuatro meses, en forma regular, con una asistencia de 60 profesionales aproximadamente. Desde fines de 2005 los cursos se realizaron también en el interior del país.

Inicialmente los cursos se dictaron en base a cuatro módulos, con una carga horaria de siete horas por módulo, a razón de uno por semana. A partir de marzo de 2006 se amplió el contenido a seis módulos por curso, atendiendo a brindar más herramientas a los participantes.

La capacitación está orientada a profesionales de la salud de todo el país: médicos, psicólogos, licenciadas en enfermería, entre otros. Consta de una parte teórica desarrollada por los profesionales del programa del FNR y una parte práctica en la que se trabaja con grupos de pacientes en tratamiento. En esta instancia se aplica la metodología implementada por el FNR para los grupos de cesación, que se detalla más adelante. Estos cursos constituyeron la primera instancia de capacitación *teórico-práctica* sobre tratamiento del tabaquismo que se desarrolló en el país.

El curso está acreditado por la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República con 52 créditos y posee criterios de aprobación basados en asiduidad y prueba de conocimientos.

El curso implementado por el FNR ha sido evaluado en diversas instancias. La Escuela de Graduados ha emitido opiniones muy satisfactorias acerca del mismo y los participantes lo catalogaron en el nivel de *muy bueno* en el 85% de los casos y como *bueno* en el 15% en las evaluaciones de satisfacción.

En marzo del 2007 se inició el décimo primer curso.

## Campaña de opinión pública

En forma simultánea con el inicio del programa de tratamiento se elaboraron materiales para una campaña de sensibilización comunitaria sobre el daño causado por la adicción al tabaco y los beneficios del tratamiento en base al mensaje: *“Dejá el cigarrillo antes que la vida te deje a vos”*.

Se colocaron afiches externos en los vehículos del transporte colectivo de Montevideo y en las paradas de ómnibus. El canal de televisión pública estatal difundió una campaña de comunicación contratada. No fue posible alcanzar un acuerdo con los canales privados para la difusión de la campaña publicitaria. En las figuras 1 al 8 se muestran los pictogramas utilizados en la campaña de comunicación masiva.



Figuras 1 - 8: Diseños utilizados en la campaña de comunicación masiva.





1er. Infarto  
2er. Cateterismo  
3era. Cirugía cardíaca

### ¿cuándo vas a dejar de fumar?

En nuestro país, el cigarrillo es responsable de más del 30% de las muertes cardiovasculares y el 40% en el caso de mujeres menores de 60 años. Los hombres fumadores tienen infarto de miocardio 10 años antes que los no fumadores.

**FONDO NACIONAL DE RECURSOS**  
Medicina Altamente Especializada  
www.fnrc.gub.uy - 901 4091\*

**dejá el cigarrillo**  
antes que la vida te deje a vos

3

### más hombre... ¿o menos?

Fumar más de 7 cigarrillos por día genera efectos vasoconstrictores, además de potenciar la aterosclerosis. El fumador presenta impotencia 50% más que el no fumador. El 80% de los hombres que consultan por trastornos sexuales son fumadores.

**FONDO NACIONAL DE RECURSOS**  
Medicina Altamente Especializada  
www.fnrc.gub.uy - 901 4091\*

**dejá el cigarrillo**  
antes que la vida te deje a vos

4

### ¿le preguntaste si quería fumar?

Fumar durante el embarazo reduce la cantidad de oxígeno que llega de la placenta al feto. puede producir: aborto espontáneo, retraso en el crecimiento y parto prematuro. Pero además, duplica el riesgo de muerte súbita del lactante.

**FONDO NACIONAL DE RECURSOS**  
Medicina Altamente Especializada  
www.fnrc.gub.uy - 901 4091\*

**dejá el cigarrillo**  
antes que la vida te deje a vos

5

### vos elegís lo que llevás por dentro

Fumar lleva al consumo crónico y a la intoxicación con casi 5.000 sustancias causantes de alrededor de 30 tipos de enfermedades y del deterioro de la calidad de vida.

**FONDO NACIONAL DE RECURSOS**  
Medicina Altamente Especializada  
www.fnrc.gub.uy - 901 4091\*

**dejá el cigarrillo**  
antes que la vida te deje a vos

6



7



8

Figuras 1 - 8: Diseños utilizados en la campaña de comunicación masiva.



## El FNR, el control del tabaco y el Convenio Marco para el Control del Tabaco

El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) es el primer tratado mundial de Salud Pública, promovido por la OMS. El FNR se involucró en el proceso de ratificación a nivel nacional, que se produjo luego de intensa discusión parlamentaria durante el 2004. El FNR pasó a integrar la Alianza Nacional para el Control del Tabaco, organismo de coordinación interinstitucional que en 2005 recibió una distinción de la OMS/OPS con motivo del Día Mundial Sin Tabaco, premio que se le otorgó en el año 2007, al Fondo Nacional de Recursos.

## Bases metodológicas del tratamiento de la dependencia al consumo de tabaco instituido en el FNR

El abordaje que realiza el PCT abierto a población general en el FNR reúne las características de los programas denominados multicomponentes. Los mismos incluyen distintas técnicas terapéuticas con el fin de intervenir en los diferentes aspectos relacionados con esta adicción. (16)

El abordaje incluye:

- 1. Charla introductoria
- 2. Talleres grupales
  - a. Control gradual de consumo
  - b. Modificación conductual
    - i. Logro de la abstinencia
    - ii. Mantenimiento: mantenerse sin fumar
- 3. Tratamiento farmacológico

El PCT comienza con una charla introductoria en la que se busca sensibilizar a los fumadores respecto a los daños del tabaco desde una visión global del comportamiento del fumador, a efectos de enfocar el tabaquismo como una enfermedad. (17)

A partir de esta charla se inicia un trabajo grupal con reuniones semanales de dos horas en las que participan

aproximadamente 20 a 25 pacientes. Inicialmente se planificó la integración de grupos de no más de 15 pacientes, pero en ocasiones se llegó a trabajar en grupos de 40 participantes.

El Programa del FNR tiene características particulares, que lo hacen diferente a los tratamientos clásicos:

- Los grupos son heterogéneos. Incluyen todas las personas interesadas en participar en el programa, siendo éste el único criterio de inclusión.
- No hay criterios de exclusión
- No se realiza entrevista previa. Como no se aplican criterios de exclusión a los grupos, incluyendo a todos aquellos individuos que deseen participar y comprometerse con el programa, se evita el incremento de costos que implicaría mantener una entrevista individual con cada paciente.
- Los grupos son abiertos, sin fecha de inicio ni finalización; los participantes nuevos se integran a grupos que ya están en funcionamiento.

La modalidad grupal permite reunir personas que tienen un objetivo común, lo que contribuye a la motivación de los participantes, multiplica las actitudes y genera sostén emocional. (18)

El funcionamiento en formato abierto permite además, la interacción entre quienes están en etapas más avanzadas del tratamiento y los nuevos participantes, produciendo un modelo de afrontamiento gradual, que suele resultar más positivo que otros modelos en los que el paciente interactúa solamente con quienes han superado o nunca han padecido la problemática.

Se hace énfasis en el uso de herramientas cognitivo-conductuales y se dispone de tratamiento farmacológico: resinato de nicotina en goma de mascar o chicle y Bupropión.



El objetivo es aprender a vivir sin fumar, lo que requiere necesariamente lograr la abstinencia al tabaco. No se establece una fecha fija para alcanzar la abstinencia sino que se actúa motivando al fumador para que éste adquiera el compromiso de modificar su conducta. La fecha de abstinencia surge como parte del proceso y el fumador no la percibe como una imposición.

Al comienzo se busca que el fumador comprenda de la forma más objetiva y exhaustiva posible su conducta de fumar lo que se consigue mediante un registro diario de los cigarrillos que fuma y el análisis de esa conducta.

Cuando se cuenta con el consentimiento del paciente, se utiliza tratamiento farmacológico en base a sustitutos nicotínicos y fármacos no nicotínicos como el Bupropión. El uso combinado de ambos pretende reducir significativamente la irritabilidad, la falta de concentración, el humor depresivo y el aumento de peso, que integran el síndrome de abstinencia al tabaco, causa primaria de fracaso en los intentos por dejar de fumar. (19 -21)

Se trabaja sobre el control gradual del consumo lo que trae como consecuencia un descenso del mismo, pero sin establecer una meta determinada en cuanto al número de cigarrillos. Se brindan ayudas conductuales para facilitar el control del acto de fumar: colocar el paquete de cigarrillos en lugares de difícil acceso, cuestionar cada pensamiento por fumar, aprender a distraer la atención y fumar sólo los cigarrillos que se “necesiten” para mantener el equilibrio, entre otras.

En una etapa posterior se establecen de mutuo acuerdo entre el fumador y el coordinador del grupo determinadas “normas” con respecto a los hábitos vinculados a fumar que tienen por objetivo reforzar nuevas conductas como por ejemplo: no fumar en el dormitorio, no fumar mientras se habla por teléfono, no aceptar los cigarrillos que ofrece otra persona o aumentar el tiempo antes del primer cigarrillo del día.

Lo descrito se basa en el concepto de control de estímulos, ya que el acto de fumar se asocia y condiciona

con determinadas situaciones que generan la necesidad de fumar. Romper esas asociaciones es más importante que el número de cigarrillos que se consumen por día. (22)

Una vez que se conocen las situaciones en las que habitualmente se fuma, se promueven conductas alternativas incompatibles con la actividad de fumar, rompiendo el hábito en que está inserto el acto de fumar. Por ejemplo, se propone salir inmediatamente del lugar donde se despertó el deseo de consumir, realizar actividad física, beber agua, practicar técnicas de relajación, utilizar sustitutos de la nicotina, entre otros.

Mediante estos mecanismos el paciente controla el estímulo y desarrolla estrategias sustitutivas al acto de fumar lo que incrementa su autoestima al notar que puede manejar una conducta que inicialmente le parecía incontrolable. Se trata de un cambio progresivo en el que el paciente descubre que es posible dejar de fumar.

En un plazo que varía entre pocos días y más de seis meses se logra el primer día de abstinencia; la mayor parte lo alcanza en los primeros dos meses de tratamiento. Es útil señalar que cuando se invita al paciente a proponerse un primer día sin fumar, se acepta la posibilidad de que al día siguiente se vuelva al consumo controlado si no lo puede evitar. De esa forma se mitiga el temor al “nunca más” y al fracaso, que son los obstáculos más importantes para intentar y mantener la abstinencia. Saber que el día anterior al primer día abstinento no es necesariamente el último día de consumo y que si vuelve a fumar no es un fracaso sino parte de un proceso de aprendizaje, disminuye la angustia del “primer día” y facilita el intento. (23 – 25)

Luego del primer día de abstinencia algunas personas vuelven a fumar en forma controlada y posteriormente realizan otros intentos de cesación hasta que se sienten en condiciones de lograr una abstinencia más prolongada. En cambio muchos se mantienen sin fumar a partir del primer día de abstinencia tabáquica descubriendo que no presentan síntomas severos y que pueden manejar su conducta apropiadamente.



Durante las primeras semanas de abstinencia se trabaja sobre el manejo de situaciones de riesgo, cuidando los comportamientos alternativos e implementando habilidades asertivas como rechazar cigarrillos o buscar apoyo, con lo cual se retrasa el deseo de fumar. Es importante contar con estrategias para manejar las recaídas lo que permitirá aprender de esas situaciones. Durante el período de consolidación se continúa con los sustitutos de nicotina y el Bupropión que se reducen gradualmente en base a la percepción de autoeficacia que manifiesta cada paciente.

Se pueden identificar tres fases en el tratamiento:

- Una fase intensiva. Abarca los dos primeros meses con contacto semanal y mayor requerimiento de fármacos. La mayoría de las personas que logra la abstinencia lo hacen en esta etapa. Algunos pacientes discontinúan el tratamiento ya sea porque llegaron a la abstinencia y tienen la percepción de haber resuelto el problema o bien porque no han logrado avanzar.

- Una fase de consolidación. Habitualmente se desarrolla entre el segundo y el sexto mes de tratamiento. La concurrencia a las sesiones se hace más esporádica y los pacientes que alcanzan la abstinencia dejan de concurrir.
- Una fase de mantenimiento. Comienza a partir del sexto mes en adelante. La mayoría de los que siguen concurriendo han llegado a la abstinencia, lo hacen con menos frecuencia y en general ya no reciben fármacos.

Existe un bajo porcentaje de pacientes en los que es necesario mantener una intervención más extensa y muchas veces más intensa, para lograr o mantener la abstinencia.

## Consideraciones sobre el tipo de tratamiento instituido en el FNR

La manera de abordar el tratamiento de la dependencia al tabaquismo en el FNR es diferente de las metodologías más difundidas. Si bien utiliza las herramientas que están validadas científicamente, la experiencia ha llevado a buscar formas de superar los resultados que hasta ahora sigue teniendo el tratamiento clásico del tabaquismo.

En términos ideales un tratamiento efectivo de la adicción al tabaco debería reunir las siguientes condiciones:

- Estar basado en evidencia.
- Poder aplicarse y atraer a la mayoría de los fumadores.
- Ser efectivo y costo-efectivo.
- Abordar la obtención de la abstinencia, el mantenimiento y la superación de la adicción.
- Lograr la abstinencia con el mayor equilibrio psicoemocional posible.
- Integrar el concepto de reducción del daño en aquellos fumadores que, por diversas razones no logran alcanzar o mantener la abstinencia en forma prolongada.



- Tener como objetivo último, no sólo la abstinencia, que es una fase del proceso, sino el desarrollo de la capacidad de aprender a controlar el elemento básico de la adicción: el pensamiento obsesivo, recurrente y por momentos compulsivo (craving) que puede permanecer latente en muchos fumadores a lo largo de toda su vida

El enfoque del FNR es diferente al de los tratamientos clásicos de cesación de tabaquismo y persigue los objetivos expuestos a través de una metodología en la que:

- se tiende a la universalización del tratamiento del fumador por lo cual no se establecen criterios de exclusión para ingresar a los grupos de cesación, en base a nivel de motivación ni patologías asociadas. Aunque estos factores pueden dificultar el logro del éxito, se considera que todos los individuos que padecen una enfermedad crónica, que en este caso es una adicción, merecen recibir apoyo terapéutico de su enfermedad.(26)
- no se fija una fecha para lograr la abstinencia. Esta estrategia es efectiva para personas altamente

motivadas. La apuesta de esta modalidad de tratamiento fue convocar a aquellos que a pesar de no tener una gran motivación querían superar su dependencia al tabaco. En los individuos altamente dependientes, que son los que más ayuda requieren del sistema sanitario, obligarles a fijar una fecha de abstinencia genera angustia lo que incrementa el abandono del tratamiento.

- no se establece una fecha para el fin del tratamiento, en el entendido de que una enfermedad crónica no permite definir un tiempo para alcanzar la estabilización.
- se utiliza la modalidad de “*preloading*” o precarga en el enfoque terapéutico- farmacológico. Dado que se aborda a fumadores con baja motivación, se inicia el uso de fármacos sin fecha de abstinencia con el objetivo de disminuir la necesidad biológica de consumir nicotina, con lo cual no sólo se facilita la disminución del consumo de cigarrillos sino también el cumplimiento de las consignas asignadas en el tratamiento. Esto incrementa la autoestima y la percepción de autocontrol. (27)

## Conclusiones y perspectivas

El programa de cesación de tabaquismo del FNR que se inició en 2004 tuvo como finalidad inicial optimizar el resultado clínico de los tratamientos cardiológicos altamente especializados con cobertura financiera por el FNR así como racionalizar los gastos en salud.

Si bien el objetivo inicial fue la prevención secundaria cardiovascular, el PCT se extendió posteriormente a la población general. El programa alcanzó reconocimiento público por la forma de abordar el problema del tabaco.

La actividad del FNR ha llenado un vacío existente en el sistema sanitario con lo que se transformó en referente para la cesación de tabaquismo, pasando luego a ejercer una función de capacitación de profesionales de la salud en el tema y facilitando la accesibilidad al tratamiento mediante convenios con otras organizaciones e instituciones del ámbito público y privado.

La voluntad del FNR de obtener una mayor efectividad en el uso de las técnicas de medicina altamente especializada cuya cobertura financiera, tanto desde el punto de vista sanitario como en lo económico, lo

vincula muy directamente con la temática del tabaquismo como factor de riesgo demostrado. Entre las técnicas cubiertas se encuentran la revascularización coronaria, el trasplante pulmonar o la sustitución de la función renal entre otras que se destinan al tratamiento de patologías claramente vinculadas con el tabaquismo como factor etiológico.

El apoyo otorgado por el FNR al tratamiento del tabaquismo es una estrategia institucional de gran importancia, aunque probablemente en algún momento

será necesario reformular algunas de las actividades para atender una demanda creciente vinculada a las políticas de control del tabaco que se están aplicando en Uruguay en cumplimiento del Convenio Marco de Control del Tabaco de la OMS.

Al ratificar el CMCT, el Uruguay ha asumido el compromiso de aplicar una serie de acciones y medidas, entre las que se destacan las contenidas en su artículo 14. (Figura 9)

1. Cada Parte elaborará y difundirá directrices apropiadas, completas e integradas, basadas en pruebas científicas y en las mejores prácticas, teniendo presentes las circunstancias y prioridades nacionales, y adoptará medidas eficaces para promover el abandono del consumo de tabaco y el tratamiento adecuado de la dependencia del tabaco.
2. Con ese fin, cada Parte procurará lo siguiente:
  - a) idear y aplicar programas eficaces de promoción del abandono del consumo de tabaco en lugares tales como instituciones docentes, unidades de salud, lugares de trabajo y entornos deportivos;
  - b) incorporar el diagnóstico y el tratamiento de la dependencia del tabaco y servicios de asesoramiento sobre el abandono del tabaco en programas, planes y estrategias nacionales de salud y educación, con la participación de profesionales de la salud, trabajadores comunitarios y asistentes sociales, según proceda;
  - c) establecer en los centros de salud y de rehabilitación programas de diagnóstico, asesoramiento, prevención y tratamiento de la dependencia del tabaco; y
  - d) colaborar con otras Partes para facilitar la accesibilidad y asequibilidad de los tratamientos de la dependencia del tabaco, incluidos productos farmacéuticos, de conformidad con el artículo 22. Dichos productos y sus componentes pueden ser medicamentos, productos usados para administrar medicamentos y medios diagnósticos cuando proceda.

Figura 9. Artículo 14 del Convenio Marco para el Control del Tabaco

Por lo expuesto, la actividad que el FNR ha contribuido significativamente a implantar en el Uruguay debería convertirse progresivamente en un Programa Nacional de Tabaquismo, con elaboración y aplicación de guías nacionales de prevención y tratamiento. La financiación de dicho programa podría obtenerse de los

impuestos al tabaco. En ese marco, las Autoridades deberán definir cuál será la mejor manera de implementar en forma efectiva este programa para cumplir con los compromisos internacionales adquiridos en el CMCT.



## Bibliografía

1. Rubio Monteverde H, Rubio Magaña A. *Breves comentarios sobre la historia del tabaco y el tabaquismo*, Rev Inst Nal Enf Resp Mex 2006; 19(4): 297-300
2. World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. 10th revision. Geneva. 1992.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington DC, 1995.
4. Royal College of Physicians. *Nicotine Addiction in Britain. A report of the tobacco advisory group of the Royal College of Physicians*. London, 2000.
5. Mathers CD, Loncar D. *Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030*. PLoS Medicine 2006;3(11):e442.
6. Ezatti M, Lopez AD. *Estimates of global mortality attributable to smoking in 2002*. Lancet 2003;362(9387):847-52.
7. World Bank. *Curbing the epidemic. Governments and the economics of tobacco control*. Washington, World Bank, 1999.
8. McGinnis JM, Foege WH. *Actual causes of death in the United States*. JAMA 1993; 270: 2207-12
9. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*. Rockville. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. [en línea] Mayo 2004. [Fecha de acceso octubre 2008]. Disponible en: <http://www.surgeongeneral.gov/library/smokingconsequences>
10. California Environmental Protection Agency. *Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant: executive summary*. Environmental Protection Agency, California [en línea] Mayo 2005. [Fecha de acceso octubre 2008. Disponible en: <ftp://ftp.arb.ca.gov/carbis/regact/ets2006/app3exe.pdf>
11. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General*. Rockville. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, [en línea]. Junio 2006 [Fecha de acceso octubre 2008]. Disponible en <http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke>
12. American Cancer Society. *Tobacco control country profiles*. Comunicación de cálculo de fracción atribuible de mortalidad por tabaquismo de Kasdorf H. 2000. [en línea].2000 [Fecha de acceso octubre 2008]. Disponible en [http://www.who.int/tobacco/statistics/country\\_profiles](http://www.who.int/tobacco/statistics/country_profiles)
13. Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. Área Epidemiología y Programación. *Mortalidad por enfermedades cardiovasculares, mortalidad atribuible al tabaquismo*, Uruguay 2000-2002, [en línea]. 2002 [Fecha de acceso octubre 2008]. Disponible en: <http://www.cardiosalud.org/mortalidadtabaquismo.htm>





14. Ramos A, Curti D. *Economía del control del tabaco en los países del Mercosur y Estados Unidos*: Uruguay. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud, 2006.
15. Bianco E, Menéndez A, Blanco A, Tucuna G, Roballo L. *Estudio sobre consumo de tabaco en los médicos uruguayos*. Tercer Congreso de Cardiología en Internet. [en línea]. Octubre 2003 [Fecha de acceso octubre de 2008]. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/tcvc/lave/tl089/tl089.PDF>
16. Fiore M, Bayley W, Bennet G, Cohen S, Dorfman S, Fox B. U.S. Department of Health and Human Services. Centers of Disease Control. *Treating tobacco use and dependence. A Clinical Practice Guideline*. Rockville: US printing Office; 2002.
17. Batra V, Patkar AA, Weibel S, Leone FT. *Tobacco smoking as a chronic disease: notes on prevention and treatment*. Prim Care Clin Office Pract 2002; 29:629-48.
18. Stead LF, Lancaster T. *Group behaviour therapy programmes for smoking cessation*. The Cochrane Library. [en línea] 2006 [fecha de acceso octubre de 2008]; Disponible en <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab001007.html>.
19. Hughes J, Stead L, Lancaster T. *Antidepressants for smoking cessation*. The Cochrane Library. [en línea] 2006 [fecha de acceso octubre de 2008]; 3. Disponible en <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab000031.html>
20. Bullen C, Whittaker R, Walker N, Wallace-Bell N. *Pre-quitteing nicotine replacement therapy. Findings from a pilot study*. Tobacco induced diseases 2006; 3 (2)35-40
21. Jorenby D, Lieschow S, Nides M, Rennard S, Johnston J, Hughes A, et al. *A control trial of sustained- release Bupropión, a nicotine patch, or both for smoking cessation*. N Engl J Med 1999;340:685-91
22. Perkins K, Conklin C, Levine D. *Cognitive-behavioral therapy for smoking cessation. A practical guidebook to the most effective treatments*. New York. Routledge, 2007
23. Piasecki TM. *Relapse to smoking*. Clin Psychol Rev. 2006; 26(2):196-215.
24. Brown RA, Lejuez CW, Kahler CW, Strong DR, Zvolensky MJ. *Distress tolerance and early smoking lapse*. Clin Psychol Rev. 2005; 25(6):713-33.
25. Shiffman S. *Reflections on smoking relapse research*. Drug Alcohol Rev. 2006; 25(1):15-20.
26. Sachs D. *Tobacco Dependence Treatment: Time to change the Paradigm*. Chest.2006;129:836-39.
27. Action on Smoking and Health - ASH. *Nicotine Assisted Reduction to Stop (NARS). Guidance for Health Professionals on this new indication for nicotine replacement therapy*. London. [en línea]. 2005 [Fecha de acceso octubre 2008]. Disponible en: <http://www.perinatal.nhs.uk/smoking/NARS051014.pdf>



# Capítulo 2

**Programa dirigido  
a población general  
Evaluación de resultados  
2004 - 2006**





## Introducción

Como ya se ha mencionado en el capítulo 1, el Programa de Cesación de Tabaquismo (PCT) del Fondo Nacional de Recursos (FNR) tuvo como finalidad inicial colaborar en el control y abatimiento del riesgo de complicaciones en los pacientes que recibieron tratamiento de medicina altamente especializada con cobertura del FNR a causa de cardiopatías, así como disminuir la reiteración de procedimientos. Sin embargo, muy rápidamente se pusieron en marcha actividades dirigidas a la población general.

Desde ese momento, el FNR sostiene dos programas que funcionan con cierta autonomía: uno dirigido a pacientes que ya tuvieron un evento coronario que requirió tratamiento bajo esta cobertura, y otro abierto a la población general.

En este informe se presenta la evaluación de resultados obtenidos en el programa abierto a población general.

## Objetivos

Este trabajo se realizó con los siguientes objetivos:

- Conocer la prevalencia de usuarios del PCT que lograron abstinencia y su tiempo máximo de abstinencia.
- Conocer la proporción de pacientes que requirieron tratamiento farmacológico y la duración del mismo.
- Identificar los factores que actuaron como facilitadores para lograr abstinencia.

## Material y métodos

Se realizó un estudio de evaluación de un programa de intervención para cesación tabáquica de una cohorte histórica.

La población estudiada estuvo constituida por todos los pacientes que se incorporaron al PCT del FNR o a los programas externos que participan de convenios con el FNR, entre el 2 de enero de 2004 y el 31 de marzo de 2006. Se excluyeron del estudio los pacientes que, cumpliendo con los criterios anteriores, no tuvieran sus datos ingresados al sistema informático.

El seguimiento se realizó a través de controles presenciales semanales durante el período en el que el paciente asistió al PCT más una entrevista telefónica en el mes de octubre de 2006. La totalidad de la población entrevistada telefónicamente tuvo al menos 6 meses de seguimiento. En cada una de las instancias de seguimiento se completó un formulario estructurado de registro de datos. La información obtenida tanto de los controles presenciales como de la entrevista telefónica de los pacientes asistidos en el FNR como en los programas externos fue ingresada en una base



con un programa de captura de datos especialmente diseñado. Los programas externos ingresaron sus datos en forma remota.

Para la entrevista telefónica se seleccionó una muestra aleatoria de la población perteneciente al programa que funciona en el local del FNR. Para la población que asistió a los programas externos, se indicó a los respectivos coordinadores que debían contactar telefónicamente a la totalidad de los pacientes.

## Variables

Las variables dependientes estudiadas fueron abstinencia y tiempo máximo de abstinencia.

Factores predisponentes para abstinencia:

- a) asociados al usuario (edad, sexo, procedencia geográfica)
- b) programa de procedencia
- c) tratamiento farmacológico

## Definiciones

Se consideró que un paciente estaba en “abstinencia” cuando su consumo de cigarrillos fue 0 durante la semana previa al último contacto (control o entrevista telefónica).

Se consideró que un paciente está en “abstinencia actual” cuando el consumo de cigarrillos fue 0 durante la semana previa a la entrevista telefónica.

Para los casos en que se informó un consumo 0 en la semana previa a la entrevista telefónica, se calculó el “tiempo máximo de abstinencia actual mantenida” comparando la fecha del contacto telefónico con la fecha del primer control en el que se registró un consumo 0

de cigarrillos y a partir del cual se mantuvo en 0 hasta la entrevista telefónica, de acuerdo a la información obtenida de la base de datos.

El cálculo del tiempo de seguimiento se realizó comparando la fecha del contacto telefónico o del último control registrado con la fecha de ingreso al PCT.

El tiempo máximo de tratamiento farmacológico se calculó considerando el período máximo de controles consecutivos en los que se registró el uso de medicación. Se excluyeron los pacientes sin dato de medicación en dos o más controles consecutivos y los pacientes con más de 40% de los controles sin datos de medicación.

## Análisis estadístico

Se realizó una descripción de la población y se calcularon frecuencias y medidas de resumen de las variables en estudio.

Las variables resultado estudiadas fueron abstinencia, tiempo máximo de abstinencia, tratamiento farmacológico y tiempo máximo de tratamiento farmacológico.

Se realizaron test estadísticos para analizar posibles asociaciones entre las variables en estudio. Para las variables cualitativas se utilizó el test de  $\chi^2$ ; para el análisis de la abstinencia según edad y tiempo de abstinencia según programa de procedencia se utilizó el análisis de varianza. Para la identificación del o los subgrupos que difieren estadísticamente se utilizaron los residuos corregidos ( $z \geq 11.96$ ).

En todos los casos se usó un nivel de significación  $\alpha = 0.05$



## Resultados

En el período considerado se incorporaron 5194 personas al PCT que funciona en el FNR y a los programas que funcionan por convenio.

Para la descripción de la población, se tomaron en cuenta 4500 casos y se excluyeron 694 (13.4%) correspondientes a pacientes de quienes no se habían registrado datos completos en el sistema informático.

### Características de la Población estudiada

La edad promedio fue 45.7 años, con un desvío estándar (DE) de 11,06 años y un rango entre 14 y 80 años. La mediana se situó en 46 años.

**Tabla 1. Distribución de la población según sexo y grupos etarios**

			Sexo		Total
			F	M	
Edad agrupada	10 a 19	N	23	17	40
		% de edad agrupada	57,5%	42,5%	100,0%
	20 a 29	N	236	139	375
		% de edad agrupada	62,9%	37,1%	100,0%
	30 a 39	N	445	303	748
		% de edad agrupada	59,5%	40,5%	100,0%
	40 a 49	N	1119	614	1733
		% de edad agrupada	64,6%	35,4%	100,0%
	50 a 59	N	698	436	1134
		% de edad agrupada	61,6%	38,4%	100,0%
	60 a 69	N	234	166	400
		% de edad agrupada	58,5%	41,5%	100,0%
	70 a 79	N	35	32	67
		% de edad agrupada	52,2%	47,8%	100,0%
	80 y más	N	1	1	2
		% de edad agrupada	50,0%	50,0%	100,0%
		N	2791	1708	4499
		% de edad agrupada	62,0%	38,0%	100,0%

La distribución por sexo mostró que 2791 pacientes (62%) pertenecen al sexo femenino y 1708 (38%) al masculino.

En la tabla 1 se muestra la distribución por sexo y grupos etarios.

Los pacientes procedentes de Montevideo fueron 2685 (59,7%) y los procedentes del Interior fueron 1815 (40,3%).

En cuanto a la distribución de la población según programa en el que se asistieron, 1122 casos (24,9%) lo hicieron en el FNR, 1516 (33,7%) en programas implementados en Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), 882 (19,6%) en programas implementados en un servicio público de salud, 192 (4,3%) en la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM), 49 (1,1%) en Intendencias Municipales (IM) del Interior y 739 (16,4%) en programas que funcionaron en otras instituciones.

La proporción de pacientes que tuvieron un tiempo de seguimiento mayor a un año fue 30% (1224/4084), un 30,2% (1234/4084) tuvieron un seguimiento menor a 6 meses y 39,8% (1626/4084) entre 6 meses y un año.

El tiempo promedio de seguimiento fue de 276 días (DE

± 188 días). En la tabla 2 se muestra el tiempo promedio de seguimiento en las poblaciones procedentes de los diferentes programas. La comparación de las medias de tiempo de seguimiento mostró diferencias entre las poblaciones procedentes de los diferentes programas. El tiempo de seguimiento de los pacientes del grupo “otros” y del FNR fue más prolongado ( $p < 0,001$ ). La distribución de pacientes según tiempo de seguimiento y programa de procedencia mostró que la proporción de casos que tuvo un seguimiento mayor a un año fue significativamente más alta en el FNR y en el grupo “otros” mientras que fue significativamente menor para los usuarios de los programas del sector público, la Intendencia Municipal de Montevideo, las Intendencias Municipales (IM) del Interior y las IAMC. (Tabla 3)

La proporción de pacientes que tuvieron entre 181 y 365 días de seguimiento fue significativamente menor en los pacientes del FNR, IM del Interior y el grupo “otros” y fue significativamente mayor en el sector público, IMM y en las IAMC. La proporción de pacientes con seguimiento más corto (hasta 180 días) fue significativamente mayor en el FNR, en el sector público y en las IM del Interior ( $p < 0,001$ ).

El promedio de controles ingresados en la base de datos fue 7,6 por usuario.

**Tabla 2. Tiempo promedio de seguimiento según programa de procedencia**

Programa	N	Media (días)	DE
FNR	948	308,07	298,28
S, Público	768	212,91	133,13
IMM	188	224,26	123,04
IM Interior	47	152,46	103,08
IAMC	1414	270,04	126,03
Otros	719	334,70	134,17
Total	4084	276,05	188,01





**Tabla 3. Distribución de pacientes según tiempo de seguimiento y programa de procedencia**

Tiempo de seguimiento	Programa							
	FNR	Sector Público	IMM	IM Interior	IAMC	Otros	Total	
Hasta 180 días	n (%)	470 (49,6)	298 (38,8)	55 (29,3)	32 (68,1)	285 (20,2)	94 (13,1)	1234 (30,2)
181 a 365 días	n (%)	130 (13,7)	372 (48,4)	113 (60,1)	12 (25,5)	737 (52,1)	262 (36,4)	1626 (39,8)
Más de 365 días	n (%)	348 (36,7)	98 (12,8)	20 (10,6)	3 (6,4)	392 (27,7)	363 (50,5)	1224 (30,0)
Total	n (%)	948 (100)	768 (100)	188 (100)	47 (100)	1414 (100)	719 (100)	4048 (100)

### Abstinencia

Para el análisis de la variable abstinencia se incluyeron 4160 casos y se excluyeron 340 (7,5%) correspondientes a aquellos de quienes no se registraron datos de su estado de abstinencia en el seguimiento. Fueron 2331 pacientes (56,03%) los que lograron abstinencia en algún momento de su permanencia en el programa.

En la tabla 4 se muestra la distribución de la abstinencia según el programa de procedencia de los pacientes. La proporción de casos que logró abstinencia en algún momento fue diferente entre los diversos programas y esa diferencia fue estadísticamente significativa.

**Tabla 4. Distribución de la abstinencia según programa**

		FNR	Sector Público	IMM	IM Interior	IAMC	Otros	Total
Abstinencia	n (%)	615 (60,2)	386 (50,3)	104 (55,3)	30 (63,8)	810 (57,2)	386 (53,7)	2331 (56)
No Abstinencia	n (%)	407 (39,8)	382 (49,7)	84 (44,7)	17 (36,2)	606 (42,8)	333 (46,3)	1829 (44)
Total casos	n (%)	1022 (100)	768 (100)	188 (100)	47 (100)	1416 (100)	719 (100)	4160 (100)

La proporción de pacientes que logró abstinencia en algún momento del seguimiento fue significativamente mayor en el grupo que hicieron el tratamiento en el FNR, en las IM del Interior y en las IAMC y fue

significativamente menor en los programas del sector público y en el grupo "otros"; la proporción de pacientes que no lograron abstinencia fue significativamente mayor en el sector público y en el grupo "otros" ( $p=0,001$ ).

### Abstinencia actual y tiempo máximo de abstinencia al momento de la entrevista telefónica

Para el análisis de la variable tiempo máximo de abstinencia al momento de la entrevista telefónica se incluyeron 2033 casos y se excluyeron 2467 (54.8%). Los motivos de exclusión fueron: casos que no quedaron incluidos en la muestra aleatoria y que por lo tanto no habían tenido entrevista telefónica; casos en que la fecha de ingreso y la fecha de contacto telefónico resultaron inconsistentes lo que imposibilitó el cálculo del tiempo de seguimiento; la ausencia de registro del número de cigarrillos consumidos en dos o más controles consecutivos o en más del 40% de los mismos; casos en que no se pudo obtener la entrevista telefónica.

La muestra aleatoria perteneciente al programa que funcionó en el FNR estuvo constituida por 218 casos de los cuales 22 resultaron excluidos para el análisis del tiempo máximo de abstinencia por los motivos expuestos.

De 3.414 pacientes pertenecientes a los programas que funcionaron por convenio, y que eran candidatos a ser entrevistados telefónicamente, fueron contactados 2.106 casos (61,7%)

De los 2302 pacientes contactados, se obtuvo datos completos para el análisis en 2033 casos.

Hubo 1129 pacientes que tuvieron un seguimiento menor a un año. De ellos 478 (42,3%) lograron abstinencia; 159 (14,1%) lograron abstinencia durante menos de tres meses, 113 (10%) durante un período de tres a seis meses y 206 (18,3%) durante seis meses a un año.

Novcientos cuatro pacientes tuvieron un seguimiento mayor de un año. De ellos 490 (54,2%) lograron abstinencia; 120 (13,3%) lograron abstinencia durante menos de tres meses, 36 (3,9%) durante un período de tres a seis meses; 111 (12,3%) durante seis meses a un año y 223 (24,7%) durante más de un año.

En la tabla 5 se muestra la proporción de pacientes abstinentes al momento de la entrevista telefónica, categorizados por tiempo máximo de abstinencia y según tiempo de seguimiento.

**Tabla 5. Tiempo máximo de abstinencia actual según tiempo de seguimiento**

Abstinencia		Seguimiento	
		≤ 365 días n (%)	> 365 días n (%)
NO		651 (57,6)	414 (45,8)
SI	1 a 90 días	159 (14,1)	120 (13,3)
	91 a 180 días	113 (10)	36 (3,9)
	181 a 365 días	206 (18,3)	111 (12,3)
	> 365 días	No corresponde	223 (24,7)
Total		1129 (100)	904 (100)



El tiempo máximo de abstinencia en pacientes con seguimiento mayor de un año según el programa de procedencia se muestra en la tabla 6. Los pacientes con más de un año de seguimiento, procedentes del programa del FNR y que lograron abstinencia mantenida por más de un año fueron significativamente más que

los pacientes que lograron abstinencia mantenida por más de un año y procedían de los demás programas. La proporción de pacientes que no lograron abstinencia fue significativamente menor entre los pacientes procedentes del programa del FNR que entre los pacientes procedentes de los demás programas ( $p < 0,001$ ).

**Tabla 6. Tiempo máximo de abstinencia actual en pacientes con más de un año de seguimiento según programa de procedencia.**

Abstinencia		Programa de procedencia n (%)					
		FNR	Sector Público	IMM	IAMC	Otros	Total
NO		66 (36,1)	30(46,9)	6 (42,9)	148(46,9)	164 (50)	414
SI	1 a 180 días	35 (19,1)	14 (21,9)	5 (35,7)	49 (15,6)	53 (16,2)	156
	181 a 365 días	8 (4,4)	16 (25)	2 (14,3)	55 (17,5)	30 (9,1)	111
	> 365 días	74 (40,4)	4 (6,3)	1 (7,1)	63 (20)	81 (24,7)	223
Total		183 (100)	64 (100)	14 (100)	315 (100)	328 (100)	904

### Análisis de los factores asociados a la abstinencia mantenida

Para el análisis de los factores potencialmente asociados a la abstinencia mantenida, se consideraron tres grupos de factores: a) factores del usuario como la edad, el sexo, y la procedencia geográfica; b) el programa de procedencia y c) el tratamiento realizado (uso de fármacos en monoterapia o tratamiento combinado).

La tabla 7 muestra los resultados de las posibles asociaciones de la abstinencia con los factores anteriormente mencionados, en la población con más de un año de seguimiento; comprende los que no lograron abstinencia respecto de los que lograron abstinencia mayor de 6 meses, por lo que se excluyeron aquellos individuos con abstinencia entre 1 y 180 días.

**Tabla 7. Factores potencialmente asociados a la abstinencia actual mantenida mayor a 6 meses**

Variable	Abstinencia > 6 meses N (%)	No Abstinencia N (%)	P
Sexo M	146 (45,7)	174 (54,3)	NS*
F	188 (43,9)	240 (56,1)	
Grupo FNR	82 (55,4)	66 (44,6)	0,042
Sector Público	20 (40,0)	30 (60,0)	
IMM	3 (33,3)	6 (66,7)	
IAMC	118 (44,4)	148 (55,6)	
Otros	111 (40,4)	164 (59,6)	
edad (años) 10-19	1 (16,7)	5 (83,3)	NS
20-29	27 (42,9)	36 (57,1)	
30-39	49 (43,8)	63 (56,2)	
40-49	119 (40,6)	174 (59,4)	
50-59	106 (51,0)	102 (49,0)	
60-69	28 (49,1)	29 (50,9)	
70-79	4 (44,4)	5 (55,6)	
Procedencia geográfica			NS
Montevideo	203 (44,3)	255 (55,7)	
Interior	131 (45,2)	159 (54,8)	
Medicación SI	301 (52,1)	277 (47,9)	<0,001
NO	28 (30,1)	65 (69,9)	
-----	-----	-----	-----
Bupropión	18 (45,0)	22 (55,0)	NS
Resinato de Nicotina	46 (43,0)	61 (57,0)	
Ambos	236 (54,9)	194 (45,1)	

\*NS: no significativo

El tiempo máximo de abstinencia actual mantenida mayor a seis meses, se asoció significativamente con el programa de procedencia y con el uso de medicación. Al considerar el tipo de tratamiento farmacológico utilizado no se alcanzó significación estadística para poner en evidencia que existan diferencias. La asociación de Bupropión y resinato de nicotina mostró una tendencia a la eficacia mayor pero no alcanzó significación estadística. Es posible que exista falta de potencia en el test utilizado.

Una parte significativamente menor de la población tratada en el FNR fue la que no logró abstinencia en ningún momento del seguimiento, en comparación con los otros programas.

La población asistida en el FNR que logró una abstinencia actual mayor de 6 meses, fue significativamente mayor ( $p= 0,042$ ).

No se encontró asociación estadísticamente significativa con el sexo, la edad y la procedencia geográfica.

### Tratamiento farmacológico

El 87,9% de los casos (3253 / 3699) recibió tratamiento farmacológico. De ellos, 2009 (61,7%) fueron mujeres y 1929 (59,3%) procedieron de Montevideo.

La proporción de pacientes con tratamiento farmacológico fue menor en los grupos etarios de menor edad



(entre los 10 y los 29 años fue 83,4%; entre 30 y 59 fue 88,1% y entre 60 y 80 años fue 89,7%).

En cuanto al tipo de fármaco utilizado, 2559 casos (78,6%) recibieron Bupropión y resinato de nicotina; 473 casos (14,5%) sólo resinato de nicotina; 207 casos (6,6%) sólo Bupropión y en 14 casos (0,4%) no quedó registrada la identificación de los fármacos utilizados.

La proporción de pacientes que recibieron tratamiento farmacológico combinado fue menor en el grupo más joven (entre 10 y 19 años fue 42,1%; entre 20 y 29 fue 73,7%; entre 30 y 39 años el 78,2%; de 40 a 49 años fue 82%; 50 a 59 años 77,6%; 60 a 69 años 77,3% y entre 70 y 80 años, el 66,7%).

En la tabla 8 se muestra la proporción de pacientes con tratamiento farmacológico según el programa de procedencia. La proporción de pacientes que recibió tratamiento farmacológico en el programa del FNR y en los programas de las intendencias del Interior fue significativamente mayor que en los demás programas. La proporción de pacientes que no recibió tratamiento farmacológico fue significativamente menor en los pacientes procedentes de los programas de las IAMC y del grupo "otros" ( $p < 0,001$ ).

En la tabla 9 se observa la distribución de pacientes según la modalidad de tratamiento farmacológico y el programa de procedencia. La proporción de pacientes que recibió tratamiento farmacológico combinado fue significativamente mayor en el grupo de pacientes procedentes del programa que funciona en el FNR ( $p < 0,001$ ).

**Tabla 8. Distribución de pacientes con tratamiento farmacológico según programa de procedencia**

Tratamiento farmacológico	Programa de procedencia n (%)						
	FNR	S. Público	IMM	IM Interior	IAMC	Otros	Total
NO	64 (6,6)	81 (11,9)	22 (13,01)	1 (2,17)	172 (14,2)	106 (17,2)	446 (12,06)
SI	911 (93,4)	599 (88,1)	147 (87)	45 (97,8)	1040 (85,8)	511 (82,8)	3253 (87,9)
Total	975 (100)	680 (100)	169 (100)	46 (100)	1212 (100)	617 (100)	3699 (100)

**Tabla 9. Modalidad de tratamiento farmacológico según programa de procedencia**

Fármaco	Programa de procedencia n (%)						
	FNR	S. Público	IMM	IM Interior	IAMC	Otros	Total
Bupropión y resinato de nicotina	788 (86,8)	460 (77,4)	108 (74)	27 (60)	779 (75,2)	397 (77,8)	2559 (79)
Resinato de nicotina	86 (9,5)	111 (18,7)	36 (24,6)	1 (2,2)	167 (16,1)	72 (14,1)	473 (14,6)
Bupropión	34 (3,7)	23 (3,9)	2 (1,4)	17 (37,8)	90 (8,7)	41 (8,04)	207 (6,4)
Total	908 (100)	594 (100)	146 (100)	45 (100)	1036 (100)	510 (100)	3239 (100)

El tiempo de tratamiento farmacológico promedio se evaluó en 2818 usuarios y fue 88,3 días, con un DE  $\pm$  109,5 días. En la tabla 10 se muestra el tiempo de tratamiento farmacológico promedio según programa

de procedencia. La media de tiempo de tratamiento farmacológico fue diferente entre los grupos de procedencia ( $p= 0,023$ ).

**Tabla 10. Tiempo promedio de tratamiento farmacológico según programa de procedencia**

Programa	N	Media (días)	DE
FNR	726	119,15	157,97
S, Público	521	79,97	83,52
IMM	135	72,89	73,49
IM Interior	43	60,72	53,63
IAMC	965	75,66	84,69
Otros	428	82,21	88,61
Total	2818	88,29	109,52

La duración del tratamiento farmacológico en los pacientes que tuvieron más de un año de seguimiento, distribuidos según programa de procedencia se expone en la tabla 11. Se observa que la proporción de pacientes con seguimiento mayor a un año y que recibieron tratamiento farmacológico por más de un

año fue menor en los pacientes procedentes de las IAMC y el grupo “otros”, mientras que fue significativamente mayor en los pacientes procedentes del FNR. La proporción de pacientes que recibieron tratamiento farmacológico hasta 6 meses fue mayor en las IAMC y el grupo “otros” y menor en el FNR ( $p<0,001$ ).

**Tabla 11. Tiempo de tratamiento farmacológico en pacientes con seguimiento mayor de un año y según programa de procedencia**

Duración de tratamiento farmacológico	Programa de procedencia n (%)						
	FNR	S. Público	IMM	IM Interior	IAMC	Otros	Total
0	13 (5,1)	8 (12,1)	0	0	44 (14,5)	50 (17,3)	115 (12,3)
1 a 180 días	136 (53,3)	42 (63,6)	14 (87,5)	1 (33,3)	224 (73,9)	216 (74,7)	633 (67,9)
181 a 365 días	47 (18,4)	14 (21,2)	2 (12,5)	2 (66,7)	24 (7,9)	18 (6,2)	107 (11,5)
Más de 365 días	59 (23,1)	2 (3,0)	0	0	11 (3,6)	5 (1,7)	77 (8,3)
Total	255 (100)	66 (100)	16 (100)	3 (100)	303 (100)	289 (100)	932 (100)



## Discusión

El estudio permitió realizar una primera evaluación del PCT implementado por el FNR a partir de enero de 2004.

### Limitaciones del estudio

Se deben destacar las dificultades para evaluar los resultados del programa:

- En el momento del diseño, el programa tuvo un objetivo esencialmente asistencial por lo cual, no se previeron todas las herramientas necesarias para la evaluación de resultados a largo plazo.
- Por tratarse de un programa en el que están trabajando aproximadamente 100 grupos diferentes de profesionales, procedentes de instituciones distribuidas por todo el país, existe heterogeneidad en la formación y experiencia de los profesionales que participan, en la motivación de cada grupo de trabajo, en la disponibilidad de acceso al sistema informático para el ingreso de datos y en el apoyo institucional a los programas.
- Fue difícil comparar resultados con programas nacionales e internacionales, debido a que existen diferencias en la modalidad operativa y a la inexistencia de metodologías de evaluación acordes a cada modalidad.
- No se contó con confirmación de la abstinencia por métodos biológicos, basándose el dato del estado de abstinencia en el auto-reporte de los pacientes.

### Descripción de la población

Los pacientes que acudieron al programa fueron predominantemente de sexo femenino y con una edad promedio de 45,7 años. Estas condiciones son similares

a las que se encuentran en las publicaciones de otros programas nacionales (1 - 3) y de otros países. (4,5)

Si bien la prevalencia de tabaquismo en el sexo femenino viene aumentado en las últimas décadas, sigue siendo menor que en el masculino. La proporción de mujeres hallada en los programas de cesación de tabaquismo puede estar relacionada con una mayor tendencia a pedir ayuda. Algunas publicaciones describen más dificultad para lograr la cesación entre las mujeres. (6)

En cuanto a la procedencia geográfica: 59,7% fueron pacientes de Montevideo y el resto de la población se distribuyó en 16 departamentos del interior del país. Esta distribución es reflejo de la extensión de la cobertura a todo el país, aunque la posibilidad de acceso a un programa para cesación de tabaquismo no es igual para toda la población.

### Tiempo de seguimiento

Se encontró una diferencia significativa en el promedio de tiempo de seguimiento y en la distribución de los tiempos de seguimiento por categorías entre los distintos programas.

De todas formas se debe señalar que hubo variaciones en el nivel de exhaustividad con que se realizó el seguimiento telefónico en los diferentes programas. De acuerdo a la muestra seleccionada, en el FNR se llamó al 20% de la población atendida por lo cual el análisis del tiempo de seguimiento debe ser analizado con cautela ya que no todos los pacientes de los diferentes programas han tenido la misma probabilidad de ser seleccionados para el llamado telefónico. Por lo tanto existe un riesgo de sesgo en cuanto a la variable tiempo de seguimiento entre los diferentes grupos.

## Abstinencia

Se encontró que el 56,03% del total de la población logró abstinencia en algún momento del tratamiento sin considerar si dicho resultado se mantuvo en el tiempo. Un estudio de Camps y col. de 2005, mostró que 53% de los pacientes que iniciaron tratamiento en su programa lograron abstinencia en algún momento. (3)

Al analizar la abstinencia actual considerando el tiempo de seguimiento (tabla 5), los pacientes que tuvieron más de un año de seguimiento lograron una abstinencia mantenida en mayor porcentaje (54,2%) que aquellos que tuvieron menos de un año de seguimiento (42,4%).

Cuando se analiza la proporción de pacientes con más de un año de seguimiento, se observa que disminuyó la proporción de pacientes en la categorías de 3 a 6 meses y de 6 meses a 1 año, en relación con el grupo de seguimiento menor a un año, encontrándose un 24,7% de pacientes con abstinencia mayor a un año (abstinencia mantenida).

Estas diferencias podrían sugerir que quienes logran abstinencia de hasta 6 meses, tienen mayor probabilidad de lograr abstinencia mantenida mayor de 1 año.

La definición operacional de la variable tiempo de seguimiento no tiene en cuenta el tipo de intervención realizado en cada paciente así como la magnitud de la misma, ni la adherencia del paciente al programa. Estas consideraciones deben relativizar la interpretación de estos resultados en relación al éxito del tratamiento.

El porcentaje de abstinencia mantenida por un año en nuestra población en estudio se ubica entre los mejores resultados que se encuentran en publicaciones nacionales e internacionales. Sin embargo se debe mencionar que este resultado se obtuvo con una modalidad de trabajo que tiene algunas particularidades (ver Primera Parte: Descripción y Evaluación General del Programa) y que no existe una metodología de evaluación comparable como ya fue señalado.

Las tres publicaciones de programas nacionales muestran los siguientes resultados:

- 26,3% de abstinencia a los 12 a 24 meses de ingresado al programa (1)
- 31,6% como tasa de cesación al año de ingresado al programa (2)
- 33,8 % de abstinencia evaluada a los dos años de inicio del programa (3)

Estudios internacionales mostraron índices promedio de 15% de abstinencia mantenida al año en la evaluación global de resultados utilizando diferentes métodos de cesación. Estos valores aumentaron de 15 a 30% cuando se consideraron tratamientos integrales con farmacoterapia específica. (6 - 9)

El porcentaje de abstinencia mantenido al año de un programa integral de asistencia ambulatoria, reportado por el Dr. Richard Hurt y colaboradores fue 22% (comunicación personal, Clínica Mayo, Rochester Minnesota).

Otras publicaciones mostraron que solamente 3% a 5% de los pacientes que lograron dejar de fumar sin apoyo profesional continuaron en abstinencia al año.

En la tabla A1 del Anexo se puede observar los resultados de meta-análisis realizados por la Colaboración Cochrane y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services-USDHHS), sobre el impacto de diferentes tipos de intervenciones sobre la abstinencia mantenida mayor a 6 meses con respecto al control/placebo publicado por West y cols.(9)

## Tratamiento farmacológico

La proporción de pacientes que recibió tratamiento farmacológico fue 87,9%. Los resultados reportados por López y col. (2) en una población del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay fueron similares (89,4%).

El promedio de tiempo de tratamiento farmacológico





fue aproximadamente de 3 meses. En los pacientes que tuvieron más de un año de seguimiento se observó que aproximadamente 68% recibieron tratamiento farmacológico por menos de 6 meses. Se destaca que la distribución del tiempo de tratamiento farmacológico fue asimétrica en positivo con valores máximos que llegaron casi a 2,5 años (900 días). El uso de fármacos por un tiempo prolongado está siendo estudiado a nivel internacional como una herramienta para prevenir las recaídas. Hasta ahora se ha demostrado que el uso de Bupropión durante 12 meses consecutivos fue una medida útil para evitar la recaída en este lapso, aunque a los 2 años las tasas de abstinencias fueron similares a quienes recibieron un tratamiento convencional de 7 semanas. (10)

Considerando los tipos de tratamiento farmacológico, el tratamiento combinado (Bupropión + resinato de nicotina) fue el más frecuente.

Jorenby y col (11) compararon la efectividad del tratamiento farmacológico combinado (terapia de reemplazo nicotínico + Bupropión) con placebo, sólo terapia de reemplazo nicotínico y sólo Bupropión. El porcentaje de abstinencia mantenido al año en la modalidad combinada alcanzó 35,5%, siendo significativamente mayor que placebo y que el uso de terapia de reemplazo nicotínico sólo, no superando al uso de Bupropión solo.

## Factores asociados a abstinencia

Se identificaron como variables asociadas al éxito del tratamiento, el programa de procedencia y el tratamiento farmacológico.

El trabajo de López y col. (2) menciona como variables asociadas a menor porcentaje de abstinencia el sexo femenino, el mayor puntaje en el test de dependencia de Fagerström y el no haber logrado abstinencia en los tres primeros meses de tratamiento.

En la publicación de Mc Ewen y col. (6) se revisaron los factores que han demostrado asociación con menor logro de abstinencia. Los autores mencionan: bajo nivel

socio-económico, sexo femenino, menor edad, vivir con fumadores, vivir solo, estar mayor tiempo acompañado de fumadores, no convivir con niños, no percibir los beneficios de la cesación ni los inconvenientes de continuar fumando, haber comenzado a fumar a edad más temprana, fumar un mayor número de cigarrillos y tener mayor puntaje en los tests de dependencia.

Se encontraron porcentajes de abstinencia mantenida por más de un año significativamente mayores en los individuos que asistieron al PCT del FNR. Los motivos que pueden explicar esta diferencia incluyen: mayor experiencia del equipo tratante, uso de tratamiento farmacológico en un mayor porcentaje de pacientes y por más tiempo, mayor uso del tratamiento farmacológico combinado.

La relación encontrada entre el uso de tratamiento farmacológico y la abstinencia mantenida está ampliamente documentada en los trabajos internacionales. (12, 13) En el Anexo se muestran beneficios con todos los tipos de tratamientos farmacológicos con respecto a placebo. De todas formas, se debe tener en cuenta que las características de las poblaciones de los diferentes programas pueden diferir dado que no se realizaron estudios comparativos de cómo se distribuyeron estas variables que pueden estar actuando como factores de confusión.

Los resultados de este estudio no permitieron establecer diferencias significativas entre los distintos tipos de tratamiento farmacológico; sin embargo la proporción de pacientes que lograron abstinencia con tratamiento combinado fue mayor que en los otros casos. Con respecto al tratamiento con resinato de nicotina solo, se encontró menor porcentaje de abstinencia. Una hipótesis que podría explicar este resultado es que los pacientes portadores de comorbilidad psiquiátrica, en quienes las posibilidades de éxito son menores, probablemente recibieron este tipo de tratamiento por tener contraindicación para el uso de Bupropión.



## Conclusiones

Se realizó un estudio sobre una población del Uruguay que participó en diferentes PCT vinculados entre sí mediante convenios institucionales. La población estudiada es la más grande en comparación con otras nacionales.

Los resultados obtenidos en cuanto a abstinencia mantenida al año pueden catalogarse como buenos

al compararse con los que figuran en otros estudios nacionales o extranjeros.

Sin embargo, se debe dejar constancia de las limitaciones metodológicas con que se ha encontrado esta investigación por lo cual las conclusiones que se extraen deben ser analizadas con cautela.

## Bibliografía

1. Goja B, Esteves E, Barros M, Blanco L, Benia W y col. *Caracterización de la población asistida en la policlínica de tabaquismo del Hospital de Clínicas y resultados del tratamiento*. Arch. Med. Int. 2005; 28 (4): 83-88.
2. López MV, Anido T, Rovira M, Goja B, Tubino M y col. *Factores asociados con la abstinencia y eficacia de un programa de cesación de tabaquismo*. Rev Med Urug 2007; 23: 25-33
3. Camps X, Frascheri M, Buroni C. *Análisis del funcionamiento de un programa de cesación de tabaquismo*. Rev. Urug. Cardiol 2005; 20 (1): 16-20.
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): 11-16.
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. Manual of smoking cessation. *A guide for counselors and practitioners*. McEwen A, Hayek P, McRobbie H, West R. Blackwell Publishing. 2006
7. World Health Organization. *European partnership to reduce tobacco dependence. Evidence based recommendations on the treatment of tobacco dependence*. Copenhagen: The WHO Regional Office; 2001.
8. Fiore M, Bayley W, Bennet G, Cohen S, Dorfman S, Fox B. U.S. Department of Health and Human Services. Centers of Disease Control. *Treating tobacco use and dependence. A Clinical Practice Guideline*. Rockville: US printing Office; 2002.
9. West R, McNeill A, Raw M. *Smoking cessation guidelines for health professionals: an update*. Thorax 2000; 55: 987-999
10. Hays JT, Hurt RD, Rigotti Na, Niura R, González D and col. *Sustained-release Bupropión for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation*. Ann Intern. Med. 2001; 135: 423-33
11. Jorenby D, Lieschow S, Nides M, Rennard S, Johnston J, Hughes A, et al. *A control trial of sustained-release Bupropión, a nicotine patch, or both for smoking cessation*. N Engl J Med 1999;340:685-91
12. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. *Nicotine replacement therapy for smoking cessation*. The Cochrane Library. [en línea] 2008 [fecha de acceso octubre de 2008]; 3 ;Disponible en <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab000146.html>
13. Hughes J, Stead L, Lancaster T. *Antidepressants for smoking cessation*. The Cochrane Library. [en línea] 2006 [fecha de acceso octubre de 2008]; 3 ;Disponible en <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab000031.html>



## Anexo al capítulo 2

En la siguiente tabla se observa el efecto de diferentes intervenciones de cesación de tabaquismo. Tomado de West y cols(9) según meta-análisis de la Colaboración

Cochrane y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services-USDHHS).

Intervención	Población objetivo	Porcentaje de efecto	IC 95%
Consejo médico breve oportuno	Fumadores que consultan en policlínica a medico general o cirujano	2%	1 – 3
Soporte conductual intensivo presencial, con especialista * <sup>1</sup>	Fumadores moderados a severos que solicitan ayuda para dejar de fumar	7%	3 – 10
Soporte conductual intensivo presencial, con especialista	Embarazadas fumadoras	7%	5 – 9
Soporte conductual intensivo presencial, con especialista* <sup>2</sup>	Fumadores hospitalizados	4%	0 – 8
Consejo telefónico proactivo* <sup>2</sup>	Fumadores que solicitan ayuda para dejar de fumar, no recibiendo soporte cara-a-cara	2%	1 – 4
Materiales impresos de autoayuda	Fumadores que buscan ayuda, no recibiendo otro tipo de soporte	1%	0 – 2
Chicle de nicotina	Fumadores moderados a severos recibiendo apoyo conductual limitado. * <sup>3</sup>	5%	4 – 6
Chicle de nicotina	Fumadores moderados a severos recibiendo apoyo conductual intensivo	8%	6 – 10
Parche de nicotina	Fumadores moderados a severos recibiendo apoyo conductual limitado	5%	4-7
Parche de nicotina	Fumadores moderados a severos recibiendo apoyo conductual intensivo	6%	5 – 8
Spray nasal de nicotina	Fumadores moderados a severos recibiendo apoyo conductual intensivo	12%	7 – 17
Inhalador de nicotina	Fumadores moderados a severos recibiendo apoyo conductual intensivo	8%	4 – 12
Tableta sublingual de nicotina	Fumadores moderados a severos recibiendo apoyo conductual intensivo	8%	1 – 14
Bupropión (300 mg/día)	Fumadores moderados a severos recibiendo apoyo conductual intensivo	9%	5% - 14%
Apoyo conductual intensivo más Terapia de reemplazo nicotínico o Bupropión* <sup>4</sup>	Fumadores moderados a severos buscando ayuda en una clínica de cesación de tabaquismo	13-19%	-

IC: intervalos de confianza

\*<sup>1</sup> Cifras de eficacia basadas en sub-estudios de población general, con confirmación bioquímica de abstinencia.

\*<sup>2</sup> Revisión de Cochrane no disponible, datos del meta-análisis de USDHHS.

\*<sup>3</sup> Se refiere a sesiones breves en la que principalmente se obtienen datos. La definición de apoyo conductual intensivo según Cochrane fue una sesión inicial de 30 minutos, o una sesión inicial de menos de 30 minutos seguida de dos sesiones subsecuentes.

\*<sup>4</sup> Efecto esperado, combinando el efecto de la medicación con el del apoyo conductual



# Capítulo 3

## Cesación de Tabaquismo en Pacientes Cardiológicos

Este trabajo se incluye por gentileza  
de Archivos de Medicina Interna  
(Arch Med Interna 2008; XXX (1): 22-28)





## Resumen

Evaluación de una cohorte histórica de pacientes fumadores internados para procedimientos cardiológicos financiados por el FNR, entre Julio de 2004 y Marzo de 2006 que permanecieron 1 año en programa.

Objetivo: Describir la población y las variables asociadas al éxito del tratamiento.

Punto de corte: control o seguimiento más cercano a 12 meses desde el ingreso. Se consideró "sin fumar", abstinencia de 7 días previos al contacto.

Población: 405 pacientes. 77.8% sexo masculino, edad promedio 58.5 años, 62.2% de Montevideo. Cobertura de salud privada 62.5%. Al ingreso 25.4% estaba sin fumar. Consumo promedio de quienes fumaban 20 cig/día. Grado de dependencia (test Fagerström) 30.9% leve, 39.8% moderada y 29.4% severa.

El 66.2% (268) estaba sin fumar a los 12 meses del ingreso. Quienes fumaban disminuyeron la media de consumo de 20 a 10.8 cig/día.

El resultado se asoció a: sexo, estatus de fumador al ingreso del programa, grado de dependencia y tipo de procedimiento.

Conclusiones. El programa es efectivo y la abstinencia al año se asoció a sexo masculino, abstinencia lograda al momento del procedimiento, menor grado de dependencia física y revascularización quirúrgica.

### Summary

Historical evaluation of a cohort of patient smokers committed for cardiological procedures financed by the FNR, between Julio of 2004 and March of 2006, who remained 1 year in program.

Objective: To describe the population and the variables associated to the success of the treatment.

Point of cut: the control or contact of following closest to 12 months from the entrance. It was considered "without smoking", abstinence from 7 days previous to the contact.

Population: 405 patients. 77,8% masculine sex, age average 58,5 years: 62,2% from Montevideo. Cover of private health 62,5%. To entrance 25,4% was without smoking. Consumption average of those who smoked 20 cig/day. Degree of dependency (Fagerström test) mild 30.9%, moderately 39.8% and severe 29.4%.

The 66,2% (268) were without smoking to the 12 months of the entrance. Who smoked they diminished the average of consumption from 20 to 10.8 cig/day.

The result was associated a: sex, situation of smoker to the entrance of the program, degree of dependency and type of procedure.

Conclusions. The program is effective and abstinence to the year was associated to masculine sex, abstinence obtained at the time of the procedure, minor degree of physical dependency and surgical revascularization.

### Palabras Clave

- Cese del Tabaquismo / Smoking cessation
- Cardiopatía / Cardiovascular diseases
- Prevención secundaria / Secondary prevention

### Introducción

El tabaquismo en Uruguay tiene una prevalencia aproximada de 32.3% en población de 12 a 64 años (1). El Tabaquismo además de una enfermedad adictiva

es un factor de riesgo mayor y corregible al que se le atribuye aproximadamente el 25% de la prevalencia de la cardiopatía isquémica.

La cesación tiene efectos beneficiosos inmediatos, mediados por la disminución del estímulo adrenérgico y el aumento del aporte de oxígeno a los tejidos. También se ha demostrado mejoría de la función endotelial. Estos factores contribuyen a la disminución de eventos vasculares agudos, tanto a nivel coronario, como encefálicos y en el sector arterial periférico.

De forma general en el primer año de abstinencia disminuye aproximadamente un 50% el riesgo de Infarto agudo de miocardio (IAM), tanto en prevención primaria como secundaria. A los 5 años se aproximaría al riesgo de los no fumadores según algunos autores. El estudio de Unal (2) mostró que la cesación del tabaquismo contribuye por sí sola en el 48% de la disminución de la mortalidad por enfermedad coronaria.

El estudio multicéntrico EUROASPIRE II mostró que el 52% de los pacientes fumadores que habían sufrido algún evento coronario, continuaba fumando al año de seguimiento (3). Según datos de 2006 del Fondo Nacional de Recursos (FNR), en una población sometida a procedimientos de revascularización miocárdica, el 37% eran fumadores al momento del procedimiento, porcentaje significativamente mayor que en la población general.

En 2004 se inició el programa de Cesación del Tabaquismo del FNR destinado al seguimiento y tratamiento de los pacientes fumadores que fueron sometidos a procedimientos cardiológicos.

## Objetivo

Describir las características de los pacientes del Programa de Cesación de Tabaquismo del FNR y las variables asociadas con el éxito del tratamiento.

## Población: criterios de inclusión y exclusión

Todos los pacientes fumadores a los que se realizó estudio hemodinámico (EH), angioplastia (ACTP) o cirugía cardíaca (CC) financiados por el FNR, ingresados al programa entre el 1° de Julio de 2004 y el 31 de Marzo de 2006, y que mantuvieron contacto con el programa por lo menos por 1 año.

No se excluyó ningún registro que cumpliera los criterios de inclusión.

## Material y Método

Evaluación de una cohorte histórica de un programa de cesación de tabaquismo.

Se revisaron los registros electrónicos que incluyen la historia clínica inicial y registro de cada control al que concurrió el paciente y cada llamada telefónica que se le realizó.

Los pacientes fueron incorporados al programa durante su internación en los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE). La historia clínica incluyó datos filiatorios, historia de tabaquismo destacando edad de inicio, magnitud del consumo, grado de dependencia física (5), grado de motivación para la cesación (6), antecedentes de cesación previa, enfermedades tabacodependientes, otros factores de riesgo vascular, antecedentes patológico relevantes para el manejo de la medicación específica para el tratamiento del tabaquismo.

La intervención se realizó en dos modalidades (Figura 1):

- los pacientes que solicitaron ayuda, concurrieron a un control periódico y
- los restantes se mantuvieron en seguimiento telefónico.

Los pacientes en control recibieron tratamiento multicomponente integrando estrategias





cognitivo- conductuales, con material impreso complementario y tratamiento farmacológico que incluyó terapia de reemplazo nicotínico (TRN) en la modalidad de resinato de nicotina (chicles) y bupropión (BPN).

El tratamiento farmacológico se utilizó acompañando el descenso gradual del consumo de cigarrillos y se mantuvo por lo menos 2 meses luego de obtenida la cesación. También se utilizó en pacientes en abstinencia menor de 2 meses y con riesgo de recaída.

Se propuso apoyo grupal a todos los pacientes excepto aquellos que por patología psiquiátrica severa, multiadicciones o preferencia personal se trataron en forma individual.

El abordaje grupal constó de una primera etapa de 8 sesiones llamado “grupo de inicio” con el objetivo de adquirir las herramientas necesarias para lograr la abstinencia. Luego los pacientes continuaron en control en el “grupo de mantenimiento” dirigido a prevenir y tratar las recaídas.

Los que completaron los controles o los abandonaron pasaron a seguimiento telefónico,

Los pacientes que se mantuvieron en seguimiento telefónico fueron contactados en promedio en tres oportunidades en el lapso de 1 año. Se utilizó una entrevista pautada, dirigida a evaluar el consumo de tabaco, mantener la abstinencia o motivar la cesación según le caso. Se ofreció ayuda a quienes continuaban fumando o manifestaban dificultad para mantener la abstinencia invitándolos a asistir al grupo de controles periódicos.

Como punto de corte se tomó el control o seguimiento telefónico más cercano a los 12 meses desde el ingreso al programa.

El análisis estadístico se realizó con el software EpiInfo 2002 CDC Atlanta. Se usó test de Chi Cuadrado (x<sup>2</sup>) para el análisis de variables categóricas. Para

las variables cuantitativas se utilizó Test de ANOVA o Mann-Whitney o Kruskal-Wallis según las condiciones de aplicación de los test. Valores de  $p < 0.05$  fueron considerados estadísticamente significativos.

## Definiciones:

- **Fumador\*** – ha consumido por lo menos 1 cigarrillo en los últimos 6 meses.
- **Sin fumar** (para registro del dato durante el tratamiento) se consideró al paciente que lleva por lo menos 7 días con consumo 0.
- **Ex fumador\*** – lleva más de 6 meses sin fumar
- **No fumador\*** – nunca fumó o fumó menos de 100 cigarrillos en su vida.
- **Pacientes en control:** quienes concurren por lo menos a una consulta individual o grupal
- **Pacientes en seguimiento telefónico:** quienes recibieron como única modalidad de intervención, llamadas telefónicas periódicas por parte del equipo tratante. (\*Adaptación de definiciones de la OMS)

## Resultados

Cuatrocientos cinco pacientes cumplieron los criterios de inclusión. A 184 (45.4%) de ellos se les realizó ACTP, 116 (28.6%) CC y a 105 (25.9%) se les realizó un EH.

Las características de la población al ingreso del programa se describen en la Tabla I. Se destaca 77.8% de sexo masculino, edad promedio 58.5 años, procedentes de Montevideo 62.2%. Con cobertura de salud en el sector privado de asistencia 62.5%. Al momento de la entrevista de ingreso al programa el 25.4% de los pacientes estaba sin fumar, con menos de 6 meses de abstinencia. El consumo promedio de los pacientes que fumaban era de 20 cig/día. El grado de dependencia a la nicotina fue medido a través del test de Fagerström, mostrando una mediana de 5 en el puntaje, que interpretamos como dependencia moderada.

La distribución de los pacientes según el puntaje de dependencia fue 30.9% en el grupo de 0 a 3 puntos

(dependencia leve), 39.8% entre 4 y 6 puntos y 29.4% obtuvieron un puntaje mayor de 7 que catalogamos de dependencia severa. Grafica 1.

Luego del primer contacto telefónico tras el alta, 300 pacientes (74.1%) quedaron en seguimiento telefónico, en promedio fueron llamados 2.2 veces en el año (mínimo 1, máximo 7, mediana 2). Fueron 105 (25.9%) los pacientes que concurren a control (individual o grupal), la frecuencia de los controles fue 6.6 veces en el año en promedio (máximo 58, mínimo 1, mediana 3).

Los pacientes que recurrieron a la modalidad de control se diferenciaron de la población que quedó en seguimiento telefónico. Las mujeres solicitaron ayuda en mayor proporción (33.3%) que los hombres (23.8%), aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa. La edad promedio fue menor en el grupo que solicitó apoyo (57.3 vs. 58.9 años). Los pacientes provenientes del interior del país quedaron con más frecuencia en seguimiento telefónico (87.6%) comparado con los pacientes de Montevideo (65.9%). El 35.3% de los pacientes que recibieron angioplastia concurren a control, mientras que sólo el 14.7% de quienes recibieron cirugía cardíaca. La proporción de pacientes en control fue aumentado con el grado de dependencia: leve 11.2%, moderada 20.8% y quienes tenían dependencia severa concurren a control en un 36.1% de los casos. Tabla II y gráfico 2.

De los 105 pacientes que concurren a control el 65.7% recibió tratamiento farmacológico en algún momento de la evolución. 51% usaron sustitutos nicotínicos, 9% bupropión y 40% la combinación de ambos. La distribución por tipo de tratamiento farmacológico se muestra en el gráfico 3.

El resultado del tratamiento fue evaluado por el porcentaje de pacientes en abstinencia. El 66.2% (268) de los pacientes estaba sin fumar a los 12 meses de ingresados al programa. Tabla III.

En el grupo de pacientes que continuaba fumando se comprobó un descenso significativo de la media

de cigarrillos consumidos por día (10.8 cig/ día vs. 20 cig/día al ingreso)

Se analizó la asociación entre abstinencia a los 12 meses y diversas variables: sexo, edad, procedencia, tipo de cobertura de salud, estatus de fumador y magnitud del consumo de cigarrillos al ingreso del programa, grado de dependencia y tipo de procedimiento realizado, como lo muestran la tabla IV.

Se encontró que 54.4% de las mujeres y 69.5% de los hombres estaban sin fumar a los 12 meses, diferencia que mostró significación estadística. El estatus de fumador al ingreso del programa también fue significativo, el 59.9% de los que fumaban al ingreso y el 84.5% de quienes estaban sin fumar al ingreso seguían sin fumar a los 12 meses.

El grado de dependencia nicotínica mostró relación con el logro de abstinencia.

El grupo de pacientes sin fumar a los 12 meses mostró una mediana en el resultado del test de Fagerström de 5, significativamente diferente al hallado en quienes continuaban fumando. Cuando se categorizaron los resultados del test en leve, 0 a 3, moderado, 4 a 6 y severo, 7 a 10, el 84.0% de los pacientes con dependencia leve, 62.7% con dependencia moderada y el 52.1% con dependencia severa estaban sin fumar a los 12 meses. Grafico 4

Entre los diversos procedimientos se encontró diferencia estadísticamente significativa cuando se compararon quienes recibieron procedimiento quirúrgico y quienes recibieron angioplastia, el porcentaje de pacientes sin fumar fue 73.3% y 60.9% respectivamente.

No hubo diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de cesación entre los pacientes según edad, lugar de procedencia, tipo de cobertura de salud y magnitud del consumo de cigarrillos al ingreso del programa.



## Discusión

Es necesario aclarar algunas características especiales de la población que se está analizando, son pacientes portadores de una enfermedad cardiovascular, y que fueron incorporados al programa durante una internación por este motivo. El programa fue diseñado considerando la oportunidad motivacional que implica la internación por una enfermedad tabacodependiente.

La decisión de incorporar al programa a pacientes que llevan menos de 6 meses sin fumar, está basado en que esta etapa llamada “acción” es la de mayor riesgo de volver a fumar. Son necesarias intervenciones específicas para prevenir las recaídas, especialmente cuando el paciente dejó de fumar por sus medios, motivado por un evento específico relacionado con su salud, en general sin los cambios cognitivos y conductuales necesarios para mantener la abstinencia a largo plazo.

Otra particularidad de este programa es que los pacientes incorporados están en cualquier etapa de motivación, la mayoría no son pacientes que solicitaron ayuda, sino que fueron incorporados por iniciativa del programa.

La población analizada es diferente a lo descrito habitualmente en los programas de cesación respecto a la distribución por sexo (7-10). Habitualmente predominan los pacientes de sexo femenino o las proporciones son similares, a pesar de la mayor prevalencia del tabaquismo en los hombres de la población general. Esto se relaciona con un mayor pedido de ayuda por parte de las mujeres. El predominio del sexo masculino en los pacientes incluidos en este programa se explica porque en su mayoría fueron captados en los IMAE cardiológicos. La mayor proporción de hombres que reciben estos procedimientos y la incorporación al programa no condicionada a la solicitud de ayuda para dejar de fumar explicarían esta diferencia. Cuando se analizan las características de los pacientes que se incorporaron a la modalidad de “control”, la cual depende de la solicitud de ayuda, se destaca que en este grupo aumenta la proporción de mujeres, acorde

con el comportamiento visto en la literatura nacional e internacional (8-11).

Se analizaron las características de los pacientes que se incorporaron a la modalidad de “control”, ya se mencionó lo relacionado al sexo, además se encontró menor edad y mayor grado de dependencia nicotínica medida por el test de Fagerström, estas son características descritas habitualmente en las poblaciones que solicitan ayuda para dejar de fumar (8-11).

El tratamiento farmacológico también es particular en esta población. El primer elemento a destacar es que se utilizan fármacos sólo en pacientes que concurren a controles periódicos.

Por otro lado el tratamiento farmacológico dirigido a tratar el síndrome de abstinencia nicotínica, se considera indicado en los 2 primeros meses de abstinencia, pasado este período no hay evidencia que justifique el inicio de un tratamiento farmacológico. Hay un grupo de pacientes que concurre precozmente luego de un evento coronario agudo, en estos casos se evita en lo posible el uso de sustitutos nicotínicos hasta pasado 30 días del evento.

Otros pacientes solicitan ayuda porque están fumando un número muy reducido de cigarrillos desde la internación, pero no tienen la motivación necesaria para la cesación. En estos casos se usa tratamiento farmacológico para ayudar al paciente a no aumentar su consumo mientras se genera y aumenta la motivación para la cesación, proceso que puede llevar varios meses. Esto explica que muchos tratamientos sean prolongados incluso antes de lograr la cesación, basado en estrategias de reducción del riesgo.

También existe un grupo de pacientes con cierta resistencia al uso de tratamiento farmacológico, este hecho ya fue mencionado en la revisión de Narsavege et al. de intervenciones para la cesación del tabaquismo en pacientes hospitalizados por enfermedades cardiovasculares (12).

Un cierto porcentaje de pacientes tienen contraindicaciones absolutas o relativas relacionadas a otras patologías vasculares como stroke, insuficiencia renal, arteriopatía de MMII, además de la proporción habitual de pacientes con otras contraindicaciones.

En el trabajo de Vernon et al. de intervención en grupos de pacientes portadores de cardiopatía isquémica e ingresados a programas de cesación durante una internación, el porcentaje de uso de TRN (único tratamiento farmacológico propuesto) fue 54% (13)

El porcentaje de abstinencia al año del ingreso al programa es 66.2%, esta cifra se considera muy buena, sabiendo que en poblaciones similares algunas publicaciones internacionales mencionan porcentajes de abstinencia al año entre 35 y 57% (12-15).

En el grupo de pacientes que continuó fumando se comprobó un descenso significativo de la media de cigarrillos consumido por día, de 20 cig/día al ingreso al programa a 10.8 cig/día en la evaluación a los 12 meses, hecho también mencionado en la publicación de Taylor et al. (16). Si bien el objetivo siempre es la cesación absoluta, hay cierto beneficio con la disminución

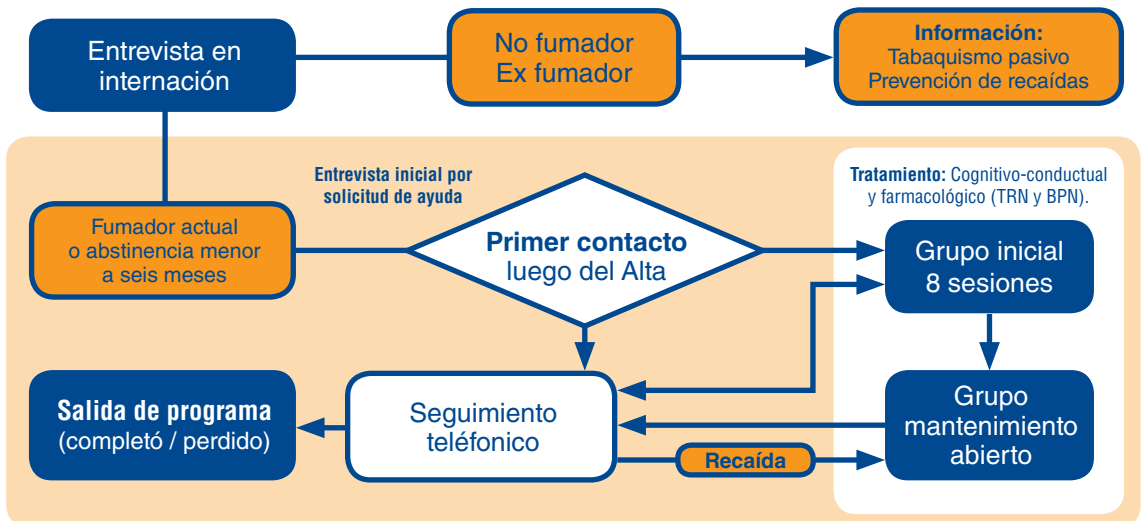
del consumo, principalmente como una etapa en la que aumenta la probabilidad de cesación si se acompaña de adecuadas estrategias motivacionales.

Las variables que se encontraron asociadas al logro de la abstinencia al año, son acorde con las publicaciones nacionales e internacionales sobre el tema (9,11).

### Conclusiones:

1. La intervención realizada, que incluye entrevista inicial y control o seguimiento telefónico, ha mostrado ser efectiva con un índice de abstinencia a los 12 meses de la entrevista inicial de 66.2%.
2. Se encontró asociación significativa entre el logro de la abstinencia al año y sexo masculino, abstinencia lograda al momento del procedimiento, menor grado de dependencia nicotínica medida por test de Fagerström y procedimiento quirúrgico.

**Figura 1. Descripción del Programa de Cesación del Tabaquismo en pacientes cardiológicos del FNR**





**Tabla I.** Descripción de la población incluida en el estudio al momento del ingreso al programa.

Variable		N	%
<b>Sexo</b>	Femenino	90	22.2
	Masculino	315	77.8
<b>Procedencia</b>	Montevideo	252	62.2
	Interior	153	37.8
<b>Cobertura de Salud</b>	Pública	152	37.5
	Privada	253	62.5
<b>Estatus de fumador al ingreso</b>	Fuma	302	74.6
	Abstinencia menor de 6 meses	103	25.4
Variable		Media	Mediana, mínimo, máximo
<b>Edad</b>		58.5	59, 25, 82
<b>Consumo diario al ingreso</b> (N° cigarrillos / día > 0 al ingreso, n = 302)		20	20, 10, 90
Variable		Mediana	Percentil 25, 75
<b>Grado de dependencia</b> (Test de Fagerstöm)		5	3, 7

**Tabla II.** Comparación de la población que concurrió a control con la que se mantuvo en seguimiento telefónico. n = 405

Variable		Control	Seguimiento	p
<b>Sexo</b>	Femenino %	33.3	66.7	0.07
	Masculino (%)	23.8	76.2	
<b>Edad</b>	Media	57.3	58.9	0.02
	(mediana, min, max)	(59, 33, 82)	(59, 25, 82)	
<b>Procedencia</b>	Montevideo (%)	34.1	65.9	< 0.001
	Interior (%)	12.4	87.6	
<b>Cobertura de Salud</b>	Pública (%)	30.9	69.1	0.08
	Privada (%)	22.9	77.1	
<b>Procedimiento</b>	Cirugía cardíaca (%)	14.7	85.3	< 0.001
	Angioplastia (%)	35.3	64.7	
<b>Grado de dependencia</b> (test de Fagerstöm)	mediana (percentiles 25 - 75)	6 (5 - 7)	5 (3 - 7)	< 0.001

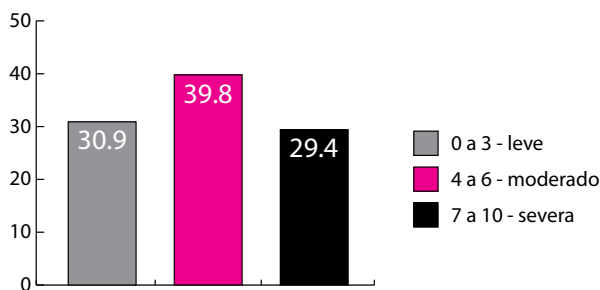
**Tabla III.** Frecuencia de consumo de tabaco a los 12 meses de ingresados al programa. n = 405

Situación a los 12 meses	Frecuencia	Porcentaje
Fuma	137	33.8
<b>No fuma</b>	<b>268</b>	<b>66.2</b>
Total	405	100.0

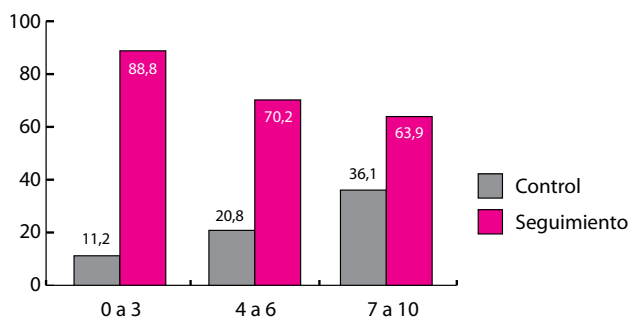
**Tabla IV.** Variables relacionadas con la situación del consumo de tabaco a los 12 meses de ingresado al programa.

Variable	Situación a los 12 meses		p	
	No fuma	Fuma		
<b>Sexo</b>	Femenino %	54.4	45.6	0.008
	Masculino (%)	69.5	30.5	
<b>Edad (años)</b>	Media	59.1	57.2	0.059
	(mediana, min, max)	(59, 25, 82)	(58, 39, 82)	
<b>Procedencia</b>	Montevideo (%)	63.1	36.9	0.09
	Interior (%)	71.2	36.9 28.8	
<b>Cobertura de Salud</b>	Pública (%)	63.8	36.2	0.44
	Privada (%)	67.6	32.4	
<b>Estatus de fumador al ingreso:</b>	Fuma (%)	59.9	40.1	< 0.001
	Abstinencia menor de 6 meses (%)	84.5	15.5	
<b>Consumo diario al ingreso **</b>	media	20.5	19.3	0.49
	(mediana, mín., máx.)	(20, 1, 90)	(20, 1, 60)	
<b>Grado de dependencia (test de Fagerstöm)</b>	mediana (percentil 25 – 75)	5 (3 - 6)	6 (5 – 7)	< 0.001
<b>Procedimiento</b>	Cirugía cardiaca (%)	73.3	26.7	0.028
	ACTP (%)	60.9	39.1	

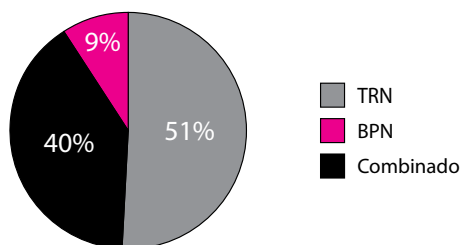
**Grafico 1.** Distribución del grado de dependencia medido con Test de Fagerström. n = 405



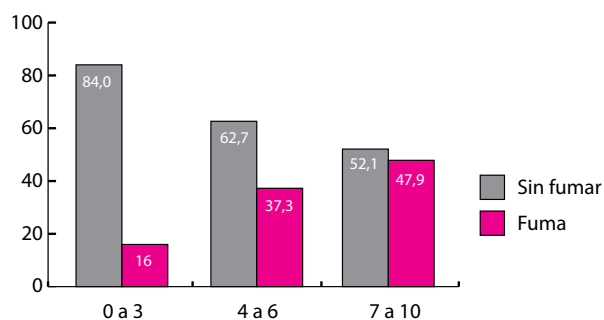
**Gráfico 2.** Proporción de modalidad de intervención (Control o Seguimiento) según grado de dependencia nicotínica medido por Test de Fagerström. p <0,001. n = 405



**Grafico 3.** Distribución de la modalidad de tratamiento farmacológico en los pacientes que concurrieron a control. n = 105



**Grafico 4.** Porcentaje de pacientes sin fumar a los 12 meses de ingresados al programa según grado de dependencia nicotínica, medido por Test de Fagerström. (DS:  $\chi^2 = 29.13$ , gl = 2, p <0,001). n = 405





## Bibliografía

1. Junta Nacional de Drogas. Secretaría Nacional de Drogas. PNUD. 3a. *Encuesta Nacional de Prevalencia del Consumo de Drogas*. 2001
2. Unal B, Critchley J, Capewell S. *Explaining the Decline in Coronary Heart Disease Mortality in England and Wales Between 1981 and 2000*. *Circulation*. 2004;109:1101-1107
3. *Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries. Principal results from EUROASPIRE II*. Euro Heart Survey Programme. EUROASPIRE II Study Group\*European Heart Journal (2001) 22, 554-572
4. Prochaska J, Di Clemente C, Norcoross J. *In such of how people change, application to addictive behaviors*. *Am. Psychol* 1992. 47:1102-1014
5. Fagerström K. *Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment*. *Addictive Behaviors* 1978; 3:235-41
6. Richmond R, Kehoe L, Webster I. *Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners* *Addiction*. 88(8):1127-1135
7. Ockene J, Kristeller J, Goldberg R, Ockene I, Merriam P, Barrett S. *Smoking cessation and severity of disease: the coronary artery smoking intervention study*. *Health Psych*. 1992. 11:119-126
8. Goja B, Esteves E, Barros M, Blanco L, Benia W y col. *Caracterización de la población asistida en la policlínica de tabaquismo del Hospital de Clínicas y resultados del tratamiento*. *Arch. Med. Int*. 2005; 28 (4): 83-88.
9. López MV, Anido T, Rovira M, Goja B, Tubito M y col. *Factores asociados con la abstinencia y eficacia de un programa de cesación de tabaquismo*. *Rev Med Urug* 2007; 23: 25-33
10. Camps X, Frascheri M, Buroni C. *Análisis del funcionamiento de un programa de cesación de tabaquismo*. *Rev.Urug.Cardiol* 2005; 20 (1): 16-20.
11. *Manual of smoking cessation. A guide for counselors and practitioners*. McEwen A, Hayek P, McRobbie H, West R. Blackwell Publishing. 2006
12. Narsavage, G., Idemoto, B, The Sarah C. Hirsh Institute. (February 15, 2003). *Smoking Cessation Interventions for Hospitalized Patients With Cardio-Pulmonary Disorders*. *Online Journal of Issues in Nursing*. Vol. 8 N°1, Manuscript 5. (correction: Vol.8 No. 2)
13. Vernon J, Crane L, Prochaska A, Fairclough D, MacKenzie T. *Smokers hospitalized in an urban, public hospital: addiction, states of change, and self- efficacy*. *Prev. Med*. 1999. 28,488-95.
14. Fung P, Snape-Jenkinson S, Godfrey M, Love K, Zimmerman P, Yang I, Fong K. *Effectiveness of hospital-based smoking cessation*. *Chest* 2005;128:216-23
15. Quist-Pulsen P, Gallefoss F. *Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease*. *BMJ* 2003. 327:1254-8
16. Taylor C, Houston-Miller N, Killer J, DeBusk R. *Smoking cessation after acute myocardial infarction: effects of a nurse-managed intervention*. *Ann. Int. Med*. 1990. 113:118-123.













