

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE TABAQUISMO DEL FNR 2025

Dra. Elba Esteves, Mag. Biol. Gustavo Saona, Dra. Ps. Tania Palacio, Lic. Enf. Romina Moss, Lic. Enf. Victoria Gully.

Agradecemos a los integrantes de todos los equipos de salud que trabajan en las unidades de tabaquismo en convenio con el FNR.

Introducción

Reconociendo el impacto del consumo de tabaco en la salud de la población y en especial en las personas con patología cardiovascular establecida, el Fondo Nacional de Recursos (FNR) decidió iniciar en el año 2004 un Programa de Tratamiento del Tabaquismo, complementando el Programa de Prevención Secundaria Cardiovascular. A partir de la ratificación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT-OMS), en setiembre de 2004, el tratamiento del tabaquismo se estableció como prioridad sanitaria por parte de las autoridades nacionales.

A partir de 2005, siguiendo sus tradicionales principios de equidad, calidad y eficiencia, el FNR decidió estimular la creación de unidades de tabaquismo por parte de los diversos prestadores de salud de todo el país, mediante la firma de convenios en los que se compromete a aportar gratuitamente la medicación necesaria, a capacitar de los profesionales de la salud que integran los equipos de tratamiento de esta adicción y brindar un sistema de registro electrónico unificado.

El FNR cumple un rol de coordinación, evaluación y apoyo a los grupos que trabajan en esta red que se denomina Tabaquismo Externo (TABE). En el FNR funciona una unidad de tabaquismo a cargo del equipo coordinador del Programa, dirigido a población general, que se denomina Tabaquismo Interno (TABI)

Los datos clínicos a nivel nacional se registran en una base de datos común gestionada por el FNR, que permite a cada unidad de tabaquismo acceder y procesar su propia información. Adicionalmente el FNR realiza evaluaciones periódicas de todo el Programa en conjunto, la presente evaluación es la 5ª que se realiza desde el inicio del mismo.

Objetivos

General:

Evaluar el funcionamiento global del Programa de Tratamiento del Tabaquismo del Fondo Nacional de Recursos (FNR).

Específicos:

Describir la población asistida en el Programa de Tratamiento del Tabaquismo del FNR.

Evaluar el desempeño del proceso asistencial.

Evaluar resultados asistenciales a corto y mediano plazo de la población objetivo.

Población

Pacientes asistidos en todas las unidades de tabaquismo externas (TABE) e interna (TABI) del FNR, con fecha de ingreso entre el 1º de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

Se consideraron todos los controles durante el primer año de tratamiento. El seguimiento de la población, por vía telefónica, se realizó a los 15 meses de haber ingresado al programa, las llamadas se realizaron hasta marzo de 2025.

Variables

Para la descripción de la población se consideraron variables demográficas, socio-económicas y de consumo de tabaco: **edad, sexo, procedencia departamental, sector de salud en el que se asiste, nivel educativo, ocupación, edad de inicio del consumo de tabaco, consumo al ingreso al programa y grado de dependencia.**

Variables de proceso:

- **número de controles** a los que asistió cada paciente de la población seleccionada luego de la entrevista inicial, se consideró el lapso de 12 meses posteriores al ingreso en el programa.
- **tiempo de tratamiento:** tiempo en días entre la entrevista inicial y el último control a los 12 meses, excluyendo los lapsos entre controles mayores a 30 días.
- **uso de medicamentos** durante el tratamiento: % de pacientes que recibieron algún tipo de apoyo farmacológico durante el tiempo de tratamiento.
- **tipo de tratamiento farmacológico:** % de pacientes que usó terapia de reemplazo nicotínica (TRN) en forma de chicles de nicotina, bupropión (BPN) o ambos en el lapso de estudio.

Las variables de resultados definidas fueron:

- **abstinencia puntual:** % de pacientes que logró por lo menos 7 días consecutivos sin fumar en algún momento del tratamiento.
- **abstinencia puntual 15 meses:** % de pacientes que estaban sin fumar a los 15 meses de haber ingresado al programa, al menos los últimos 7 días.
- **tiempo de abstinencia mantenida:** media de tiempo de abstinencia de los pacientes que estaban sin fumar a los 15 meses de iniciado el tratamiento.
- **abstinencia mantenida por 6 meses:** % de pacientes que estaban sin fumar a los 15 meses del ingreso y han logrado 6 meses o más de abstinencia mantenida.
- **abstinencia mantenida por 12 meses:** % de pacientes que estaban sin fumar a los 15 meses del ingreso y han logrado 12 meses o más de abstinencia mantenida.

Muestra

Se realizó cálculo del tamaño de muestra para: población N= 760, abstinencia mantenida al año de 17%, precisión del 5%, el resultado fue n= 169. Se tomó una muestra mayor (+20%) n= 202 considerando la posible pérdida en la captación de los pacientes y para obtener mayor representatividad por estrato en análisis ajustados.

La muestra se seleccionó entre los pacientes con inicio de tratamiento desde el 1º de enero al 31 diciembre de 2023 en las unidades de tabaquismo externos, correspondiendo a una población de 760 individuos. La unidad de tabaquismo interno fue censada (N= 72), por tanto, la población total fue de 832 individuos.

Se tomó una muestra aleatoria estratificada de TABE, por las siguientes variables: sexo, uso de medicamentos (sí o no) y número de controles (sin controles, mayor o menor de 3 al mes de tratamiento), la muestra se seleccionó en marzo de 2024.

Fueron contactados 129 individuos lo que constituye un 53,5% del tamaño de muestra estimado (129*100/241).

Resultados

Ingresaron 832 pacientes en el período de estudio (TABE 760 y TABI 72), de los cuales 606 (72,8%; TABE 543 y TABI 63) asistieron a controles en el primer año (226 tuvieron solo el contacto de ingreso en el año de seguimiento).

En 2023 asistieron a controles 1177 pacientes y se realizaron un total de 5143 controles. El total de consultas, sumando los 832 inicios, fue de 5975.

La tabla 1 muestra las características demográficas y datos de consumo de la población y de la muestra. Se observó diferencias significativas en la proporción de los subsectores de cobertura de salud (Tabla 1).

Tabla 1. Descripción de población (N= 832) y muestra contactada (n= 129). Los resultados de la muestra se encuentran analizados para un muestreo estratificado.

Variable	Población	Muestra	Valor-p ^(e)
Sexo			
Femenino ^(a)	58,3% (485)	56,6% (73)	0,686
Edad ^(b)	49,2 (15,0 – 80,0)	50,3 (24,0 – 73,0)	0,3203
Femenino	49,1 (15,0 – 76,0)	51,0 (27,0 – 73,0)	0,9068
Masculino	49,2 (16,0 – 80,0)	49,3 (24,0 – 72,0)	0,1835
Procedencia ^(a) :			
Montevideo	46,9% (390)	48,1% (62)	0,428
Interior	53,1% (442)	51,9% (67)	
Cobertura de Salud:			
Sector Público	51,4% (428)	40,3% (52)	0,007
Sector Privado	48,6% (404)	59,7% (77)	
Edad de inicio ^(b)	16,2 (4,0 – 65,0)	15,3 (4,0 – 26,0)	0,536
Femenino	16,5 (8,0 – 65,0)	16,4 (9,0 – 38,0)	0,374
Masculino	15,8 (4,0 – 40,0)	15,7 (4,0 – 26,0)	0,911
Ocupación ^(a) :			
Trabajo formal	52,3% (435)	58,1% (75)	0,412
Trabajo informal	11,9% (99)	10,1% (13)	
Desocupado	15,4% (128)	10,1% (13)	
Jubilado o pensionista	19,2% (160)	20,9% (27)	
Sin dato	1,2% (10)	0,8% (1)	
Nivel de instrucción ^(a)			
Primaria	20,3 % (169)	16,3% (21)	0,652
Secundaria	56,4 % (469)	62,8% (81)	
Terciaria	21,3 % (177)	18,6% (24)	
Sin dato	2,0 % (17)	2,3% (3)	
Consumo al ingreso ^(c)	17,9 (0,0 – 65,0)	18,1 (0 – 60,0)	0,853
Femenino	17,5 (0,0 – 62,0)	18,5 (0 – 60,0)	0,954
Masculino	18,4 (0,0 – 65,0)	17,8 (0 – 60,0)	0,822
Alta dependencia ^(d)	66,5 (550)	67,2 (86)	0,956
Femenino	66,4 (320)	69,4 (50)	
Masculino	66,7 (230)	64,3 (36)	

(a) porcentaje (nº de casos).

(b) media (mínimo – máximo) en años.

(c) media (mínimo – máximo) número de cigarrillos/ día fumados al ingreso al programa.

(d) fuma el primer cigarrillo del día en los primeros 30 minutos luego de despertar.

(e) resultado del Binomial, test de Chi-cuadrado o test de Student según corresponda y se consideró significativo los valores-p menores o iguales a 0,05.

Indicadores de proceso

Número de controles

Hubo 606 pacientes que concurren a control luego de su entrevista inicial. El número de controles promedio dentro del primer año del ingreso al programa fue 6,1 (min= 1, máx= 38), sin una diferencia significativa ($p= 0,440$) entre hombres y mujeres. El 50% de la población concurre a 4 controles (Percentil 25= 2; Percentil 75= 8). El programa de TABE presentó una media de controles de 5,8 (min= 1, max= 38) y el programa de TABI presentó una media de 9,1 (min= 2, max= 33), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p<0,001$).

La evidencia muestra que se requiere por lo menos 3 controles luego de la entrevista inicial para lograr una intervención efectiva, el 52,4% de la población total alcanzó este objetivo. La tabla 2 no muestra diferencias significativas ($p= 0,219$) entre sexos para la adhesión al tratamiento.

Tabla 2. Número de controles por sexo. Con punto de corte en 3.

	% Hombres (n=347)	% Mujeres (n=485)	% Total (n=832)
Sin controles	30,3	25,0	27,2
< 3 controles	20,2	20,6	20,4
3 controles o más	49,6	54,4	52,4
Total	100	100	100

La adhesión al tratamiento es uno de los factores determinantes del éxito y la efectividad de intervención es mayor cuanto mayor es la intensidad de la misma, considerando intensidad como el tiempo de contacto con el paciente, tanto en número de controles como en tiempo de cada consulta. La tabla 3 muestra el porcentaje de pacientes que completaron el plan de 10 controles, discriminado por sexo, no se halló diferencia significativa entre el número de controles por sexo ($p=0,226$).

Tabla 3. Número de controles por sexo. Con punto de corte en 10.

	% Hombres (n=347)	% Mujeres (n=485)	% Total (n=832)
Sin controles	30,3	25,0	27,2
< 10 controles	55,6	60,6	58,5
10 controles o más	14,1	14,4	14,3
Total	100	100	100

Tiempo de tratamiento

El tiempo promedio de tratamiento en el primer año fue 60,4 días (DE=61,6; mín= 1,0 y máx= 365) entre la entrevista inicial y el último control, excluyendo quienes no asistieron a ningún control y los lapsos entre controles mayores a 30 días. En los casos que hubo lapsos mayores, se sumó el tiempo en que la persona concurre a controles en cada periodo de controles regulares.

No se observó diferencias entre sexos ($p= 0,321$) pero si ($p= 0,005$) entre los subgrupos TABE (media= 58,4; mín= 1,0; máx= 358) y TABI (media= 75,1; mín= 7,0; máx= 365).

Tratamiento farmacológico

El 60,9% de los pacientes (507/832) recibieron tratamiento farmacológico, la distribución de las diversas formas terapéuticas se muestran en la siguiente gráfica.

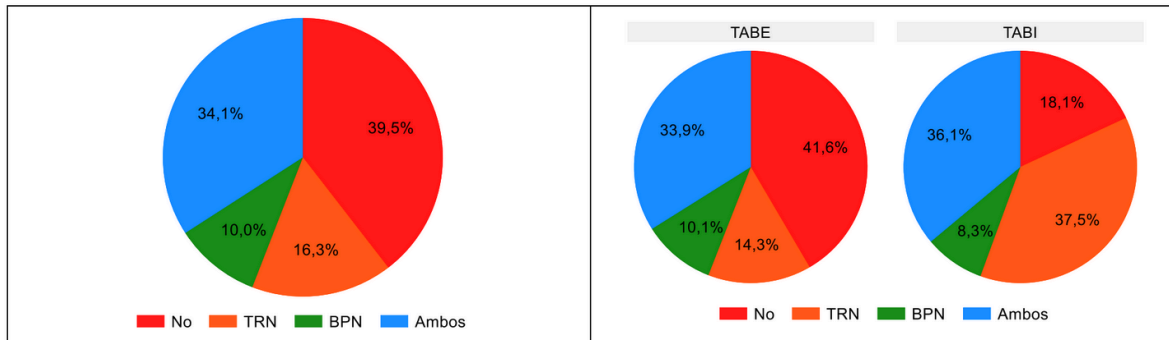


Gráfico 1. Distribución de los medicamentos indicados.
TRN: Terapia de reemplazo nicotínico, BPN: Bupropión

Se observaron diferencias significativas ($p < 0,001$) en el uso de medicamentos entre los subgrupos del programa, pero no entre sexos ($p = 0,113$).

El tiempo de uso de los diversos fármacos tuvo una media de 56,8 días (mín= 6,0; máx= 311,0) para TRN y 58,0 días (mín= 1,0; máx= 284,0) para BPN. No se observaron diferencias significativas en los tiempos de uso de TRN o BPN entre subgrupos del programa ($p > 0,05$) o entre sexos ($p > 0,05$).

Indicadores de resultados

Abstinencia puntual

En los pacientes que ingresaron al programa de tabaquismo (N=832) la abstinencia puntual (7 días consecutivos sin fumar en algún momento del tratamiento) fue del 31,4% (IC95%= 28,3 – 34,6). Dicho indicador varió significativamente ($p < 0,01$) entre el subgrupo externo 29,3% (IC95%= 26,2 – 32,7) y el interno 52,8% (IC95%= 41,4 – 63,9).

El 42,4% de los pacientes que asistieron a controles (n=606), lograron abstinencia puntual (7 días) en algún momento del tiempo de control. Este porcentaje también mostró diferencias entre los subgrupos de tratamiento y es progresivamente creciente de acuerdo el número de controles a los que asistieron.

La estimación de abstinencia puntual del programa de tabaquismo interno supera en un 16,6% la del tabaquismo externo, siendo estadísticamente significativa ($p = 0,012$) en pacientes que asistieron al menos a un control (Tabla 4).

Tabla 4. Abstinencia puntual según subgrupo del programa de tabaquismo del FNR en pacientes que asistieron a controles en el primer año.

Abstinencia puntual	N	Estimación puntual (%)	IC 95%
TABE (n=543)	221	40,7	36,7 - 44,9
TABI (n=63)	36	57,1	44,9 - 68,6
Total (n= 606)	257	42,4	38,5 – 46,4

La tabla 5 muestra el porcentaje de pacientes que logró abstinencia puntual en quienes asistieron a controles, evidenciando una diferencia significativa ($p < 0,001$) entre quienes asistieron a más o menos de 3 controles.

Tabla 5. Abstinencia puntual según número de controles en el primer año. Punto de corte 3.

Abstinencia puntual	N	Estimación puntual (%)	IC 95%
< 3 controles (n= 170)	32	18,8	13,7 – 25,4
3 controles o más (n= 436)	225	51,6	46,9 – 56,3
Total (n= 606)	257	42,4	38,5 – 46,4

La tabla 6 muestra el porcentaje de pacientes que lograron abstinencia puntual durante el lapso que asistieron a controles, evidenciando una diferencia significativa ($p < 0,001$) entre quienes asistieron a más o menos de 10 controles. El porcentaje alcanzado en este último grupo es significativamente mayor que quienes concurren a más de 3 controles.

Tabla 6. Abstinencia puntual según número de controles en el primer año. Punto de corte 10.

Abstinencia puntual	N	Estimación puntual (%)	IC 95%
< 10 controles (n= 487)	163	33,5	29,4 – 37,8
10 controles o más (n= 119)	94	79,0	70,8 – 85,4
Total (n= 606)	257	42,4	38,5 – 46,4

Se estimaron puntos de corte en la distribución del número de controles determinando percentiles (25%, 50% y 75%) que se corresponden con proporciones de abstinencia puntual de 7 días. Para realizar la estimación se ajustó una regresión logística binaria con la abstinencia puntual como variable dependiente (Y) y el número de controles como independiente (X), obteniéndose la siguiente ecuación $P(Y|X) = 0,3132544 \cdot X^{-2,232145}$.

En la tabla 7 se presentan las estimaciones de los percentiles y los puntos de corte definidos como el valor entero más próximo a los percentiles estimados.

Tabla 7. Estimación del número de controles que se corresponde con una abstinencia del 25%, 50% y 75% de los pacientes (percentiles de abstinencia) y definición del punto de corte al valor entero más próximo.

Percentil de Abstinencia	Nº controles	IC95%	Punto de corte
25%	3,62	3,04 – 4,20	4
50%	7,13	6,41 – 7,84	7
75%	10,63	9,50 – 11,76	11

Posteriormente se transformó la variable de número de controles creando una variable categorizada para incluirla en el análisis de regresión logística:

- 0 - si 0 a 4 controles;
- 1 - si 5 a 7 controles;
- 2 - si 8 a 10 controles;
- 3 - si 11 al máximo número de controles (max= 38).

Se realizó un análisis de regresión logística para determinar la asociación entre distintos factores (demográficos, intensidad del consumo o de la adherencia al programa) y la abstinencia puntual de 7 días, los resultados del modelo para todas las variables se presentan en el Anexo I (tabla A1).

Luego se procedió a retirar una a una las variables no significativas en orden descendente del valor p y se obtuvo el modelo final (tabla 8). Se debe tener en cuenta en la lectura del OR, que el evento es la **abstinencia puntual**, por tanto, un valor mayor a 1 indica un factor predisponente para lograr el objetivo y un valor menor a 1 será, al contrario.

El sexo femenino y una mayor dependencia nicotínica, resultó ser un obstáculo para lograr la abstinencia puntual, mientras que un mayor número de controles o el uso de medicamentos fueron factores favorecedores de la abstinencia (Tabla 8). Se observa que el bupropión (OR= 12,0) se asoció a mayor abstinencia puntual que los chicles (OR= 3,8) y el consumo de ambos fármacos (OR= 7,0).

Tabla 8. Análisis de asociación mediante regresión logística binaria, entre la abstinencia puntual y algunos factores demográficos, marcadores de intensidad del consumo y de adherencia al programa.

Variables	OR	IC95%	Valor p
Sexo Femenino	0,67	0,46 – 0,99	0,042
Dependencia ^(a)	0,67	0,45 – 0,99	0,046
Cat. Nº controles ^(b)			
5 a 7	3,60	2,20 – 5,90	<0,001
8 a 11	7,44	4,19 – 13,19	<0,001
12 a max	15,22	7,86 – 29,47	<0,001
Medicación ^(c)			
Chicle	3,75	1,98 – 7,11	<0,001
Bupropión	12,00	6,07 – 23,71	<0,001
Ambos	7,04	3,95 – 12,52	<0,001

(a) La categoría de referencia es 'no alta dependencia'

(b) La categoría de referencia es el rango de 0 a 4 controles.

(c) La categoría de referencia es no recibir medicación.

Dado que se observaron diferencias significativas entre las características de la muestra y de la población evaluada, en cuanto a cobertura de salud, se consideró apropiado contrastar la estimación de la abstinencia puntual en algún momento del tratamiento, con el valor poblacional 31,4%. La estimación fue 28,2% con un intervalo de confianza al 95% de 21,3 a 36,5%. En tanto la estimación por intervalo de confianza contiene al valor puntual de la población se considera que es aceptable en su nivel de representatividad.

Abstinencia puntual a los 15 meses del ingreso

Como primer indicador de resultado a largo plazo se estimó, mediante la muestra, que un 20,1% de los pacientes estaban sin fumar (abstinencia puntual de 7 días) a 15 meses del ingreso al programa. Este porcentaje también fue incrementando en relación al número de controles, en este caso se consideraron también los pacientes que no asistieron a ningún control.

A partir de 3 controles o más se observa un incremento significativo ($p < 0,001$) de la abstinencia puntual (Tabla 9).

Tabla 9. Abstinencia puntual a los 15 meses en la muestra (N= 126) según número de controles, punto de corte 3. El grupo "<3 controles" incluye pacientes que sólo concurren a la entrevista inicial.

Abstinencia a los 15 meses	Estimación puntual (%)	IC 95%
< 3 controles (n= 45)	7,1	1,9 – 23,2
3 controles o más (n= 81)	33,1	23,2 – 44,9
Total (n= 126)	20,1	13,6 – 28,6

Las diferencias son aún mayores con un corte en 10 controles ($p < 0,01$) (tabla 10)

Tabla 10. Abstinencia puntual a los 15 meses en la muestra según número de controles, punto de corte 10. El grupo “<10 controles” incluye pacientes que sólo concurren a la entrevista inicial.

Abstinencia a los 15 meses	Estimación puntual (%)	IC 95%
< 10 controles (n= 95)	13,6	7,6 – 23,2
10 controles o más (n= 31)	56,3	38,9 – 72,3
Total (n= 126)	20,1	13,6 – 28,6

Se observaron diferencias significativas ($p= 0,030$) en la abstinencia puntual a 15 meses entre los subgrupos del programa (Tabla 11).

Tabla 11. Abstinencia puntual a los 15 meses en la muestra según subgrupo del programa.

Abstinencia a los 15 meses	Estimación puntual (%)	IC 95%
TABE (n= 104)	19,0	12,2 – 28,4
TABI (n= 22)	34,4	23,8 – 46,9
Total (n= 126)	20,1	13,6 – 28,7

El *tiempo promedio de abstinencia* en los pacientes que estaban sin fumar a los 15 meses del ingreso al programa (N= 29) fue de 293,1 días (IC95%= 232,7 – 353,5).

Abstinencia mantenida

Dada la elevada probabilidad de recaída en esta adicción, es importante medir la abstinencia mantenida. El 14,1% y 10,0% de la población lograron abstinencia mantenida por 6 y 12 meses respectivamente.

Cuando se considera el número de controles a los que asistió cada paciente, las diferencias no son significativas para el corte a 3 controles ($p > 0,05$) y sí, es significativa, al corte de 10 controles ($p < 0,01$), como lo muestran las tablas 12 a 15.

Tabla 12. Abstinencia mantenida por 6 meses según número de controles, punto de corte 3. El grupo '< 3 controles' incluye pacientes que sólo concurren a la entrevista inicial.

Abstinencia mantenida 6 m	Estimación puntual (%)	IC 95%
< 3 controles (n= 45)	7,1	1,9 – 23,2
3 controles o más (n= 81)	21,1	13,0 – 32,5
Total (n= 126)	14,1	8,6 – 22,3

Tabla 13. Abstinencia mantenida por 6 meses según número de controles, punto de corte 10. El grupo '< 10 controles' incluye pacientes que sólo concurren a la entrevista inicial.

Abstinencia mantenida 6 m	Estimación puntual (%)	IC 95%
< 10 controles (n= 95)	10,4	5,1 – 20,0
10 controles o más (n= 31)	34,6	19,7 – 53,3
Total (n= 126)	14,1	8,6 – 22,3

Tabla 14. Abstinencia mantenida por 12 meses según número de controles, punto de corte 3. El grupo '< 3 controles' incluye pacientes que sólo concurren a la entrevista inicial.

Abstinencia mantenida 12 m	Estimación puntual (%)	IC 95%
< 3 controles (n= 45)	7,1	1,9 – 23,2
3 controles o más (n= 81)	12,9	7,1 – 22,2
Total (n= 126)	10,0	5,4 – 17,7

Tabla 15. Abstinencia mantenida por 12 meses según número de controles, punto de corte 10. El grupo '< 10 controles' incluye pacientes que sólo concurren a la entrevista inicial.

Abstinencia mantenida 12 m	Estimación puntual (%)	IC 95%
< 10 controles (n= 95)	7,1	2,9 – 16,3
10 controles o más (n= 31)	25,8	12,9 – 44,9
Total (n= 126)	10,0	5,4 – 17,7

Cuando se considera el subgrupo del programa las diferencias no son significativas, como lo muestra la tabla 16 ($p < 0,366$) y 17 ($p < 0,298$).

Tabla 16. Abstinencia mantenida por 6 meses según subgrupo del programa.

Abstinencia mantenida 6 m	Estimación puntual (%)	IC 95%
TABE (n= 104)	13,7	7,8 – 22,8
TABI (n= 22)	19,5	10,7 – 32,9
Total (n= 126)	14,1	8,5 – 22,4

Tabla 17. Abstinencia mantenida por 12 meses según subgrupo del programa.

Abstinencia mantenida 12 m	Estimación puntual (%)	IC 95%
TABE (n= 104)	9,5	4,8 – 18,0
TABI (n= 22)	15,7	7,7 – 29,3
Total (n= 126)	10,0	5,4 – 17,7

Cuando se comparó entre sexos las diferencias no son significativas, como lo muestra la tabla 18 ($p < 0,116$) y 19 ($p < 0,338$).

Tabla 18. Abstinencia mantenida por 6 meses según sexo.

Abstinencia mantenida 6 m	Estimación puntual (%)	IC 95%
Hombres (n= 54)	8,3	3,5 – 18,2
Mujeres (n= 72)	18,2	9,8 – 31,3
Total (n= 126)	14,1	8,5 – 22,4

Tabla 19. Abstinencia mantenida por 12 meses según sexo.

Abstinencia mantenida 12 m	Estimación puntual (%)	IC 95%
Hombres (n= 54)	6,8	2,6 – 16,9
Mujeres (n= 72)	12,2	5,6 – 24,4
Total (n= 126)	10,0	5,4 – 17,7

Discusión

Este estudio analiza los datos registrados por los profesionales a cargo de las Unidades de Tratamiento de Tabaquismo que integran el Programa del Fondo Nacional de Recursos, la población está constituida por el total de personas registradas en dichas unidades. Cabe destacar que, según otro análisis realizado en la población ingresada en el año 2017, considerando la prevalencia nacional de consumo de tabaco del mismo año, 1 de cada 286 fumadores consultó en el Programa del FNR¹.

Es levemente mayor el número de mujeres que solicitan ayuda (58,3%), la edad media es 49 años, sin diferencia por sexo. Más de la mitad de la población tiene trabajo fijo y nivel secundario de

educación curricular. Este perfil se ha reiterado en las sucesivas evaluaciones del programa desde su inicio en 2004.

El consumo promedio al ingreso es 17,9 cigarrillos por día (cpd) con una leve diferencia por sexo (F – 17,5 y M – 18,4). La población asistida tiene mayor consumo que el promedio de la población general 15,2 cpd (F – 13,4 y M – 16,7)².

El 66,5% de la población fuma su primer cigarrillo del día en los primeros 30 minutos luego de despertar, indicador usado para definir ‘alta dependencia’. Este indicador está presente en 34,1% de la población general (GATS 2017), mostrando que la población asistida tiene mayor dependencia nicotínica que la población general.

Ingresaron 832 pacientes en el período de estudio, 27,3% de la población no tuvo controles luego de la entrevista inicial. Esta cifra se ha reiterado en las sucesivas evaluaciones a pesar de trabajar específicamente en la motivación de los pacientes en la primera entrevista, es necesario identificar motivos de disconformidad con la propuesta del Programa, si bien el abandono del tratamiento no está determinado exclusivamente por factores asistenciales³.

Quienes asistieron a controles, mostraron mayor grado de adherencia comparado con evaluaciones previas, en la población 2017 el promedio de controles en el año fue 5,3, mentiras que en la población del presente informe fue 6,1. El programa de TABE presentó una media de controles de 5,8 y el programa de TABI una media de 9,1, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

Si bien ambos programas mejoraron este indicador del programa interno (TABI) incorporó una comunicación más fluida con los usuarios, a través de WhatsApp, que permite reagendar rápidamente cuando alguien no puede concurrir y realizar seguimiento en caso de ausencia. Otra estrategia utilizada para aumentar la adherencia, es que en casos puntuales de falta por enfermedad u otro motivo de fuerza mayor, si el usuario lo desea, se realiza el control en forma telefónica para evitar la interrupción del tratamiento.

Aunque ha mejorado la adherencia, persiste un 20,4% de la población que concurre sólo a 1 o 2 controles luego del ingreso. En este grupo se deberá seguir analizando factores influyentes como: accesibilidad a pesar de la gratuidad del programa, pérdida de motivación inicial u otros.

Si bien la gratuidad del tratamiento puede determinar un menor compromiso con el Programa, tiene un impacto positivo al aumentar la accesibilidad al mismo, evidenciado en el tiempo promedio de tratamiento (60,4 días) y el alto porcentaje de pacientes que recibió tratamiento farmacológico (60,9% del total de la población). Tanto el tiempo de permanencia en el programa como el uso de medicamentos específicos para tratar el tabaquismo, son indicadores de buenas prácticas y mejores resultados³. Ambas proporciones aumentaron con respecto a la evaluación previa, en la que se registró 56,6 días de tratamiento y 55,5% de uso de medicamentos.

El principal resultado del programa es el logro de abstinencia sostenida 12 meses, por tratarse de una adicción no se habla de curación, sino de superación de la misma, este resultado es producto de un proceso en el que cada paciente logra períodos variables de abstinencia hasta que logra consolidar la nueva conducta. Cada logro de abstinencia puntual aumenta la probabilidad de alcanzar abstinencia sostenida.

La abstinencia puntual durante el tratamiento implica que la persona logró al menos 7 días consecutivos sin fumar mientras concurría a control. En la presente evaluación este indicador mostró mejores resultados que en la evaluación previa, 42,4% en esta población y 37,4% en la

previa. Así mismo, se demostró que, a mayor número de controles, mejores resultados; 51,6% de quienes alcanzaron 3 controles luego del ingreso y 79,0% de quienes llegaron a 10 controles o más lograron abstinencia puntual.

La regresión logística realizada para determinar las características de la población relacionadas con el logro de abstinencia puntual durante el tratamiento, mostró que el sexo femenino y la alta dependencia nicotínica, se asociaron a peor resultado. Por otro lado, el mayor número de controles y el tratamiento farmacológico se asociaron a mejores resultados.

Las tres opciones de tratamiento farmacológico mostraron beneficio, siendo el uso de bupropión el que mostró mayor probabilidad de abstinencia. Estos resultados son coherentes con la amplia evidencia de mayor éxito en el tratamiento en las personas con mayor adhesión al mismo y uso de apoyo farmacológico sumado al apoyo conductual^{4,6}.

En la literatura la terapia de reemplazo nicotínico y el bupropión tienen resultados similares, y la combinación de ambos mejora los porcentajes de abstinencia, a diferencia de lo hallado en este informe. Cabe mencionar que el uso de cada fármaco en esta población no es aleatorio, uno de los determinantes de uso de terapia de reemplazo nicotínico sólo es la presencia de comorbilidad psiquiátrica, que muchas veces se asocia a mayor grado de dependencia y mayor dificultad para el logro de abstinencia.

Se ha demostrado que la efectividad de la intervención aumenta a medida que aumenta la intensidad de la misma, determinada por el número de controles y tiempo de duración del contacto. Se considera que el número mínimo necesario para una intervención efectiva es 3 controles, de por lo menos 10 minutos, luego de la entrevista inicial^{4,5,7}. El 52,4 % de la población alcanzó dicho nivel de efectividad de la intervención y 14,3% sobrepasó 10 controles. Si bien el programa no establece un número fijo de controles, se considera un plan de 10 controles como tratamiento completo.

Los indicadores de abstinencia puntual, tanto durante el tratamiento como a los 15 meses del ingreso, mostraron diferencia ampliamente significativa entre las personas que adhirieron mínimamente al tratamiento y quienes no, confirmando lo mostrado en la literatura referente al número de controles mínimo necesario para lograr una intervención efectiva.

Los indicadores de abstinencia puntual mostraron diferencia significativa entre personas que adhirieron mínimamente al tratamiento y quienes no. Aún mejor, fue el resultado en quienes completaron un plan de 10 controles, que también mostraron diferencia significativa en abstinencia mantenida, confirmando lo hallado en la literatura.

En este estudio no se demostró diferencia significativa en la adherencia al tratamiento entre hombres y mujeres, tampoco en los resultados asistenciales. Si bien es frecuente la percepción de los profesionales que trabajan en el tratamiento del tabaquismo que las mujeres tienen más dificultad en alcanzar y sostener la abstinencia, no existe evidencia firme al respecto, hay trabajos con resultados en ambos sentidos⁸.

Es imprescindible definir indicadores de resultados a mediano plazo, 6 y 12 meses, dado que se está evaluando el tratamiento de una adicción, por lo que la probabilidad de recaída luego de lograda la abstinencia es alta. Se estima que entre 50 y 75% de los fumadores que dejaron de fumar en el marco de un programa de tratamiento, recaen en el siguiente año⁹. La evaluación de diversas intervenciones para prevenir la recaída ha tenido bajos niveles de evidencia de efectividad¹⁰.

Los indicadores de resultados, mostraron diferencias entre los programas interno y externo del FNR. La principal diferencia radica en que el programa externo está integrado por un conjunto de 49 unidades de tabaquismo, a cargo de profesionales con distinto nivel de experiencia, la mayoría con dedicación compartida con otras responsabilidades, diversidad de posibilidades en el uso de herramientas complementarias al tratamiento, como interconsulta con otras disciplinas, seguimiento telefónico, apoyo administrativo, todos factores que influyen en la adherencia al tratamiento y por lo tanto en los resultados. Por otro lado, el equipo asistencial del FNR es un equipo multidisciplinario consolidado con amplia dedicación a la unidad de tabaquismo, con infraestructura y apoyo administrativo para su funcionamiento. Esto demuestra la importancia de contar con un equipo multidisciplinario dedicado a la unidad de tabaquismo con infraestructura adecuada a las necesidades del programa y apoyo logístico institucional.

Con respecto al éxito del tratamiento, el criterio más estricto para su definición incluye el tiempo de abstinencia sostenida por al menos 6 meses y la confirmación biológica de la misma, dosificación de monóxido de carbono en aire espirado es la más usada. En esta evaluación se aplicó el criterio temporal más estricto, la abstinencia continuada por 12 meses. Sin embargo, no fue posible agregar el componente de confirmación biológica, ya que el control a largo plazo se realizó con autoreporte telefónico. Cabe destacar que en nuestro país aún hay muchas Unidades de Tabaquismo que no cuentan con Dosificador de Monóxido de Carbono.

Llama la atención que la abstinencia puntual durante el tratamiento alcanzó porcentajes mayores que en reportes previos, mientras que la abstinencia sostenida a los 6 y 12 meses mostró resultados inferiores. No se encontraron posibles causas para explicar estos resultados como fuentes de sesgo. Sin embargo, se produjo una importante reducción en la captación de pacientes para realizar la evaluación a mediano plazo, con una muestra que sólo alcanzó el 53,5% del número estimado.

Igualmente, los resultados obtenidos en cuanto a abstinencia sostenida, son similares a algunos porcentajes reportados e inferiores a otros¹¹⁻¹³. Por último, se destaca que no se encontraron publicaciones de registros nacionales comparables a este trabajo.

Conclusiones

Este estudio realizado sobre datos de un registro clínico nacional permite sacar conclusiones sobre las características de la población asistida, los principales factores vinculados al éxito del tratamiento, e identificar necesidades de mejoras en los datos registrados.

Los factores vinculados a mejores resultados, con amplia demostración en la bibliografía, fueron la mayor adherencia al tratamiento y la intervención combinada, conductual y farmacológica.

El análisis por subgrupos de programa sugiere que la mayor adherencia se relaciona con: integración multidisciplinaria amplia de un equipo de salud consolidado, con profesionales específicamente capacitados, brindando tratamiento basado en evidencias, multicomponente, con infraestructura adecuada, apoyo administrativo y compromiso institucional.

Es necesario identificar factores que pueden mejorar los resultados globales del Programa. Este estudio aporta información sobre la necesidad de aumentar la adherencia al tratamiento. La misma es un fenómeno multifactorial, en el que intervienen factores del paciente, del equipo asistencial y del Sistema de Salud, y multidimensional en el que intervienen componentes biológicos, psicológicos y sociales.

Referencias

1. Esteves E, Saona G. Accesibilidad al programa de tratamiento de tabaquismo del FNR. Diagnóstico de situación. 2017. Presentado en el 3er. Congreso Uruguayo Tabaco o Salud, Piriápolis. 2019. (no publicado)
2. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Centro para el Control de Enfermedades y Prevención, Ministerio de Salud Pública de Uruguay, Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos 2017 (Global Adult Tobacco Survey). Uruguay. 2019.
3. Llambí L, Esteves E, Blanco L, Barros M, Parodi C, Goja B. Factores predictores de éxito en el tratamiento del tabaquismo. *Rev. Méd. Urug.* 2008. 24;2.
4. Fiore M, Bailey W, Cohen S, Dorfman S, Goldstein M, Gritz E, et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. US Department of Health and Human Services. PublicHealth Service. 2000.
5. Lancaster T, Stead L. Individual behavioural counselling for smoking cessation *Cochrane Database SystRev* . 2017 Mar 31;3(3):CD001292.
6. Stead L, Koilpillai P, Fanshawe T, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 3.
7. Ministerio de Salud Pública. Guía Nacional para el Abordaje del Tabaquismo. Uruguay. 2009
8. Úrsula Martínez U, Fernández del Río E, López-Durán A , Rodríguez-Cano R, Martínez-Vispo C, Becoña E. La recaída en fumadores que dejan de fumar con un tratamiento psicológico: ¿una cuestión de sexo? *Acción psicol;* 13, 1. 2016
9. Quesada M, Carreras J, Sánchez L. Recaída en el abandono del consumo de tabaco: una revisión. *Adicciones;* 14, 1. 2002
10. Livingstone-Banks J, Norris E, Hartmann-Boyce J, West R, Jarvis M, Hajek P. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 2. Art. No.: CD003999.
11. Poulsen P, Spillemoser H, Nielsen G, Hergel L, Wedell-Wedellsborg D, Strand M, Ringbæk T. Real-life effectiveness of smoking-cessation treatments in general practice clinics in Denmark. The Escape Smoke project. *Respiratory Medicine.* 2015. 109; 218-227
12. Rasmussen M, Fernández E, Tønnesen H. Effectiveness of the Gold Standard Programme compared with other smoking cessation interventions in Denmark: a cohort study. *BMJ Open* 2017;7:e013553.
13. Nerín I, Novella P, Beamonte A, Gargallo P, Jiménez-Muro A, Marqueta A. Resultados del tratamiento del tabaquismo en una unidad especializada. *Arch Bronconeumol.* 2007;43(12):669-73

Anexo I

Tabla A1. Análisis de asociación mediante regresión logística binaria, entre la abstinencia puntual y algunos factores demográficos, marcadores de intensidad del consumo y de adherencia al programa.

Variablen	OR	IC95%	Valor p
Sexo Femenino	0,69	0,47 – 1,01	0,057
Edad	1,01	0,99 – 1,02	0,522
Montevideo ^(a)	1,26	0,82 – 1,91	0,290
Subsector Público ^(b)	0,72	0,47 – 1,11	0,140
Edad IC	0,96	0,92 – 0,99	0,034
Dependencia ^(c)	0,66	0,44 – 0,99	0,042
Subgrupo TABI ^(d)	1,29	0,64 – 2,61	0,481
Cat. N° controles ^(e)			
5 a 7	3,49	2,11 – 5,77	<0,001
8 a 11	7,26	4,04 – 13,02	<0,001
12 a max	14,41	7,28 – 28,54	<0,001
Medicación ^(f)			
Chicle	3,63	1,89 – 6,98	<0,001
Bupropión	11,46	5,77 – 22,78	<0,001
Ambos	7,25	4,04 – 13,01	<0,001

(d) La categoría de referencia es ser habitante del interior del país.

(e) La categoría de referencia es recibir atención médica en el subsector privado.

(f) La categoría de referencia es 'no alta dependencia'.

(g) La categoría de referencia es TABE

(h) La categoría de referencia es el rango de 0 a 4 controles.

(i) La categoría de referencia es no recibir medicación.