

Universidad de la República  
Facultad de Medicina  
Curso: Metodología Científica II  
Orientadores: Asist. Lic. Mary Barros, Asist. Dra.  
Carolina Parodi, Prof. Agda. Dra. Laura Llambi.  
Año: 2014



# **RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE CESACIÓN TABÁQUICA DEL AÑO 2012 EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS**

Br. Adriana Flores  
Br. Ana Reyes  
Br. María Laura Sarkissian  
Br. Bettiana Vigil

## Índice

<b>Resumen.....</b>	<b>3</b>
<b>Fundamentación.....</b>	<b>4</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>5</b>
<b>Objetivos.....</b>	<b>13</b>
<b>Metodología.....</b>	<b>14</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>15</b>
<b>Conclusiones y perspectivas.....</b>	<b>21</b>
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>23</b>
<b>Agradecimientos.....</b>	<b>26</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>27</b>

## **Resumen**

Introducción: El tabaquismo es la principal causa de muerte evitable en el mundo, de ahí la importancia de promover la cesación del mismo. Este estudio se llevó a cabo en la policlínica de cesación de tabaquismo del Hospital de Clínicas. Objetivo: Determinar qué porcentaje de pacientes que asistieron a la Unidad de Tabaquismo, más de una vez, se mantienen en cesación un año después de finalizado el tratamiento. Métodos: El método utilizado para de este trabajo fue de tipo analítico, observacional, de corte transversal y retrospectivo. La población de este estudio fueron todos los pacientes que asistieron a la unidad de tabaquismo del Hospital de Clínicas en el año 2012 más de una vez, y que sus datos hayan sido ingresados en la base de datos del Fondo Nacional de Recursos (FNR). Se recabaron un total de 50 pacientes, de los cuales 32 fueron contactados. Resultados: de los 32 pacientes contactados 8 se mantuvieron en cesación un año después de finalizado el tratamiento. Conclusiones: La cuarta parte de la población de este estudio logró mantenerse en cesación después de un año del tratamiento.

## **Fundamentación**

El tabaquismo es un problema de salud importante en nuestro país constituyendo la primera causa de muerte evitable, por eso el sistema de salud ha planteado diferentes estrategias de control y reducción del consumo. Los programas de cesación de tabaquismo son parte de estas estrategias de trabajo, y para su correcto funcionamiento es fundamental determinar el nivel de éxito de los mismos, de forma de conocer su grado de efectividad y buscar una oportunidad de mejorar la asistencia.

Es de vital importancia conocer la población con la que se trabaja, ya que cada comunidad tiene sus propias características, y cada policlínica de Cesación del Tabaquismo debería adaptarse a las necesidades de la comunidad con la que trabaja de modo de poder planificar estrategias de tratamiento que sean acordes a las necesidades de los pacientes, es por esto que este tipo de relevamientos de datos son de suma importancia para las personas que trabajan en estos programas.

Este trabajo pretende aportar a la policlínica de Cesación del Tabaquismo del Hospital de Clínicas, información que pueda ser utilizada en el mejoramiento de las estrategias de trabajo que allí se implementan.

Uno de los objetivos de este trabajo fue determinar qué proporción de pacientes que asistieron más de una vez a la unidad de tabaquismo en el año 2012, se mantienen en cesación un año después del tratamiento, ya que este dato no se ha medido en la unidad desde el año 2008, año en el cual la población de estudio fue la de los años 2002 -2003.

Otro de los objetivos de este trabajo fue determinar cuáles son las principales causas de recaídas, dato que no se había recabado anteriormente en esta unidad.

## **Introducción**

### **Definición**

El tabaquismo es una enfermedad crónica, adictiva, consecuencia del consumo de tabaco. La evolución crónica esta condicionada por la persistente vulnerabilidad a la recaída, vinculada estrechamente a la adicción a la nicotina, la cual actúa sobre el sistema nervioso central. Se define como una enfermedad en si misma y a su vez por la inhalación del humo de tabaco es causa de múltiples enfermedades llamadas tabaco-dependientes, que incluyen mas de 50 patologías como neoplasias, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias.

El tabaco puede ser consumido bajo diferentes formas como cigarrillo, la pipa, tabaco para armar cigarrillos. Este genera efectos nocivos en cualquiera de las formas utilizadas, pero la acción más habitual es por acción de los componentes del humo de tabaco. Éste se encuentra constituido por mas de 4800 sustancias toxicas conocidas, de las cuales 50 son carcinógenos para el ser humano.

El consumo de tabaco no solamente afecta la vida de la persona sino también a su familia y a la sociedad en su conjunto. A nivel individual determina una disminución de la calidad y expectativa de vida. Desde el punto de vista familiar es fuente de enfermedad en otros integrantes de la familia expuestos al humo y responsable de la perdida de poder adquisitivo en rubros básicos como alimentación y vestimenta por redistribución en los ingresos familiares. A nivel social es un problema de salud publica que genera altos gastos por tratamientos de la enfermedad tabaco dependientes, aumentos de los gastos de seguros sociales (licencias por enfermedad, jubilaciones precoces) y perdidas en productividad por mayor ausentismo laboral por enfermedad <sup>1</sup>.

### **Epidemiología**

El consumo de tabaco es la principal causa de enfermedad y muerte prematura prevenible en diversas regiones del mundo. Según las proyecciones para el año 2030, la cifra de fallecimientos causados por el tabaquismo en el

mundo entero alcanzará aproximadamente a 8,3 millones y la mayoría de las muertes (70%) ocurrirán en los países en vías de desarrollo <sup>2</sup>.

La Organización Mundial de la Salud, ha desarrollado un modelo de la epidemia de tabaquismo que contempla 4 estadios, el cual tiene particular valor porque permite ubicar a cada país en un momento determinado de la epidemia, a partir del cual se puede prever su evolución y el daño resultante a la salud, así como correlacionarla con la pandemia global <sup>3</sup>.

El estadio 1 se caracteriza por una baja prevalencia de fumadores (menos del 20%), principalmente hombres, sin que se manifieste todavía un aparente incremento en las enfermedades relacionadas al tabaco.

En estadio 2, la prevalencia de fumar puede llegar al 50% o más en hombres y se acompaña de incrementos tempranos en mujeres, así como una tendencia hacia el inicio del consumo de tabaco en edades tempranas. En este estadio se observa ya la aparición del cáncer del pulmón y otras enfermedades atribuibles al tabaquismo que son la causa de muerte hasta el 10% de la población masculina.

Durante el estadio 3, se aprecia un marcado descenso en la prevalencia de tabaquismo en hombres y las mujeres llegan a su pico con una convergencia en las prevalencias de ambos sexos. Paradójicamente, la carga de enfermedad y muerte atribuibles al tabaco continúa incrementándose. En este estadio, las muertes atribuibles al tabaquismo varían entre 10 y el 30% del total de decesos, tres cuartas partes de ellas ocurriendo en hombres.

El estadio 4, se caracteriza por un marcado descenso en la prevalencia de tabaquismo en ambos sexos. Las muertes atribuibles al tabaquismo en hombres alcanzan un nivel de 30 a 35% del total de muertes en este sexo y del 40 al 45% de las muertes en edad media. Las muertes atribuibles al tabaco en las mujeres llegan a su pico de 20 al 25% del total de muertes.

### **Prevalencia en la población adulta: 18 a 65 años**

En Latinoamérica, fuma en forma cotidiana aproximadamente un tercio de la población, siendo la prevalencia más elevada en los países del cono sur de la región (Argentina, Uruguay, Chile, Paraguay y Brasil). Los países de la región andina (Bolivia, Perú, Colombia y Ecuador) ocupan el segundo lugar en

cantidad de fumadores. América Central y el Caribe presentan la prevalencia más baja de la región <sup>2</sup>.

### **Prevalencia del consumo de tabaco en jóvenes de Latinoamérica**

Los resultados de la encuesta mundial sobre juventud y tabaco en estudiantes de 13 a 15 años, evidencian que nuestra región tiene la prevalencia más alta, con predominio entre el género masculino aunque entre las mujeres se observa un crecimiento progresivo. En Argentina, Chile y Uruguay el consumo de las mujeres adolescentes es sensiblemente mayor que en los varones. En Brasil, Colombia, Costa Rica, México y Paraguay no se observó mayor diferencia entre ambos géneros <sup>2</sup>.

**Tabaquismo pasivo** En un estudio financiado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), de la iniciativa de las Américas “libre de humo”, evidenció la presencia de partículas de nicotina en el 94% de las localidades observadas de 7 países latinoamericanos. Entre los adolescentes se observó que un alto porcentaje están expuestos al humo de segunda mano tanto en casa como en lugares públicos <sup>2</sup>.

### **El problema del Tabaco en Uruguay**

Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen la principal causa de morbilidad en Uruguay <sup>4</sup>, siendo responsables del 70% de las muertes y del porcentaje mayoritario de los años vividos con discapacidad <sup>5</sup>.

Estas afecciones determinan el 60% del total de los costos asistenciales del país. En nuestro país, las principales causas de muerte son: enfermedades cardiovasculares (32%), cáncer (25%) y accidentes (4%) <sup>6</sup>. Nuestro país, al igual que el resto de los del Cono Sur, ha sido históricamente considerado como de los de mayor consumo de tabaco de Latinoamérica <sup>7</sup>.

La Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular determinó en el 2002, que aproximadamente 4.500 personas por año morían en Uruguay a causa del Consumo de Tabaco . El tabaco causa 12 muertes diarias, 5 de ellas por causa cardiovascular <sup>8</sup>. El cáncer de pulmón, es la principal causa de muerte por cáncer en el hombre uruguayo. El 90% del cáncer del pulmón es atribuible al tabaco. Según el Atlas Mundial del Cáncer del 2006, Uruguay es el país de Latinoamérica con la mayor mortalidad por cáncer de pulmón <sup>9</sup>.

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica es en el 85% de los casos atribuida al tabaco. Según el Estudio Platino, el 19% de los uruguayos sufre de esta enfermedad <sup>10</sup>.

En cuanto a la prevalencia de tabaquismo en adultos en Uruguay, 25% de las personas de 15 años o más consumen tabaco actualmente (30.7% de los hombres, 19.8% de las mujeres <sup>11</sup>).

En el total de la población estudiantil el consumo actual alcanza el 18%, lo que significa que de aquellos estudiantes que experimentaron con tabaco, el 42% continúa actualmente con el consumo <sup>12</sup>.

### **Prevalencia de Vida**

El 41,7% de los uruguayos ha fumado en algún momento de su vida (hombres 52%, mujeres 33%). Más de 60% de los hombres mayores de 55 años fueron fumadores.

### **Abstinencia y recaídas**

Se llama síndrome de abstinencia del tabaco al conjunto de malestares que experimenta un individuo habituado a fumar ante la falta de administración de la sustancia adictiva conocida como nicotina.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el hábito de fumar es una toxicomanía, es decir una enfermedad adictiva crónica de efectos psicofísicos que genera graves problemas de salud, la cual se caracteriza por el impulso irrefrenable de fumar tanto para experimentar sus efectos psíquicos, como para aliviar el malestar producido por su privación.

El proceso químico que inicia con la ingestión de nicotina vía el humo de cigarro, estimula el sistema nervioso central y algunas glándulas endocrinas, lo que causa una liberación repentina de glucosa, sin embargo la tensión nerviosa y la ansiedad del fumador reducen sus efectos y provoca que se consuma más nicotina para lograr la misma satisfacción. Dicha búsqueda, conocida como adicción es la causa de que el individuo experimente síntomas de abstinencia cuando deja de fumar y de que a las veinticuatro horas de verse privado del tabaco aumente su enojo y hostilidad, llegando a agresiones físicas o psíquicas, y disminuya su cooperación social.

El síndrome de abstinencia de nicotina, tiene una duración que va de las ocho a doce semanas y se experimenta a escala diferente entre las personas adictas al tabaco según el tiempo y número de cigarrillos consumidos. Las manifestaciones comunes son ansiedad, craving o vehemente deseo de volver a fumar, mal humor, rabia, insomnio, fatiga, tristeza, estreñimiento, baja frecuencia cardíaca, falta de apetito o ganancia de peso.

Probablemente ninguna de los síntomas enlistados será más difícil de sobrellevar por el adicto a la nicotina que el craving, mismo que se presenta en forma de una compulsión intensa a fumar con duración de tres minutos, luego de los cuales desaparece por espacio de diez minutos hasta que vuelve a repetirse, todo ello durante aproximadamente cuatro semanas, tiempo en el que comienza a disminuir progresivamente.

La recaída es uno de los problemas centrales en el tratamiento del tabaquismo. En los fumadores que intentan abandonar, el 60% vuelve a fumar al tercer día, y el 80% al día 14, mientras que luego de tres meses vuelve a fumar el 92% y al cabo de un año solo un 3% mantiene la abstinencia.

Existen varios factores predictivos del éxito de la cesación: edad, situación conyugal, nivel socioeconómico y grado de dependencia, entre otros. También hay factores de riesgo para la recurrencia mediata e inmediata, como alta dependencia previa, aumento de peso, falta de apoyo familiar, alcoholismo, angustia, depresión. También existe la recurrencia tardía, donde el deseo de fumar aparece ante estados de crisis, por omnipotencia, por placer, por estímulos asociados o sin razón aparente.

La fisiopatología de la recaída es la misma que la del consumo e involucra 3 tipos de dependencia: química, social y psicológica. Anatómicamente, la estructura que participa en el inicio de la recaída es el área tegmentaria ventral del cerebro. A medida que avanza el proceso de cesación aumenta la participación del núcleo accumbens, de tipo dopaminérgico, que se vincula a la nicotina en distintas etapas <sup>13</sup>.

Conocer qué aporta el tabaco a cada fumador es fundamental para definir el tratamiento adecuado de cada persona y así intentar prevenir las recaídas.

## **Cesación de tabaquismo**

El cese del consumo de tabaco es un proceso longitudinal, dinámico, durante el cual el fumador transita desde una situación en la que no considera la posibilidad de fumar, hasta que es un ex fumador durante un período de 6 meses. Habitualmente este proceso es cíclico, siendo la regla la presencia de recaídas. El éxito de los programas de cesación de fumar se define por los porcentajes de abstinencia completa de cualquier forma de tabaquismo al año del tratamiento.

Cada contacto con el fumador con el sistema de salud es una oportunidad de intervención, los pacientes deben recibir un mensaje unánime del sistema: es beneficioso dejar de fumar por su salud y la de su familia <sup>13</sup>. Para lograr la cesación de tabaquismo se debe actuar en varios niveles, desde una intervención mínima en una consulta médica hasta una intervención especializada en una unidad de tabaquismo. Está demostrado en estudios internacionales que la intervención mínima sistemática logra un índice de cesación de 6-10% al año, es decir duplica o triplica las posibilidades de cada paciente de dejar de fumar <sup>14</sup>. El pilar de esta intervención lo constituye la aplicación del "ABC", A: Averigüe, B: Breve consejo, C: apoyo a la cesación. (Anexo 1).

Los componentes del tratamiento para la cesación que han mostrado ser efectivos son: apoyo presencial, apoyo telefónico, tratamiento farmacológico. El apoyo presencial es básicamente el encuentro del paciente con el especialista cara a cara y la evidencia sostiene que tanto el apoyo individual como el grupal son efectivos <sup>15,16</sup>. En el abordaje individual se trata de reforzar las motivaciones que trae el paciente y resaltar la importancia de la decisión que ha tomado. El apoyo grupal es una herramienta muy importante en el tratamiento de adictos. El paciente en un proceso de identificación con los otros, logra visualizar la posibilidad de cambiar su conducta. Los grupos funcionan como grupos de apoyo, ya que los coordinadores responsables son profesionales y no pares (ex fumadores). Hay evidencia de que la efectividad de la intervención está directamente relacionada con la frecuencia y cantidad de entrevistas, la variedad de abordajes realizados (apoyo psicológico, material

escrito, ejercicio físico, ejercicios de relajación o manejo del estrés, tratamiento farmacológico, etc.) y los principios básicos de establecer como objetivo la abstinencia completa y seguimiento luego de la misma <sup>17</sup>. El apoyo telefónico puede ser reactivo (el fumador llama a una línea de apoyo) o proactivo (el fumador recibe llamadas de consejeros en horarios preestablecidos). La evidencia más fuerte de eficacia se encuentra en la forma proactiva. El agregado de apoyo telefónico al tratamiento farmacológico aumenta las tasas de abstinencia a corto y largo plazo, en comparación con el uso de medicación únicamente <sup>18,19</sup>. No solo es útil para mantener la abstinencia, la Guía Nacional para el abordaje del tabaquismo, recomienda realizar el seguimiento médico para contribuir a la recaptación del paciente en caso de recaída o disminución de la motivación <sup>1</sup>.

El tratamiento farmacológico está dirigido principalmente a paliar el síndrome de abstinencia nicotínico, éste es una de las manifestaciones de dependencia física, siendo los pacientes con mayor dependencia los más beneficiados con el tratamiento farmacológico. Una de las formas más simples de medir la dependencia es realizar solo la 3 pregunta del test de Fargestrôm: cuando usted se despierta ¿cuánto tiempo pasa antes de encender el primer cigarrillo? Si la persona fuma antes de 30 minutos de despertarse, tiene un alto grado de dependencia a la nicotina. (Anexo 2)

Existen fármacos demostradamente efectivos que permiten al menos duplicar las posibilidades de abandono del consumo del tabaco con respecto a los pacientes que no lo reciben. De primera línea tenemos la Terapia de reemplazo nicotínico (TRN): son preparados farmacéuticos de nicotina, que disminuyen la necesidad física de la droga al mantener un cierto nivel de la misma en sangre y sin el resto de sustancias que contiene el cigarrillo. Existen mundialmente varias formas de presentación de las TRN: chicles, spray nasal, pastillas, parches, inhaladores. En Uruguay contamos con parches transdérmicos y goma de mascar. El Bupropión es otro fármaco de primera línea, es un psicofármaco del grupo de los antidepresivos que inhibe selectivamente la recaptación neuronal de Dopamina, aumentando su concentración en los centros diencefálicos que modulan los mecanismos

adictivos, causando sensación de saciedad. También puede ayudar en la cesación del tabaquismo porque la depresión puede ser un síntoma de abstinencia nicotínica. Varenicline es la tercera droga dentro de la primera línea, es un agonista parcial de los receptores de nicotina de los centros cerebrales vinculados a los centros de recompensa. De segunda línea tenemos: Nortriptilina y Clonidina (este último sin aplicación clínica actualmente). Nortriptilina es un antidepresivo tricíclico, pero su mecanismo de acción es independiente de su efecto anti depresivo, sus principales ventajas son el bajo costo y la posibilidad de monitorizar sus niveles plasmáticos. Su principal desventaja es el riesgo de efectos cardiovasculares adversos. Tiene mayor incidencia de efectos adversos que el Bupropión. (Anexo 3)

## **Objetivos**

### **Objetivo General:**

Determinar el porcentaje de pacientes que se mantienen en cesación, un año después de finalizado el tratamiento, de la policlínica de tabaquismo del Hospital de Clínicas asistidos en el año 2012.

### **Objetivos específicos:**

Evaluar si existe una asociación entre la recaída y el grado de dependencia previa del paciente.

Conocer los principales motivos de recaída de los pacientes.

## **Metodología**

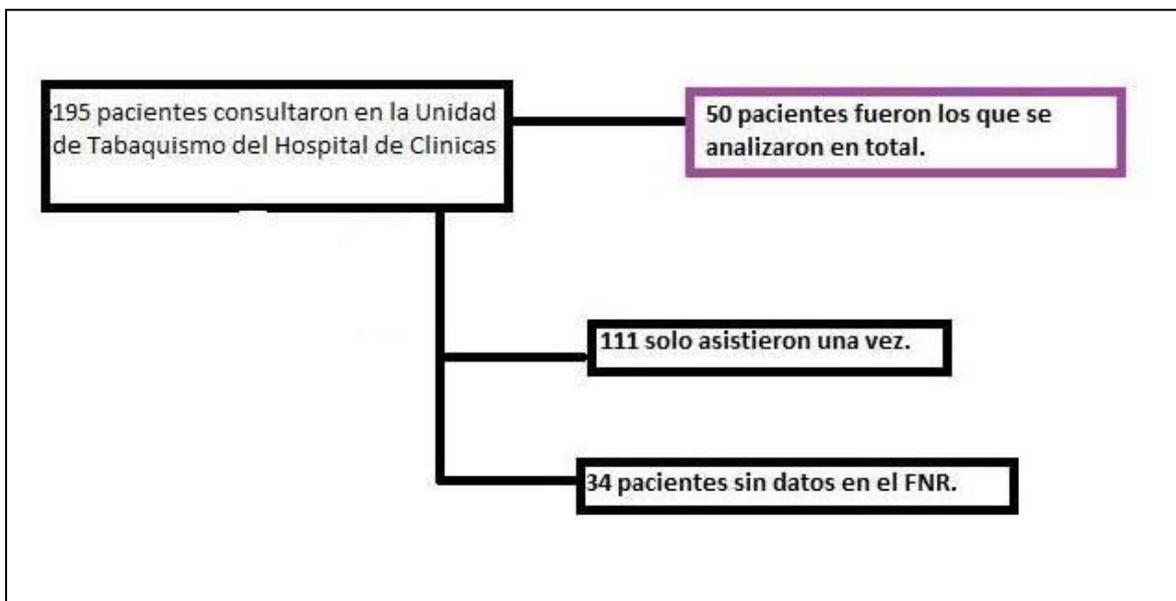
El método utilizado en este trabajo fue de tipo analítico, observacional, de corte transversal y retrospectivo. Las variables utilizadas fueron de tipo cualitativas, las cuales se presentan en frecuencias absolutas y relativas. En la población de estudio se incluyeron todos los pacientes que consultaron en la unidad de tabaquismo del Hospital de Clínicas en el año 2012 y se tomó como criterio de exclusión los pacientes que habían concurrido una sola vez y/o sus datos no fueron ingresados al Fondo Nacional de Recursos (FNR). Análisis estadístico: se presentan los resultados en frecuencia relativa y absoluta. Los pacientes que asisten a la unidad de tabaquismo del Hospital de Clínicas desde el año 2005 firman un formulario de consentimiento informado para el uso de sus datos con fines de investigación.

Este protocolo se presentó al comité de ética del Hospital de Clínicas.

## Resultados

En el año 2012, 195 pacientes concurrieron a la Unidad de Tabaquismo del Hospital de Clínicas, de éstos 84 asistieron a más de una consulta. De estos 84 pacientes, 50 ingresaron al fondo nacional de recursos (FNR) constituyendo nuestra población de estudio y fueron a cuales se les realizó el correspondiente seguimiento telefónico. Se logró en el plazo de 2 meses contactar a 32 de ellos y con 18 no pudieron ser contactados (figura 1).

De los pacientes contactados 19 son de sexo femenino y 13 de sexo masculino. Le media de edad fue de 50,1 y siendo el paciente más joven de 17 años y el de mayor de edad de 74 años.



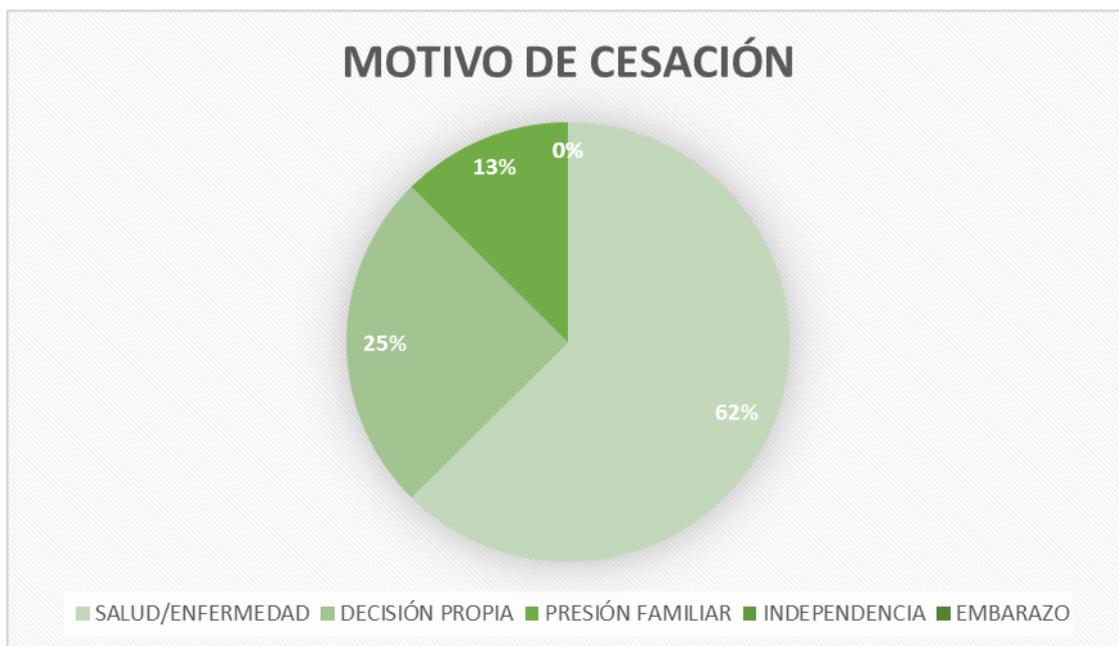
**Figura 1.** Población de estudio.

Con referencia a los motivos que los pacientes refirieron para querer dejar de fumar, se observó que, los pacientes que decidieron entrar en el año 2012 a la unidad de tabaquismo con el fin de mejorar su salud y se mantuvieron en abstinencia después de un año del tratamiento fueron 5 pacientes de un total de 22, correspondiendo a una frecuencia relativa de 0.625. Los que ingresaron por presión familiar fueron 3 pacientes y solo 1 logro

mantenerse en abstinencia, representando una frecuencia relativa de 0.125. Ingresaron por decisión propia a la unidad un total de 5 pacientes de los cuales 2 se mantuvieron en abstinencia siendo una frecuencia relativa 0.25 (figura 2).

**Tabla 2.** Motivos de cesación de los pacientes en abstinencia, en frecuencias absolutas

MOTIVO DE CESACIÓN	Frecuencia absoluta
SALUD / ENFERMEDAD	5
DECISIÓN PROPIA	2
PRESIÓN FAMILIAR	1

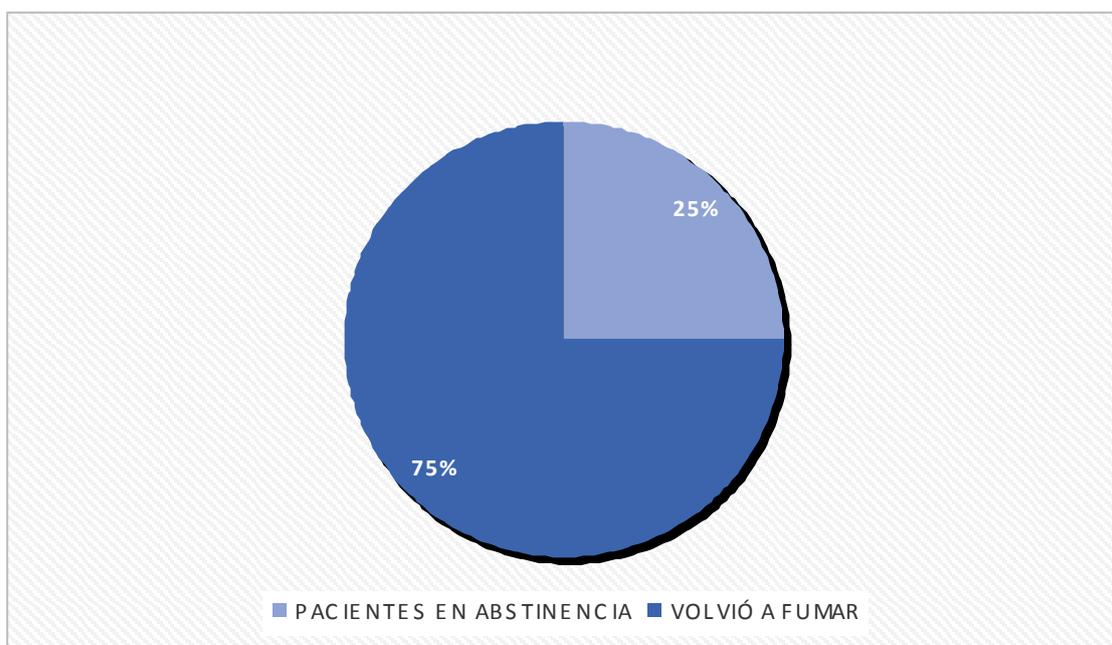


**Figura 2.** Porcentajes de los motivos de cesación.

El objetivo principal de este estudio fue determinar el porcentaje de pacientes que se mantuvieron en cesación luego de un año de finalizado el tratamiento. Finalizado el seguimiento telefónico de los 32 pacientes contactados un total de 8 pacientes se mantuvieron en abstinencia. Por lo tanto 24 continúan fumando. En frecuencias relativas un 0.25 de los pacientes contactados continúan en abstinencia y un 0.75 continúa fumando (figura 3).

**Tabla 3.** Frecuencias absolutas de pacientes en abstinencia y que continúan fumando al año de finalizado el tratamiento.

Abstinencia	Frecuencia absoluta
SI	8
NO	24
Total	32

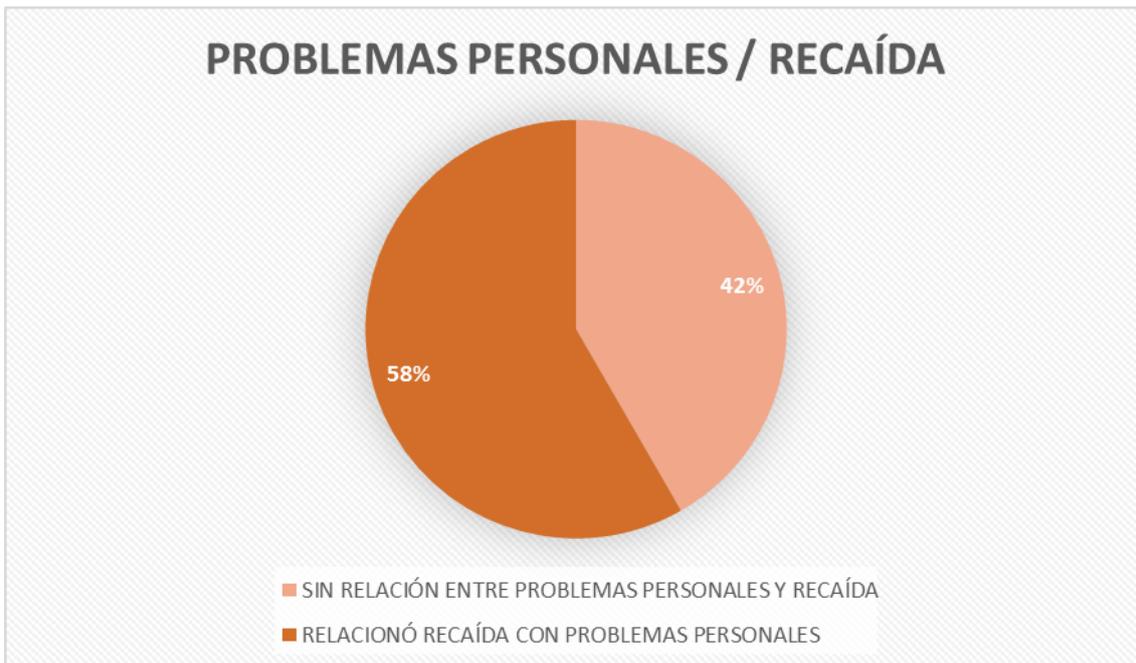


**Figura 3.** Porcentaje de cesación de tabaquismo luego de un año de finalizado el tratamiento.

Uno de los objetivos específicos del estudio fue determinar cuáles fueron los principales problemas por los cuales los pacientes recayeron. Del total de pacientes que contactamos y recayeron, 14 pacientes o sea una frecuencia relativa de 0.58, relaciono la recaída con problemas personales y 10 pacientes o sea una frecuencia 0.42 no lo hizo. Dentro de los problemas personales los más frecuentes para los pacientes fueron; problemas laborales, problemas familiares, separaciones de pareja, ocio y depresión (figura 4).

**Tabla 4.** Frecuencias absolutas y relativas de pacientes que recayeron por problemas personales

<b>Recaída por problemas personales</b>		
	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>Frecuencia relativa</b>
<b>SI</b>	14	0.58
<b>NO</b>	10	0.42
<b>TOTAL</b>	24	1



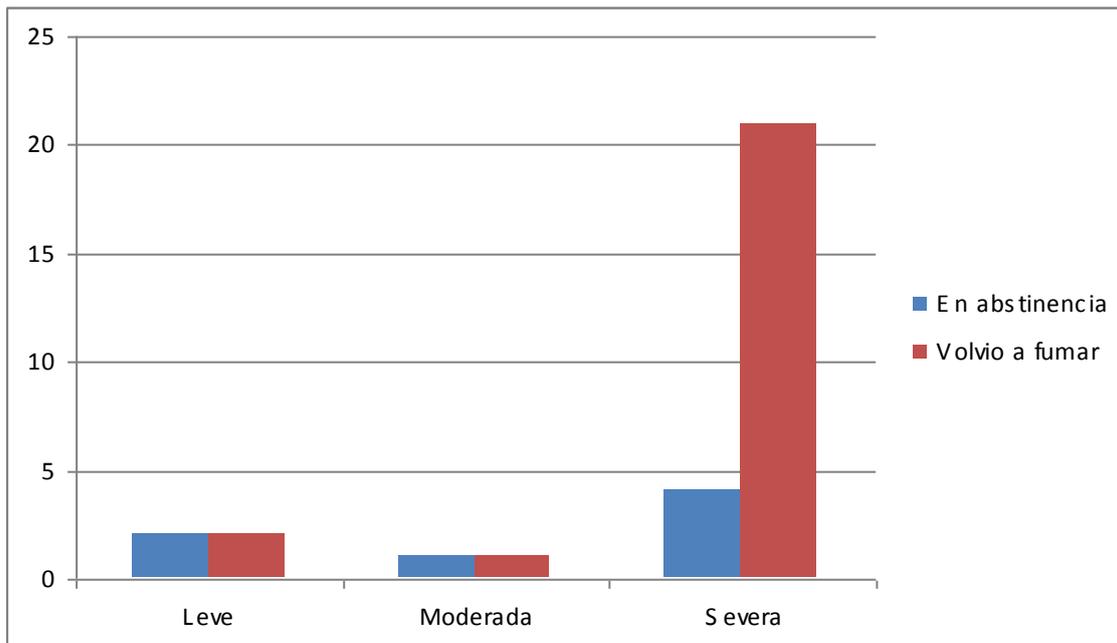
**Figura 4.** Porcentaje de recaídas asociadas a problemas personales.

En este estudio también se intentó determinar si existe algún tipo de asociación entre el grado de dependencia a la nicotina previa del paciente y un mayor riesgo de recaer antes del año de finalizado el tratamiento. La dependencia a la nicotina se mide en la policlínica a todos los pacientes que inician el tratamiento mediante el test de Fagerström, y en esta etapa es muy útil ya que aquellos con una fuerte dependencia tienen un mayor síndrome de abstinencia al iniciar la cesación, por lo tanto serían los más beneficiados del tratamiento farmacológico.

En la población de este estudio, un total de 25 pacientes tenían una dependencia fuerte cuando asistieron a la unidad, de ellos 21 recayeron al año. 2 pacientes tenían una dependencia moderada y 1 de ellos recayó y 4 tenían una dependencia leve y 2 recayeron. De solo 1 paciente ingresado al FONDO NACIONAL DE RECURSOS y que se mantuvo en abstinencia, no contamos con el grado de dependencia. Si esto lo trasladamos a frecuencia relativas 0,88 de los pacientes con una dependencia previa fuerte recayeron, 0,40 recayeron dentro de los pacientes con una dependencia moderada y 0,80 una dependencia leve, al año de seguimiento (figura 5).

**Tabla 5.** Abstinencia según grado de dependencia.

Dependencia	En abstinencia		Volvió a fumar	
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Leve	2	0.062	2	0.062
Moderada	1	0,031	1	0.031
Severa	4	0.125	21	0.656
Sin dato	1	0.031	0	0
Total	8		24	



**Figura 5.** Pacientes en abstinencia y pacientes con recaídas en función del grado de dependencia.

## Conclusión y perspectivas

En este estudio se vio una efectividad del tratamiento de 25%. Este resultado es menor al reportado por la unidad en el 2008 que era de un 35% <sup>20</sup>. Si bien fue menor la eficacia del año 2012 la cantidad de pacientes contactados también fue menor en comparación con el estudio de 2008, y esto puede influir en los resultados.

Se destaca que los problemas personales están altamente ligados a la recaída, ya que 58% de los pacientes estaban atravesando un problema personal, cuando recayeron. Con respecto a esta situación, algunos estudios sugieren que la falta de habilidades de afrontamiento ante situaciones estresantes, influye directamente en las recaídas, así como también los estados de ansiedad o depresión <sup>21</sup>.

En cuanto a la dependencia de los pacientes a la nicotina y su vínculo con la recaída, en un estudio de 357 pacientes realizado en Montevideo en el año 2007 de los Dres. María Victorina López Varela, y colaboradores, comprobaron un mayor índice de abstinencia al año asociada a un menor grado de dependencia a la nicotina por el test de Fagerström. La base fisiopatológica de la dependencia al tabaco es la adicción a la nicotina, que constituye el principal problema para dejar de fumar. Esto se refleja en una menor adicción a la nicotina en el grupo en abstinencia al año <sup>22</sup>. En concordancia con estos hallazgos, en este estudio el 84% de los pacientes con dependencia fuerte continuaban fumando al año y un 50% de los pacientes con dependencia leve no.

Este estudio tuvo sus limitaciones. Dentro de ellas se destaca que un alto porcentaje de pacientes asistieron una sola vez a la unidad de tabaquismo del Hospital de Clínicas y eso ya los deja afuera de nuestra población. Otra limitación fue que muchos de los que asistieron dos veces no se lograron contactar ya que sus datos no estaban ingresados al Fondo Nacional de Recursos, y además, otros no pudieron ser contactados por vía telefónica. Todo esto nos lleva a concluir que tuvimos una alta tasa de perdidos en el seguimiento y que estos resultados deben de ser tomados en forma

condicional.

Conclusión: En la unidad de tabaquismo del Hospital de Clínicas se ha obtenido una alta tasa de cesación de tabaquismo (correspondiente a un cuarto de la población en estudio) al año de finalizado el tratamiento, similar a lo reportado en otras unidades e internacionalmente.

Perspectiva: Como equipo de trabajo, en base a los resultados obtenidos, concluimos y nos parece pertinente proponer un plan de recaptación precoz, basado en un mayor acercamiento con los pacientes que asisten a la unidad de tabaquismo del Hospital de Clínicas, realizando una llamada a todos aquellos pacientes que asistieron una vez, ya que notamos una alta tasa de pacientes que no fueron parte de nuestra población por este motivo. En el caso de los pacientes con un grado de dependencia fuerte nos parece oportuno a fin de mejorar la adhesión al tratamiento, un mayor contacto entre éstos y la unidad.

## Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud Pública, Uruguay. Guía Nacional para el abordaje del Tabaquismo, 2009.
2. Bergman G, Bianco E, Cohen M. Coalición latinoamericana de profesionales de la salud para el tratamiento de la dependencia al tabaco. Rio de Janeiro; 2009
3. Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. Control Tob. 1994; 3(3): 242-247.
4. Cardiosalud.org. Tabaquismo [sede web]. Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular .Uruguay;2007 [ 09/01/2014-18.09]; [ Consulta 20/8/2014]. Disponible en:  
[http://www.cardiosalud.org/files/documents/8\\_tabaquismo\\_v12\\_curvas.pdf](http://www.cardiosalud.org/files/documents/8_tabaquismo_v12_curvas.pdf)
5. Smu.org.uy.Informe de la comisión de tabaquismo del SMU. Tabaquismo en Uruguay [sede web].Comisión de tabaquismo del SMU. Uruguay; 2008 [Consulta 20/8/2014]. Disponible en:  
[http://www.smu.org.uy/elsmu/comisiones/tabaco/inf\\_ct\\_tab\\_en\\_uruguay.pdf](http://www.smu.org.uy/elsmu/comisiones/tabaco/inf_ct_tab_en_uruguay.pdf)
6. Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Principales causas de muerte en Uruguay. Disponible en : <http://www.msp.gub.uy/imgnoticias/10766.pdf>
7. Paho.org. El tabaquismo en América Latina, Estados Unidos y Canadá (Período 1990-1999). [sede web]. Organización Panamericana de la Salud (OPS); Junio 2000. [consulta 20/8/2014]. Disponible en:  
<http://www1.paho.org/Spanish/AD/SDE/RA/ELTabaquismo1999.pdf>
8. Tobacofreekids.org. Action on Smoking and Health (UK) [ sede web];2002.[ consulta 20/8/2014]. Disponible en:  
<http://www.tobacofreekids.org/campaign/global/framework/docs/TrustUsSpanish.pdf>
9. Barrios E, Vasallo J, Alonso R, Garrau M, Musetti C. III atlas de incidencia de cáncer en el Uruguay 2002-2006. Montevideo: Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer; 2010.

10. Muiño A, López M, Menezes A. Prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y sus principales factores de riesgo: proyecto PLATINO en Montevideo. Rev Méd Uru [ internet ] 2005 [ 9/09/2014]; 21 (1): 37-48. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v21n1/v21n1a06.pdf>
11. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Encuesta mundial de tabaquismo en adultos (GATS): fact sheets, Uruguay.2009. Montevideo: MSP, 2010. [Consulta:11/5/2014]. Disponible en: <http://www2.msp.gub.uy/documentos/gats2009.pdf>
12. Observatorio uruguayo de drogas. Sobre ruidos y nueces. Consumo de drogas legales e ilegales en la adolescencia. Cuarta encuesta nacional y Quinta en Montevideo sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media. Montevideo, julio 2011. [Consulta 11/5/2014]. Disponible en: [http://www.infodrogas.gub.uy/html/publicaciones/docs/201107\\_sobre\\_ruidos\\_y\\_nueces.pdf](http://www.infodrogas.gub.uy/html/publicaciones/docs/201107_sobre_ruidos_y_nueces.pdf)
13. Esteves E, Goja B, Blanco A, Gonzalez J. Oxímoron. Montevideo: Caligráficos S.A.; 2004
14. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guidelines Rockville. 2000.
15. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2006.
16. USDHHS. Treating Tobacco Use and Dependence. Rockville MD, United States Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research Quality; 2000.
17. Sutherland G, Phil M. Evidence for Counseling Effectiveness for Smoking Cessation. J Clin. Psychiatry Monograph, 2003;18 (1): 22-33.
18. Stead L, Lancaster T, Perera R. Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006.

19. Hollis J, McAfee T, Fellows J et al. The effectiveness and cost effectiveness of telephone counselling and the nicotine patch in a state tobacco quitline. *Tob. Control* 2007; 16:53-59.
20. Llambi ML, Esteves E, Blanco ML, Barros M, Parodi C, Goja B. Factores predictores de éxito en el tratamiento del tabaquismo. *Rev Méd Uru [Internert]*. 2008 [ consulta 9/9/2014];24 (2):83-93. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902008000200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902008000200003&script=sci_arttext)
21. Quesada M, Carreras JM, Sánchez L. Recaída en el abandono del consumo de tabaco: una revisión. *Adicciones [ internet ]*. 2002 [ 9/09/2014 ]; 14 (1): 65-78. Disponible en: <http://www.adicciones.es/files/quesada.pdf>
22. Lopez Varela MV, Anido T, Robira M, Goja B, Tubino M, Alfonso G, et al. Factores asociados con la abstinencia y eficacia de un programa de cesación de tabaquismo. *Rev Méd Uru [ internet ]*. 2007 [ 9/09/2014 ]; 23 (1): 25-33.

## **Agradecimientos**

Nuestro más sincero agradecimiento al equipo de trabajo de la policlínica de tabaquismo del H. de Clínicas, las doctoras Llambí y Parodi, y la licenciada Barros, por su dedicación para con nosotras. También queremos agradecer al Fondo Nacional de Recursos por la ayuda que nos brindó durante la realización de este trabajo. Por último, pero no menos importante, a nuestras familias y amigos, por el apoyo, paciencia y comprensión que nos brindaron durante los pasados meses.

## Anexos

### Anexo 1: ABC para dejar de fumar

<b>A</b> Averigüe (pregunte)	1. Pregunte y documente la condición o no de fumador de cada una de las personas. En el caso de que hayan dejado de fumar recientemente, su estado deberá ser controlado y puesto al día regularmente en la historia clínica
<b>B</b> Breve consejo	1. Aconseje dejar de fumar. Por ejemplo, podría decir “Dejar de fumar es lo mejor que puede hacer para mejorar su salud. Puedo entender que sea difícil, pero si usted lo desea, puedo ayudarlo”. “¿Conoce los riesgos que implica fumar?, ¿se da cuenta del daño que le produce?” 2. Personalice el consejo que brinda. Por ejemplo, explique cómo el tabaquismo está relacionado a sus problemas de salud actuales, y cómo el dejar de fumar podría ayudarlo. Destaque los beneficios más importantes. 3. Documente que se ha brindado consejo 4. Reitere el consejo las veces que sea necesario teniendo en cuenta que generalmente las personas hacen varios intentos de abandono antes de lograrlo definitivamente
<b>C</b> Apoyo para la cesación	Hay dos opciones: 1. Dar apoyo: todos los profesionales de la salud deben brindar apoyo. El apoyo incluye aconsejar al fumador sobre las ventajas de la abstinencia total, proveer de estrategias prácticas para lograr el cambio conductual, disponer de medicación para ayudar a sobrellevar los síntomas de la abstinencia y coordinar una consulta de seguimiento a corto plazo 2. Derivar: trabajadores de la salud sin experiencia o sin disponibilidad de tiempo para dar apoyo para la cesación, luego del consejo, deberán derivar a los fumadores a servicios especializados en cesación de tabaquismo. Es conveniente entregar al paciente un listado con los datos de las unidades de cesación disponibles.

Tomado de guía nacional para el abordaje del tabaquismo. Uruguay 2009

Anexo 2: Evaluación de la dependencia física nicotínica

<b>TEST DE FAGERSTRÖM</b>		
<b>Estas preguntas están dirigidas a evaluar el grado de dependencia a la nicotina</b>		
¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día?	>30	3
	21-30	2
	11-20	1
	<11	0
¿Fuma más en las primeras horas tras levantarse que en el resto del día?	SI	1
	NO	0
¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?	<5 minutos	3
	6-30 minutos	2
	31-60 minutos	1
	>60 minutos	0
¿Qué cigarrillo le es más difícil omitir?	El 1º	1
	Otro	0
¿Le es difícil no fumar donde está prohibido?	SI	1
	NO	0
¿Fuma si está tan enfermo que ha estado en cama la mayor parte del día?	SI	1
	NO	0
<b>Interpretación del puntaje (sumatoria)</b>		
Dependencia leve	0 a 3	
Dependencia moderada	4 a 6	
Dependencia fuerte	7 a 10	

Tomado de guía nacional para el abordaje del tabaquismo. Uruguay 2009

### Anexo 3: Información sobre uso de Terapia de Reemplazo Nicotínico

<p><b>Todos las TRN</b></p>	<p><u>Contraindicaciones:</u>Eventos vasculares agudos en las últimas 2 semanas: IAM, accidente cerebrovascular, arteriopatía obstructiva crónica de MMII sintomática severa. Hipersensibilidad a la nicotina. Úlcera gastro - duodenal aguda.</p> <p><u>Para goma de mascar:</u> lesiones oro-faríngeas, artritis timporo maxilar</p> <p><u>Precauciones:</u> Embarazo y lactancia (ver grupos especiales) Adolescentes (ver grupos especiales) Hipertensión arterial descontrolada Hipertiroidismo</p>
<p><b>Parches transdérmicos</b></p>	<p>Parches transdérmicos Presentación en Uruguay: parches de 24 hs de duración, de 3 concentraciones: 7, 14 y 21 mg. Venta con prescripción médica.</p> <p>Modo de uso: No se debería iniciar el tratamiento con el paciente fumando. Se usa un parche por día, en zona de piel no pilosa, rotando el sitio de colocación. Deben usarse al menos por 8 semanas. La dosis inicial se elige según del grado de dependencia.</p> <p>En pacientes que fuman más de 20 cig/día se recomienda iniciar con parches de 21 mg. durante 1 mes y utilizar las dosis progresivamente menores en los 2 meses siguientes.</p> <p>Ventajas: fácil de usar. Mantiene un nivel constante de nicotina en sangre.</p> <p>Efecto secundario: el más frecuente es la irritación de la piel.</p>
<p><b>Goma de mascar</b></p>	<p>Presentación en Uruguay: goma de mascar de 2 y 4 mg. Venta libre.</p> <p>Modo de uso: se puede iniciar con el paciente fumando en sustitución de los cigarrillos. Si fuma más de 25 cig/día se usan chicles de 4 mg, si consume menos de 25 cig/día se usan chicles de 2 mg. Con un máximo de 24 piezas por día en ambos casos. Se distribuyen regularmente durante el día y/o cuando aparece el deseo de fumar. El tratamiento debe mantenerse al menos 8 semanas.</p> <p>Cada pieza debe masticarse lentamente y “estacionarse” en la mejilla en períodos regulares, durante 40 minutos. El uso incorrecto de estos productos puede causar efectos secundarios. Debe evitarse la ingesta concomitante de bebidas o alimentos.</p> <p>Ventajas: puede usarse a demanda en los</p>

	momentos de mayor necesidad. Efectos secundarios: irritación orofaríngea, gástrica, náuseas, hipo.
<b>Tratamiento combinado</b>	La combinación de parches y goma de mascar aumenta la tasa de abstinencia en pacientes con dependencia severa. De esta forma, los usuarios reciben un suplemento de nicotina constante mediante el parche y pueden obtener un pico rápido de nicotina mediante la goma de mascar.

Tomado de guía nacional para el abordaje del tabaquismo. Uruguay 2009