



Estatus tabáquico en pacientes revascularizados, asistidos en el Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay, abril-noviembre 2018.

Autores

- Palermo Antonella -
- Pereira Ignacio -
- Rodriguez Yenny -
- Tairovich Jeremy -
- Torres Negreira Alfonsina -
- Trezza Santiago -

Tutoras: Asist. Dra. Pippo A, Prof. Agda. Dra. Llambí L.

Unidad de Tabaquismo, Unidad de Prevención Cardiovascular Secundaria, Clínica Médica A, Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”.

15/10/2018

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| <i>RESUMEN</i> | 2 |
| <i>INTRODUCCIÓN</i> | 3 |
| Antecedentes | 4 |
| <i>OBJETIVO GENERAL</i> | 6 |
| <i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i> | 6 |
| <i>METODOLOGÍA</i> | 6 |
| Diseño de estudio | 6 |
| Criterios de inclusión/exclusión | 6 |
| Variables | 6 |
| Universo de estudio | 8 |
| Técnicas para recolección de datos | 8 |
| <i>RESULTADOS</i> | 9 |
| <i>DISCUSION</i> | 13 |
| <i>CONCLUSIÓN:</i> | 15 |
| <i>BIBLIOGRAFÍA</i> | 16 |
| <i>ANEXO</i> | 18 |

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El tabaquismo es la principal causa de enfermedad y muerte evitable a nivel mundial. El consumo de tabaco es responsable aproximadamente del 25% de la cardiopatía isquémica a nivel mundial. El primer año de abstinencia la incidencia de infarto agudo de miocardio disminuye en un 50%.

OBJETIVOS: Conocer el estatus tabáquico de pacientes con cardiopatía isquémica, que recibieron tratamiento de revascularización coronaria, en la Unidad de Prevención Cardiovascular Secundaria del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”.

MATERIALES Y METODOS: Se realizó un estudio observacional prospectivo de corte transversal entre julio y agosto del 2018. Se tomó una muestra aleatorizada de 143 pacientes, usuarios de la Unidad de Prevención Secundaria del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”.

RESULTADOS: De 76 pacientes encuestados la media de edad fue 64 ± 8 (DE) años, 69,7% fueron hombres. Del total, 67% eran ex fumadores, 9,2% fumadores, 21% no fumadores y 2,6% en abstinencia. Dentro de los fumadores el 100% recibieron consejería para cesación. Del total de pacientes que fumaban al momento del cateterismo un 72,7% pertenecía al subgrupo de los ex fumadores. **73,3% de los exfumadores refiere haber logrado la cesación en el primer intento** y 4 de los fumadores (6,7%) logró la abstinencia en algún momento.

CONCLUSIÓN: La frecuencia de tabaquismo es menor en la muestra estudiada que en la población general. La mayoría de los pacientes revascularizados que se atienden en la UPS se encuentran en etapa de mantenimiento.

PALABRAS CLAVE: Tabaquismo. Estatus tabáquico. Cardiopatía isquémica.

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es una enfermedad epidémica y una de las mayores amenazas para la Salud Pública, de curso crónico y naturaleza adictiva que determina recaídas frecuentes y que para el año 2020 causará aproximadamente diez millones de defunciones anuales⁽¹⁾⁽²⁾.

La prevalencia total de consumo de tabaco entre hombres y mujeres en nuestro país al año 2017 es del 20,9%(3). Ser fumador es un factor de riesgo cardiovascular modificable, su importancia radica que en nuestro país la principal causa de morbimortalidad es la cardiovascular⁽⁴⁾.

En Uruguay se estiman 32.000 muertes anuales y alrededor de 6.500 son atribuibles al cigarro⁽¹⁾. Los consumidores de tabaco que mueren prematuramente, privan a sus familias de ingresos, aumentan el costo de la atención sanitaria y dificultan el desarrollo económico⁽⁵⁾.

El humo del tabaco contiene más de 45.000 productos químicos, de los cuales se sabe que al menos 250 son nocivos, y más de 50 causan cáncer. Las dos moléculas directamente relacionadas con la aparición de las complicaciones circulatorias son el monóxido de carbono (CO) y la nicotina⁽⁶⁾. La nicotina, causa un efecto tóxico directo en las células endoteliales, un cigarrillo aumenta la presión arterial (PA) en 6%, la frecuencia cardíaca en 14% y el índice cardíaco en 16%. También incrementa la viscosidad sanguínea y provoca alteraciones en la función y hemostasis de la agregación plaquetaria⁽⁷⁾.

Fumar un cigarrillo aumenta la activación plaquetaria más de cien veces. Crónicamente, el cigarrillo incrementa la producción de factor del crecimiento derivado de las plaquetas; es un favorecedor aterógeno del crecimiento de células del músculo liso, incrementa marcadores de activación y de hiperreactividad plaquetaria, como prostanoïdes proagregantes, tromboxano B2, tromboxano A2, prostanglandina F1alfa, factor plaquetario betatromboglobulina, aumenta el fibrinógeno y el factor VII⁽⁷⁾.

El tabaquismo se asocia a niveles más elevados de ácidos grasos libres, triglicéridos y colesterol total, colesterol LDL y VLDL, con reducción de colesterol HDL constituyendo un perfil lipídico más aterogénico. Además la nicotina, al aumentar la actividad del sistema nervioso simpático, favorece la oxidación de las moléculas de LDL, que son un elemento fundamental para el desarrollo de las placas de aterosclerosis⁽⁶⁾.

Un estudio realizado en 2010 evidenció que las dos causas más importantes de años de vida perdidos por discapacidad son la cardiopatía isquémica y el EPOC. Al sumar los años de vida perdidos por muerte prematura y los años de vida perdidos por discapacidad, surge que las enfermedades que más contribuyen a los años de vida saludables perdidos son las de causa vascular (cardíacas y encefálicas) y el EPOC, ambas vinculadas con el consumo de tabaco⁽⁸⁾.

Fumar es el factor de riesgo más importante para cardiopatía isquémica y su consumo es responsable de aproximadamente el 25% de esta patología a nivel mundial⁽⁴⁾. En pacientes con cardiopatía isquémica, el cese del tabaquismo reduce el riesgo de reincidencia de infarto en un 50%⁽⁹⁾.

También se sabe que el tabaco no actúa solo como factor de riesgo en el inicio de la enfermedad, sino también como uno de los principales causantes de re-estenosis en angioplastias y bypass coronario⁽¹⁰⁾.

El cigarrillo está asociado con incremento del riesgo de vasoespasmo y aumento en la rigidez de las pequeñas y largas arterias epicárdicas. Disminuye la velocidad del flujo coronario, a pesar de un incremento de la demanda de oxígeno miocárdica, incluso en individuos sin aterosclerosis previa. Las cifras tanto del antígeno de factor de Von Willebrand (específico de lesión endotelial), como óxido nítrico (sustancia vasodilatadora) son anormales en fumadores en comparación con no fumadores⁽⁷⁾.

Las leyes contra el humo protegen la salud de los no fumadores, son bien acogidas, no perjudican a los negocios y animan a los fumadores a dejar de fumar. El 18% de la población mundial, están protegidas por leyes nacionales integrales sobre espacios sin humo⁽⁵⁾⁽²⁾, Uruguay en 2006 se convierte en el primer país 100% libre de humo de tabaco de las Américas y a partir de ese año se observa una inmediata y sustancial disminución de ingresos hospitalarios por IAM⁽¹¹⁾.

El aumento de la esperanza de vida es por tanto uno de los elementos que ha influido en el incremento de la incidencia y prevalencia de cardiopatía isquémica en la población general⁽¹²⁾. Los esfuerzos en prevención deben realizarse durante toda la vida, desde el nacimiento (o incluso antes) hasta la edad avanzada. Las estrategias preventivas para la población general y para los grupos de alto riesgo deben ser complementarias; un enfoque limitado únicamente a personas de alto riesgo será menos efectivo; por eso siguen siendo necesarios programas de educación de la población⁽¹²⁾.

Antecedentes

Diversos estudios revelan que son pocas las personas que comprenden los riesgos específicos para la salud que acarrea el consumo de tabaco. La mayoría de los fumadores conscientes de las consecuencias desean dejarlo. El asesoramiento y la medicación pueden duplicar la probabilidad de que un fumador que desea abandonar el tabaco lo consiga⁽⁵⁾.

La tasa de abandono espontáneo luego de un evento agudo cardiovascular es elevada, sin embargo sólo poco más de un 50% de ellos permanecerá abstinentes a los tres meses del alta hospitalaria⁽¹⁰⁾.

Morchón et al, estudiaron la efectividad de una intervención de deshabituación tabáquica en pacientes con patología cardiovascular, y evidenció que la única variable significativa para la recaída a los 12 meses independientemente de la enfermedad de base, fue una actitud precontemplativa, OR 1,33 (IC 95%: 1,13;1,56) OR* 1,36 (IC 95% 1,16;1,61)⁽¹⁰⁾.

Otro estudio realizado que evaluaba la actitud y eficacia de la utilización de estrategias de apoyo para el abandono del tabaquismo en pacientes con cardiopatía isquémica, demostró que la cesación de los pacientes tras un síndrome coronario agudo (SCA) es escasa y su tasa de éxito es baja. Estos datos refuerzan la necesidad de que los médicos de prevención secundaria aborden medidas estrictas para la vigilancia del tabaquismo⁽¹³⁾.

Sin embargo, es un hecho conocido que el equipo de salud no interviene en forma sistemática para lograr la cesación tabáquica, determinando oportunidades perdidas para lograr la abstinencia en momentos de alta motivación de los pacientes. En nuestro medio, un estudio de Pippo y colaboradores⁽¹⁴⁾ mostró que del 55% de pacientes recibió algún tipo de intervención para dejar de fumar, un 62,5% recibió consejo breve y sólo un 35% fue derivado a una unidad de tabaquismo, durante una internación en cuidados moderados en el Hospital de Clínicas.

A partir de dicho estudio surge la interrogante de conocer el grado de intervención para la cesación tabáquica de los pacientes revascularizados en seguimientos en UPS. Es por eso que realizar el presente estudio ayudará a mejorar e intensificar el abordaje de los pacientes que recibieron por parte del sistema de salud un procedimiento de medicina altamente especializado y que se encuentran en una estrategia de prevención secundaria intensiva de control de otros factores de riesgo cardiovasculares.

OBJETIVO GENERAL

Conocer el estatus tabáquico y las variables asociadas al mismo, de pacientes con cardiopatía isquémica, que recibieron tratamiento de revascularización coronaria y que se asisten en la Unidad de Prevención Cardiovascular secundaria (UPS) del Hospital de Clínicas (HC).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la frecuencia de tabaquismo en la población estudiada mediante auto reporte y medición biológica de CO espirado.
- Caracterizar variables asociadas al consumo de tabaco de la población estudiada.
- Determinar la frecuencia de intervención para la cesación.
- Conocer frecuencia de recaídas luego del evento coronario.

METODOLOGÍA

Diseño de estudio

Se realizó un estudio observacional prospectivo de corte transversal, a una muestra aleatorizada de 143 pacientes de la UPS del HC “Dr. Manuel Quintela”. El estudio se desarrolló en el tiempo comprendido entre abril y octubre del 2018.

Criterios de inclusión/exclusión

El criterio de inclusión para este estudio fue ser paciente de la policlínica de UPS del HC asistidos en 2016. Los criterios de inclusión de la UPS son:

- Haber recibido tratamiento de revascularización miocárdica antes de los 7 años.

Criterio de exclusión: no deseo de participar.

Variables

- Demográficas: edad, sexo, nivel educativo.
- Asociadas al tabaquismo: estatus tabáquico, determinación del CO exhalado, dependencia de nicotina test de Fagerström (ver anexo 1), motivación clasificación Prochaska y Di Clemente (ver anexo 2) asistencia a unidad de tabaquismo, recaída, abstinencia.
- Antecedentes personales de interés: cardiopatía isquémica, revascularización coronaria.

Definiciones operacionales

- Revascularización coronaria: se consideró a la intervención coronaria percutánea o la intervención quirúrgica con injerto venoso o arterial⁽¹⁵⁾
- Hipertensión: se consideró hipertenso a quien presente cifras de presión sistólica ≥ 140 mmHg y/o cifras de presión diastólica ≥ 90 mmHg⁽¹⁶⁾.
- Diabetes mellitus: se consideró diabético a quien:
 - Posee síndrome diabético precoz + glicemia > 200 mg/dL ó;
 - Glicemia en ayuno > 126 mg/dL en dos oportunidades ó;
 - Glicemia > 200 mg/dL a las dos horas de realizada una PTOG⁽¹⁷⁾.
 - Dislipemia: se considera dislipémico a quien un colesterol total y colesterol LDL ≥ 200 mg/dL y > 130 mg/dL respectivamente⁽¹⁸⁾.
- EPOC: se consideró paciente EPOC a quien:
 - Presente disnea, tos crónica o expectoración y/o antecedentes de exposición a cualquiera de los factores de riesgo de la enfermedad.
 - Prueba espirométrica que evidencie un cociente FEV1/FVC $< 0,70$ tras la prueba broncodilatadora⁽¹⁹⁾.
- Estatus tabáquico: la clasificación utilizada en la Guía Nacional para el Abordaje del Tabaquismo⁽¹⁾ utiliza las siguientes definiciones:
 - Fumador: persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo en los últimos seis meses.
 - Fumador diario: persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo al día, durante los últimos 6 meses.
 - Fumador ocasional: persona que ha fumado menos de un cigarrillo al día, así mismo se lo debe considerar como fumador.
 - Ex fumador: persona que habiendo sido fumador, se ha mantenido en abstinencia al menos por los últimos 6 meses. (manual nacional de abordaje de tabaquismo en el primer nivel de atención).
 - No fumador: persona que nunca ha fumado o ha fumado menos de cien cigarrillos en toda su vida.
 - Recaída: es la reincidencia del consumo de tabaco.
 - Abstinencia: se define paciente en abstinencia a todo aquel que ha dejado de fumar por más de una semana, pero aun no supero los seis meses de cese.
 - Cooximetría: medición que permite medir el monóxido de carbono (CO) en el aire espirado en partes por millón (ppm) y por ciento de

carboxihemoglobina (HbCO), se consideró como punto de corte menor a 8 ppm.

- Dependencia física a la nicotina: se determinó a través del test de Fagerström (anexo 1), el cual clasifica a los pacientes en:
 - Dependencia leve: 0-3.
 - Dependencia moderada: 4-6.
 - Dependencia fuerte: 7-10.
- Motivación: se evaluará mediante el test de Prochaska y Diclemente (anexo 2) que los clasifica en
 - No preparados: Pacientes que no han considerado hasta el momento el abandono del tabaquismo.
 - Preparables: Pacientes que ya están pensando en la posibilidad del abandono aunque todavía tienen una gran ambivalencia.
 - o Preparados: Pacientes que ya han decidido dejar de fumar.

Universo de estudio

El tamaño muestral se obtuvo mediante la utilización del software libre OpenEpi de Emory University. El análisis de datos se realizó con Software SPSS versión 22.6 (licencia gratuita por 15 días). Para una población asistida durante 1 año en la UPS de 339 pacientes y una frecuencia de tabaquismo de 20%, el tamaño muestral obtenido es de 143 pacientes con un IC de 95%.

Se realizó un muestreo aleatorio simple utilizando un listado enumerado de acuerdo al orden de la asistencia a la policlínica durante el año 2016. Se eligieron las unidades pares secuenciales y tomando como reemplazo las impares.

Técnicas para recolección de datos

Para la recolección de los datos se utilizó una encuesta (anexo 3), desarrollada y realizada telefónicamente por los estudiantes de pregrado de la carrera de Doctor en Medicina, Ciclo Metodología Científica II, autores de este proyecto. Los datos obtenidos fueron procesados en una planilla de cálculos (OpenOffice). Previo obtención de consentimiento informado.

Aspectos éticos

Se declara que el grupo de investigación está libre de conflictos de intereses. El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”.

RESULTADOS

De un total de 143 pacientes 63 no respondieron la encuesta telefónica, de los 80 restantes; 2 se encontraban fallecidos, 2 no desearon participar, obteniendo un total de 76 encuestas completas.

De los participantes encuestados, 53 (69,7%) eran hombres y 23 (30,3%) mujeres. La media de edad fue de 64 años con un desvío estándar (DE) de 8,32 años. 40 pacientes (52,6%) tienen primaria completa y 19 (25%) alcanzó bachillerato.

En la muestra obtenida se encontró que 51 (67,1%) eran ex fumadores, 16 (21,1%) no fumadores, 7 (9,2%) fumadores y 2 (2,6%) en abstinencia. Al momento del procedimiento 33 (43,4%) eran fumadores, 16 (21%) eran no fumadores y 27 (35,5%) eran ex fumadores

De los factores de riesgo cardiovasculares indagados en la encuesta, 30 (39,5%) son diabéticos, 58 (76,3%) dislipémicos y 65 (85,5%) hipertensos. 9 (11,8%) declararon tener diagnóstico de EPOC (Tabla 1).

Tabla 1 - Características basales y generales según el estatus tabáquico de la población estudiada.

| VARIABLES | FRECUENCIA ABSOLUTA | ESTATUS TABÁQUICO | | | |
|-----------------------------|---------------------|-------------------|-----------|------------|-------------|
| | | No fumador | Fumador | Ex Fumador | Abstinencia |
| Sexo | | | | | |
| – Masculino | 69,7% (53) | 62,5% (10) | 85,7% (6) | 70,6% (36) | 50% (1) |
| – Femenino | 30,3% (23) | 37,5% (6) | 14,3% (1) | 29,4% (15) | 50% (1) |
| Nivel de Instrucción | | | | | |
| – Primaria Incompleta | 13,2% (10) | 18,2% (2) | 0% (0) | 14,2% (8) | 0% (0) |
| – Primaria completa | 52,6% (40) | 81,8% (9) | 14,3% (1) | 50% (28) | 100% (2) |
| – Secundaria incompleta | 5,3% (4) | 0% (0) | 14,3% (1) | 5,4% (3) | 0% (0) |
| – Secundaria completa | 25% (19) | 0% (0) | 71,4% (5) | 25% (14) | 0% (0) |
| – Otros | 3,9% (3) | 0% (0) | 0% (0) | 5,4% (3) | 0% (0) |
| Diabetes | 39,5% (30) | 37,5% (6) | 57,1% (4) | 37,3% (19) | 50% (1) |
| Dislipemia | 76,3% (58) | 62,5% (10) | 85,7% (6) | 78,4% (40) | 100% (2) |
| HTA | 85,5% (65) | 81,3% (13) | 100% (7) | 84,3% (43) | 100% (2) |
| EPOC | 11,8% (9) | 0% (0) | 42,9% (3) | 11,8% (6) | 0% (0) |
| Revascularización | | | | | |
| – Stent | 64,4% (49) | 63,6% (7) | 71,4% (5) | 64,3% (36) | 50% (1) |
| – Bypass | 13,2% (10) | 9,1% (1) | 0% (0) | 16,1% (9) | 0% (0) |
| – Ambos | 22,4% (17) | 27,3% (3) | 28,6% (2) | 19,6% (11) | 50% (1) |

Según el Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y Diclemente, de los 7 (9,2%) fumadores, 5 (6,6%) se encontraba en etapa de precontemplación y 2 (2,6%) en contemplación. La etapa en la que se encontraron más pacientes fue en la de mantenimiento con un total de 51

pacientes (67,1%). Los 16 pacientes restantes (21,1%) son no fumadores a los cuales no corresponde aplicarles este modelo (*Tabla 2*).

Al momento del cateterismo fumaban 33 pacientes (43,4%) (*Ver gráfica 1*), de los cuales 24 (72,7%) son actualmente ex fumadores, 2 (6%) pacientes se encuentran en etapa de mantenimiento y 7 continúan fumando actualmente (21,7%) (*Ver gráfica 2*). 8 pacientes (10,5%) refirieron haber tenido alguna recaída, de los cuales 7 (87,5%) son ex fumadores actualmente.

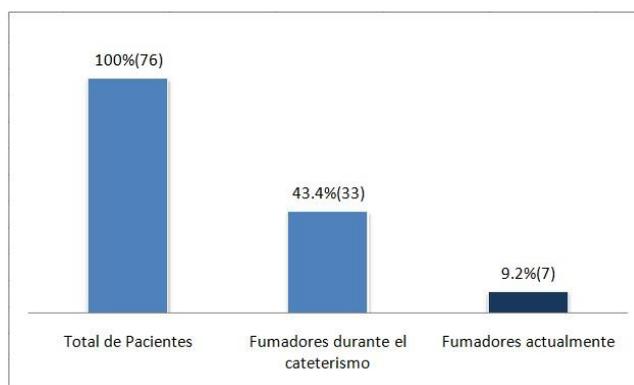
Tabla 2 - Frecuencias de etapa de cambio de Prochaska y Diclemente

| | Frecuencia Absoluta | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|----------------------------|-------------------|-----------------------------|
| Precontemplación | 5 | 6,6 | 27,6 |
| Contemplación | 2 | 2,6 | 30,3 |
| Acción | 2 | 2,6 | 32,9 |
| Mantenimiento | 51 | 67,1 | 100 |

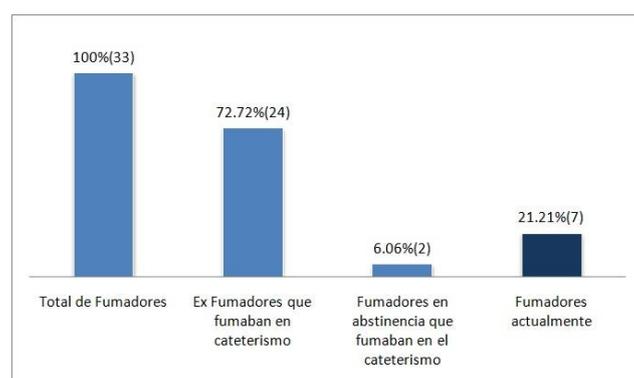
Con respecto a las estrategias para abordar el cese del tabaquismo, se consideró a los pacientes catalogados dentro de los subgrupos fumadores, ex fumadores y fumadores en abstinencia. 13 pacientes (17,1%) fueron derivados a Unidad de Tabaquismo y dentro de este grupo 4 (30,8%) corresponde a los fumadores y 9 (69,2%) ya son actualmente ex fumadores o fumadores en abstinencia.

De los pacientes derivados a Unidad de Tabaquismo 11 (18,3%) concurrieron a la misma. 3 pacientes del subgrupo de fumadores (37,5%) refirió haber recibido tratamiento farmacológico para lograr la cesación, dentro de los ex fumadores recibieron 4 (50%) y 1 paciente de los fumadores en abstinencia (12,5%). El tratamiento conductual fue indicado a 10 pacientes (16,7%), 2 del subgrupo fumadores, a 7 pacientes del subgrupo de ex fumadores y a 1 fumador en abstinencia.

44 de los pacientes ex fumadores (73,3%) refirieron haber logrado la cesación de tabaquismo al primer intento y se observó que dentro del grupo de fumadores, 4 habían logrado la abstinencia en algún momento (6,7%). Del total de fumadores, 3 (5,3%) nunca logró la abstinencia.



Grafica 1. Frecuencia de fumadores antes y después del cateterismo.



Grafica 2. Estatus tabáquico actual de pacientes fumadores al momento del cateterismo.

Relacionando el número de infartos y el estatus tabáquico, se documentó un infarto en 3 pacientes (42,9%) de los fumadores y más de un infarto en 4 (57,1%) (Tabla 3). Dentro del subgrupo de pacientes “1 IAM” se incluyó también a aquellos que fueron revascularizados por presentar manifestaciones clínicas sin constituir un IAM per se. Dentro de los no fumadores, ex fumadores y fumadores en abstinencia se observó que 44 (63,8%) tienen un infarto y 24 (36,2%) tienen más de un infarto. Sin embargo, a pesar de que los fumadores tenían mayor proporción de más de un infarto, no se alcanzó significancia estadística.

Tabla 3 - Estatus tabáquico y número de infarto.

| Estatus Tabáquico | 1 IAM | > 1 IAM |
|-------------------|------------|------------|
| No fumador | 63,6% (7) | 36,4% (4) |
| Fumador | 42,9% (3) | 57,1% (4) |
| Ex Fumador | 62,5% (35) | 37,5% (21) |
| Abstinencia | 100% (2) | 0% (0) |

Tabla 4 – Análisis de la varianza. Número de infarto según estatus tabáquico.

| | Suma de cuadrados | Gl | Media Cuadrática | F | Sig. |
|------------------|-------------------|----|------------------|-------|-------|
| Entre grupos | 4,651 | 3 | 1,550 | 1,592 | 0,199 |
| Dentro de grupos | 70,138 | 72 | 0,974 | | |
| Total | 74,789 | 75 | | | |

DISCUSIÓN

En esta población de estudio se encontró mayor proporción de hombres (69,7%) que mujeres (30,3%) con una media de edad de $64 \pm DE 8$ años. La mayoría de los pacientes estudiados poseían como nivel de instrucción, primaria completa (52,6%).

La muestra no refleja la realidad internacional de que a mayor nivel de instrucción, mayor nivel de cese de tabaquismo⁽⁹⁾, dado que los fumadores de nuestra población tiene mejor nivel de instrucción que los exfumadores, 27 de los ex fumadores (49,1%) tienen primaria incompleta y 5 de los fumadores (71,4%) tiene secundaria completa. Esta diferencia podría explicarse por el tamaño de la muestra.

El porcentaje de fumadores (9,2%) se encuentra por debajo de la media poblacional registrada en Uruguay (20,9%)⁽³⁾, esto puede deberse a que los pacientes con ingreso hospitalario por enfermedades cardiovasculares son más receptivos al cese de tabaquismo⁽²⁰⁾. Dentro del porcentaje de fumadores, un 7,9% corresponden al sexo masculino y un 1,3% al femenino, esto concuerda con datos conocidos sobre la población general, se mantiene la relación de que el sexo masculino fuma más que el femenino⁽²¹⁾.

Comparando datos de un estudio realizado en sala de medicina interna del Hospital de Clínicas en el año 2016, el 62,5% de los pacientes recibieron consejo breve⁽¹⁴⁾. En el presente trabajo dentro del estatus fumadores y en abstinencia, el 100% recibió el consejo breve para la cesación por parte del médico tratante, siendo el consejo breve una herramienta efectiva, que aumenta los intentos de cesación tabáquica y las tasas de abstinencia. En contraste con el subgrupo de ex fumadores en el que se encontró que el 41,2% recibió consejo breve, esto puede explicarse entre otras variables porque la muestra de este subgrupo es mayor comparado con los fumadores y además el método “espontáneo” es la forma más frecuente de cesación del tabaquismo.

Relacionando el número de infartos con el estatus tabáquico, se encontró en los fumadores más proporción (57,1%) de sufrir más de un infarto en comparación con los subgrupos ex fumadores, no fumadores y en abstinencia (35,6%). Estos resultados se correlacionan con estudios previos que afirman que el cese de tabaquismo reduce el riesgo de reincidencia de infarto en un 50%⁽⁹⁾. Aun así no se puede afirmar que existe relación entre el número de IAM y el estatus tabáquico en la muestra estudiada, dado que no fue significativo estadísticamente a un alfa 5%. Esto puede deberse a que los pacientes tienen otros FRCV que pueden estar actuando como variables de confusión y al tamaño muestral.

Del total de pacientes encuestados al momento del cateterismo, 33 pacientes fumaban (43,4%), actualmente ese porcentaje se redujo al 9,2%, (7 pacientes).

Un dato interesante de destacar es que no hay pacientes que hayan comenzado a fumar luego de la revascularización.

Según el Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y Diclemente, el 67,1% de los pacientes estudiados se encuentra en etapa de mantenimiento. Se atribuye esto al hecho de que la ocurrencia de un suceso vital estresante como lo es sufrir un evento coronario es un elemento motivador que influye positivamente en la cesación del tabaquismo⁽²⁰⁾. En contraste con datos del estudio de Mazo P. et all. en el que la tasa de cesación tras un SCA es baja y la tasa de éxitos también, el 15% de los pacientes que abandonan el tabaquismo en los primeros meses tras un SCA recaen durante los meses siguientes⁽¹³⁾.

Este estudio tiene múltiples limitantes, entre ellas y la principal es la utilización de información reportada por el paciente que no se corroboró con la historia clínica, por lo tanto dichos datos puede estar sujetos a sesgo de información.

Otra debilidad es que se trabajó con una muestra reducida debido a que se tomó la cohorte de pacientes asistidos durante el año 2016. A su vez, de la muestra necesaria para este estudio, no se obtuvo respuesta telefónica de un 44% lo que podría ser explicado por la falta de actualización de los datos de contacto y por el método elegido para la recolección de datos mediante encuesta telefónica.

Desde el equipo de investigadores no se pudo cumplir con la medición biológica de CO₂ espirado. Esta no fue posible debido a dificultades metodológicas y por el corto periodo de tiempo de recolección de datos.

Una fortaleza fue realizar un estudio descriptivo acerca del estatus tabáquico actual de pacientes en una unidad de prevención cardiovascular secundaria sin precedentes en Uruguay. El carácter prospectivo, y la selección aleatoria de los pacientes también dan la fortaleza a los resultados. A punto de partida de este estudio, se pueden plantear posibles intervenciones que permitan modificar este factor de riesgo cardiovascular en una población específica como es el caso de la población estudiada.

CONCLUSIÓN:

Según los datos obtenidos, se concluye que la frecuencia de tabaquismo es menor en la muestra estudiada que en la población general. Muchos dejan de fumar luego del procedimiento de revascularización.

Con respecto al Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y Diclemente, la mayoría de los pacientes revascularizados que se atienden en la UPS se encuentran en etapa de mantenimiento.

En el grupo de pacientes que logró la abstinencia, no se observaron recaídas. Todos los pacientes que fuman recibieron el consejo breve.

Para estudios complementarios sería positivo la realización de cooximetría para validar el estatus tabáquico de los exfumadores y como método de validación de datos aportados por los pacientes acceder a las historias clínicas con el fin de corroborar antecedentes personales y disminuir con ello los sesgos de información.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lorenzo A, Baraibar R, Melgar S, Parodi DC, Gambogi R, Cenández A, et al. Guía Nacional para el Abordaje del Tabaquismo [Internet]. 2009. 114 p. Available from: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Guía Nacional para el Abordaje del Tabaquismo..pdf>
2. MD EE, MD BG, MD AB, MD JG-M. Uruguay libre de humo de tabaco ... 2nd ed. Montevideo: Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular; 2007. 76 p.
3. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Continua de Hogares. Montevideo; 2018.
4. Morbilidad y Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en el Uruguay 2013 - 2014 Área de Epidemiología y Estadística [Internet]. Montevideo; Available from: http://www.cardiosalud.org/files/documents/morbilidad_2013_y_mortalidad_2014.pdf
5. Organización Mundial de la Salud. Tabaco [Internet]. 9 de marzo de 2018. 2018 [cited 2018 May 21]. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
6. Z FL, S KPSEÓN, Históricos A. CARDIOVASCULAR GLOBAL SMOKING ROLE IN GLOBAL CARDIOVASCULAR RISK. 2012;23(6):699–705.
7. Marin Fernando, Prada Martina. Relación del tabaquismo como factor de riesgo para el tipo de evento coronario agudo (IAM vs. angina inestable) en 1.592 pacientes. 2003 [cited 2018 Oct 2];7(10):391–9. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcca/v10n7/10n7a2.pdf>
8. Ministerio de Salud Pública Uruguay. Estudio de Carga Global de Enfermedad [Internet]. 1st ed. Montevideo; 2015. 70 p. Available from: <http://www.msp.gub.uy/publicación/estudio-carga-global-de-enfermedad>
9. Snaterse M, Deckers JW, Lenzen MJ, Jorstad HT, De Bacquer D, Peters RJG, et al. Smoking cessation in European patients with coronary heart disease. Results from the EUROASPIRE IV survey: A registry from the European Society of Cardiology. Int J Cardiol [Internet]. 2018 May 1 [cited 2018 Oct 5];258:1–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29544918>
10. Morchón S, Blasco JA, Rovira A, Arias CN, Ramón JM. Efectividad de una intervención de deshabituación tabáquica en pacientes con patología cardiovascular. Rev española Cardiol [Internet]. 2001;54(11):1271–6. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0300-8932\(01\)76496-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0300-8932(01)76496-2)
11. Sandoya E, Bianco E, Hyland A, Cummings M, Glantz SA, Sciences B, et al. HHS Public Access. 2015;23(6):471–2.
12. Carbonell San Román A, Segura de la Cal T, Zamorano Gómez JL. Cardiopatía isquémica. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado [Internet]. 2013 Jun 1 [cited 2018 Oct 2];11(36):2179–87. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0304541213705997>
13. Mazo P, Cosí J, Galve E, Cordero A, Bertomeu-marti V, Gui F De. Actitud y eficacia de los cardiólogos frente al tabaquismo de los pacientes tras un síndrome coronario agudo. 2012;65(8):719–25.
14. Pippo A, Llambi L, Parodi C, Barros M, Nuñez V, Silveira A, et al. Missed Opportunities of Tobacco Cessation Interventions in Hospitalized Patients. J Fam Med. 2016;3(9):1089.
15. Rozman Borstnar C, Cardellach F, Farreras Rozman. Medicina interna [Internet]. Elsevier; 2016 [cited 2018 Oct 2]. 2799 p. Available from: <https://tienda.elsevier.es/farreras-rozman-medicina-interna-9788490229965.html>
16. Miembros A, Giuseppe DT, Coordinador M, Fagard R, Bélgica C, Narkiewicz K, et al. Grupo de Trabajo para el manejo de la hipertensión arterial de la Sociedad Europea de Hipertensión. 2013;66(11).
17. American Diabetes Association. Diabetes Care. MD WTC, MD GB, MD LB, MD AJMB, MD DD, PhD M de G, et al., editors. Vol. 18. 2017. 148 p.

18. Sociedad Europea de Cardiología. Comentarios a la guía ESC / EAS 2016 sobre el tratamiento de las dislipemias Comments on the 2016 ESC / EAS Guidelines for the Management of Dyslipidemias. 2018;70(2):72–7.
19. Vogelmeier CF, Criner GJ, Martínez FJ, Anzueto A, Barnes PJ, Bourbeau J, et al. Informe 2017 de la Iniciativa Global para el Diagnóstico , Tratamiento y Prevención de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica : Resumen Ejecutivo de GOLD. 2017;53(3):128–49.
20. Na R, Clair C, Lf S. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients (Review). 2012;(5).
21. OMS, CDC, INE M. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (GATS) 2017. 2017;

ANEXO

Anexo 1: Test de Fagerstöm

1. ¿Cuánto tarda después de despertarse en fumar su primer cigarrillo?
 - Menos de 5 minutos (3)
 - De 6 a 30 minutos (1)
 - De 31 a 60 minutos (1)
 - Más de 60 minutos (0)
2. ¿Encuentra difícil abstenerse de fumar en sitios donde está prohibido, tales como: iglesias, bibliotecas, cine, etc.?
 - Si (2)
 - No (0)
3. ¿A qué cigarrillo odiaría más renunciar?
 - Al primero de la mañana (1)
 - A cualquier otro (0)
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
 - 10 o menos (0)
 - 11 a 20 (1)
 - 21 a 30 (2)
 - 31 o más (3)
5. ¿Fuma más a menudo durante las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día?
 - Si (1)
 - No (0)

Anexo 2: Test de Prochaska y Di Clemente

| Etapa del paciente | Tareas del terapeuta |
|---------------------------|--|
| Precontemplación | Aumento de la duda: Aumento de la percepción del paciente de los riesgos y los problemas de su conducta actual. |
| Contemplación | Inclinación de la balanza: Evoca las razones para cambiar y los riesgos de no cambiar; aumenta la autoeficacia para el cambio de la conducta actual. |
| Preparación | Ayuda al paciente a determinar el mejor curso de acción que hay que seguir para conseguir el cambio |
| Acción | Ayuda al paciente a identificar y utilizar las estrategias para prevenir una recaída |
| Mantenimiento | Ayuda al paciente a identificar y utilizar las estrategias para prevenir una recaída |
| Recaída | Ayuda al paciente a renovar el proceso de contemplación, determinación y acción sin que aparezca un bloqueo o una desmoralización debidos a la recaída |

Anexo 3: Encuesta telefónica

“Estatus tabáquico en pacientes con cardiopatía isquémica revascularizados, asistidos en la Unidad de Prevención Cardiovascular Secundaria del Hospital de Clínicas, Montevideo Uruguay, entre julio y agosto del 2018”.

- NOMBRE:
- C.I:
- SEXO: M ___ F___
- EDAD:
- NIVEL DE INSTRUCCIÓN:
 - Primaria incompleta: _____
 - Primaria completa: _____
 - Secundaria completa: _____
 - Bachillerato completo: _____
 - Otro (estudios universitarios, terciario, etc) _____
- ANTECEDENTES PERSONALES:
 - Diabetes: _____
 - Dislipemia: _____
 - HTA: _____
 - EPOC: _____
 - Antecedentes cardiovasculares
 - IAM (número): _____
 - Revascularización: Stent ___ Bypass ___
 - Fecha del primer procedimiento cardiológico: _____
- STATUS TABÁQUICO:
 - Ex Fumador ___ Fumador ___ No fumador ___ En abstinencia _____
 - Si la respuesta a fumador es SI: Fumador diario___ Ocasional ___
 - Al momento del primer cateterismo fumaba: SI ___ NO___
 - Si la respuesta anterior es SI: ¿Dejo de fumar alguna vez hasta ahora?
SI ___ NO ___
 - Si la respuesta anterior es SI: ¿Durante cuánto tiempo en días dejo de fumar?_____
 - Número de veces que logró abstinencia y días totales _____
Hasta el presente SI/NO
 - Dependencia a la nicotina (Test de Fargestöm)
 1. ¿Cuánto tarda después de despertarse en fumar su primer cigarrillo?
 - Menos de 5 minutos (3) _____
 - De 6 a 30 minutos (2) _____
 - De 31 a 60 (1) _____
 - Más de 60 minutos (0) _____
 2. ¿Encuentra difícil abstenerse de fumar en sitios donde está prohibido tales como: iglesias, bibliotecas, cine, etc.?
 - Si (1) _____
 - No (0) _____
 3. ¿A qué cigarrillo odiaría más renunciar?
 - Al primero de la mañana (1) _____

- A cualquier otro (0) _____
- 4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
 - 10 o menos (0) _____
 - 11 a 20 (1) _____
 - 21 a 30 (2) _____
 - 31 o más (3) _____
- 5. ¿Fuma más a menudo durante las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día?
 - Si (1) _____
 - No (0) _____
- Motivación (Test de Prochaska y Diclemente)
 - Precontemplación _____
 - Contemplación _____
 - Preparación _____
 - Acción _____
 - Mantenimiento _____
 - Recaída _____
- POST EVENTO:
 - Consejo breve de su médico para la cesación: Si ___ No___
 - Materiales de autoayuda SI/NO
 - Derivación a la Unidad de Tabaquismo
 - Asistencia a Unidad de Tabquismo: Si ___ No ___
 - (Llenar en caso de asistencia a Unidad de Tabquismo)
 - Tratamiento conductual _____
 - Tratamiento farmacológico _____
 - Ambas _____