

Tratamiento de la dependencia al tabaco: experiencia del Fondo Nacional de Recursos

DRAS. ELBA ESTEVEZ, ROSANA GAMBOGI, MAG. BIOL. GUSTAVO SAONA,
LICS. PSIC. ANA CENÁNZEZ, TANIA PALACIO

PALABRAS CLAVE:

TABAQUISMO
FACTORES DE RIESGO
CESE DEL TABAQUISMO

KEY WORDS:

SMOKING
RISK FACTORS
SMOKING CESSATION

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es una enfermedad adictiva socialmente aceptada aunque en los últimos años nuestra población ha tomado mayor conciencia de los riesgos asociados a esta conducta.

La mayoría de los fumadores cumple con los criterios diagnósticos de adicción o dependencia al consumo de sustancias establecidos en la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM IV) ⁽¹⁾. Por lo tanto, el tabaquismo, además de ser un factor de riesgo mayor para el desarrollo de diversas patologías, en particular afeciones cardiovasculares, constituye una enfermedad en sí misma.

El tabaquismo es un problema multifacético que afecta al individuo en sus dimensiones física, psicológica y social, afectación que a su vez se extiende a su familia y a la sociedad en su conjunto.

La exposición involuntaria al humo de tabaco ajeno causa enfermedad y muerte entre los no fumadores ⁽²⁻⁵⁾; en tal sentido, en Uruguay mueren unas 5.000 personas al año por enfermedades tabaco-dependientes ⁽⁶⁾, entre las cuales aproximadamente 10% son no fumadores.

El daño económico atribuible al consumo de tabaco supera los 200 millones de dólares anuales. Los gastos en salud ocasionados por el tratamiento de las enfermedades tabaco-dependientes duplican el ingreso anual por concepto de impuestos al tabaco y son solo el aspecto más visible de la gran carga económica que implica el consumo de tabaco a la sociedad ^(7,8).

PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA AL CONSUMO DE TABACO

En 2003, las autoridades del Fondo Nacional de Recursos (FNR) decidieron implementar diversos programas de prevención secundaria cardiovascular como forma de optimizar los recursos destinados al abordaje de dicha patología. En este marco, el Dr. Eduardo Bianco inició el Programa de Tratamiento de la Dependencia al Tabaco, orientado inicialmente a pacientes que habían sido tratados mediante revascularización coronaria. La concurrencia al mismo fue escasa inicialmente, por lo que el programa se amplió a la población general, la que fue convocada a través de una campaña en los medios de comunicación. Esto rápidamente se tradujo en una amplia concurrencia que obligó a ampliar el equipo de trabajo para poder dar cobertura a la misma y, a partir de julio de 2004, a escindir el programa en dos protocolos:

- Uno dirigido a pacientes con procedimientos financiados por el FNR.
- Otro abierto a la comunidad.

En 2005, el aumento de la demanda asistencial sobrepasó la capacidad operativa y logística del FNR para cubrir la totalidad de la misma, como respuesta se definió una nueva estrategia mediante la cual se pretendía extender el tratamiento del tabaquismo a pacientes de todo el país. De esa forma, además de mantener el programa propio que se continuó desarrollando en el FNR, se proporcionó apoyo a las instituciones asistenciales y no

asistenciales interesadas en implementar un programa de tratamiento del tabaquismo.

Este apoyo se efectivizó mediante dos estrategias:

- Capacitando a profesionales sanitarios en el tratamiento del tabaquismo y en cómo implementar programas de cesación en las instituciones.
- Estableciendo convenios con las instituciones por intermedio de los cuales el FNR provee en forma gratuita resínato de nicotina y bupropión para el tratamiento del tabaquismo, exigiendo como contrapartida que la institución ingresase los datos de los pacientes en la base de información del FNR.

A partir de esto se implementaron diversos programas de tratamiento del tabaquismo, donde cada grupo tuvo su modalidad propia de trabajo, estableciéndose como único requisito que los profesionales estuvieran debidamente capacitados y que trabajasen de acuerdo a lo establecido en la Guía Nacional de Abordaje del Tabaquismo del Ministerio de Salud Pública (MSP).

Se han realizado 15 cursos de capacitación de profesionales sanitarios, a los que han asistido 657 profesionales, incluyendo médicos, licenciados en psicología, en enfermería, en nutrición, en trabajo social y odontólogos. Actualmente están funcionando 130 grupos de trabajo pertenecientes a 45 instituciones que tienen convenio vigente.

De esta forma se generó un espacio de capacitación en el abordaje del tabaquismo en el seno del FNR y se conformó una red nacional de programas de tratamiento integrada por grupos radicados en los 19 departamentos del país. En la base de datos común, la que es gestionada por el FNR, se encuentran los datos clínicos de todos los pacientes tratados a nivel nacional, pudiendo acceder a la misma cada uno de los grupos para procesar su propia información.

Actualmente el FNR cumple un rol de coordinación, evaluación y apoyo a los grupos que trabajan en esta red, realizando evaluaciones periódicas de los resultados clínicos y de gestión con el objetivo de detectar oportunidades de mejora en el funcionamiento del programa en su conjunto. Asimismo se promueve la capacitación permanente de los equipos técnicos de dichos grupos, lo que se desarrolla en instancias específicas para tal fin.

En 2009, el grupo técnico del FNR colaboró en la elaboración de la primera Guía Nacional para el Abordaje del Tabaquismo, la que fue coordinada por el MSP y desarrollada por diversas organizaciones vinculadas al tratamiento de esta adicción. Esta guía contó con el consenso de todos los profesionales de la salud que en ese momento estaban trabajando en el tema.

BASES METODOLÓGICAS DEL TRATAMIENTO PROUESTO EN EL FNR

El objetivo del programa del FNR es disminuir la prevalencia de consumo de tabaco en la población del país. Esto incluye lograr el abandono del consumo de tabaco en los pacientes que solicitan ayuda, tratando la dependencia con estrategias de eficacia demostrada y disminuyendo el número de pacientes tratados que recaen en el consumo.

El abordaje se realiza mediante un programa multicomponente, el que incluye estrategias que intervienen en los diferentes aspectos de esta enfermedad (9,10).

El enfoque planteado tiene algunas particularidades:

- Tiende a la universalización del tratamiento, por lo cual no se establecen criterios de exclusión para ingresar a los grupos de apoyo.
- No fija una fecha para lograr la abstinencia (día D). Esta modalidad busca convocar a quienes quieren superar su dependencia al tabaco aunque no alcanzaron una gran motivación. En algunos individuos altamente dependientes, que son los que más ayuda requieren del sistema sanitario, fijar una fecha de abstinencia puede generar angustia, lo que dificulta la adhesión al tratamiento.
- No se establece una fecha de finalización del tratamiento, en el entendido de que una enfermedad crónica no permite definir un tiempo para alcanzar la estabilización.
- Se utiliza la modalidad de *preload* o precarga en el enfoque terapéutico-farmacológico. El comienzo del tratamiento farmacológico antes de iniciar la abstinencia busca disminuir la necesidad biológica de consumir nicotina, con lo cual no solo se facilita la disminución del consumo de cigarrillos sino también el cumplimiento de las

estrategias de control de estímulos. Esto incrementa la autoestima y la percepción de autocontrol^(14,15).

La propuesta de manejo del FNR implica los siguientes componentes:

1. Charla introductoria grupal, la que tiene un objetivo informativo y motivacional.
2. Tratamientos grupales con coordinación técnica. En estos se pone énfasis en el uso de herramientas cognitivo-conductuales con el objetivo de lograr el control gradual del consumo, la reestructuración cognitiva, el logro de la abstinencia y el mantenimiento de la misma a largo plazo⁽¹¹⁾.
3. Tratamiento farmacológico con resinato de nicotina bajo la forma de goma de mascar o chicle y bupropión^(12,13).

En base a estos tres componentes, el tratamiento del tabaquismo se realiza en tres fases:

- **Fase intensiva:** la que abarca los dos primeros meses de tratamiento e incluye un contacto semanal así como el mayor requerimiento de fármacos (la mayoría de las personas que logran la abstinencia lo hacen en esta etapa).
- **Fase de consolidación:** la que habitualmente se desarrolla entre el segundo y el sexto mes de tratamiento. En esta fase la concurrencia a las sesiones se hace más esporádica y los pacientes que alcanzan la abstinencia dejan de concurrir.
- **Fase de mantenimiento:** comienza a partir del sexto mes en adelante. La mayoría de los que siguen concurriendo han llegado a la abstinencia, lo hacen con menos frecuencia y en general ya no reciben fármacos. Esta etapa se acompaña del seguimiento telefónico a quienes no concurren a los controles.

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

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

PROGRAMA NACIONAL

Pacientes y métodos

Hasta fines de 2010 la red nacional incluyó a 21.527 pacientes tratados. Se estudió la población con ingreso al programa desde el 1º de julio de 2007 al 30 de junio de 2008, constituida por 4.279 pacientes. Se consideró la información obtenida en la entrevista inicial y en los controles con fecha hasta el 31 de agosto de 2010. Para la determinación de algunas de las variables, se tomó una muestra aleatoria estratificada no proporcional de 578 pacientes, representativa de la población general. Dicha muestra fue contactada telefónicamente.

Las variables para la estratificación fueron: tamaño del programa, medido en ingreso de pacientes por año, y el número de controles del paciente, siendo los estratos: 1) nº de contactos ≤ 3 y programa ≤ 50 pacientes; 2) nº de contactos > 3 y programa ≤ 50 pacientes; 3) nº de contactos ≤ 3 y programa > 50 pacientes; 4) nº de contactos > 3 y programa > 50 pacientes.

Se calculó el tiempo de tratamiento mediante el registro de controles de los pacientes de la muestra. Para determinar la duración del tratamiento se sumaron los días entre los controles sucesivos. Cuando el paciente tenía más de un período de controles sucesivos, se sumaron dichos lapsos.

También se discriminó el tiempo de tratamiento farmacológico con resinato de nicotina y bupropión, para obtener el tiempo de tratamiento con cada uno de ellos. Si algún intervalo de tiempo en el retiro de medicación fue mayor a 30 días, se lo consideró abandono de tratamiento y se le asignó cero día.

Las variables cualitativas son descritas mediante porcentajes y las cuantitativas con el cálculo de su media, mínimo y máximo.

En la estimación de proporciones y promedios se consideró el muestreo estratificado realizando las ponderaciones correspondientes a los tamaños de los estratos^(16,17).

Mediante regresión logística binaria (RLB) se analizaron cuáles fueron los factores predictivos (sexo, edad, escolaridad, procedencia, consumo al inicio, edad de inicio, logro de abstinencia previo, número de contactos y medicación) de la abstinencia al tabaco por un período de un año o más. En el modelo final la medicación fue codificada de la siguiente ma-

TABLA 1. PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS

Medicamentos	Frecuencia
Ninguno	28,9%
Nicotina en chicles	12,3%
Bupropión	5,9%
Bupropión y nicotina en chicles	52,9%
Total	100%

nera: 0: sin medicación; 1: resinato de nicotina; 2: bupropión; 3: resinato de nicotina y bupropión.

Para describir la bondad de ajuste del modelo RLB se calculó el test de Hosmer y Lemeshow (HL) y para determinar su capacidad predictiva el área de la curva ROC.

El nivel de confianza utilizado en las pruebas estadísticas fue de $\alpha=0,05$ y se utilizó para los análisis el programa STATA 12 (StataCorp LP).

Resultados

La población estaba integrada en su mayoría por mujeres (57,8%), la edad promedio fue de 45,6 años (mínimo 14 – máximo 85) y 48,4% vivía en Montevideo. La totalidad de los pacientes recibieron apoyo psicológico como parte del tratamiento de su tabaquismo, 71,1% recibió además tratamiento farmacológico durante un tiempo promedio de 100 días, recibiendo tratamiento combinado con chicles de nicotina y bupropión el 52,9% de la población (tabla 1).

Según los datos obtenidos con el control telefónico de la muestra mencionada, representativa del total de la población, el porcentaje de abstinencia puntual (últimos siete días) al momento del llamado fue 46,2% y 13,8% logró abstinencia mantenida por un año o más. Considerando los pacientes que efectivamente recibieron tratamiento, definido por un mínimo de cuatro controles en el programa, el porcentaje de abstinencia mantenida por un año asciende a 22,4% (figura 1).

Como es habitual en el tratamiento de esta adicción, el porcentaje de pacientes que abandonan precozmente el tratamiento es alto. En este programa el 40,7% de los pacientes abandonó el tratamiento antes del cuarto control, en ellos el porcentaje de abstinencia mantenida más de un año es similar a la población no tratada.

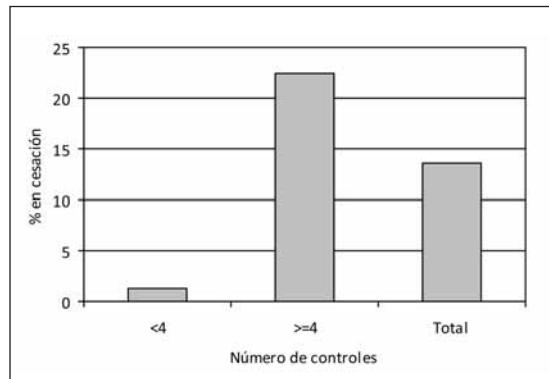


FIGURA 1. Abstinencia mantenida durante más de un año y número de controles

Las variables que tuvieron clara vinculación a la abstinencia al tabaco por un período de un año o más fueron el sexo femenino, el mayor número de controles en el seguimiento y el uso de fármacos para el tratamiento del tabaquismo (tabla 2). En el modelo de RLB, una variable con un OR mayor a 1 debe ser considerada como favorecedora de la obtención de abstinencia.

Según datos del International Tobacco Control Policy Evaluation Project (ITC), proyecto destinado a evaluar el cumplimiento de las políticas del Convenio Marco para el Control del Tabaco en todo el mundo, nuestro país fue el que tuvo el mayor porcentaje de fumadores que concurrieron o consultaron en clínicas de tratamiento de tabaquismo entre los 15 investigados en 2007 (figura 2) (18).

PROGRAMA DIRIGIDO A PACIENTES CON PROCEDIMIENTOS FINANCIADOS POR EL FNR

El programa asiste a los pacientes que han recibido algún procedimiento financiado por el FNR. Acceden por derivación de los médicos tratantes, solicitud espontánea del paciente o porque son contactados desde el programa.

El total de pacientes ingresados hasta el 31 de diciembre de 2010 fue de 1.620, de los cuales 442 asistieron a controles periódicos.

Se estudió la población que asistió a controles entre el 1º de junio de 2004 y el 31 de diciembre de 2010. La caracterización de ésta muestra algunas diferencias con la población general en cuanto a distribución por sexo y edad, predominando los hombres (74%), con una edad promedio de 58 años. Por otro lado presenta un elevado nivel de dependencia física (39,1% con test de Fagesröm >7) y 91,2% era portador de alguna enfermedad ta-

TABLA 2. RESULTADO DEL MODELO DE RLB, FACTORES PREDICTIVOS DE LA ABSTINENCIA MAYOR A UN AÑO.

	OR	Valor-p	IC95%
Sexo femenino	2,05	0,015	1,15 – 3,65
Nº contactos	1,10	<0,001	1,07 – 1,14
Medicamentos	1,83	<0,001	1,32 – 2,52

Se presenta el resultado del análisis cuando se considera la variable medicamento como cuantitativa continua. El área de la curva ROC fue 0,82 y el test H-L=6,57, valor p=0,76.

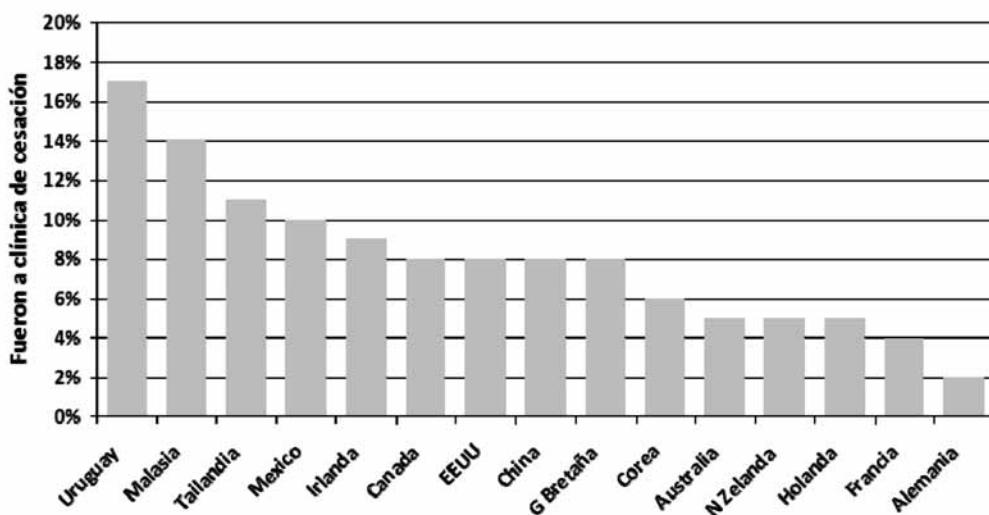


FIGURA 2. Concurrencia a clínicas de tratamiento de tabaquismo. Extraído de Borland R, col. Addiction. 2011 Augost.

baco-dependiente, en su mayoría cardiovascular. El porcentaje de abstinencia registrado en el último control fue de 34,4%, considerando como abstинente a quien no fumaba en la semana previa al último contacto establecido.

CONCLUSIÓN

Al cabo de siete años el programa de tratamiento del tabaquismo ha conseguido que un elevado porcentaje de los pacientes tratados mediante procedimientos cubiertos por el FNR abandonara dicha adicción, al tiempo que en su rama abierta a la comunidad ha promovido el tratamiento del tabaquismo en todo el país, capacitando profesionales en el tema y facilitando el acceso a fármacos mediante convenios con instituciones públicas y privadas, contribuyendo así a dar respuesta a las recomendaciones del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el

Control del Tabaco para de esa forma beneficiar a la salud de la población de nuestro país.

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Eduardo Bianco por sus valiosos aportes y sugerencias a nuestro manuscrito.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC, 1995.
2. McGinnis JM, Foege WH. Actual causes of death in the United States. JAMA 1993; 270: 2207-12.
3. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Rockville. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Mayo 2004. Disponi-

- ble en: <http://www.surgeongeneral.gov/library/smokingconsequences>
4. **California Environmental Protection Agency.** Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant: executive summary. Environmental Protection Agency.
 5. **U.S. Department of Health and Human Services.** The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Rockville. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Disponible en: <http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke>
 6. **Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. Área Epidemiología y Programación.** Mortalidad por enfermedades cardiovasculares, mortalidad atribuible al tabaquismo, Uruguay 2000-2002. Disponible en: <http://www.cardiosalud.org/mortalidadtabaquismo.htm>
 7. **World Bank.** Curbing the epidemic. Governments and the economics of tobacco control. Washington, World Bank, 1999.
 8. **Ramos A, Curti D.** Economía del control del tabaco en los países del Mercosur y Estados Asociados: Uruguay. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud, 2006.
 9. **Fiore M, Jaén C, Baker T, et al.** Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008. Disponible en: <http://www.surgeongeneral.gov/tobacco>
 10. **Ministerio de Salud Pública.** Guía Nacional para el Abordaje del Tabaquismo. Uruguay 2009. Disponible en: <http://www.fnr.gub.uy/guias>
 11. **Stead LF, Lancaster T.** Group behavior therapy programmers for smoking cessation The Cochrane Library. Disponible en: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab001007.html>.
 12. **Hughes J, Stead L, Lancaster T.** Antidepressants for smoking cessation. The Cochrane Library. Disponible en: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab000031.html>
 13. **Jorenby D, Lieschow S, Nides M, Rennard S, Johnston J, Hughes A, et al.** A control trial of sustained-release Bupropión, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999;340:685-91
 14. **Bullen C, Whittaker R, Walker N, Wallace-Bell N.** Pre-quitting nicotine replacement therapy. Findings from a pilot study. *Tobacco induced diseases* 2006; 3 (2)35-40
 15. **Action on Smoking and Health - ASH.** Nicotine Assisted Reduction to Stop (NARS). Guidance for Health Professionals on this new indication for nicotine replacement therapy. London. Disponible en: <http://www.perinatal.nhs.uk/smoking/NARS051014.pdf>
 16. **Cochran WG.** Técnicas de Muestreo. México: Compañía Editorial Continental, 1980: 13.
 17. **Escobar Mercado M, Fernández Macías E, Bernardi F.** Análisis de datos con Stata. Cuadernos Metodológicos 45. Madrid: Centro de Investigación Sociológica, 2009: 507.
 18. **Borland R, Li L, Driezen P, Wilson N, Hammond D, Thompson ME, et al.** Cessation assistance reported by smokers in 15 countries participating in the International Tobacco Control (ITC) policy evaluation surveys Addiction. 2011 Aug 28. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03636.