

Estrategias utilizadas para la reestructuración de un Programa Cesación Tabáquica durante la pandemia de COVID-19 y su eficacia: un estudio de corte transversal

Tobacco Cessation Programme restructuring strategies used during the COVID-19 pandemic and their effectiveness: a cross-sectional study

Rodrigo J. Fernández Avello^{1,2}, Lorena Furano¹, Silvina Lozano³, David M. Salzberg¹, Natalia Umerez¹, Matías D. Varela¹

RESUMEN

Introducción. El tabaquismo es la principal causa de muerte prevenible en el mundo. Las intervenciones del equipo de salud ayudan a disminuirlo y son costo-efectivas. Así fue que en el 2006 se inició un dispositivo de cesación tabáquica en el CeSAC 34. Este se interrumpió el 16/03/2020 debido al aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO).

Materiales y métodos. Luego de la interrupción el equipo de salud reestructuró el dispositivo para poder continuarlo mediante teleconsultas, grupos por ZOOM(R) y tratamiento farmacológico de requerirse.

Métodos. Se realizó un análisis descriptivo transversal midiendo éxito terapéutico en los pacientes que participaron en el dispositivo reestructurado. Para ello se revisaron las historias clínicas (HC) de los que participaron desde el 22/04/20 al 30/09/20. Se incluyeron aquellos que se encontraban en acción o tuvieron día D en dicho intervalo de tiempo.

Resultados. Se analizaron 23 HC y se incluyeron 16 pacientes, alcanzando un éxito terapéutico del 56%.

Discusión. El porcentaje de éxito terapéutico fue notablemente alto, incluso mayor que el que tuvo este mismo dispositivo en 2012. Si bien creemos que el temor por enfermedad grave por COVID-19 pudo estar vinculado con el elevado éxito terapéutico, consideramos que el aumento de la accesibilidad, la longitudinalidad de los vínculos, el incremento de la participación comunitaria y la disminución de la carga terapéutica son los 4 factores más influyentes.

Palabras clave: telemedicina, longitudinalidad, participación comunitaria, tabaquismo, COVID-19.

ABSTRACT

Introduction. Smoking is the leading cause of preventable death in the world. Interventions by the health team helps to reduce it and are cost-effective. Thus, in 2006, a smoking cessation programme was started at CeSAC 34. It was interrupted on 16/03/2020 due to preventive and compulsory social isolation (ASPO).

Materials and methods: After the interruption, the health team restructured the device to be able to continue it by means of teleconsultations, ZOOM(TM) groups and pharmacological treatment if required.

Materials and methods. A cross-sectional descriptive analysis was carried out to measure therapeutic success in patients who participated in the restructured device. For this purpose, the medical records (HC) of those who participated from 04/22/20 to 09/30/20 were reviewed. Those who were in action or had a D-day in that time interval were included.

Results. Twenty three HC were analyzed and 16 patients were included, reaching a therapeutic success rate of 56%.

Discussion. The percentage of therapeutic success was remarkably high, even higher than that of this same device in 2012. Although we believe that the COVID-19 severe disease fear may have been linked to the high therapeutic success, we consider that the increased accessibility, the longitudinality of the links, the increased community participation and the decreased therapeutic burden are the 4 most influential factors.

Keywords: telemedicine, longitudinality, community involvement, smoking, COVID-19.

Fronteras en Medicina 2021;16(2):107-112. <https://DOI.org/10.31954/RFEM/202102/0107-0112>

1. Hospital Gral. de Agudos Dr. Teodoro Álvarez (HGATA) y Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) N°34; CABA.
2. Laboratorio de Estadística Aplicada a Ciencias de la Salud (LEACS) Facultad de Medicina-UBA. CABA.
3. CeSAC 12 del área programática del Hospital Pirovano. CABA.

Correspondencia: Rodrigo Fernández Avello. Av. Dorrego 1613 (105) CABA. Tel.: (11)59780152 R.fernandezavello@gmail.com

Los autores declaran no poseer conflictos de intereses.

Recibido: 13/01/2021 | Aceptado: 25/02/2021

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es un importante problema de salud pública por su elevada morbilidad y prevalencia, y constituye el principal factor de riesgo prevenible y modificable para enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas y cáncer¹. En nuestro país la mortalidad de esta epidemia asciende a más de 40 000 personas cada año, y significa la pérdida de 824 804 años de vida saludables¹. Según la 4° ENFR del año 2018, el 22.2% de la población adulta es fumadora y, aunque se evidencia una tendencia descendente del consumo desde el año

2005 al 2018², aún queda mucho camino por recorrer en la lucha contra el tabaquismo.

El abordaje de la cesación tabáquica constituye una intervención prioritaria siendo una de las herramientas que ha demostrado ser de las más costo-efectiva a nivel mundial. Existe una amplia gama de intervenciones efectivas para la cesación tabáquica que van desde la entrega de materiales de autoayuda, el consejo médico, las intervenciones breves, los tratamientos telefónicos y virtuales hasta los tratamientos intensivos presenciales individuales y/o grupales para dejar de fumar^{1,3}. Con las intervenciones breves se logra un 6-10% de cesación tabáquica al año, duplicando la cesación espontánea. La intervención intensiva constituye la herramienta más eficaz, alcanzando un 30-35% de efectividad^{3,4}. Los programas de tratamiento intensivo que han demostrado mayor eficacia integran varios componentes: la fecha de abandono o día D, estrategias conductuales tendientes a preparar al paciente para el abandono, el manejo de la abstinencia y sus síntomas más frecuentes, y el tratamiento farmacológico, utilizando terapia con sustitutos de la nicotina (TSN), bupropión y vareniclina solos o combinados^{1,3,4}.

Para evaluar la disposición del fumador ante el cambio se utilizan los estadios de Prochaska o estadios de cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y recaída. Identificar estos estadios permite adecuar las estrategias a utilizar, dependiendo de que tan preparadas están las personas para dejar en ese momento. Las personas en precontemplación no perciben la necesidad de cambiar su comportamiento. Las que están en contemplación evalúan la posibilidad de hacer el intento de dejar en un futuro al haber considerado los pros y contras, aunque existe una ambivalencia que les impide pasar inmediatamente a la acción. Quienes se encuentran en preparación están listos a realizar el intento de dejar en los próximos 30 días y están tomando acciones concretas. La fase de acción comprende desde el día D hasta los 6 primeros meses de abstinencia. Finalmente, la etapa de mantenimiento incluye a aquellos que dejaron de fumar hace más de 6 meses¹.

En 2006, la Residencia de Medicina General y Familiar (RMGyF) del Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez (HGATA) y del Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) N° 34, ubicado en el barrio La Paternal de CABA, comenzó su trabajo sobre este factor de riesgo. La modalidad de abordaje incluye hasta la actualidad tanto intervenciones individuales, donde se aplica un tratamiento cognitivo conductual y farmacológico, como así también intervenciones grupales en donde se conformó un grupo de pares de forma semanal, dentro del cual se realizan actividades de modalidad taller. Se constituyó así, como una de las sedes del Programa de Cesación Tabáquica de CABA, siendo este quien proporciona la medicación utilizada en el tratamiento de forma gratuita. Lo acon-

tecido en las consultas individuales y grupales se registra en la Historia Clínica Electrónica (HCE) de cada paciente. Además, se creó una base de datos en una hoja de cálculos de Google Drive® para registrar los datos estadísticos solicitados periódicamente por el Programa de Cesación Tabáquica de CABA. Desde el inicio, dicho programa fue sostenido por grupos de residentes que rotaban cada 3 meses debido a la dinámica de la Residencia, perdiéndose en la mayoría de los casos el seguimiento longitudinal de los pacientes.

En marzo de 2020, con el advenimiento del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), las actividades de los CeSAC, entre ellas las de cesación tabáquica, fueron suspendidas. Sin embargo, para esta fecha ya estaba disponible evidencia contundente de que el tabaquismo activo se vinculaba con peores desenlaces en la infección por SARS-Cov-2⁵. Tras algunas semanas de decretado el ASPO, los pacientes solicitaron retomar su seguimiento, principalmente en el grupo de pares debido a que habían generado gran sentido de pertenencia. Por otro lado, esto coincidió con el displacer de la Residencia respecto a no poder continuar con el abordaje de dicha temática.

Así fue como se propuso como objetivo reestructurar el programa implementando nuevas estrategias para el abordaje integral de personas que están atravesando diferentes etapas de la cesación tabáquica en contexto del ASPO.

MATERIALES Y MÉTODOS

Procedimientos

A mediados de abril de 2020, se reestructuró el programa de cesación tabáquica formando un equipo tratante estable que logró el seguimiento longitudinal de los pacientes. Para realizar esto, en primer lugar, se confeccionó una base de datos con los nombres y contacto telefónico de los pacientes que habían asistido a las consultas individuales y/o a los grupos desde enero de 2020 hasta el inicio del ASPO. Se los contactó priorizando a los que estaban realizando tratamiento farmacológico y se les ofreció la posibilidad de seguimiento virtual mediante consultas individuales a partir del 23 de abril de 2020. Sumado a esto se reiniciaron las reuniones grupales de forma virtual el 22 de abril de 2020 a través de la plataforma Zoom®, realizándose en forma semanal, de 75 minutos de duración con 5 a 10 participantes por reunión y 2 a 3 residentes que lo coordinaban desde sus domicilios. Ninguno de los participantes había usado Zoom® previamente, por lo que el equipo explicó de forma individualizada como instalarlo y usarlo en diversos dispositivos. En varias ocasiones los participantes requirieron asesoramiento tecnológico tanto previo como durante la realización del grupo.

Debido a que la cesación tabáquica requiere un abordaje multidisciplinario se realizaron encuentros grupa-

les de modalidad abierta y en algunos participaron profesionales de otras disciplinas. Así fue como se realizaron 2 talleres en conjunto con dos nutricionistas del CeSAC 34 y 3 talleres en conjunto con un licenciado en psicología, donde se abordaron temáticas de interés habitual en la cesación tales como: la ganancia ponderal, la ansiedad, el insomnio, el *craving*, etc.

Se reanudaron las consultas individuales de forma virtual (por Zoom® o Whatsapp®); reservando el encuentro presencial solo para aquellos pacientes que requerían medicación. Durante dicho programa, se utilizaron varias estrategias a fin de favorecer la participación comunitaria^{6,7} en el dispositivo:

1. Reforzar positivamente en los encuentros grupales el compartir herramientas y obstáculos en el proceso de cesación tabáquica y el apoyo mutuo entre los pacientes.
2. Decidir en conjunto con los participantes las temáticas a trabajar durante los encuentros y qué profesionales invitar.
3. Mantener un grupo de WhatsApp autogestionado por los pacientes para que se comuniquen entre ellos y se acompañen en todo momento.
4. Incorporar a una participante como referente del grupo y en conjunto con ella planificar y coordinar algunos encuentros.

Otra de las estrategias implementadas fue imprimir y entregar certificados de cesación tabáquica (**Anexo**) a aquellos que llevan más de 6 meses o 1 año sin fumar, con el objetivo de motivar la abstinencia premiando simbólicamente los logros alcanzados.

Por último, se inició un espacio de supervisión externa para discutir problemáticas que surgieron del abordaje con una Médica Especialista en MGyF con amplia experiencia en cesación tabáquica y habilidades comunicacionales.

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal cuantitativo del total de pacientes que participaron del programa de cesación tabáquica durante el período comprendido entre el 22/04/2020 y el 31/03/2021. Se tomó dicha fecha de inicio ya que fue a partir de ella que se comenzó a utilizar el sistema de teleconsultas.

Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas electrónicas de cada participante. Se incluyó a todo paciente mayor de 18 años que hubiera establecido su día D entre el 22/04/2020 y el 31/09/2020, o que se encontrara en acción en dicho período. Se analizaron todas las historias clínicas del período descrito y se excluyeron del análisis aquellos que tuvieron 1 solo encuentro con el dispositivo. La fecha límite de inclusión permite evaluar el éxito terapéutico a los 6 meses de iniciado el día D.

Se consideró “éxito terapéutico” el haberse mantenido en abstinencia pasados 6 meses desde el día D. Dicho

dato se obtuvo mediante el interrogatorio dirigido, apelando a la confianza declarativa de cada paciente.

De la población incluida se analizaron las siguientes variables: sexo, conviviente fumador, edad de inicio, dependencia (test de Fagerström modificado¹), motivación (test de Richmond⁸), motivos para dejar de fumar no vinculado a la salud, tipo de intervención (individual, grupal o mixta) y uso de tratamiento farmacológico.

Aspecto éticos

El estudio fue desarrollado según los principios de la Declaración de Helsinki. Cada contacto dio su consentimiento informado al momento de recabar sus datos de sus historias clínicas electrónicas. Se contó con la aprobación del mismo por parte del Comité de Bioética del HGATA.

RESULTADOS

Durante el periodo comprendido entre el 22/04/2020 y el 31/03/2021 participaron del dispositivo 23 pacientes de los cuales fueron analizados 16. Se excluyó del análisis a 7 personas (por no haber puesto día D ni encontrarse en acción en el intervalo estudiado, encontrándose durante el mismo solo en estadios contemplativos de preparación o de mantenimiento). Se realizaron un total de 112 consultas individuales y 37 encuentros grupales durante el intervalo analizado.

De los pacientes analizados (**Tabla 1**) la mayoría fue de sexo femenino (69%), la edad media de los participantes fue 50,6 años (29-73), la edad media de inicio de consumo 19 años, 44% tenía un test Fagerström de Alta Dependencia, y 75% un Richmond de Alta Motivación. El 63% de los participantes fue abordado con consultas mixtas mientras que el 37% solo con consultas individuales. El 81% de los pacientes analizados utilizó tratamiento farmacológico.

Con respecto a los resultados analizados del total de pacientes incluidos se obtuvo una eficacia terapéutica del 56% a 6 meses de establecido el día D (**Figura 1**).

DISCUSIÓN

En vista de los resultados obtenidos en este trabajo encontramos una eficacia terapéutica superior a la informada en trabajos en poblaciones de características similares. En el año 2012 Chantelain et al., en el trabajo “Evaluación de un Programa de Cesación Tabáquica en el Primer Nivel de Atención”, encontraron una eficacia terapéutica de 39% a 6 meses de establecido el día D en una población correspondiente a la misma área programática de la Ciudad de Buenos Aires⁹. La última Guía del Ministerio de Salud de la Nación de Argentina menciona un porcentaje de eficacia de alrededor de un 40% a 6 meses de establecido un día D bajo intervenciones intensivas.

Tabla 1. Características de la población estudiada.

Variable	N	Porcentaje
Sexo		
Masculino	5	31,25%
Femenino	11	68,75%
Edad de los participantes		
29-40 años	4	25%
41-65 años	9	56,25%
66-75 años	3	18,75%
Media 50,6 años		
Edad de inicio del consumo		
0-20 años	10	62,5%
21-30 años	2	12,5%
31 o más años	2	12,5%
Falta dato	2	12,5%
Conviviente fumador		
Sí	14	87,5%
No	2	12,5%
Motivo "plus" para dejar de fumar		
Sí	9	56%
No	7	44%
Dependencia por Fagerström modificado		
Baja	3	18,75%
Moderada	5	31,25%
Alta	7	43,75%
Falta dato	1	6,25%
Motivación por Richmond		
Nula	0	0%
Dudosa	1	6,25%
Moderada	2	12,5%
Alta	12	75%
Falta dato	1	6,25%
Tipo de intervención aplicada		
Individual	6	37,5%
Individual y grupal	10	62,5%
Uso de fármacos		
Sí	13	81,25%
No	3	18,75%

Una limitante importante del presente estudio es no haber utilizado el test de CO exhalado como método de constatación de la abstinencia tabáquica, debido a la dificultad para realizarlo en contexto de la pandemia por COVID-2019.

Si bien el presente estudio es de tipo descriptivo, se consideran como posibles causas del elevado éxito terapéutico las siguientes: longitudinalidad del equipo tratante, incremento de la participación comunitaria, aumento de la accesibilidad y disminución de la carga de tratamiento debido a la virtualidad.

Pese a que existe escasa bibliografía que evalúe los beneficios de la longitudinalidad en la cesación tabáquica, este trabajo puede servir de punto de partida para estimular la generación de más evidencia sobre este aspecto.

Respecto a la *carga de tratamiento*, se la entiende como todos los recursos que una persona debe invertir en el tratamiento de su enfermedad (dinero y tiempo de transporte, tiempo utilizado en nuestras intervenciones intensivas, etc.)^{10,11}. Realizando las consultas individuales y grupales a través de la telemedicina se obser-



Figura 1. Diagrama de inclusión y éxito terapéutico. *: usuarios del dispositivo entre el 22/04/2020 y 31/09/2020.

"Si Deje"
 2/9/20 dejé. No podía ver lo positivo de dejar al veneno de mi adicción. No encontraba beneficios, solo sentía que me llenaba. Ahora, la cosa era saber ¿qué me llenaba? juro, no lo sabía. Busqué una salida, un modo. No la encontraba. ¿Motivos? Motivos tengo un montón, amor a mis hermosos hijos, a mi familia hijos y nietos, amor puro. Si puedo! Si puedo decir querido grupo que jamás pensé a solas, que jamás me sentí sola, solo estaban ustedes sabiendo y sin señalarme, sabiendo lo que era el vacío. No me señalaban, si me decían "se puede!", me tiraban herramientas, me acompañaban. Y durante mis frustraciones, si frustraciones, porque ahora puedo llamarlas frustraciones, con ustedes aprendí. Antes las llamaba fracasos. Y ahora sé que son intentos. Y un día, el 2/9/20 11 hs se me dio, y deje. Si deje. Dije no quiero más esta mierda."

Figura 2.

va una disminución en la carga de tratamiento sin afectar el beneficio de nuestras intervenciones sobre la cesación tabáquica.

Si bien la incorporación de la virtualidad fue fundamental para la ejecución de este programa, facilitando tanto el desarrollo de plataformas de encuentro como el acceso a la Historia Clínica Electrónica en forma remota, es fundamental destacar la importancia de la accesibilidad a los recursos tecnológicos, tanto para los profesionales tratantes como para los pacientes. Es interesante remarcar la ambigüedad que esto genera, ya que por un lado, elimina las barreras geográficas (disminuyendo la carga de tratamiento) pero por el otro, favorece la aparición de barreras económicas y tecnológicas, lo que llevó en este programa a que 3 pacientes que venían participando presencialmente no pudieran continuar.

Por último, si bien hay evidencia de que la participación comunitaria aumenta la efectividad de los tratamientos que apuntan a cambios de estilos de vida, faltan estudios que cuantifiquen la contribución de la misma en la cesación tabáquica. En este sentido, los pacientes manifestaron en varias ocasiones su valoración de este aspecto^{6,7}. A modo de ejemplo se comparte una reflexión realizada por una paciente en el grupo de Whatsapp^(R) autogestionado por los participantes (**Figura 2**).

Concluimos que la reestructuración del dispositivo mediante la virtualidad fue satisfactoria logrando una eficacia del 56% en el éxito terapéutico.

Hacen falta nuevos estudios que evalúen las hipótesis sobre si la longitudinalidad en tabaquismo, el incremento de la participación comunitaria, el aumento de la accesibilidad y la disminución de carga terapéutica por la virtualidad, así como el temor a enfermedad severa COVID-19, son factores que aumentan las probabilidades de éxito terapéutico.

Por último, se destaca que el tratamiento en dicho programa fue, para algunos participantes, el primer con-

tacto y la puerta de entrada al sistema de salud en contexto de ASPO (en el cual dicho sistema se “distanció” de la población). De esta forma, se pudo orientar a los pacientes respecto a cómo acceder a la atención por otros problemas de salud, favoreciendo de esta forma la accesibilidad.

AGRADECIMIENTOS

Este artículo fue posible gracias a la orientación que nos brindó la Dra. María Teresa Politi, quien nos acompañó en la escritura, modificación, y publicación del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de salud de La Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. 2017. Disponible en: www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000536cnt-2017-06_guia-tratamiento-adicion-tabaco_guia-breve.pdf, (consultado 13.05.2020).
2. Ministerio de Salud de La Nación. 4ta encuesta nacional de factores de riesgo. 2019. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001444cnt-2019-04_4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo.pdf, (consultado 25.02.2020).
3. Karin Bakalar, Tabaquismo. En: Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 3ra edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2016. p. 349-60.
4. Stead LF, Lancaster T. Programas de terapia conductual grupal para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/Ter_Cond_pdf.pdf#results, (consultado 02.01.2020)
5. Guan W, Ni Z, Hu Y, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med* 2020;382(4):1708-20.
6. Ministerio de Salud de la Nación. Manual del Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Módulo 7: Salud y participación comunitaria. https://www.msal.gov.ar/index.php/component/bes_contenidos/?filter_problematika=84, (consultado el 13/01/2020)
7. Giraudo Nanci y Chiarpenello. Educación para la salud basada en la comunidad. En: Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 3ra edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2016. p.26-36
8. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Guía para el tratamiento del tabaquismo basada en la evidencia. Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 2010. <https://www.buenosaires.gov.ar/salud/programasdesalud/programadepreencionycontroldeletabaquismo/guia-para-el-tratamiento-del-tabaquismo>, (consultado el 14/02/2020).
9. Ponciano-Rodríguez G, Morales-Ruiz A. Evaluación del Programa de Tratamiento para la Cesación del Tabaquismo en la clínica de la Facultad de Medicina de la UNAM. *Salud pública Méx* 2007;49:s247-s256.
10. Mariñelarena Mañerua E, Balague Geab L, Rotaèche del Campo R. Conceptos. Medicina mínimamente disruptiva. *Atención Primaria* 2018;50(S2):4-12.

Anexos



Figura 3. Certificados obtenidos por los participantes.