

Programa de cesación tabáquica para pacientes quirúrgicos: Nuestra experiencia en el Hospital Privado Universitario de Córdoba

María Eugenia Olmos (1), Pablo Lemos (2), Marianela E Bedini (2), Ariel Blua(1), Vanesa Abrate (1), Marcos Elías (1), Érica Cuestas (3), Vanesa Perrone (1), Favio Cesaratto (1), Juan Stechina (1), Jacqueline González (2), Andrea Bolomo (4), Ana María López(1)

(1) Unidad de Enfermedades Respiratorias. Hospital Privado Universitario de Córdoba, Argentina

(2) Servicio de Clínica Médica. Hospital Privado Universitario de Córdoba, Argentina

(3) Servicio de Pediatría. Hospital Privado Universitario de Córdoba, Argentina

(4) Servicio de Gastroenterología. Hospital Privado Universitario de Córdoba, Argentina

RESUMEN

Introducción: El tabaquismo incrementa la morbimortalidad. Ayudar a los fumadores a abandonar este hábito podría salvar vidas y reducir los costos en la atención de la salud. El objetivo de este estudio fue analizar los resultados de la implementación de un programa para el abandono tabáquico en pacientes hospitalizados para una cirugía. **Materiales y métodos:** estudio de cohorte, analítico, en el Hospital Privado Universitario de Córdoba. El programa consistía en consejería, seguimiento posterior al alta y terapia de reemplazo de nicotina (TRN). **Resultados:** Se incluyeron 43 tabaquistas activos de 58.2 ± 13.6 años de edad, con un consumo promedio de 34.9 ± 23.9 paquetes de cigarrillos por año. De los que aceptaron iniciar el protocolo, 61.1% tuvieron indicación de TRN. Abandonaron el hábito tabáquico el 52.6% a los 6 meses. No se encontró relación entre la cesación tabáquica con antecedente de EPOC ($p=0.8$), dosis necesaria de TRN ($p=0.61$), cantidad consumida de cigarrillos diarios ($p=0.74$) ni con tiempo transcurrido hasta el primer cigarrillo matutino ($p=0.52$). Los pacientes sometidos a cirugías cardiovasculares (85.7%) presentaron mejor respuesta comparados a los pacientes de otras cirugías ($p=0.04$). **Conclusión:** Si bien la adherencia a la TRN a los 3 meses fue muy baja, más de la mitad del total de pacientes incluidos en el programa abandonaron el hábito tabáquico. Los pacientes sometidos a cirugías cardiovasculares fueron los que más éxito tuvieron.

Palabras clave: Fumadores, abandono tabáquico, terapia de reemplazo nicotínica, parches de nicotina

ABSTRACT

Introduction: Smoking increases morbidity and mortality. Helping smokers to quit can save lives and reduce health care costs. The objective of this study was to analyze the results of the implementation of a program for smoking cessation in hospitalized patients for surgery. **Material and Methods:** analytical cohort study at the Hospital Privado Universitario de Córdoba. The program consisted of counseling, post-discharge follow-up, and nicotine replacement therapy (NRT). **Results:** Forty-three active smokers aged 58.2 ± 13.6 years were included, with an average consumption of 34.9 ± 23.9 packets of cigarettes per year. Of those who agreed to start the protocol, 61.1% had an indication for NRT. 52.6% quit smoking at 6 months. No relationship was found between smoking cessation with a history of COPD ($p = 0.8$), necessary dose of NRT ($p = 0.613$), quantity of daily cigarettes consumed ($p = 0.749$), nor with time elapsed until the first morning cigarette ($p = 0.523$). Patients who underwent cardiovascular surgery presented a better response (85.7%) compared to the rest of patients ($p = 0.04$). **Conclusion:** Although adherence to the NRT at 3 months was very low, more than half of the total number of patients included in the program stop quit smoking. The program present a higher success In those patients undergoing cardiovascular surgery.

Key words: smokers, smoking cessation interventions, nicotine replacement therapy, nicotine patches

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo (TBQ) es la principal causa de muerte evitable en los países en desarrollo según la OMS (1). En Argentina, en el año 2012, el 22,3% de la población refirió consumir tabaco en una proporción mayor en varones que en mujeres (29,6% vs 15,7%) (2). Un 46,8% de la población refirió haber estado expuesto a humo de tabaco ambiental. En nuestro país, el tabaquismo provoca cerca de 40.000 muertes anuales, en su mayoría por enfermedades no transmisibles como cáncer, enfermedades cardiovasculares y respiratorias, produciendo un alto costo económico y en salud (2). Existe la paradoja en la que la mitad de los fumadores quieren dejar o intentó dejar de fumar, pero muchos de los equipos de salud no se encuentran

Correspondencia:

María Eugenia Olmos

Unidad de Enfermedades Respiratorias.

Hospital Privado Universitario de Córdoba

Av. Naciones Unidas 346, CP 5000, Córdoba

Córdoba, Argentina

Correo electrónico: mariu_olmos@hotmail.com

motivados ni capacitados para responder a esta demanda (2).

Considerando que las enfermedades asociadas al TBQ son una causa frecuente de hospitalización, la mayoría de ellos vuelve a fumar poco después de su alta hospitalaria (3, 4). Los pacientes que continúan fumando después de la hospitalización tienen más probabilidades de volver a ser hospitalizados en comparación con aquellos que abandonan y mantienen la abstinencia (5). Es esperable que durante la hospitalización aparezca el síndrome de abstinencia de nicotina, cuyo reconocimiento y manejo es fundamental para evitar complicaciones habituales como ansiedad o delirium. Por lo tanto, ayudar a los fumadores hospitalizados a dejar de fumar y permanecer abstinentes después del alta salvará vidas y reducirá los costos en la atención de la salud (6). Así lo han reconocido organismos acreditadores internacionales como Joint Commission International e instituciones canadienses y españolas que han desarrollado modelos de intervención en cesación tabáquica iniciadas en el hospital que se basan en la identificación del paciente tabaquista, consejería, ofrecer fármacos autorizados, el seguimiento durante la internación y luego del alta (7). La terapia de reemplazo nicotínico (TRN) con parches es ampliamente utilizada, de administración sencilla y práctica, tiene pocos efectos adversos y contraindicaciones, pero no se administra de forma sistemática a los fumadores hospitalizados.

Se necesitan intervenciones prácticas y accesibles por los profesionales de la salud e instituciones sanitarias. El servicio de Neumonología y Clínica Médica son pilares fundamentales de acción en esta área por lo que se consideró necesario protocolarizar un plan de acción para cesación tabáquica durante la internación.

Los objetivos de este estudio fueron analizar los resultados de la implementación de un programa para el abandono del hábito tabáquico en pacientes hospitalizados para una cirugía, evaluar el porcentaje de abandono tabáquico durante el seguimiento y de la adherencia a la TRN e identificar variables asociadas al abandono tabáquico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de cohorte, analítico, prospectivo, durante el período comprendido entre mayo de 2017 y junio de 2018 en el Hospital Privado Universitario de Córdoba, Argentina. Se consideraron como criterios de inclusión a todos los pacientes mayores de 18 años, tabaquistas activos reclutados en la evaluación preoperatoria o en la internación por procedimientos quirúrgicos de cualquier tipo en el pre o postoperatorio. Se excluyeron las pacientes embarazadas o en periodo de lactancia, los sujetos con síndrome coronario agudo (primeras 2 semanas), alergia o hipersensibilidad a parches de nicotina y hospitalizados por causas no quirúrgicas.

El protocolo se desarrolló en etapas de intervención. Como fase inicial se analizaba el interés de los pacientes en participar. A aquellos pacientes que no estaban interesados en cese de TBQ o en el control de síntomas de abstinencia se les

otorgó un folleto y consejería breve, según el modelo propuesto en la guía neozelandesa de cesación tabáquica (8). Los elementos centrales de una consejería breve pueden resumirse en el ABC, siendo A: averiguar sobre el consumo de tabaco; B: dar un consejo breve indicando la importancia de dejar de fumar y C: Ofrecer apoyo para la cesación a los pacientes que se muestren motivados. A los pacientes motivados para cese de TBQ durante la internación y aquellos que desearon controlar síntomas de abstinencia se completó un cuestionario relacionado a antecedentes, síntomas, cantidad de cigarrillos consumidos por día, tiempo que transcurre desde que se despierta hasta que consume el primer cigarrillo. Además, se realizó consejería al lado de la cama.

Se ofreció iniciar un programa de cesación que fue una adaptación de: "The Joint Commission Tobacco Cessation Performance Measure-Set", con TRN en parches, la cual fue elegida por no requerir ingesta vía oral en el contexto de internación postoperatoria, practicidad en la colocación, por presentar menores reacciones adversas, por la accesibilidad y el costo. Según el número de cigarrillos por día y el tiempo que pasa en encender el primer cigarrillo desde que se despierta a la mañana, orientan al grado de dependencia del paciente y con ello a la conducta terapéutica necesaria (Tabla 1). Además se realizó una medición diaria del Test Single Rating of Craving (SRC, Figura 1). Si dos días consecutivos era mayor de 3, se aumentaba 10 cm² de la dosis de TRN. Se llevaron a cabo las siguientes consideraciones en los pacientes que utilizaban TRN: el tiempo de uso de los parches de nicotina fueron 12 semanas, se rotaban los parches para evitar hipersensibilidad cutánea. En caso de insomnio importante o refractario se consideraba la suspensión nocturna de la TRN. Las náuseas se consideraron alarmas de sobredosificación.

TABLA 1. Requerimiento de terapia de reemplazo nicotínico según cantidad de cigarrillos consumidos por día y el tiempo transcurrido desde que se despierta hasta el primer consumo

Cantidad de cigarrillos por día	Tiempo entre el despertar el primer consumo	Indicación de terapia de reemplazo nicotínico
≤ 10	> 30 minutos	No
	< 30 minutos	10 cm ²
11- 20	> 30 minutos	10 cm ²
	< 30 minutos	20 cm ²
21-30	> 30 minutos	20 cm ²
	< 30 minutos	30 cm ²
>30	> 30 minutos	30 cm ²
	< 30 minutos	30 cm ²

Test Single Rating of Craving (SRC):	
¿Cuánto has necesitado fumar un cigarrillo en las últimas 24 horas?	
Nada en absoluto	0
Muy poco	1
Un poco	2
Algo	3
Bastante	4
Muchísimo	5

Figura 1: Adaptación del test single rating of craving (SRC).

Cuando el paciente se encontraba en condiciones de alta hospitalaria se realizaba un seguimiento ambulatorio en consultorio externo del servicio de Neumología o seguimiento telefónico a los 15 días, al mes, 3 y 6 meses post alta, donde se valoraba función pulmonar (espirometría), comorbilidades cardiovasculares asociadas (diabetes, hipertensión, cardiopatía), test SRC, efectos adversos, adherencia y dificultades con el tratamiento.

Para las variables continuas se calcularon los parámetros de media y desvío estándar. Para la comparación por grupos, se aplicaron test estadísticos chi-cuadrado y test exacto de Fisher, utilizando un nivel de significación estadística de $p < 0.05$. Para el análisis estadístico se utilizó el software IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.

Todos los pacientes firmaron un consentimiento informado y el programa fue aprobado por el Departamento de Docencia e Investigación y por el Comité Institucional de Ética de Investigación y Salud del Hospital Privado Universitario de Córdoba.

RESULTADOS

La muestra de pacientes estuvo conformada por un total de 43 pacientes tabaquistas activos, reclutados en la internación por procedimientos quirúrgicos de cualquier tipo. La edad media fue 58.2 ± 13.6 años y la cantidad de paquetes de cigarrillos por año (PY) media fue de 34.9 ± 23.9 . Los pacientes de sexo masculino eran 26/43 (60.5%). Del total, 23.2% (10/43) tenían diagnóstico previo de EPOC diagnosticado por espirometría. Finalmente, 38/43 (88%) aceptaron iniciar con el protocolo. Dejaron de fumar en 6 meses 20/38 (52.6%). De los que aceptaron iniciar el protocolo, 22/38 (61.1%) tuvieron indicación de TRN según nuestro programa de cesación. Fue utilizada por 10/22 (45.4%), de los cuales solo 2/10 (20%) completaron el tratamiento de 12 semanas de parches de nicotina. Los 12/22 (54.5%) que no adhirieron a la TRN continuaron con el protocolo solo con consejería. Del total de los pacientes que aceptaron el protocolo, se realizó consejería breve y entrega de folletería a 28 (16 sin indicación de TRN y 12 con indicación, pero que

no realizaron TRN). Cesaron el consumo 14/28 (50%) de estos pacientes. al ingreso.

De los 22 pacientes con indicación de TRN, 13 dejaron de fumar (65%), en comparación a 7 de los 16 pacientes (42.1%) que no tenía indicación de TRN ($p = 0.02\%$). En el análisis por género, los hombres dejaron de fumar más que las mujeres, pero sin diferencias significativas (53 % vs 42%, $p = 0.49$). La mitad de los pacientes EPOC dejaron de fumar sin diferencia significativa comparados a los sin EPOC ($p = 0.8$). La distribución de los motivos de cirugías en la muestra fue: 14 (32.5%) cirugía cardiovascular (CCV); 8 (18.6%) urológicas; 7 (16.3%) traumatológicas; 5 (11.6%) de cirugía general; 10 (23.2%) otras: ginecología, cabeza y cuello, Nefrología, endoscopia, neurocirugía, tórax (Tabla 2). La cirugía más frecuente fue la CCV (32.5%) y cesaron significativamente más pacientes en comparación con el resto de cirugías ($p = 0.04$). No se encontró relación entre la cesación tabáquica y la dosis necesaria de TRN según protocolo ($p = 0.613$), cantidad consumida de cigarrillos diarios ($p = 0.75$), ni con tiempo transcurrido hasta el primer cigarrillo matutino ($p = 0.523$), (Tabla 2).

TABLA 2. Cesación tabáquica según diferentes variables de los pacientes incluidos.

VARIABLES	TOTAL, N%	CESE TABÁQUICO, N%
Tipo de cirugía		
Cirugía cardiovascular	14 (32.5)	12 (85.7)
Urológicas	8 (18.6)	2 (25)
Traumatológicas	7 (16.3)	1 (14.3)
Cirugía general	5 (11.6)	1 (20)
Otras	10 (23.2)	4 (40)
Indicación de terapia de reemplazo nicotínico		
No tiene indicación	14 (38.8)	7 (50)
10 cm ²	5 (13.8)	4 (80)
20 cm ²	4 (11.1)	2 (50)
30 cm ²	1 (2.7)	0 (0)
No desean la terapia	12 (33.3)	7 (53.8)
Cantidad de cigarrillos/día		
≥ 30	5 (11.6)	2 (40)
20 – 29	11 (25.6)	4 (36.3)
10 – 19	12 (27.9)	7 (58.3)
< 10	15 (34.9)	6 (40)
Tiempo desde que se despierta hasta que enciende un cigarrillo (min)		
≤ 5	14 (32.6)	7 (50)
6 – 30	12 (27.9)	7 (58.3)
31 – 59	8 (18.6)	2 (25)
≥ 60	9 (20.9)	4 (44.4)

En 15/20 (75%) de los que cesaron no tuvieron deseos de fumar en los primeros 2 días de seguimiento durante la internación (Figura 2). Al día 15 de la cirugía, este porcentaje se eleva a 85% (17/20 pacientes), al día 30, 90 y 180 se mantuvieron cercanos al 80%. Aparecen en el día 30, 2/20 pacientes (10%) que puntuaron su deseo de fumar entre 3 y 4. No hubo en ninguna ocasión pacientes con muchísimas ganas de fumar.

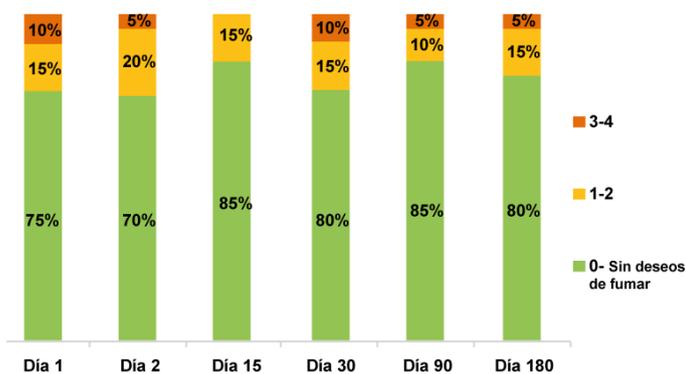


Figura 2: Resultados del test single rating of craving (SRC) de pacientes que abandonaron el tabaco (n=20).

DISCUSIÓN

Cada año millones de fumadores son hospitalizados por enfermedades relacionadas con el TBQ. Esas admisiones constituyen una ventana de oportunidad para implementar programas para dejar de fumar (7).

Los tabaquistas hospitalizados son más susceptibles a mensajes antitabaco por una serie de razones: su fragilidad, temor a complicaciones o muerte por la enfermedad que provocó su admisión (9). Además, están obligados a abstenerse de fumar debido a la prohibición en los hospitales. Infrecuentemente se identifica a los fumadores durante la hospitalización y aún menos se les ofrece tratamiento para dejar de fumar y seguimiento después del alta (10).

Hay pocos estudios epidemiológicos sobre cesación tabáquica iniciada durante una hospitalización. En nuestro estudio la edad media de los pacientes fue de 58 años, media de PY 35, predominó el sexo masculino (61%) sin haber diferencias significativas en relación con la cesación. El 23% de los pacientes era EPOC, de los cuales la mitad dejó de fumar.

Un metaanálisis publicado en 2015 en pacientes no hospitalizados, evidencia que las tasas de abstinencia se incrementan de 10% en grupos placebo, a 17% con TRN y a 21% con una combinación de farmacoterapia y apoyo conductual (11). Los programas de tratamiento para dejar de fumar para pacientes hospitalizados se han implementado en todo el mundo con una variación significativa en las tasas de éxito en las técnicas de intervención; con resultados inconsistentes y poco confiables (12,13).

Las tasas de recaídas post alta varían según el tipo de intervención aplicada durante la hospitalización. En la publicación de Hajek y col. (14) en pacientes con patología cardiovascular ingresados por infarto de miocardio o para cirugía de revascularización coronaria concluyó que las intervenciones conductuales breves durante la hospitalización fueron insuficientes para prevenir la recaída. Rigotti y col. (15) demostraron que el asesoramiento médico intensivo intrahospitalario, sumado al uso de TRN durante 2 meses con apoyo telefónico post alta, aumentaron el abandono del

hábito tabáquico en comparación con el asesoramiento mínimo en el hospital. En dos revisiones sistemáticas de estudios de intervenciones para abandono tabáquico en pacientes hospitalizados, que incluyeron 17 y 33 ensayos respectivamente, los autores concluyeron que las intervenciones conductuales intensivas que comienzan durante una hospitalización y se extienden durante al menos 30 días después del alta aumentan las tasas de abandono del hábito de fumar. Tales intervenciones son efectivas independientemente del diagnóstico al ingreso hospitalario (16).

En nuestro estudio si bien la mayoría de los pacientes (88%) aceptaron el protocolo, la adherencia y el cumplimiento completo del tratamiento con TRN fue bajo. Un total de 22 pacientes (61.1%) tuvieron indicación de TRN que fue utilizada por 10 (45%) de los cuales sólo 2 pacientes completaron el tratamiento de 3 meses. 12 pacientes (54.5%) no adhirieron a TRN, pero continuaron el protocolo con consejería. A pesar de ello, se observó una tasa alta de cesación del 53 % a los 6 meses.

Adjudicamos estos resultados a que la instancia de una internación es un momento propicio para dejar de fumar sumado al impacto producido por la cirugía. Nuestro trabajo evidenció que la CCV fue la más frecuente y la que tuvo una significativa reducción en la cesación en relación a otro tipo de intervenciones quirúrgicas. Además, la consejería breve y el seguimiento durante la internación y hasta 6 meses post alta fueron una importante herramienta para dejar de fumar ya que cesaron la mitad de los 28 pacientes que recibieron solo consejería breve y folletería.

La recaída es un evento común entre los ex fumadores. El 75% de las personas abstinentes recaen dentro de los primeros 12 meses, la mayoría dentro de los primeros 6 meses, independientemente de la naturaleza de la intervención inicial (17). En otro estudio el 59% de los fumadores evaluados a los 6 meses después del alta había recaído. De ese grupo, el 79% reanudó el hábito de fumar dentro del primer mes después del alta hospitalaria (18). Estos datos demuestran la necesidad de un mayor apoyo durante los primeros meses de la abstinencia de fumar. En nuestro estudio entre los pacientes que participaron del programa de cesación, la mayoría (75%) no presentó grandes deseos de fumar durante la internación y se mantuvo en los seguimientos post alta.

Otro dato de interés fue que no se encontró relación entre la cesación tabáquica con dosis necesaria de TRN según protocolo, cantidad consumida de cigarrillos diarios y tiempo transcurrido hasta el primer cigarrillo matutino. Por tratarse de una experiencia inicial con un reducido número de pacientes, se dificulta realizar un estudio estadístico más completo. Sería de gran utilidad prolongar en el tiempo este programa de cesación tabáquica durante la internación y además ampliarse a pacientes con internaciones no quirúrgicas.

Como conclusión, si bien la adherencia a la TRN a los 3 meses fue muy baja, más de la mitad del total de pacientes incluidos en el programa abandonaron el hábito tabáquico. Los

pacientes sometidos a CCV fueron los que más éxito tuvieron en el abandono tabáquico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud [página web en Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [citado 2010 22 sep]. Informe de la OMS sobre la epidemia mundial del tabaco 2009: la implementación de ambientes libres de humo. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918_eng_full.pdf
2. Encuesta Mundial de tabaquismo en adultos. Argentina 2012. Ministerio de Salud. 30 de Mayo de 2013. Buenos Aires, Argentina. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2013-09_encuesta-tabaquismo-adultos-25-junio.pdf
3. Goodman MJ, Nadkarni M, Schorling JB. The Natural History of Smoking Cessation Among Medical Patients in a Smoke-Free Hospital. *Subst Abus.* 1998;19:71-79.
4. Sundblad BM, Larsson K, Nathell. High rate of smoking abstinence in COPD patients: Smoking cessation by hospitalization. *Nicotine Tob Res.* 2008;10: 883-90.
5. Hasdai D, Garratt KN, Parrilla DE. Effect of smoking on the long-term outcome after successful percutaneous coronary revascularization. *N Engl J Med.* 1997;336:755-61.
6. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;3:CD001837.
7. Fiore MC, Goplerud E, Schroeder SA. The Joint Commission's New Tobacco-Cessation Measures – Will Hospitals Do the Right Thing? *N Engl J Med.* 2012;366:1172-1174.
8. McRobbie H, Bullen C, Glover M, et al. New Zealand smoking cessation guidelines. *N Z Med J.* 2008;121(1276):57-70
9. Munafò M, Rigotti N, Lancaster T, Stead L, Murphy M. Interventions for smoking cessation in hospitalized patients: a systematic review. *Thorax.* 2001;56(8):656-63.
10. Emmons KM, Goldstein MG. Smokers who are hospitalized: a window of opportunity for cessation interventions. *Prev Med.* 1992;21:262-9.
11. Patnode CP, Henderson JT, Thompson JH, Senger CA, Fortmann SP, Whitlock EP. Behavioral counseling and pharmacotherapy interventions for tobacco cessation in adults, including pregnant women: a review of reviews for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence synthesis no. 134. AHRQ publication no. 14-05200-EF-1. Rockville, Md.: Agency for Healthcare Research and Quality; 2015
12. Bolliger CT, van Biljon X, Humair JP, El Fehri V, Cornuz J. Promoting hospital-based smoking cessation services at major Swiss hospitals: a before and after study. *Swiss Med Wkly.* 2008;138:427-31.
13. Hjalmarson A, Boëthius G. The effectiveness of brief advice and extended smoking cessation counseling programs when implemented routinely in hospitals. *Prev Med.* 2007;45:202-7.
14. Hajek P, Taylor TZ, Mills P. Brief intervention during hospital admission to help patients to give up smoking after myocardial infarction and bypass surgery: randomized controlled trial. *BMJ.* 2002;324:87-9.
15. Rigotti NA, Arnsten JH, McKool KM, Wood-Reid KM, Singer DE, Pasternak RC. The use of nicotine-replacement therapy by hospitalized smokers. *Am J Prev Med.* 1999;17:255-9.
16. Le Foll B, George TP. Treatment of tobacco dependence: integrating recent progress into practice. *CMAJ.* 2007;177:1373-80.
17. Ferguson J, Bauld L, Chesterman J, Judge K. The English smoking treatment services: one-year outcomes. *Addiction.* 2005;2:59-69.
18. Campos AC, Nani AS, Fonseca VA, Silva EN, Castro MC, Martins WD. Comparison of two smoking cessation interventions for inpatients. *J. Bras Pneumol.* 2018; 44:195-20