

Tratamiento de tabaquismo en funcionarios de la salud en 11 centros de Atención Primaria

L. Véjar M.¹, G. Medina², R. Ponce³, M. Morales⁴, C. Castillo⁵, M.J. Pozo⁶, J. Pavié⁷, J. Villena⁸

¹Programa de Tabaco Hospital Dr. Sótero del Río, ²Cesfam (C) El Roble; ³C. Flor Fernández; ⁴C. Los Quillayes; ⁵C. M. Villaseca; ⁶C. Los Castaños; ⁷Hospital de Quillota; ⁸C. Sta. Amalia.

RESUMEN

Es importante implementar tratamiento de tabaquismo en la Atención Primaria de la Salud (APS). Por esta razón, en el año 2010 iniciamos en 11 consultorios de Servicios de Salud Metropolitano Suroriente (SSMSO) y Viña-Quillota (SSVQ), en Chile, un programa de tratamiento antitabáquico dirigido a funcionarios en esta etapa. La intervención estuvo basada en profesionales de programas de enfermedades respiratorias, capacitados mediante un curso internet-presencial de 106 h. Se encuestaron a los integrantes del centro de salud, se analizó tabaquismo mediante talleres, especialmente las contradicciones entre fumar y trabajar en la salud y se les ofreció tratamiento psicosocial y farmacológico. Un total de 796 funcionarios fueron encuestados. Varones, 229 (28,8%). Fumadores, 332 (41,7%). Fumadores diarios, 223 (28,0). Alto grado de adicción, 25 (7,5%). Ingresaron a tratamiento 81 funcionarios, reciben fármacos 76. El número de sesiones de terapia fue 6,6, promedio. Los fármacos se emplearon en 3 esquemas: bupropión 150 mg c/12, chicle de nicotina (2 mg) según demanda y vareniclina 1 mg c/12. Cada centro utilizó un solo tipo de esquema (al azar) por 3 meses. Efectos secundarios de fármacos fueron leves 5,6% y no determinaron suspensión de tratamiento. A los 6 meses, 29 funcionarios (34,1%)

se mantenían sin fumar. La cesación fue comprobada por cooximetría e información de testigos. El costo del tratamiento promedio por persona fue US\$92.

Conclusión. Es posible realizar tratamiento de tabaquismo a los funcionarios de la salud, basado en profesionales de los centros APS con costo y rendimiento aceptable. El proyecto fue financiado por Laboratorios GlaxoSmithkline, PfizerChile, Johnson y Johnson y los Servicios de Salud.

Palabras clave: Tabaquismo; Tratamiento; Atención Primaria.

ABSTRACT

It is important to implement smoking cessation treatment in Primary Health Care (PHC). Thus, in the year 2010, we initiated a smoking cessation treatment program aimed at health care staff workers in this stage in 11 South-Eastern Metropolitan Health Services (SSMSO) and Viña-Quillota Health Services (SSVQ) out-patient clinics, in Chile. The intervention was based on professionals of respiratory disease programs, trained by a 106 hour internet and on-site course. The members of the health care site were interviewed. Smoking habit was analyzed by workshops, especially the contradictions between smoking and working in health care and psychosocial and pharmacological treatment was offered. A total of 796 health care workers were surveyed: Males-229 (28.8%). Smokers-332 (41.7%). Daily smokers-223 (28.0). High grade of addiction-25 (7.5%). A total of 81 staff workers received treatment,

Correspondencia:

Dr. Leonardo Véjar Mourgues. Programa de Tabaco. Hospital Dr. Sótero del Río. Santiago de Chile. Chile.
E-mail: drvejar@gmail.com

Recibido: 10 de noviembre de 2012 Aceptado: 30 de diciembre de 2012.
Prev Tab. 2013; 15(1): 21-25

76 receiving drugs. There was an average of 6.6 therapy sessions. The drugs were used in 3 regimens: bupropion 150 mg c/12, nicotine gum (2 mg) on demand and varenicline 1 mg c/12. Each center used only one regimen (at random) for 3 months. Secondary effects of the drugs were mild, 5.6%, and did not lead to treatment cessation. At 6 months, 29 staff workers (34.1%) continued without smoking. The cessation was verified by co-oximetry and witness information. Average treatment cost per person was \$92 (USA).

Conclusions. Treatment for smoking cessation in health care workers is possible, based on the staff workers of the PHC sites and with acceptable cost and performance. The project was funded by GlaxoSmithkline, PfizerChile, Johnson and Johnson Laboratories and the Health Care Services.

Keywords: Smoking habit; Treatment; Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo está actualmente considerado una enfermedad adictiva que asocia una carga alta de enfermedad cardiovascular, respiratoria y cáncer. Según el Atlas Mundial de tabaco¹, las tasas en Chile son de 36,9% varones, 30,2% en mujeres, 28% niños, 36,9% en niñas. De esta manera, en nuestro país las tasas de consumo están entre las más altas de América y del mundo. El 10% de las muertes totales en Chile se deben al consumo de tabaco y el costo directo para los Servicios de Salud está estimado en US\$ 1.140 millones¹. Esta situación ha sido estacionaria en Chile en los últimos 10 años y en respuesta a esta situación nuestro país ha suscrito el Convenio Marco del Tabaco de la OMS y se han desarrollado leyes cuyos efectos no se han apreciado hasta la fecha. Una nueva ley está en sus fases finales de tramitación e incorporará un mejor control de ambientes libres de humo entre otras medidas. El desarrollo pausado de medidas preventivas se ha reflejado también en lentitud en la implementación de programas de tratamiento de tabaquismo en los servicios de salud. Muy pocos servicios de salud del país tienen implementado tratamientos de tabaquismo. Los pacientes fumadores hospitalizados por infarto o EPOC raramente ingresan con tratamiento antitabaco. Esta situación está influida también por el hecho que más del 30% de los funcionarios de la salud fuman², siendo ellos los encargados de planear y ejecutar los programas de control.

Si nuestro país inicia en algún momento como programa el desarrollo del tratamiento para dejar de

fumar, deberá empezar probablemente por acciones focales hacia los grupos de mayor relevancia, tales como los trabajadores de la salud, profesores, embarazadas, pacientes EPOC, cardiovasculares y otros. Se considera fundamental empezar por los trabajadores de la salud que fuman porque son ellos los que hacen los tratamientos, y un terapeuta adicto a la nicotina no es eficaz³. Para realizar estas tareas es necesario capacitar y preparar a los profesionales de los equipos de Atención Primaria de la Salud (APS) para realizar el tratamiento psicológico y farmacológico del tabaquismo.

El objetivo de este estudio fue demostrar la factibilidad de implementar tratamiento de tabaquismo en la APS por los funcionarios que trabajan en esos consultorios. El tratamiento planificado fue consejería intensiva más medicamentos, que es la forma actual de mayor rendimiento⁴⁻⁷.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio prospectivo abierto multicéntrico, realizado entre marzo 2010 y junio 2011. Fue aplicado en 11 consultorios de APS de los Servicios de Salud Metropolitano Suroriente y Viña-Quillota. En forma preliminar, se preparó a un equipo voluntario de profesionales mediante un curso internet-presencial de 106 horas a cargo de MEDEF Chile-Argentina⁸ y basado en las premisas ATTUD⁹. La primera intervención fue encuestar a los integrantes de los centros de salud. Luego, realizar reuniones de motivación con los funcionarios en las que se informaba de los resultados de la encuesta, haciendo notar lo crítico de la situación y discutiendo el espectro del daño por consumo de tabaco, la inconsistencia de fumar y trabajar en la salud y la imagen que proporciona un consejero de salud fumando (Fig. 1). Finalmente, se ofrecía inscripción a tratamiento para dejar de fumar. Las actividades de consejería breve estaban orientadas a que los funcionarios aconsejaran dejar de fumar a sus compañeros y a los consultantes del centro de salud. Los principios básicos que se presentaban eran averiguar por consumo, breve consejo y apoyar cesación, siguiendo el ABC de las Guías Clínicas de Nueva Zelanda¹⁰. La forma de transmitir el ABC era libre. Se disponía de materiales variados: una dramatización seguida de foro, una charla con diapositivas y un vídeo. A los funcionarios que se inscribieron para dejar de fumar se les realizó una entrevista de evaluación en la que se consignaron los elementos diagnósticos esenciales¹¹. Luego, se les ofreció tratamiento para dejar de fumar mediante te-



Figura 1.

Tabla 2. Encuestas de funcionarios de la salud.

Descripción	Nº	%
Total funcionarios encuestados	796	73,2
Edad promedio y rango	41,1	(19-61)
Sexo masculino	229	28,8
Total fumadores	332	41,7
Fumadores diarios	223	28,0
Fumadores ocasionales	109	13,6
Alto grado de adicción (fumar <30 min luego de despertar)	25	7,5

rapia cognitiva conductual tipo grupal de 6 sesiones, asociada a tratamiento farmacológico. Se consideró como indicación para medicamentos el consumo de 5 o más cigarrillos por día (cpd) en el momento de la evaluación.

Los fármacos utilizados fueron: chicle de nicotina (CHN), bupropión de liberación lenta (BP) y vareniclina (VR). Las dosis utilizadas fueron CHN; 2 mg libre demanda, BP; 300 mg y VR 2 mg día. Duración del tratamiento: 3 meses.

Cada consultorio en forma aleatoria utilizó un solo tipo de medicamento.

El programa se implementó basado en los profesionales que trabajan en los programas de afecciones respiratorias del niño y el adulto (IRA y ERA); el equipo de trabajo fue de 12 kinesiólogos, 2 enfermeras, 1 psicóloga y 1 médico.

El diseño y dirección del proyecto estuvo a cargo de la unidad de tabaco del Hospital Dr. Sótero del Río.

Tabla 1. Distribución de actividades de motivación y consejo breve, realizadas en los 11 consultorios.

Consultorios	Reunión motivación	Reunión Consejería breve
Santa Amalia	1	1
Los Castaños	1	0
Los Quillayes	1	1
El Roble	1	1
Flor Fernández	1	1
Santo Tomás	1	1
Villaseca	1	1
Limache	1	1
Olmué	1	0
Miguel Concha	4	0
San Martín de La Ligua	1	1
Totales	14	8

Tabla 3. Pacientes en estudio.

Descripción	Nº	%
Pacientes evaluados	100	
Ingresan a tratamiento	81	
Se tratan con medicamentos	76	
Efectos secundarios (3 gastrointestinales, 1 estomatitis por chicle)	4	5,6%
Promedio sesiones por centro	6,6	
Pacientes con cesación 6 meses	29	34,1%

Los resultados se midieron como no consumir ningún cigarrillo durante 6 meses y la cesación se comprobó por información de testigos (los compañeros de trabajo) y cooximetría en rango inferior a 10 ppm.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra el número de actividades de motivación realizadas en los consultorios, en las que, además, se realizaron capacitación en consejería breve.

En la tabla 2 se muestran los datos obtenidos en las encuestas.

En la tabla 3 se muestran el número de pacientes que son evaluados, los que cumplen los requisitos e ingresan a tratamiento y de ellos, los que reciben fármacos. Al pie de esta tabla se pueden leer los resultados en cesación.

Los efectos secundarios a los medicamentos fueron en general leves; se presentaron en el 5,6% de los casos

y no motivaron suspensión de tratamiento. El costo de los medicamentos por persona durante 3 meses fue de US\$92.

DISCUSIÓN

24

Orientamos este programa hacia los funcionarios de la salud por su rol modélico porque el tabaquismo influye en el rendimiento¹² y porque un terapeuta fumador no es creíble³. Los estudios en el Reino Unido de Gran Bretaña, al demostrar en médicos la relación entre tabaquismo y mortalidad, fueron muy orientadores sobre la necesidad de que los funcionarios de la salud asuman el problema^{13,14}. Cuando los médicos dejaron de fumar, fueron seguidos por los demás funcionarios de la salud y por el resto del reino. Actualmente el Reino Unido tiene tasas de consumo que son la mitad de las de Chile¹.

Asimismo, como el 80% de la población del país se atiende en los consultorios APS, es racional desarrollar la prueba en esa realidad para conocer las dificultades y el costo que pudiera tener su implementación.

Aunque los médicos serían los más indicados para encargarse de los tratamientos, dado que son un recurso escaso, se consideró como alternativa integrar el programa a otros profesionales que tuvieran la posibilidad de asignar horas a cumplir en esa labor. Dentro de ellos, los kinesiólogos (fisioterapeutas) encargados de enfermedades respiratorias son los más idóneos porque están muy motivados y en algunos períodos del año no tienen la presión de las emergencias respiratorias.

En cuanto a las encuestas, al realizarlas se perseguía conocer la realidad local y a la vez motivar e inducir la cesación. La encuesta demostró que un 41,1% de los funcionarios fumaban, cifra aún mayor a los de la encuesta del Dr. S. Bello el 2002², lo que señala que la situación va empeorando y es necesario intervenir este grupo.

Con relación al tratamiento a realizar, se consideró que el consumo de tabaco es una adicción y no un "hábito", del cual el consumidor se puede desprender fácilmente. Ilustra lo anterior que de los que intentan dejar de fumar sin ayuda solo 5% están sin fumar al año. Por esta razón, el tratamiento para ser exitoso debe ser intensivo, con consejería psicosocial y fármacos⁴. La terapia de tipo grupal fue la elección porque permitía manejar un número grande de funcionarios utilizando menos horas de terapia. El promedio de 6,6 sesiones por grupo que se realizó lo estimamos adecuado porque estuvo en el rango del número de sesiones ideales

que es de 6 a 8¹⁵. Además, los grupos recibieron otras acciones como encuestas y talleres de motivación; por lo tanto, esta intervención fue intensiva.

Para facilitar el ingreso a tratamiento, terapia y medicamentos, se ofrecieron sin costo. Es conocido en estas condiciones que los resultados de tratamiento mejoran^{16,17}. Asimismo está ampliamente demostrado que el control de tabaquismo es una intervención costo-eficiente; el gasto en medicamentos se recupera ampliamente¹⁸.

Los efectos secundarios de los medicamentos que se presentaron en el 5,6% de los casos fueron leves, principalmente gastrointestinales, y no motivaron suspensiones de tratamiento.

Los resultados del tratamiento del 34,1% de cesación a los 6 meses es cercano a otros trabajos de la literatura^{6,7} y adecuado al considerar que se trata de las primeras experiencias de tratamiento de tabaquismo en APS en nuestro país.

La capacitación de los terapeutas fue la dificultad más seria del programa, ya que el tratamiento psicológico y medicamentoso para dejar de fumar no es fácil y requiere mucho entrenamiento. El curso semipresencial realizado por Medef Chile con apoyo de MEDEF Argentina ayudó a superar esta dificultad.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio sugieren que es posible realizar tratamiento de tabaquismo a los funcionarios de la salud, basado en profesionales de los Centros APS con costo y rendimiento aceptable.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece el apoyo que brindaron al desarrollo de la prueba a los siguientes profesionales de los consultorios de SSMSO y 5ª Región: Marcelo Mora, Rafaela Cifuentes, Ximena Valle, Yuri Córdoba, Carola Valencia, Analía Morales, Pablo Hernández, Sandra Leiva, Dayana Salvatierra, Juan Santander, María Martín, Marné Salazar Rivera, Héctor Munizaga, Claudia Ponce y Patricia Marchant.

Agradecemos a la industria farmacéutica de Chile: GlaxoSmithkline, Pfizer y Johnson & Johnson y al Servicio de Salud Suroriente por el apoyo financiero a la gestión del proyecto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Atlas del Tabaco Sociedad Americana del Cáncer http://www.cancer.org/downloads/AA/TobaccoAtlas3/TA3_Chapt_10.pdf. Acceso: oct 2012.
2. Bello S, Soto M, Michalland S, Salinas J. Encuesta nacional de tabaquismo en funcionarios salud. *Rev Med Chile*. 2004; 132: 223-32.
3. Prevalencia de tabaquismo y actitud hacia ese hábito entre médicos del Azuay, Ecuador. *Rev Panam Salud Pública*. 2003; 14: 1. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892003000600005>
4. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB et al. Clinical Guidelines Treating tobacco use and dependence. Update 2008. Chapter 6. p. 101. http://www.aafp.org/online/etc/medialib/aafp_org/documents/clinical/clin_recstobacco-dependence.Par.0001.File.dat/treating_tobacco_use08.pdf
5. MPOWER a policy package to reduce tobacco epidemics http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use.pdf accessed sept 2010.
6. Bello S, Flores M. Pharmacotherapy for tobacco dependence. *Rev Chil Enf Respir*. 2008; 24: 127-37.
7. Stead LF, Lancaster T. Does a combination of smoking cessation medication and behavioural support help smokers to stop? <http://summaries.cochrane.org/CD008286/does-a-combination-of-smoking-cessation>. Online: 2012:Oct 17.
8. Médicos especialistas en dejar de fumar. www.crecenmedica.cl www.medef.com.ar
9. ATTUD. Association for the Treatment of Tobacco Use and Dependence www.attud.org
10. New Zeland Smoking Cessation Guidelines [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/6663/\\$File/nz-smoking-cessation-guidelines-v2-aug07.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/6663/$File/nz-smoking-cessation-guidelines-v2-aug07.pdf)
11. Jiménez Ruiz CA, Guirao García AL, Cicero Guerrero A, Ruiz Martín JJ, Cristóbal Fernández M, Mayayo Ulibarri M et al. La asistencia clínica en el tabaquismo. Unidad Especializada de Tabaquismo Comunidad de Madrid.
12. Weng SF, Ali S, Leonardi-Bee J. Smoking and absence from work: Systematic review and meta-analysis of occupational studies. doi: 10.1111/add. Acceso: oct 2012.
13. Doll R, Hill AB. The mortality of doctors in relation to their smoking habits; a preliminary report. *Br Med J*. 1954; 1: 1451-5.
14. Doll R, Hill AB. Lung cancer and other causes of death in relation to smoking; a second report on the mortality of British doctors. *Br Med J*. 1956; 2: 1071-81.
15. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB et al. Clinical Guidelines Treating tobacco use and dependence. Update 2008. Chapter 6. p. 85 http://www.aafp.org/online/etc/medialib/aafp_org/documents/clinical/clin_recstobacco-dependence.Par.0001.File.dat/treating_tobacco_use08.pdf
16. Hughes JR, Peters EN, Naud S. Effectiveness of over-the-counter nicotine replacement therapy: a qualitative review of nonrandomized trials. *Nicotine Tob Res*. 2011; 13: 512-22.
17. Alberg A, Margalit R, Burke A, Rasch K, Stewart N, Kline J, et al. The influence of offering free transdermal nicotine patches on quit rates. *Addictive Behaviors*. 2004; 29: 1763-78. doi:10.1016/j.addbeh.2004.04.007
18. Richard P, West K, Leighton K. The Return on Investment of a Medicaid Tobacco Cessation Program in Massachusetts. Access: Oct 2012: www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0029665.