

Características del consumo de cigarrillos de tabaco entre personas viviendo con VIH en Buenos Aires, Argentina

Characteristics of tobacco cigarette consumption among people living with HIV in Buenos Aires, Argentina

Edgardo Gabriel Bottaro^{1,2}, Lucrecia Loprete³, Pablo Gustavo Scapellato¹ e Isabel Cassetti²

¹Unidad Infectología. Hospital General de Agudos Donación Francisco Santojanni. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

²Helios Salud. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

³Unidad Neumotisiología. Hospital General de Agudos Donación Francisco Santojanni. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Financiamiento: No hubo financiamiento.

Conflictos de Interés: No se declara conflicto de interés.

Recibido: 27 de marzo de 2026 / Aceptado: 16 de agosto de 2026

Correspondencia a: Edgardo Bottaro.
egbottaro@gmail.com

ISSN 0717-6341



Resumen

Introducción: La prevalencia de tabaquismo es mayor entre personas con infección por VIH. **Objetivo:** Describir características del consumo de cigarrillos de tabaco entre personas con infección por VIH. **Pacientes y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico mediante una encuesta. Se analizó la asociación de las variables estudiadas con consumo actual de tabaco y cesación tabáquica, mediante análisis bivariado (tablas de 2x2 y test de Fisher) y multivariado (regresión logística). **Resultados:** 66,9% fumó alguna vez; 36,9% fumaba actualmente; 79,8% intentó cesación; 22,2% recordaba haber recibido consejo médico sobre tabaquismo; 70,4% tenía baja dependencia; 41,5% baja motivación para abandonarlo. El consumo actual de cigarrillos se asoció al género femenino, una edad menor de 50 años, un nivel educativo máximo inferior a terciario, haber consumido drogas o alcohol en exceso y convivir con fumadores. La cesación tabáquica se asoció al género masculino, no consumir actualmente alcohol o drogas y no convivir con fumadores. La intensidad del consumo aumentó con la edad y fue mayor entre aquellos con menor nivel educativo. **Conclusiones:** Observamos una alta proporción de fumadores entre las personas con infección por VIH. Identificamos variables asociadas a mayor prevalencia de tabaquismo. Pocos recordaron algún consejo médico sobre tabaquismo. Se requiere más involucramiento de los médicos que asisten a esta población en el abordaje del tabaquismo.

Palabras clave: VIH; tabaco; alcohol; drogas; consumo; género femenino; nivel educativo; edad.

Abstract

Background: The prevalence of smoking is higher among people living with HIV. **Aim:** To describe the characteristics of tobacco cigarette smoking among people living with HIV. **Patients and Methods:** An observational, cross-sectional, and analytical study was conducted using a survey. The association among the variables studied and current tobacco use and smoking cessation was analyzed using a bivariate analysis (2x2 tables and Fisher's test) and a multivariate analysis (logistic regression). **Results:** 66.9% smoked at some point; 36.9% were current smokers; 79.8% tried to quit; 22.2% recalled receiving medical advice about smoking; 70.4% had low dependence; 41.5% had low motivation to quit. Current cigarette smoking was associated with being female, being under 50 years of age, having an education level below the tertiary level, having used drugs or alcohol excessively, and living with smokers. Smoking cessation was associated with being male, abstaining from alcohol or drugs, and not living with smokers. Smoking intensity increased with age and was higher among those with lower education levels. **Conclusions:** We noted a high proportion of smokers among people living with HIV. We identified variables associated with a higher prevalence of smoking. Most people did not recall any medical advice about smoking. Physicians who care for this population must become more involved in addressing tobacco use.

Keywords: HIV; tobacco; alcohol; drugs; consumption; female gender; education level; age.

Introducción

El acceso masivo al tratamiento antirretroviral por parte de las personas que viven con VIH (PVVIH), permitió una reducción significativa de la morbilidad vinculada al virus¹ y un aumento de la expectativa de vida, especialmente entre quienes iniciaron la terapia antes del deterioro inmunológico y del desarrollo de eventos oportunistas². A consecuencia de ello, desde hace unos años se evidencia un envejecimiento progresivo de esta población: según estimaciones de UNAIDS, a nivel global, el porcentaje de PVVIH de 50 o más años de edad aumentó desde 8% en 2000 hasta aproximadamente 25% en 2024^{3,4}. En Latinoamérica, según datos de la cohorte CCASAnet, la proporción de PVVIH de 50 o más años de edad se triplicó entre 2008 y 2015⁵.

Debido a la mayor expectativa de vida, a las toxicidades de algunos antirretrovirales y a otras razones no totalmente aclaradas, posiblemente vinculadas a un estado inflamatorio persistente, esta población presenta una prevalencia creciente de condiciones clínicas crónicas no transmisibles como la enfermedad isquémica cardiovascular, algunas neoplasias, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hepatopatías crónicas, trastornos psiquiátricos, insuficiencia renal crónica, osteopenia y riesgo de fractura⁶.

La literatura médica coincide en que las prevalencias de consumo de tabaco y alcohol son mayores entre PVVIH que en la población general⁷⁻⁹. El tabaco tiene un rol central en la fisiopatología de muchas de las enfermedades no transmisibles previamente referidas y además, se lo vincula a consecuencias negativas sobre la inmunidad, sobre la supresión viral y la progresión clínica de las PVVIH¹⁰⁻¹³.

Considerando lo anterior, y ante la escasez de datos regionales, decidimos llevar adelante un estudio para conocer las características del consumo de cigarrillos de tabaco entre PVVIH, el grado de dependencia a la nicotina, su motivación para dejar de fumar, el compromiso de los médicos tratantes con la problemática del tabaquismo y la asociación del consumo de tabaco y del logro de la cesación tabáquica, con otras variables.

Pacientes y Métodos

Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal y analítico. Se incluyeron PVVIH de 18 o más años de edad, que consultaron en forma consecutiva y presencialmente a los consultorios externos de dos instituciones de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Una de ellas es una entidad dependiente del gobierno municipal; la otra, es una institución privada especializada en la atención de PVVIH. La recolección de datos se hizo entre 01-12-2024 y 30-04-2025. Se calculó un tamaño de la muestra de 424 PVVIH (considerando una población de aproximadamente 140.000 PVVIH en Argentina, una prevalencia de consumo de cigarrillos de tabaco esperada cercana a 40% –según datos bibliográficos que informan prevalencias superiores entre PVVIH que en la población general– con un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 5%). Sin embargo, dado que la propuesta de trabajo

inicial fue recolectar datos durante un periodo predeterminado de cinco meses, a pesar de haber alcanzado el número necesario de participantes, se decidió continuar incorporando individuos durante ese periodo.

Puesto que no hubo intervenciones diferentes a las usualmente debidas a esta población, y no habiéndose llevado a cabo experimentación alguna, se solicitó al Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Agudos Donación Francisco Santojanni, la excepción a la toma de consentimiento informado, la que fue aceptada. El protocolo fue aprobado por dicho comité el 29 de noviembre de 2024, y registrado en la Plataforma de Registro Informatizado de Investigaciones en Salud de la Ciudad de Buenos Aires (PRIISA) bajo el código de registro 14.429.

Aun así, al momento de la entrevista, el médico asistente comunicó a los posibles participantes acerca de la investigación, ofreciendo la participación en el estudio, a modo de solicitud de consentimiento verbal.

Fueron criterios de exclusión ser menor de 18 años, rechazar la participación y presentar, al momento de la consulta, síntomas compatibles con alguna patología vinculable al consumo de tabaco (como enfermedad isquémica cardíaca, periférica o neurológica, intercorrientes respiratorias y neoplasias). Se consideró que haber incorporado a esas personas podría haber significado un sesgo de selección, puesto que podrían representar un subgrupo de individuos con mayor prevalencia de consumo de tabaco que el resto de las PVVIH.

Quienes aceptaron participar fueron interrogados por el médico asistente, mediante un cuestionario estructurado diseñado para este estudio, conformado por preguntas cerradas recolectando las variables edad, género autopercibido, consumo excesivo de alcohol actual o en el pasado (la característica de “excesivo” fue definida según lo autorreferido por el participante), consumo actual o pasado de drogas recreativas, máximo nivel educativo alcanzado, situación laboral (con trabajo actual o desempleado), edad de inicio del consumo de cigarrillos de tabaco y número de cigarrillos fumados diariamente. También se les preguntó si habían recibido información sobre tabaquismo y consejo sobre cesación tabáquica desde el equipo de salud, si tenían algún familiar o conviviente fumador y si alguna vez habían concurrido a consultar con algún profesional del área psicopatológica por cualquier motivo (no sólo por cuestiones relacionadas con el consumo de tabaco). Se les interrogó sobre las variables requeridas para la realización de los test de Fagerström (que mide el grado de dependencia a la nicotina) y de Richmond (que mide la motivación para abandonar el consumo de cigarrillos). La Figura 1 muestra las preguntas incluidas en ambos test.

Se consideró fumador actual a quien hubiera fumado al menos 100 cigarrillos en su vida y al menos 1 cigarrillo en los 30 días previos a la entrevista¹⁴. Para definir “ex-fumador” se recurrió a la definición de “abstinencia” propuesta por la “*WHO Clinical Treatment Guideline for Tobacco Cessation in Adults*”¹⁵, que lo define como aquella persona que, habiendo fumado al menos 100 cigarrillos en su vida, llevaba, al momento de la entrevista, más de 6 meses sin fumar (aquí incluimos a los

fumadores en periodo de acción, quienes habiendo fumado al menos 100 cigarrillos en su vida ya habían iniciado el proceso de cesación tabáquica y llevaba, al momento de la entrevista, más de 6 meses sin fumar¹⁴).

Según la puntuación obtenida en el test de Fagerström (sobre fumadores diarios), la dependencia se clasificó como baja cuando el puntaje fue < 4; moderada, cuando estuvo entre 4 y 6; y alta, cuando fue > 6¹⁴. Según la puntuación obtenida en el test de Richmond (sobre fumadores activos), la motivación se clasificó como baja, cuando el puntaje fue < 5; moderada, cuando estuvo entre 5 y 6; y alta, cuando fue > 6¹⁶.

Las respuestas se agregaron a una planilla Excel. Se aplicó estadística descriptiva. Se calcularon frecuencias y proporciones para las variables cualitativas; y medianas y rangos intercuartílicos (RIC) para las variables cuantitativas.

Se llevaron a cabo análisis para evaluar la asociación entre las variables estudiadas y los desenlaces “consumo actual de tabaco” y “cesación tabáquica”. Para ello se calcularon las proporciones de fumadores actuales y de quienes lograron la cesación tabáquica en los subgrupos constituidos según género, edad, máximo nivel educativo logrado, presencia de familiares fumadores, presencia de convivientes fumadores, consumo excesivo de alcohol actual y pasado, consumo de drogas recreativas actual y pasado, situación laboral actual y antecedentes de haber concurrido a alguna consulta con un profesional del área psicopatológica. Para ello se realizó un análisis bivariado mediante la confección de tablas de contingencia 2 x 2 y la aplicación del test de Fisher y, ulteriormente, un análisis multivariado mediante regresión logística. Se asumió como estadísticamente significativa toda diferencia cuyo p valor fuera < 0,05 (Epi-Info® versión 7.2.2.6).

El manuscrito final se estructuró siguiendo las recomendaciones de la declaración STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*) para estudios observacionales¹⁷.

Test de Fagerström
¿Cuánto tiempo tarda en fumar su primer cigarrillo después de despertarse?
¿Se le hace muy difícil evitar fumar en los sitios donde está prohibido?
¿A qué cigarrillo de los que fuma durante el día, le costaría más renunciar?
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?
¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse o durante el resto del día?
¿Fuma aunque esté tan enfermo que deba permanecer en cama?
Test de Richmond
¿Si le resultara fácil, le gustaría dejar de fumar?
¿Cuánto interés tiene en dejar de fumar?
¿Intentará dejar de fumar en las próximas dos semanas?
¿Cuál es la probabilidad de que usted ya no fume dentro de 6 meses?

Figura 1. Preguntas incluidas en los test de Fagerström y Richmond.

Resultados

El cuestionario fue ofrecido a 1.103 PVVIH, 6 rechazaron contestarlo. La población estudiada quedó conformada por 1.097 individuos.

La mayoría fueron varones cis. La edad mediana fue 48 años (RIC 38-55). Casi 60% alcanzó el secundario completo como nivel educativo máximo; 2% no completó la escuela primaria. Aproximadamente 80% trabajaban. El 28% refirió que alguna vez en la vida consumió alcohol en exceso y 38% informaron que consumieron drogas recreativas. Las prevalencias de consumo excesivo de alcohol y de consumo de drogas recreativas actuales (al momento de la encuesta) fueron 5,7 y 17,1%, respectivamente (Tabla 1).

La edad mediana de inicio del consumo de cigarrillos fue 17 años. La proporción de mujeres que fumó su primer cigarrillo antes de los 16 años fue mayor que la de varones (45,3 vs 35,8%).

Más de dos tercios habían fumado alguna vez en la vida y algo más de un tercio fumaba al momento de la encuesta; la mayoría lo hacía diariamente. Casi 80% había intentado abandonar el consumo. Algo más de 20% recordaba haber recibido algún consejo sobre tabaquismo y cesación tabáquica desde el equipo de salud. Dos tercios fumaban menos de 10 cigarrillos diarios. Casi 60% tenía familiares fumadores y algo más de la cuarta parte convivía con fumadores. La mayor prevalencia de consumo de tabaco se observó en el grupo de 25 a 34 años de edad (Tabla 2).

Tabla 1. Características demográficas de la población estudiada

Género	
Varones cis; n (%)	755 (68,8)
Mujeres cis; n (%)	339 (30,9)
Mujeres trans; n (%) ^a	3 (0,3)
Edad en años; mediana (RIC 25-75)	48 (38-55)
Máximo nivel educativo alcanzado	
Primario incompleto; n (%)	23 (2,1)
Primario completo; n (%)	132 (12)
Secundario incompleto; n (%)	216 (19,7)
Secundario completo; n (%)	275 (25,1)
Terciario/universitario incompleto; n (%)	215 (19,6)
Terciario/universitario completo; n (%)	236 (21,5)
Consumo excesivo de alcohol y consumo de drogas	
Alcohol actualmente n (%)	63 (5,7)
Alguna vez alcohol; n (%)	311 (28,3)
Drogas actualmente n (%)	188 (17,1)
Alguna vez drogas; n (%)	411 (37,5)

^aPara los análisis ulteriores, estas personas se analizaron como género femenino.

Tabla 2. Características del consumo de cigarrillos de tabaco en la población estudiada

Población total (n = 1.097)	
Edad de inicio del consumo; mediana (RIC 25-75)	17 (14-18)
Fumador alguna vez en la vida; n (%)	734 (66,9)
Fumadores actuales; n (%)	405 (36,9)
Con familiares fumadores; n (%)	641 (58,4)
Con convivientes fumadores; n (%)	299 (27,3)
Fumadores actuales (n = 405)	
Fumadores diarios; n (%)	294 (72,6)
Intentaron abandonar; n (%)	323 (79,8)
Consumo <10 cigarrillos diarios; n (%)	268 (66,2)
Consumo ≥10 cigarrillos diarios; n (%)	137 (33,8)
Consumo ≥20 cigarrillos diarios; n (%)	36 (8,9)
Consumo ≥30 cigarrillos diarios; n (%)	15 (3,7)
Consumo en pack/year; mediana (RIC 25-75)	8,75 (4,8-21,6)
Proporción de fumadores actuales según grupo etario ^a	
18-24 años de edad (n = 29); n (%)	12 (41,4)
25-34 años de edad (n = 181); n (%)	83 (45,9)
35-49 años de edad (n = 381); n (%)	150 (39,4)
50-64 años de edad (n = 425); n (%)	143 (33,6)
> 64 años de edad (n = 81); n (%)	17 (21)
Alta motivación para abandonar; n (%)	153 (37,8)
Baja motivación para abandonar; n (%)	168 (41,5)
Recuerdo de consejo médico sobre tabaquismo; n (%)	90 (22,2)
Fumadores diarios (n = 294)	
Dependencia baja; n (%)	207 (70,4)
Dependencia media o alta; n (%)	87 (29,6)
Dependencia alta; n (%)	19 (6,4)

^aEstratificación propuesta por la 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo¹⁸.

Según el test de Fagerström, 70% tenía baja dependencia a la nicotina; según el de Richmond, 41,5% tenía baja motivación y 37,8% tenía alta motivación para abandonar el consumo.

En el análisis bivariado, el desenlace “consumo actual de cigarrillos” se asoció en forma estadísticamente significativa a las variables género femenino, edad menor a 50 años, máximo nivel educativo alcanzado inferior a terciario/universitario incompleto, presencia de convivientes fumadores, presencia de familiares fumadores, consumo excesivo de alcohol actualmente, alguna vez en la vida, consumo de drogas recreativas actual y alguna vez en la vida, consulta con psicopatología y estar empleado al momento de la encuesta. En el análisis multivariado, las variables género femenino, edad menor a 50 años, máximo nivel educativo alcanzado inferior a terciario/universitario incompleto, presencia de convivientes fumadores, consumo excesivo de alcohol alguna

vez en la vida, consumo de drogas actualmente y consulta con psicopatología mantuvieron asociación estadística significativa con el consumo actual de cigarrillos de tabaco (Tabla 3).

En el análisis bivariado el desenlace “cesación tabáquica”, se asoció en forma estadísticamente significativa con las variables género masculino, máximo nivel educativo alcanzado inferior a terciario/universitario incompleto, no consumir alcohol en exceso actualmente y alguna vez en la vida, no consumir drogas actualmente ni alguna vez en la vida, no convivir con fumadores ni tener fumadores en la familia. En el análisis multivariado, las variables género masculino, no consumir alcohol en exceso en la actualidad, no consumir drogas actualmente y no convivir con fumadores, mantuvieron asociación estadística con el logro de la cesación tabáquica (Tabla 4).

Para medir la intensidad de consumo de cigarrillos se calculó la proporción de PVVIH fumadoras actuales que fumaban más de 10 cigarrillos por día y la proporción de fumadores diarios según grupos etarios, género y nivel educativo alcanzado. La proporción de quienes fumaban más de 10 cigarrillos diarios aumentó a medida que aumentaba la edad (Figura 2A), sin diferencia entre varones y mujeres (Figura 2B). Según el máximo nivel educativo alcanzado se observó que fue mayor entre quienes alcanzaron primaria completa o incompleta (Figura 2C). La proporción de fumadores diarios, aumentó a medida que aumentaba la edad de las PVVIH (Figura 2A), sin diferencia entre varones y mujeres (Figura 2B). Según el máximo nivel educativo alcanzado, fue mayor entre aquellos que alcanzaron primaria completa o incompleta (Figura 2C).

Discusión

En este estudio, el primero para nuestro conocimiento en describir las características del consumo de cigarrillos de tabaco en PVVIH en Argentina, se observaron similitudes y diferencias con datos de la población general argentina tomados de la 4^a Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (4^aENFR)¹⁸, y con otras publicaciones sobre consumo de tabaco entre PVVIH.

Si consideramos los datos publicados en la 4^aENFR como aquellos que representan a la población general argentina y los comparamos con lo observado en nuestro estudio, observamos que, al igual que lo informado en otros países^{7,9,19}, la proporción de fumadores entre las PVVIH superó a la proporción de fumadores observada en la población general, con un comportamiento similar según grupos etarios: un pico de prevalencia entre los 25 y 34 años, seguido por un descenso progresivo hacia los grupos de mayor edad.

Además, se observó mayor intensidad de consumo a medida que aumentó la edad de los participantes. Considerando que las PVVIH conforman una población en la que las morbilidades vinculadas al envejecimiento se anticipan respecto al resto de las personas²⁰, la mayor intensidad de consumo de cigarrillos entre individuos de mayor edad supone un riesgo aún mayor de enfermedades no transmisibles.

Tabla 3. Relación entre el consumo actual de cigarrillos de tabaco con las variables estudiadas

Variables	nº	Fumadores actuales (%)	Análisis bivariado		Análisis multivariado	
			OR (IC95)	p	OR (IC95)	p
Género masculino	755	34,2	0,69 (0,53-0,89)	0,006	0,71 (0,53-0,95)	0,024
Género femenino	342	43				
Edad < 50 años	591	41,5	1,53 (1,19-1,96)	< 0,001	1,33 (1,01-1,75)	0,04
Edad ≥ 50 años	506	31,6				
Nivel de instrucción						
Hasta secundario completo	646	40,6	1,47 (1,14-1,89)	0,003	1,35 (1,01-1,79)	0,04
Superior a secundario completo	451	31,7				
Desempleado	184	42,9	1,35 (0,98-1,87)	0,07	0,87 (0,61-1,28)	0,52
Empleado	913	35,7				
Consumo excesivo de alcohol						
Nunca (referencia)	570	26,7	4,78 (2,8-8,3)	< 0,001	1,63 (0,87-3,08)	0,13
Actualmente	63	63,5				
Alguna vez en la vida ^b	310	49,7	2,71 (2,03-3,63)	<0,001	1,56 (1,12-2,18)	0,009
Consumo de drogas						
Nunca (referencia)	686	29	3,53 (2,53-4,93)	< 0,001	2,15 (1,4-3,32)	< 0,001
Actualmente	188	59				
Alguna vez en la vida ^b	411	50,1	2,76 (2,11-3,6)	< 0,001	1,42 (0,99-2,01)	0,054
Con conviviente fumador	299	57,5	3,28 (2,49-4,33)	< 0,001	3,02 (2,2-4,13)	< 0,001
Sin conviviente fumador	798	29,2				
Con familiar fumador	641	42	1,7 (1,32-2,2)	< 0,001	1,08 (0,81-1,45)	0,59
Sin familiar fumador	456	29,8				
Alguna consulta a psicopatología	653	39,7	1,34 (1,02-1,42)	0,02	1,34 (1,01-1,78)	0,04
Sin consultas a psicopatología	444	32,9				

^aTotal de participantes del estudio; ^bComparado con Nunca.

Coincidiendo con la literatura médica sobre población general^{18,21,22} y sobre PVVIH²³, se observó una menor proporción de fumadores y menor intensidad de consumo entre aquellos con mayor nivel educativo. Algunos autores proponen que el menor nivel educativo actuaría como barrera al acceso a la información necesaria para tomar buenas decisiones vinculadas a una vida saludable, facilitando una mayor permanencia en consumo activo de tabaco²².

Al igual que en estudios previos, se observó una mayor proporción de fumadores entre quienes convivían con fumadores^{24,25}, situación identificada como obstáculo para la cesación tabáquica y facilitadora para iniciar el consumo. Además, se observó una mayor proporción de fumadores entre quienes alguna vez incurrieron en consumo de drogas recreativas y consumo excesivo alcohol^{26,27}.

A diferencia de lo generalmente publicado, y de lo informado por la 4^aENFR¹⁸ y por la Organización Mundial de la Salud²³,

observamos que la proporción de mujeres fumadoras fue superior a la de varones. Antes de poder generalizar este hallazgo, el dato debería corroborarse con más estudios, ampliando las áreas geográficas relevadas. Sin embargo, algunos datos de la literatura sugieren que existen diferencias de consumo de cigarrillos según género en la población de PVVIH con respecto a la población general. Una revisión sistemática, que halló una mayor prevalencia de consumo de cigarrillos entre varones que entre mujeres, mostró que la diferencia de prevalencia entre ambos grupos fue menos marcada que la observada en la población general. Al analizar estudios llevados a cabo en E.U.A., se observó que la diferencia desapareció a expensas de un aumento en la proporción de mujeres fumadoras²⁹. En países de bajos y medianos ingresos, la prevalencia del consumo de tabaco entre hombres con infección por VIH respecto a los VIH negativos es aproximadamente 45% superior; pero entre mujeres con infección por VIH la prevalencia es 90% mayor que entre sus pares VIH

Tabla 4. Relación entre la cesación tabáquica y las variables estudiadas

Variables	nª	Cesación tabáquica (%)	Análisis bivariado		Análisis multivariado	
			OR (IC95)	p	OR (IC95)	p
Género masculino	511	46,4	1,78 (1,28-2,47)	0,0006	1,72 (1,2-2,47)	0,0034
Género femenino	223	32,7				
Nivel de instrucción						
Hasta secundario completo	445	38,7	1,45 (1,08-1,96)	0,018	0,75 (0,54-1,06)	0,1
Superior a secundario completo	289	47,8				
Empleado	601	45,8	1,23 (0,84-1,81)	0,29	0,94 (0,61-1,46)	0,79
Desempleado	133	40,6				
Consumo excesivo de alcohol						
Nunca (referencia)	302	47	0,33 (0,17-0,65)	0,0009	0,44 (0,21-0,92)	0,03
Actualmente	53	22,6				
Alguna vez en la vida ^b	262	37,8	0,68 (0,49-0,96)	0,033	0,93 (0,64-1,36)	0,72
Consumo de drogas						
Nunca (referencia)	302	49,7	0,46 (0,3-0,69)	0,0002	0,39 (0,24-0,64)	0,0002
Actualmente	159	28,9				
Alguna vez en la vida ^b	344	38,1	0,69 (0,51-0,95)	0,025	1,13 (0,75-1,68)	0,56
Con conviviente fumador	222	19,8	4,37 (3,01-6,35)	< 0,0001	0,28 (0,19-0,42)	< 0,0001
Sin conviviente fumador	512	52				
Con familiar fumador	431	34,6	2,15 (1,59-2,9)	< 0,0001	0,79 (0,57-1,1)	0,18
Sin familiar fumador	303	53,1				
Consulta a psicopatología	451	39,9	1,28 (0,95-1,73)	0,12	0,84 (0,6-1,18)	0,32
Sin consultas a psicopatología	283	45,9				
Recibió consejo sobre tabaquismo	147	38,8	0,73 (0,51-1,06)	0,11	0,68 (0,46-1,03)	0,07
No recibió consejo sobre tabaquismo	587	46,3				

^aTotal de quienes fumaron alguna vez. ^bComparado con Nunca.

negativas³⁰. En nuestro estudio se observó una mayor proporción de mujeres con alta dependencia, variable ligada a menor éxito de las estrategias para cesación tabáquica³¹, y mayor proporción de inicio temprano de consumo de cigarrillos en mujeres que en varones, dato asociado a un riesgo duplicado de muerte prematura³². Esto alerta sobre el alto consumo de tabaco entre mujeres con infección por VIH, situación preocupante porque conforman un grupo de particular vulnerabilidad frente al tabaco, quedando expuestas a consecuencias negativas específicas de género, como menor fertilidad³³, mayor riesgo de menopausia temprana³⁴, evoluciones negativas de los embarazos³⁵ y mayor riesgo de neoplasias exclusivas del género³⁶⁻³⁸.

El 79,8% de los fumadores actuales de nuestro estudio comunicaron haber intentado abandonar el consumo de cigarrillos. Sin embargo, solo 22,2% recordaban haber recibido una intervención formal del equipo de salud. Si bien podríamos estar frente a un sesgo de recuerdo (común en estudios basados en

encuestas sobre hechos del pasado), también podría tratarse de un dato genuino, revelando que la mayoría de los intentos de abandono no fueron estimulados ni supervisados por equipos de salud, sino que fueron autoadministrados, situación asociada a menor éxito³⁹.

Si bien la atención de las PVVIH puede ser llevada a cabo por médicos no infectólogos adecuadamente entrenados, en Argentina (y en las dos instituciones involucradas en este estudio) la mayoría de las PVVIH son asistidas por infectólogos que se convierten, como en otras partes del mundo, en sus médicos de cabecera^{40,41} en quienes se delega el control de aspectos de la salud clásicamente considerados como no vinculados a la infección por VIH. Esto, visto a la luz del escaso registro que los participantes de este estudio mostraron acerca de haber recibido intervenciones sobre el tabaquismo procedentes del equipo de salud, nos lleva a reflexionar sobre el rol de los infectólogos, en el proceso de acompañamiento y estímulo a la cesación tabáquica.

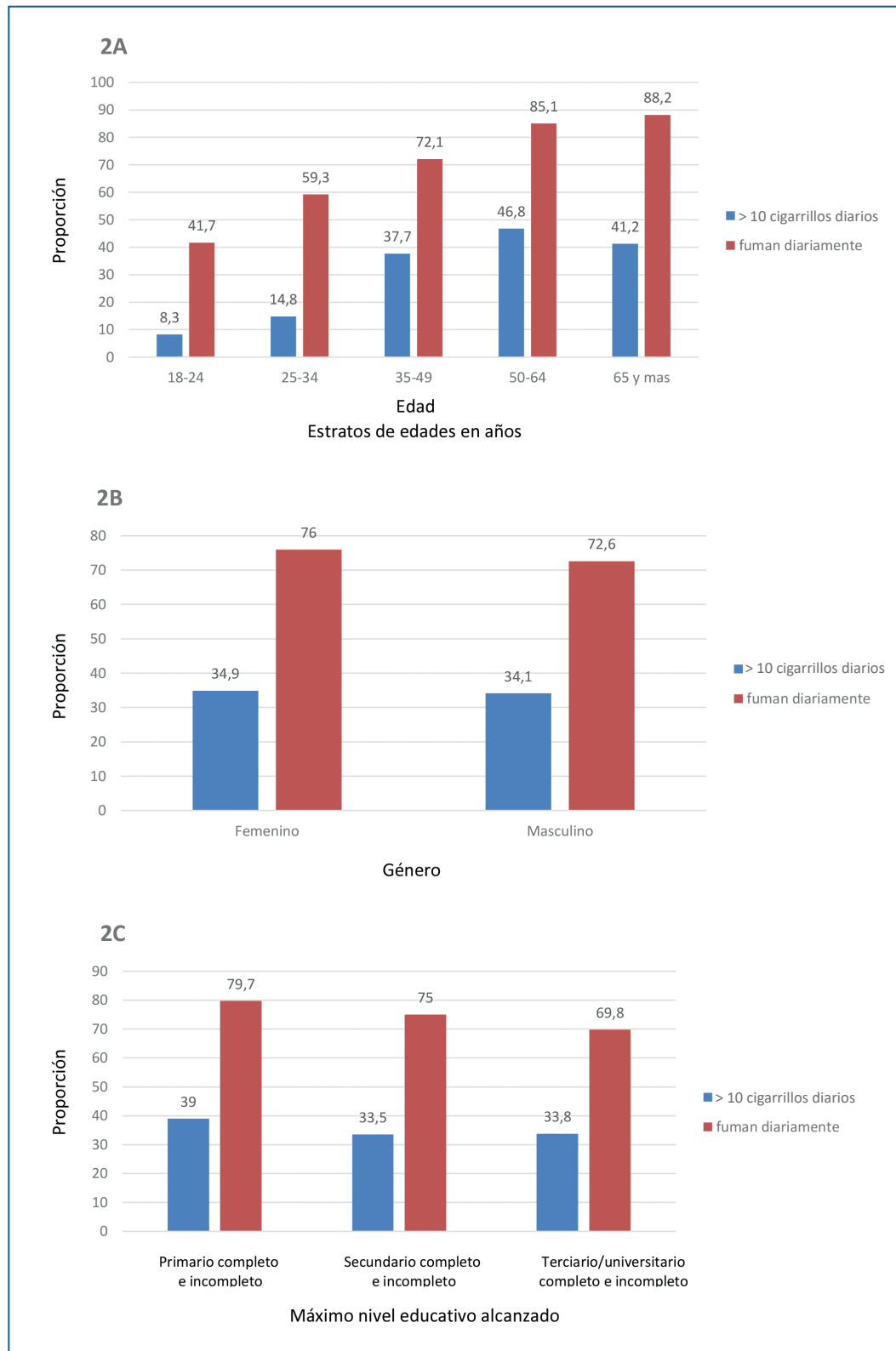


Figura 2. Intensidad de consumo de cigarrillos de tabaco (medido por número de cigarrillos diarios y proporción de fumadores diarios) de acuerdo a la edad (2A), género (2B) y máximo nivel educativo alcanzado (2C)

Un estudio argentino verificó una inadecuada capacitación de los infectólogos al momento de enfrentarse al tabaquismo de las PVVIH, porque si bien estimulaban la cesación, utilizaban insuficientemente las técnicas recomendadas, exponiendo como argumentos el entrenamiento inadecuado y la falta de tiempo⁴⁰.

Creemos que datos como los aquí presentados, deberían estimular la conformación de equipos de salud que cuenten con profesionales cuya pericia abarque aspectos no infectológicos de la salud de las PVVIH, sobre todo en tiempos en que las complicaciones clínicas prevalentes de los usuarios adecuadamente tratados con antirretrovirales, frecuentemente están desvinculadas de etiologías infectológicas.

En cuanto a la cesación tabáquica, nuestro estudio coincide con algunas publicaciones al hallar que aquellos individuos que comparten ambientes con fumadores^{42,43} y los que consumen alcohol en exceso y/o drogas tienen menos chances de lograrla⁴⁴. También observamos más éxito en lograr la cesación tabáquica entre los varones, dato no uniforme en la literatura^{45,46}.

El impacto negativo que el consumo de tabaco tiene sobre la salud, la alta proporción de fumadores entre las PVVIH, la mayor prevalencia entre mujeres, la alta tasa de fracaso a los intentos de cesación, la alta prevalencia de consumo excesivo de alcohol y drogas recreativas y de comorbilidades psiquiátricas y las barreras resultantes de una relación médico-paciente en la cual el médico expone limitaciones, confluyen para conformar un escenario en el cual la población de PVVIH se convierte en un grupo que posiblemente requiera un enfoque distintivo, si se pretende contribuir a resolver el problema.

Nuestro estudio tiene limitaciones. En primer lugar, se evaluaron PVVIH de una única zona geográfica, lo que impide generalizar los hallazgos al resto del país. En segundo lugar, el método de recolección de datos conlleva un riesgo de sesgo de recuerdo y de deseabilidad social, ya que las entrevistas fueron presenciales con un médico, lo que podría influir en que los entrevistados respondan lo que “el médico espera que responda”. Además, para simplificar la entrevista, se sacrificaron detalles como una evaluación más profunda de morbilidades psicológicas con potencial impacto en el consumo de sustancias. La exclusión de aquellos que se presentaron con síntomas vinculables a patologías vinculadas al consumo de tabaco, decisión tomada en un intento de evitar una sobreestimación de la prevalencia, podría ser considerada un sesgo de selección, y, potencialmente, funcionar como un factor de subestimación del consumo de tabaco, limitando la generalización de los resultados. Sin embargo, en la práctica, la frecuencia de dichas consultas fue numéricamente despreciable, por lo que consideramos que esa decisión no debió haber impactado en el resultado final. Por último, los resultados solo son aplicables al consumo de cigarrillos de tabaco, pues no se investigó el consumo de otros productos del tabaco.

Dado que el consumo de tabaco es uno de los factores de riesgo modificables para varias enfermedades no transmisibles y considerando que muy frecuentemente los infectólogos actúan como médicos de cabecera de las PVVIH, pretendemos con este estudio estimular y sensibilizar a dichos profesionales y a todos

los equipos de salud para involucrarse activamente en el proceso de cesación tabáquica para PVVIH. Podrán ser más protagonistas del proceso dependiendo de la propia formación, capacitación y estímulo; o menos activos, limitándose a la consejería inicial para, luego, generar una articulación efectiva con profesionales más idóneos y especializados. Para ello, la integración de los servicios de cesación tabáquica a los de asistencia de PVVIH emerge como una alternativa necesaria.

Referencias bibliográficas

1. Wolff MJ, Giganti MJ, Cortes CP, Cahn P, Grinsztejn B, Pape JW, et al. A decade of HAART in Latin America: Long term outcomes among the first wave of HIV patients to receive combination therapy. *PLoS One* 2017 Jun 26; 12(6): e0179769. doi: 10.1371/journal.pone.0179769
2. Trickey A, Sabin CA, Burkholder G, Crane H, d'Arminio Monforte A, et al. Life expectancy after 2015 of adults with HIV on long-term antiretroviral therapy in Europe and North America: a collaborative analysis of cohort studies. *Lancet HIV*. 2023 May;10(5): e295-e307. doi: 10.1016/S2352-3018(23)00028-0.
3. AIDS, crisis and the power to transform: UNAIDS Global AIDS Update 2025. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-07/2025-global-aids-update-JC3153_en.pdf (acceso 7 julio 2026).
4. Autenrieth CS, Beck EJ, Stelzle D, Mallouris C, Mahy M, Ghys P. Global and regional trends of people living with HIV aged 50 and over: Estimates and projections for 2000-2020. *PLoS One*. 2018 Nov 29; 13(11): e0207005. doi: 10.1371/journal.pone.0207005..
5. Caro-Vega Y, Belaunzarán-Zamudio PF, Crabtree-Ramírez B, Shepherd BE, Mejía F, Giganti MJ, et al. Trends in proportion of older HIV-infected people in care in Latin America and the Caribbean: a growing challenge. *Epidemiol Infect*. 2018 Jul; 146(10): 1308-11. doi: 10.1017/S0950268818001346.
6. Jespersen NA, Axelsen F, Dollerup J, Nørgaard M, Larsen CS. The burden of non-communicable diseases and mortality in people living with HIV (PLHIV) in the pre-, early- and late-HAART era. *HIV Med*. 2021 Jul; 22(6): 478-90. doi: 10.1111/hiv.13077.
7. Mdodo R, Frazier EL, Dube SR, Mattson CL, Sutton MY, Brooks JT, et al. Cigarette smoking prevalence among adults with HIV compared with the general adult population in the United States: cross-sectional surveys. *Ann Intern Med*. 2015 Mar 3;62(5): 335-44. doi: 10.7326/M14-0954
8. Torres TS, Luz PM, Derrico M, Velasque L, Grinsztejn E, Veloso VG, et al. Factors associated with tobacco smoking and cessation among HIV-infected individuals under care in Rio de Janeiro, Brazil. *PLoS One*. 2014 Dec 23;12(12):115900. doi: 10.1371/journal.pone.0115900.
9. Mdege ND, Shah S, Ayo-Yusuf OA, Hakim J, Siddiqi K. Tobacco use among people living with HIV: analysis of data from Demographic and Health Surveys from 28 low-income and middle-income countries. *Lancet Glob Health*. 2017 Jun;5(6):578-e592. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30170-5.
10. McClean AR, Kooij KW, Trigg J, Ye M, Sereda P, McLinden T, et al. Tobacco smoking and HIV-related immunologic and virologic response among individuals of the Canadian HIV Observational Cohort (CANOC). *AIDS Care*. 2022 Aug; 34(8): 982-91. doi: 10.1080/09540121.2021.1929813. Epub 2021 Jun 1.

11. Winhusen T, Feaster DJ, Duan R, Brown JL, Daar ES, Mandler R, et al. Baseline cigarette smoking status as a predictor of virologic suppression and CD4 cell count during one-year follow-up in substance users with uncontrolled HIV infection. *AIDS Behav.* 2018 Jun; 22(6): 2026-32. doi: 10.1007/s10461-017-1928-x.
12. Gamarel KE, Westfall AO, Lally MA, Hosek S, Wilson CM; Adolescent Medicine Trials Network for HIV/AIDS Intervention. Tobacco use and sustained viral suppression in youth living with HIV. *AIDS Behav.* 2018 Jun; 22(6): 2018-25. doi: 10.1007/s10461-017-1915-2.
13. Valiathan R, Miguez MJ, Patel B, Arheart KL, Asthana D. Tobacco smoking increases immune activation and impairs T-cell function in HIV infected patients on antiretrovirals: a cross-sectional pilot study. *PLoS One.* 2014 May 19; 9(5): e97698. doi: 10.1371/journal.pone.0097698.
14. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Buenos Aires, 2011. <https://iah.msal.gov.ar/doc/Documento93.pdf> (acceso 7 de julio de 2026)
15. World Health Organization (2024). WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/377825>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
16. Richmond RL, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction.* 1993 Aug; 88(8): 1127-35. doi: 10.1111/j.1360-0443.1993.tb02132.x.
17. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *Ann Intern Med.* 2007 Oct 16; 147(8): 573-7. doi: 10.7326/0003-4819-147-8-200710160-00010. Erratum in: *Ann Intern Med.* 2008 Jan 15; 148(2):168.
18. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) - Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación. 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos. Octubre de 2019. https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf. (acceso 7 mayo 2025).
19. Ale BM, Amahowe F, Nganda MM, Danwang C, Wakaba NN, Almuwallad A, et al. Global burden of active smoking among people living with HIV on antiretroviral therapy: a systematic review and meta-analysis. *Infect Dis Poverty.* 2021 Feb 12; 10(1): 12. doi: 10.1186/s40249-021-00799-3.
20. Bloch M. Frailty in people living with HIV. *AIDS Res Ther.* 2018 Nov 16;15(1):19. doi: 10.1186/s12981-018-0210-2.
21. Santero M, Melendi S, Hernández-Vásquez A, Irazola V. Socio-economic inequalities in smoking prevalence and involuntary exposure to tobacco smoke in Argentina: Analysis of three cross-sectional nationally representative surveys in 2005, 2009 and 2013. *PLoS One.* 2019 Jun 7; 14(6): e0217845. doi: 10.1371/journal.pone.0217845.
22. Cao P, Jeon J, Tam J, Fleischer NL, Levy DT, Holford TR, et al. Smoking disparities by level of educational attainment and birth cohort in the U.S. *Am J Prev Med.* 2023 Apr; 64(4 Suppl 1): S22-S31. doi: 10.1016/j.amepre.2022.06.021. Epub 2023 Jan 16.
23. Webb MS, Vanable PA, Carey MP, Blair DC. Cigarette smoking among HIV+ men and women: examining health, substance use, and psychosocial correlates across the smoking spectrum. *J Behav Med.* 2007 Oct; 30(5): 371-83. doi: 10.1007/s10865-007-9112-9.
24. Kandel DB, Griesler PC, Hu MC. Intergenerational patterns of smoking and nicotine dependence among US adolescents. *Am J Public Health.* 2015 Nov; 105(11): e63-72. doi: 10.2105/AJPH.2015.302775.
25. Adachi-Mejia AM, Carlos HA, Berke EM, Tanski SE, Sargent JD. A comparison of individual versus community influences on youth smoking behaviours: a cross-sectional observational study. *BMJ Open.* 2012 Sep 1; 2(5): e000767. doi: 10.1136/bmjopen-2011-000767..
26. Mdege ND, Makumbi FE, Ssenyonga R, Thirlway F, Matovu JKB, Ratschen E, et al. Tobacco smoking and associated factors among people living with HIV in Uganda. *Nicotine Tob Res.* 2021 Jun 8; 23(7): 1208-16. doi: 10.1093/ntr/ntaa262.
27. Reed MB, Wang R, Shillington AM, Clapp JD, Lange JE. The relationship between alcohol use and cigarette smoking in a sample of undergraduate college students. *Addict Behav.* 2007 Mar; 32(3): 449-64. doi: 10.1016/j.addbeh.2006.05.016.
28. World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2030. Geneva: World Health Organization; 2024. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240088283>
29. Weinberger AH, Smith PH, Funk AP, Rabin S, Shuter J. Sex differences in tobacco use among persons living with HIV/AIDS: A systematic review and meta-analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2017 Apr 1; 74(4): 439-53. doi: 10.1097/QAI.0000000000001279.
30. Mdege ND, Shah S, Ayo-Yusuf OA, Hakim J, Siddiqi K. Tobacco use among people living with HIV: analysis of data from Demographic and Health Surveys from 28 low-income and middle-income countries. *Lancet Glob Health.* 2017 Jun; 5 (6): e578-e592. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30170-5.
31. Ussher M, Kakar G, Hajek P, West R. Dependence and motivation to stop smoking as predictors of success of a quit attempt among smokers seeking help to quit. *Addict Behav.* 2016 Feb; 53: 175-80. doi: 10.1016/j.addbeh.2015.10.020.
32. Thomson B, Rojas NA, Lacey B, Burrett JA, Varona-Pérez P, Martínez MC, et al. Association of childhood smoking and adult mortality: prospective study of 120 000 Cuban adults. *Lancet Glob Health.* 2020 Jun; 8(6): e850-e857. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30221-7.
33. Emokpae MA, Brown SI. Effects of lifestyle factors on fertility: practical recommendations for modification. *Reprod Fertil.* 2021 Jan 8; 2(1): R13-R26. doi: 10.1530/RAF-20-0046.
34. Zhu D, Chung HF, Pandeya N, Dobson AJ, Cade JE, Greenwood DC, et al. Relationships between intensity, duration, cumulative dose, and timing of smoking with age at menopause: A pooled analysis of individual data from 17 observational studies. *PLoS Med.* 2018 Nov 27; 15(11): e1002704. doi: 10.1371/journal.pmed.1002704.
35. Crume T. Tobacco use during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.* 2019 Mar;62(1): 128-41. doi: 10.1097/GRF.0000000000000413..
36. Sugawara Y, Tsuji I, Mizoue T, Inoue M, Sawada N, Matsuo K, et al. Cigarette smoking and cervical cancer risk: an evaluation based on a systematic review and meta-analysis among Japanese women. *Jpn J Clin Oncol.* 2019 Jan 1; 49(1): 77-86. doi: 10.1093/jjco/hyy158
37. Jordan SJ, Whiteman DC, Purdie DM, Green AC, Webb PM. Does smoking increase risk of ovarian cancer? A systematic review. *Gynecol Oncol.* 2006 Dec; 103(3): 1122-9. doi: 10.1016/j.ygyno.2006.08.012.
38. Macacu A, Autier P, Boniol M, Boyle P. Active and passive smoking and risk of breast cancer: A meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat.* 2015 Nov; 154(2): 213-24. doi: 10.1007/s10549-015-3628-4.
39. Taylor GMJ, Dalili MN, Semwal M, Civljak M, Sheikh A, Car J. Internet-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Sep 4; 9(9): CD007078. doi: 10.1002/14651858.CD007078.pub5.
40. Konfino, J, Mejía, R, Basombrío, A. Estrategias para dejar de fumar provistas por infectólogos a personas con VIH en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Rev Argentina Salud Pública.* 2012; 3(12), 23-27. Recuperado a partir de <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/333>
41. Lakshmi S, Beekmann SE, Polgreen PM, Rodriguez A, Alcaide ML.

- HIV primary care by the infectious disease physician in the United States - extending the continuum of care. *AIDS Care*. 2018 May; 30(5): 569-77. doi: 10.1080/09540121.2017.1385720.
42. Orenstein L, Chetrit A, Kalter-Leibovici O. Factors associated with attempting and succeeding in smoking cessation following a National Tobacco Control Plan: Analysis of two nationwide surveys (2010 and 2017). *Addict Behav*. 2024 Feb; 149: 107912. doi: 10.1016/j.addbeh.2023.107912.
 43. Mini GK, Jayakrishnan R, Jishnu KK, Anil KK. Factors influencing tobacco cessation in India: Findings from the Global Adult Tobacco Survey-2. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2023 Nov 1; 24(11): 3749-56. doi: 10.31557/APJCP.2023.24.11.3749.
 44. Agudo A, Pera G, Rodriguez M, Quiros JR, Navarro C, Martinez C, et al. Changes in smoking habits in adults: results from a prospective study in Spain. *Ann Epidemiol*. 2004 Apr; 14(4): 235-43. doi: 10.1016/S1047-2797(03)00245-X.
 45. Assari S, Barsha RAA, Egboluche C, Sheikhattari P. The CEASE Tobacco Cessation Controlled Trial for low-income racial and ethnic minority participants: Key predictors of success. *Glob J Cardiovasc Dis*. 2025; 4(1): 1246. doi: 10.31586/gjcd.2025.1246. Epub 2025 Feb 19.
 46. Demissie HS, Smith T, de Quevedo IG, Kress AC, Twentyman E. Factors associated with quit attempt and successful quitting among adults who smoke tobacco in Ethiopia: Global Adult Tobacco Survey (GATS) 2016. *Tob Prev Cessat*. 2022 Mar 11; 8:12. doi: 10.18332/tpc/146170.