

## ¿Hacemos bien el test de Fagerström?

C.A. Jiménez-Ruiz<sup>1</sup>, K. Olov Fagerström<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad especializada en tabaquismo. Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid. <sup>2</sup>Fagerström Consulting. Helsingborg. Suecia

---

La medición del grado de dependencia física que los fumadores tienen por la nicotina es una de las determinaciones de mayor trascendencia dentro del examen clínico del tabaquismo<sup>1</sup>. El test de Fagerström ha demostrado ser la herramienta más útil entre las que disponemos en el momento actual para medir dicho grado de dependencia<sup>2</sup>. Otros tests fueron desarrollados pero, sin duda, éste ha sido el más universalmente utilizado y el que mejores parámetros de calidad ha demostrado tener<sup>3</sup>.

Se trata de un test de seis preguntas con respuestas múltiples. Dependiendo de la respuesta que cada fumador dé a cada una de las preguntas se obtiene una determinada puntuación. Al sumar los puntos ganados en cada una de las cuestiones se obtiene una puntuación total que oscila entre 0 y 10 puntos. La valoración del test, no sólo servirá para conocer el grado de dependencia física que el fumador tiene por la nicotina, sino que también puede ser utilizado con fines pronósticos y de indicación terapéutica<sup>4</sup>. La valoración se hace de acuerdo con el siguiente esquema:

De 0 a 1 puntos el grado de dependencia física es muy bajo. Aproximadamente sólo el 20% de los fumadores obtienen esta puntuación.

De 2 a 3 puntos lo obtienen el 30% de los fumadores y muestra un grado de dependencia bajo. La utilización del tratamiento farmacológico para dejar de fumar en este grupo de pacientes es útil.

De 4 a 5 puntos indica moderado grado de dependencia física por la nicotina y un riesgo significativo de padecer enfermedades asociadas al consumo del tabaco.

Aproximadamente el 30% de los fumadores tienen esta puntuación y en sus intentos de abandono de consumo de tabaco deberían utilizar tratamiento farmacológico.

Los fumadores con 6 ó 7 puntos padecen alto grado de dependencia física y tienen un elevado riesgo de padecer enfermedades asociadas al consumo del tabaco. El 15% de los fumadores obtienen esta puntuación. Es imprescindible que utilicen tratamiento farmacológico para dejar de fumar cuando realicen un serio intento de abandono del mismo.

De 8 a 10 puntos indican grado extremo de dependencia. El 5% de los fumadores obtienen esta puntuación y su riesgo de desarrollar enfermedades asociadas al consumo del tabaco es muy elevado.

El test de Fagerström ha recibido múltiples traducciones del inglés al castellano, y es frecuente ver cómo una misma pregunta del test es formulada de diferente forma en los distintos formatos que existen de este test universal. Esto ha condicionado que, en ocasiones, no se haya respetado el auténtico sentido que esas preguntas tenían en el original. Y con ello, las respuestas que se obtengan no sean las más adecuadas. A continuación exponemos tres preguntas del test en las que la traducción no siempre ha sido la más acertada.

La primera pregunta hace referencia al primer cigarrillo del día. En muchos formatos la pregunta es formulada de diferente forma: ¿cuál es el cigarrillo que más le gusta?, ¿cuál es el cigarrillo que más odia tener que dejar?, o, incluso, ¿cuál es el cigarrillo que más le apetece? Verdaderamente ninguna de estas formulaciones es la adecuada. El auténtico objetivo de esta pregunta es descubrir si el fumador, después de pasar toda una noche sin consumir tabaco y con sus niveles de nicotina sanguínea al mínimo, realmente, necesita cuanto antes adquirir unos niveles más adecuados a su grado de dependencia. Por ello, una buena forma de realizar esta pregunta sería: de todos los cigarrillos que consume a lo largo del día, ¿cuál es el que más necesita?

---

Correspondencia: Carlos A. Jiménez Ruiz. Unidad Especializada en Tabaquismo. Instituto de Salud Pública. C/ Doctor Esquerdo 45. Madrid

Recibido: 2 de abril de 2003. Aceptado: 6 de junio de 2003  
[Prev Tab 2003; 5(3): 161-162]

Otra de las preguntas que ha sufrido alteraciones en su proceso de traducción es la que investiga si el fumador consume más tabaco por las mañanas que por las tardes. Distintos formatos la presentan de diferentes formas: ¿consume más cigarrillos por las mañanas que por las tardes?, ¿fuma más por las mañanas que por las tardes?, o, ¿fuma más a primeras horas del día que por las tardes? El objetivo real de esta pregunta es conocer si el fumador necesita consumir muchos cigarrillos nada más levantarse para llegar a adquirir los niveles sanguíneos de nicotina de forma rápida. Por ello, la forma más adecuada de formular esta pregunta sería: después de consumir el primer cigarrillo del día, ¿fuma rápidamente algunos más?

La tercera de las preguntas que puede ocasionar confusión es la que hace referencia a consumir tabaco en lugares donde está prohibido hacerlo. Tal vez, ésta sea una de las preguntas sobre la que más versiones se han realizado. Desde ¿fuma usted en lugares donde está prohibido hacerlo? a ¿fuma usted en hospitales o cines?, pasando por ¿fuma cuando no se debe hacer? El auténtico objetivo de esta pregunta es saber si el fumador es capaz de pasar un periodo de tiempo más o menos largo sin fumar, sin sufrir molestias o inconvenientes. Por ello, una buena forma de realizar esta pregunta es: ¿encuentra dificultad para no fumar en lugares donde está prohibido hacerlo?

Las restantes preguntas del test de Fagerström mencionan el número de cigarrillos que el fumador consume al día, el tiempo que transcurre desde que se levanta hasta que consume su primer cigarrillo y si el fumador consume tabaco aunque esté enfermo. Generalmente las traducciones que de estas preguntas se han realizado han mantenido el sentido que tenían en el test original.

Resumiendo, el test de Fagerström es la herramienta más útil para medir el grado de dependencia física por la nicotina. Además, puede ser empleado con fines pronósticos y terapéuticos. Las múltiples traducciones que ha recibido, debido a su frecuente uso, no siempre han respetado el auténtico sentido que algunas preguntas tenían en el test original. Las preguntas que más alteraciones han sufrido son las que hacen referencia a los primeros cigarrillos del día y al consumo de tabaco en lugares donde está prohibido hacerlo. La correcta forma de realizar estas preguntas es la siguiente: de todos los cigarrillos que consume a lo largo del día, ¿cuál es el que más necesita?, después de consumir el primer cigarrillo del día, ¿fuma rápidamente algunos más? y ¿encuentra dificultad para no fumar en lugares donde está prohibido hacerlo?

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Torrecilla García M, Domínguez Grandal F, Díaz-Maroto Muñoz JL, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. Arch Bronconeumol. En prensa.
2. Fagerström KO, Schneider N. Measuring nicotine dependence: a review of the FTND. J Behav Med 1989; 12: 159-82.
3. Heatherton TF, Kozlowsky LT, Frecker RC, Baker T, Whisler W, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. Br J Addict 1991; 86: 1119-27.
4. Jiménez-Ruiz CA, Fagerström KO. Manual práctico de la terapia sustitutiva con nicotina en el tratamiento del tabaquismo. Novartis. Barcelona. 2000: 53-87.

# Valoración de la sertralina como tratamiento eficaz en la deshabituación tabáquica. Factores predictivos

I. Sampablo Lauro, L. Lores, F. Coll Klein, M. Palau<sup>1</sup>, P. Rabasa

*Servicio de Neumología. Hospital Sant Boi. <sup>1</sup>Sección de Neumología. Hospital de Viladecans. Barcelona*

## RESUMEN

**Introducción:** Existe una relación entre tabaquismo y depresión. Este hecho hizo pensar en la posibilidad de utilizar agentes antidepresivos en el tratamiento de la deshabituación tabáquica. El objetivo de nuestro trabajo ha sido valorar si un antidepresivo: la sertralina, puede ser una alternativa eficaz para que nuestros pacientes dejen de fumar y si existe alguna variable que pueda servir como índice predictivo del éxito o no del tratamiento.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio abierto y randomizado con 102 sujetos que acudían voluntariamente a la consulta de tabaquismo. Los pacientes fueron randomizados de manera aleatoria en dos diferentes grupos de tratamiento: el primero fue tratado con 50 mg/día de sertralina y el segundo con 100 mg/día, ambos durante dos meses. Se consideró éxito del tratamiento a todo paciente que declaraba haber dejado de fumar durante los seis meses de seguimiento. Se confirmaba la respuesta verbal determinando el CO espirado mediante cooximetría. A todos los pacientes se les determinó el grado de dependencia nicotínica mediante el test de Fagerström y el grado de ansiedad y depresión mediante la escala HADS.

**Resultados:** 7 pacientes no pudieron concluir el estudio, el éxito global del tratamiento fue del 44,1% (45 pacientes dejaron de fumar), no encontrándose diferencias significativas entre las dos dosis de sertralina. Los únicos factores predictivos positivos de éxito del tratamiento fueron el hecho de no fumar absolutamente nada ya desde los primeros 15 días de tratamiento y el de presentar puntuaciones bajas en el test de Fagerström.

**Conclusiones:** La sertralina podría ser una alternativa eficaz en pacientes que quieran dejar de fumar.

**Palabras clave:** Tabaquismo; Deshabituación tabáquica; Antidepresivos; Sertralina.

antidepressants in the treatment to break the smoking habit. The objective of our study has been to assess if an antidepressant - sertraline - may be an effective alternative to help our patients stop smoking and if there is any variable that can serve as a predictive index of success or non-success of the treatment.

**Material and methods:** An open labeled and randomized study was performed with 102 subjects who voluntarily came to the visit on the smoking habit. The patients were randomized into two different treatment groups: the first was treated with 50 mg/day of sertraline and the second with 100 mg/day, both for two months. The treatment was considered successful for all patients who declared that they had stopped smoking for the six months of the follow-up. The verbal response was verified, determining the exhaled CO by cooximetry. Degree of nicotine dependence was determined in all the patients with the Fagerström test and degree of anxiety and depression by the Hospital Anxiety and Depression scale (HADS).

**Results:** 7 patients could not finish the study. The overall success of the treatment was 44.1% (45 patients stopped smoking), there being no significant differences between the two sertraline doses. The only positive predictive factors of success of the treatment were the fact that the subject did not smoke at all after the first 15 days of treatment and that the subject presented a low score on the Fagerström test.

**Conclusions:** Sertraline may be an effective alternative in patients who want to stop smoking.

**Key words:** Smoking habit; Giving up smoking; Antidepressants; Sertraline.

## ABSTRATC

**Introduction:** There is a relationship between the smoking habit and depression. This fact leads us to think about the possibility of using

## INTRODUCCIÓN

Hoy en día no existe ninguna duda sobre los efectos nocivos que ejerce el tabaco sobre la salud, siendo éste la causa reconocida más importante de morbilidad y mortalidad en la sociedad desarrollada. Actualmente se estima que las muertes anuales producidas por el tabaco han pasado de ser un millón al año en 1965, hasta los 2,1 millones en 1995, con la particularidad de que estas muertes ocurren entre los

*Correspondencia:* Dr. I. Sampablo Lauro. C/ Escolles Pies, 73 08017 Barcelona

*Recibido:* 19 de mayo de 2003. *Aceptado:* 24 de septiembre de 2003  
*[Prev Tab 2003; 5(3): 163-169]*

35 y 69 años de vida, que suele ser el rango de edad productiva del individuo<sup>1</sup>.

Sin embargo, a pesar de las múltiples recomendaciones para dejar de fumar<sup>2,3</sup>, abandonar el consumo del tabaco es una empresa difícil, pues sólo un 2-5% de fumadores lo consiguen por sí mismos<sup>4</sup>.

La hoja de tabaco contiene más de 4.000 compuestos diferentes. La nicotina sería la sustancia que ejercería una función principal como mediadora de los efectos farmacológicos, bioquímicos y psicológicos atribuidos al tabaco, considerándose, asimismo, como su principal componente adictivo<sup>5</sup>. La nicotina, al unirse con receptores colinérgicos del sistema nervioso, provocaría una liberación de diferentes transmisores neurobiológicos como la serotonina, norepinefrina y dopamina<sup>6</sup>, produciendo una gran variedad de efectos tanto en el sistema nervioso periférico (cambios en la respiración, en la presión arterial) como en el sistema nervioso central (euforia, aumento de la atención y de la memoria), presentando además propiedades ansiolíticas y antidepresivas<sup>7</sup>.

La hipótesis de que existía una relación entre tabaquismo y depresión (mayor número de pacientes depresivos entre los fumadores que entre los no fumadores, aparición de cuadros depresivos al dejar de fumar)<sup>8</sup> hizo pensar en la posibilidad de utilizar agentes antidepresivos en el tratamiento de la deshabituación tabáquica. En 1997 Hurt et al.<sup>9</sup> publican el primer trabajo en que se demuestra la eficacia de un antidepresivo, el Bupropión, como terapia eficaz para dejar de fumar. El Bupropión es un antidepresivo que inhibe de manera relativamente débil la reabsorción neuronal de norepinefrina y dopamina, sin modificar la recaptación de serotonina<sup>10</sup>. Se desconoce el mecanismo exacto por el cual este fármaco aumenta la capacidad de los pacientes fumadores en mantener una conducta de abstinencia tabáquica, sin embargo parece estar en relación con la inhibición de la recaptación neuronal de dichos neurotransmisores a nivel del tálamo cerebral<sup>12</sup>.

El objetivo de nuestro trabajo ha sido el de valorar si otro antidepresivo: la sertralina, puede ser una alternativa eficaz para que nuestros pacientes dejen de fumar y si existe alguna variable que pueda ser predictiva del éxito o no del tratamiento.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Sujetos estudiados

Estudio abierto y randomizado, realizado en dos centros hospitalarios (Sant Boi y Viladecans). Los sujetos que acudieron voluntariamente a las consultas de tabaquismo

### Criterios de inclusión

Fumador de más de 15 cigarrillos día  
Tener entre 18 y 75 años de edad  
Estar en fase de preparación

### Criterios de exclusión

Historia previa de trastornos convulsivos  
Alteraciones del ritmo cardíaco  
Historia previa de trastornos ansiosos o depresivos  
Pacientes que recibían tratamiento con inhibidores de la MAO  
Antecedentes de hepatopatía

TABLA I. Criterios de inclusión y exclusión.

y manifestaron abiertamente su disposición a querer dejar de fumar eran incluidos en uno de los dos grupos de estudio dependiendo del orden de llegada. Un total de 102 individuos fueron admitidos, con una media de edad de 47 años (25-73 años). Fumaban una media de 35 cigarrillos al día y durante 28 años de promedio (7-56 años). Todos cumplían con los criterios de inclusión y exclusión de la Tabla I.

### Tratamiento

Los pacientes fueron randomizados en dos diferentes grupos. El primero fue tratado con 50 mg al día de sertralina y el segundo con 100 mg al día. La sertralina fue administrada de la siguiente manera: los siete primeros días de tratamiento se administraba la dosis adjudicada por la mañana y los pacientes seguían fumando. Posteriormente, al octavo día se mantenía la dosis y se iniciaba la deshabituación tabáquica. El tratamiento con sertralina se mantuvo durante dos meses.

### Variables de estudio

Se consideró éxito en la abstinencia tabáquica a todo sujeto que declaró no fumar ni un solo cigarrillo a partir del octavo día de tratamiento y durante los 6 meses de seguimiento. Esta declaración verbal fue confirmada mediante valores de CO espirado inferiores a 10 ppm<sup>12</sup>, utilizando para ello un coximétero (Bedfont UK).

Para valorar el grado de ansiedad/depresión de la personalidad de los sujetos fumadores se utilizó el test *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS)<sup>13</sup>, test psicométrico que puntúa trastornos de personalidad ansioso-depresivos: a mayor puntuación mayor trastorno. Valoramos si existía alguna diferencia significativa en los valores de puntuación en el test entre dos poblaciones diferentes: aque-

Los pacientes que dejaron de fumar y aquellos que no dejaron su hábito.

### Visita basal y seguimiento

La visita basal tenía lugar el día de la primera consulta y en ella se realizaban las siguientes exploraciones: historia clínica del tabaquismo determinando el consumo de tabaco en paquetes/año y valorando el número de intentos previos en deshabituación tabáquica, test de Fagerström<sup>14</sup>, espirometría simple, test HADS y se determinaron las concentraciones de monóxido de carbono (CO) en aire espirado.

Los pacientes fueron seguidos durante un periodo de 6 meses. En este tiempo acudieron a la consulta en seis ocasiones (basal, a los quince días y después del primero, segundo, tercero y sexto meses de la visita basal). En estas visitas de seguimiento se investigaba el estado del tabaquismo, se valoraba el síndrome de abstinencia y la aparición de efectos adversos.

### Análisis estadístico

Los resultados se presentan como media e intervalo de confianza del 95% para las variables continuas y como proporción e intervalo de confianza del 95% en las discretas.

Se han efectuado dos análisis diferentes. En primer lugar se ha comparado el éxito de la terapia en dejar de fumar en función de las dos dosis diferentes de sertralina, mediante Chi cuadrado, utilizando el método exacto de Fisher y con error alfa de 0,05.

En segundo lugar, se ha intentado obtener un modelo predictivo que permita adelantar cuáles son los pacientes con mayor probabilidad de tener éxito en su intento. Se pretende obtener una ecuación con un propósito predictivo, obteniendo por lo tanto un modelo de regresión logística múltiple que permita predecir la respuesta de nuevos sujetos con el mínimo error posible.

Para escoger el modelo máximo a partir del cual trabajar, en la fase previa se hallaron los valores máximos y mínimos de cada variable, tanto para detectar posibles errores en la matriz de datos que hubieran pasado los filtros anteriores, también como, la presencia o ausencia de valores excepcionales.

El modelado utilizado ha sido, por lo tanto, el descrito por Doménech<sup>15</sup>. Se ha seguido en todo momento la norma jerárquica a partir del modelo máximo, mediante inclusión secuencial, exclusión secuencial y regresión paso a paso, obteniendo diversos modelos más parsimoniosos. En una segunda etapa, se fijan en el modelo las variables que los anteriores análisis han detectado como más importantes y

se van añadiendo de forma controlada las restantes variables con objeto de mejorar el ajuste. Es importante insistir en que la decisión de incluir o excluir variables no se basa en el valor  $p$  como único criterio. Cada vez que se incluye o excluye una variable se revisan los cambios producidos en los coeficientes de las otras variables que están en el modelo (con especial atención a las variables teóricamente relevantes). Toda variable que producía un cambio relevante en algunos coeficientes era dejada en el modelo por motivos de ajuste, aunque su coeficiente de regresión no fuera significativo. En una tercera etapa se incluían términos de interacción, en este caso siempre basados en su significación estadística. Las variables que han sido utilizadas en todo este proceso son la edad, el índice de masa corporal, el número de paquetes que fumaba al día, años de fumador, la puntuación de Fagerström, índice de ansiedad, índice de depresión, y si estaba fumando o no en la primera visita de control a los 15 días.

Una vez obtenido el modelo final definitivo, se analizan las condiciones de su aplicación, representando la probabilidad en el éxito de la terapia mediante el modelo de riesgos proporcionales de Cox. Se representa una comparación entre ambas dosis de sertralina y se utiliza la regresión de Cox para representar gráficamente las diferentes probabilidades de éxito en función de las variables predictivas que se han identificado previamente.

## RESULTADOS

En este estudio se ha analizado el éxito del tratamiento, definido como abandono del hábito tabáquico, con sertralina a dosis de 50 o 100 mg al día en 102 pacientes fumadores, con una media de edad de 47 años, fumadores de una media de 1,5 paquetes al día durante 28 años y con un valor medio de ansiedad de 9,03 y de depresión de 6,22 en el test HADS. En la Tabla II se representan estos valores.

Un total de 7 pacientes (6,8%) no pudieron completar el tratamiento pautado, 5 por intolerancia al mismo (intolerancia digestiva y nerviosismo) y dos por proceso intercurrente no relacionado.

### Éxito del tratamiento

El porcentaje de éxito del tratamiento que obtuvimos es del 44,1% (45 pacientes), mientras que un 55,9% (50 pacientes) siguieron fumando después de un seguimiento de 6 meses.

No se han observado diferencias significativas ni clínicamente relevantes entre las dos dosis de sertralina utilizadas. En la dosis de 50 mg se ha obtenido un éxito del

	Dosis de sertralina	Intervalo de confianza			Des. estándar	Mínimo	Máximo
		Media	Inferior	Superior			
Edad	50	46,61	43,08	50,13	12,53	25	71
	100	47,84	44,12	51,56	13,09	25	73
Índice masa corporal	50	28,06	25,52	30,61	9,04	0,00	71,00
	100	27,82	26,01	29,63	6,37	20,00	55,00
Número paquetes al día	50	1,53	1,36	1,70	0,62	1,00	3,00
	100	1,49	1,29	1,69	0,70	1,00	5,00
Número de años fumando	50	27,35	24,04	30,67	11,78	7	50
	100	28,08	24,88	31,28	11,25	8	50
Test de Fagerström	50	6,92	6,33	7,51	2,11	1	11
	100	6,94	6,48	7,40	1,62	3	10
Ansiedad	50	8,31	7,04	9,59	4,55	0	20
	100	9,80	8,47	11,13	4,69	1	19
Depresión	50	5,88	4,72	7,05	4,15	0	21
	100	6,62	5,54	7,70	3,80	0	15
FVC	50	75,57	70,65	80,49	17,51	29	104
	100	76,00	70,44	81,56	19,58	30	113
FEV1	50	70,08	63,71	76,45	22,65	21	109
	100	74,40	67,60	81,20	23,91	19	118
Tiff	50	70,37	66,93	73,81	12,22	46	91
	100	74,26	70,33	78,19	13,82	42	109
MEF50	50	59,16	49,52	68,80	34,37	8	124
	100	66,78	57,57	75,99	32,40	8	131
MEF25	50	62,06	52,40	71,71	34,33	9	159
	100	88,44	65,17	111,31	81,16	16	554

TABLA II. Análisis descriptivo de la muestra de pacientes.

42,7%, mientras que en la dosis de 100 mg se ha obtenido un éxito del 46,7% con una  $p = 0,836$  (test exacto de Fisher).

La función de supervivencia en el éxito de la terapia, diferenciada para ambas dosis de sertralina, se puede esquematizar en la Figura 1.

### Factores predictivos

Al analizar la presencia o no de factores pronósticos en el éxito del tratamiento, así descrito en material y métodos, se observan dos diferentes parámetros. En primer lugar se demuestra que el hecho de no haber dejado de fumar (CO espirado > 10) durante la primera visita control a los 15 días es un hecho predictivo de fracaso, con un riesgo 45 veces

superior en relación con si el paciente no fuma en esa primera visita (IC95% de RR entre 13 y 163). La representación gráfica del riesgo de seguir fumando, en función de si los pacientes continúan fumando o no durante la primera visita control, se esquematiza en la Figura 2.

En segundo lugar, el resultado del test de Fagerström determinado en la visita basal es también un factor predictivo aunque de menor importancia clínica. Cada valor en la puntuación del test de Fagerström aumenta el riesgo de fracaso de la terapia en 1,54 veces (IC95% de RR entre 1,07 y 2,25), es decir que, a medida que la puntuación aumenta, disminuyen las probabilidades de éxito del tratamiento. Ninguna otra variable de las analizadas actúa como varia-

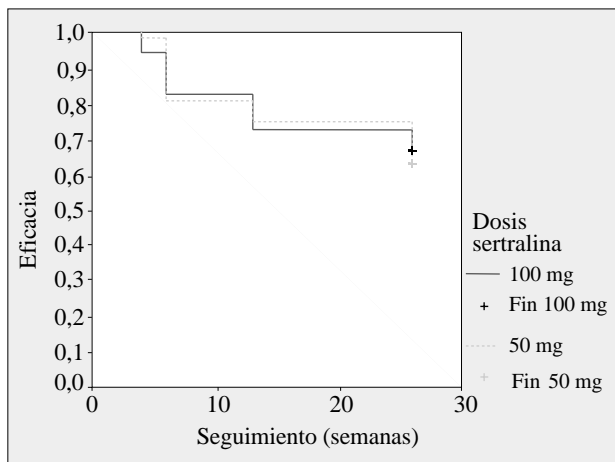


FIGURA 1. Representación esquemática de la eficacia del tratamiento con sertralina, en función de la dosis utilizada (50 o 100 mg) durante las 27 semanas de seguimiento.

ble de interacción o de confusión en el modelo predictivo, incluidas las puntuaciones de ansiedad y depresión (Tabla III).

## DISCUSIÓN

El hecho de que actualmente fumar sea considerado como una verdadera adicción, ha posibilitado realizar múltiples investigaciones para identificar el proceso bioquímico subyacente al trastorno adictivo. Como resultados de estos estudios sabemos que existen diferentes sistemas de neurotransmisores implicados en la adicción a la nicotina, siendo el sistema dopaminérgico<sup>16</sup> el mejor conocido; sin embargo, dicho sistema tiene una gran interrelación con otros, como puede ser el noradrenérgico, el serotoninérgico y el opioide, los cuales tendrían todos una participación en la dependencia nicotínica.

Otros datos importantes en el desarrollo de nuevas terapias para dejar de fumar han sido la demostración de que la nicotina presenta importantes propiedades antidepresivas<sup>17</sup>, que existe una relación entre el consumo de tabaco y la presencia de sintomatología depresiva en pacientes psiquiátricos<sup>18</sup> y que además la nicotina ejerce acciones neurobioquímicas que contrarrestan los déficit neurobioquímicos subyacentes a los trastornos afectivos, actuando como la mayoría de los antidepresivos<sup>19</sup>.

En base a estas premisas, el uso de antidepresivos como tratamiento de la deshabituación tabáquica parece ser una alternativa a considerar. Sin embargo, actualmente el único antidepresivo con uso terapéutico demostrado para dejar de fumar es el Bupropión.

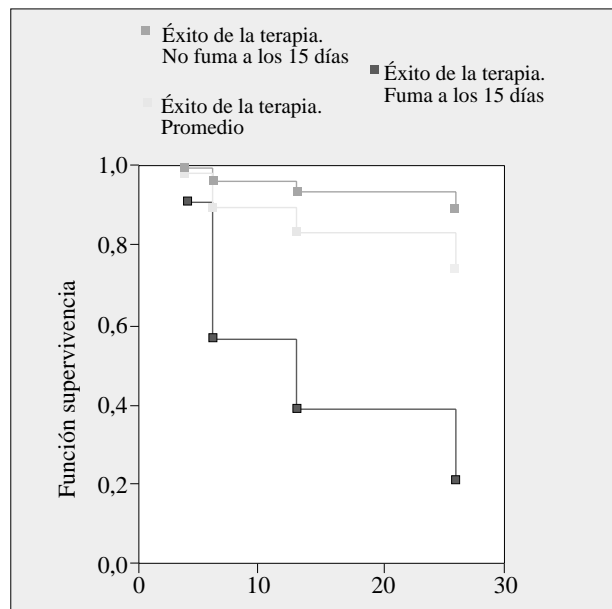


FIGURA 2. Éxito del tratamiento en relación a si el paciente deja de fumar o no antes de la primera visita. (Utilizando un modelo de regresión de Cox, incluyendo los términos obtenidos por la regresión logística –puntuación en el test de Fagerström y ser fumador o no a los 15 días–, se han representado dos curvas de supervivencia en función de la variable fumador a los 15 días –para facilitar la comprensión se ha fijado el valor de la variable Fagerström–. Se puede observar cómo la función de supervivencia a las 26 semanas en el caso de fumar a los 15 días ha caído hasta en el 21%, mientras que es del 90% si el paciente no fumaba a los 15 días de iniciar la terapia.

La sertralina es un antidepresivo con propiedades ansiolíticas, cuyo mecanismo de acción es inhibir la recaptación de serotonina con un efecto mucho menor en la recaptación de noradrenalina<sup>20</sup>. Además, no tiene prácticamente efectos inhibitorios en los receptores histaminérgicos, adrenérgicos, serotoninérgicos o colinérgicos. La mayor ventaja de la sertralina sobre los antidepresivos tricíclicos es la menor incidencia de efectos anticolinérgicos y la ausencia de cardiotoxicidad.

El sistema serotoninérgico se origina en el cerebro, a nivel del rafe, pero se relaciona íntimamente con otras regiones del sistema nervioso central, lo cual comporta las diferentes funciones de este sistema: con el córtex frontal, modulando el humor; con el hipotálamo modulando sueño y apetito; con la amígdala regulando la ansiedad. Además, la serotonina sería el neurotransmisor mayormente implicado en la respuesta sexual, en la percepción del dolor y en la manifestación de agresividad.

En base a estos datos, el sistema serotoninérgico estaría ligado de una manera bastante importante a todas aquellas manifestaciones neurovegetativas asociadas al síndrome

	Estado final	N	Media	Desviación estándar	Error estándar
Ansiedad	No fuma	66	8,65	4,56	0,56
	Sí fuma	36	9,72	4,76	0,79
Depresión	No fuma	66	6,09	3,61	0,44
	Sí fuma	36	6,44	4,60	0,77

TABLA III. Análisis de la deshabituación tabáquica en relación con las puntuaciones de ansiedad/depresión.

me de abstinencia. De hecho Pettinati et al.<sup>21</sup>, en lo que a consumo de alcohol se refiere, demuestran que la sertralina es un fármaco eficaz para abandonar el consumo de alcohol, independientemente del grado y de la patología psicológica que indujo la adicción. En la misma línea, Kosten et al.<sup>22</sup> tratan a pacientes adictos a la cocaína y demuestran que los tratados con sertralina reducen de una manera significativa el *craving* del síndrome de abstinencia.

Abandonar el consumo de tabaco no es una empresa fácil y están implicados una gran cantidad de factores tanto físicos como psíquicos<sup>23</sup>. La supresión brusca de nicotina produce un conjunto de síntomas que son consecuencia de la neuroadaptación cerebral, fundamentalmente por la falta de estimulación de los circuitos cerebrales de la recompensa. Dentro de todo el cortejo sintomático que produce el síndrome de abstinencia, de todos ellos el *craving*, definido como la ansiedad incontrolable por la falta de nicotina, sería uno de los factores más importantes en las recaídas de consumo de tabaco<sup>24</sup>. Parece lógico pensar que la sertralina podría ser un fármaco eficaz en la deshabituación tabáquica, de la misma manera que podría serlo para abandonar cocaína y alcohol. Levin et al.<sup>25</sup>, en un trabajo experimental, describen la sertralina como un fármaco que reduce el consumo de alimentos y, por lo tanto, reduce también el peso en ratones a los cuales se les provocaba un síndrome de abstinencia nicotínica. En el mismo trabajo se apunta la posibilidad de que dicho fármaco podría ser eficaz en el tratamiento del tabaquismo.

Posteriormente, Covey et al.<sup>26</sup> exponen por primera vez un trabajo clínico de deshabituación tabáquica y sertralina. Se trata de un grupo de 134 pacientes, todos ellos con historia anterior de trastornos depresivos mayores, los cuales son divididos en dos grupos: uno de ellos tratados con 200 mg de sertralina y el otro con placebo. Dicho estudio llega a la conclusión de que no existen diferencias significativas entre los dos conjuntos de pacientes después de 6 meses de seguimiento. Sin embargo, una de las críticas que se pueden realizar es que el trabajo presenta algunas imprecisiones desde el punto de vista estadístico, entre ellas que los intervalos de confianza están fuera de rango.

En nuestro trabajo, cuya principal limitación metodológica es que no tiene un grupo control placebo, nos encontramos con un índice de abstinencia a los seis meses del 44%. Esta cifra es elevada y hace pensar en dos diferentes consideraciones. En primer lugar el porqué de esta cifra; quizá la respuesta se deba a que se trata de un grupo poblacional sesgado, debido a su gran predisposición en querer dejar de fumar; sin embargo otra consideración sería que la sertralina podría ser una alternativa en lo que a deshabituación tabáquica se refiere. Cuando analizamos las variables predictivas, encontramos que fumar durante los primeros quince días de tratamiento comporta un riesgo de recaída muy importante. Este dato ha sido descrito de igual forma en los tratamientos sustitutivos con nicotina<sup>27</sup>, lo que sugiere que es independiente del tratamiento utilizado. Otra variable a tener en cuenta es el test de Fagerström, que valora el grado de adicción a la nicotina, pues con puntuaciones elevadas, es decir, con índice de dependencia alto, la efectividad del tratamiento disminuye. Este hecho comporta que la sertralina sería un tratamiento eficaz en aquellos pacientes con baja dependencia a la nicotina y que esta efectividad no aumenta al ampliarse la dosis de sertralina administrada.

Por último, concluimos que, a pesar que, hace falta un estudio con una población de pacientes mayor y con un grupo control, la sertralina podría ser una alternativa eficaz en la deshabituación tabáquica de aquellos pacientes con baja dependencia nicotínica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Peto R, López AD, Boreham J, Thum M, Health C, Doll R. Mortality from smoking worldwide. *British Medical Bulletin* 1996; 52: 12-21.
2. Salleras L, Pardell H, Saltó E, Martín G, Serra L, Plans P, et al. Consejo antitabaco. *Med Clin (Barc)* 1994; 102 (supl 1): 109-17.
3. Plans P, Navas E, Tarín A, Rodríguez G, Galí N, Gayta R, et al. Coste-efectividad de los métodos de cesación tabáquica. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 49-53.

## El factor de riesgo tabaco, nuestra asignatura pendiente

M.A. Izquierdo Cuartero, P. Rebollo Blanco, P. Martínez de Oporto, E. Muñiz Domínguez, M.M. González Mínguez. R. Delgado Canencia

Médicos del Equipo de Atención Primaria. Centro de Salud Felipe II. Área 8 IMSALUD. Móstoles. Madrid

### RESUMEN

**Fundamento:** Un 70% de fumadores acuden a la consulta de atención primaria al año. El consejo firme conseguiría el 5-10% de exfumadores.

**Objetivo:** Cuantificar el grado de intervención mínima respecto al tabaquismo y compararla, en fumadores, con las normas técnicas mínimas y actividades preventivas realizadas sobre otros factores de riesgo cardiovascular.

**Diseño:** Estudio descriptivo transversal.

**Material y Métodos:** Muestra aleatoria de 255 historias abiertas de 1990 a 2001 de pacientes mayores de 16 años en el CS. Felipe II (Móstoles);  $e = 0,058$  a  $\alpha = 0,05$ . Variables: edad, sexo, intervención mínima (diagnóstico y consejo firme), número de veces que se ofrece el consejo antitabaco, número de controles de la tensión arterial y peso corporal, número de análisis realizados, número de visitas programadas y a demanda, número de familiares fumadores, número de fármacos prescritos y pertenencia a otros grupos de riesgo.

**Resultados:** Consta en la anamnesis el consumo de tabaco en un 92,94% (IC  $\pm 3,12$ ). Fuman 33,33% (IC  $\pm 5,99$ ): a) el 19,48% (IC  $\pm 8,83$ ) están incluidos en programas de intervención sobre otros factores de riesgo cardiovascular; b) el 54,43% (IC  $\pm 6,10$ ) reciben consejo, el 93,2% (IC  $\pm 5,21$ ) cada dos años; c) el 60,75% (IC  $\pm 10,75$ ) tienen algún familiar fumador; d) dedicamos 406 (IC  $\pm 35,10$ ) minutos/paciente/año, sólo 8,8 (IC  $\pm 0,92$ ) dando consejo; e) Media anual grupo de riesgo: 3,78 (IC  $\pm 0,47$ ) controles de tensión en hipertensos; 1,07 (IC  $\pm 0,05$ ) análisis en diabéticos e hiperlipémicos; y 0,98 (IC  $\pm 0,13$ ) pesos en obesos.

**Conclusiones:** La intervención mínima sobre el tabaquismo es deficiente. La escasa formación en el abordaje preventivo, diagnóstico y terapéutico del tabaquismo, quizás sea una de las causas.

**Palabras clave:** Tabaquismo. Atención primaria. Intervención mínima. Prevención. Factores de riesgo cardiovascular.

### ABSTRACT

**Background:** 70% of smokers visit Primary Health Care Dispensary each year. Strong advice on tobacco cessation reaches 5-10% ex-smokers.

**Aim:** To quantify the lower intervention level on tobacco consumption and to confront it with minimal technical norms and preventive activities applied in relation to the main cardiovascular risk factors.

**Design:** A descriptive transversal study of 255 medical histories in The Primary Care Center Felipe II (Móstoles) from 1990 to 2001.

**Material and methods:** Considered parameters: age, gender, lower intervention (diagnostic and strong advice), number of advices, number of blood pressure controls, number of weight controls, number of blood analysis, number of programmed visits, number of non-programmed visits, number of smoking relatives, number of prescribed drugs, inclusion in other cardiovascular risk groups.

**Results:** a) Questions on tobacco consumption are made in 92,94% of cases (IC  $\pm 3,12$ ); b) 33,33% (IC  $\pm 5,99$ ) of patients are smokers; c) 19,48% of smoker patients (IC  $\pm 8,83$ ) are included in intervention programmes on other risk factors; d) 60,75% (IC  $\pm 10,75$ ) of smoker patients have a smoking relative; e) 54,43% (IC  $\pm 6,10$ ) of smoker patients have been advised on tobacco cessation, 93,2% (IC  $\pm 5,21$ ) of which have been re-advised two years later; f) from 406 minutes, 8,8 minutes are used in advising on tobacco cessation; g) mean of annual controls in specific risk groups: 3,78 (IC  $\pm 0,47$ ) blood pressure measuring in high-tension patients; 1,07 (IC  $\pm 0,05$ ) blood analysis in hyperlipemic and diabetic patients; and 0,98 (IC  $\pm 0,13$ ) weight controls in obese patients.

**Conclusions:** The lower intervention level on tobacco consumption is deficient. Poor training on preventive, diagnostic and therapeutic approach to tobacco consumption is probably one of the main causes.

**Key words:** Smoking; Primary Health Care; Prevention; Cardiovascular risk factors.

### INTRODUCCIÓN

En España la prevalencia del tabaquismo es del 35,7%. Ha sido reconocido como la causa aislada más importante de mortalidad y morbilidad prematuras prevenibles<sup>1</sup>.

Correspondencia: M<sup>a</sup> Ángeles Izquierdo Cuartero. C/ Avda. Felipe II, 10. 28936 Móstoles (Madrid)

Recibido: 25 de febrero de 2003. Aceptado: 23 de julio de 2003  
[Prev Tab 2003; 5(3): 170-174]

La consulta de atención primaria ofrece una de las mejores oportunidades para la identificación, tratamiento, seguimiento y derivación de los fumadores. La relación entre el profesional sanitario y el paciente crea una situación especial en la que el enfermo está más receptivo a los consejos sobre la salud.

Los fumadores confiesan que el consejo médico es un factor muy importante y de gran ayuda para dejar de fumar. Los médicos nos encontramos en una situación idónea para incidir positivamente y modificar la conducta de los fumadores, ya que en un 70% de los fumadores visitan a su médico de familia cada año<sup>1-2</sup>. Tampoco debemos olvidar nuestra función modélica, educadora, social y asistencial<sup>3</sup>.

En el informe *Smoking and Health: A report of the surgeon general* (1979), se habla de que de un 10 a un 25% de la población fumadora dejaría de fumar o reduciría lo que fuma después de recibir el consejo antitabaco<sup>4</sup>.

Russel, et al.<sup>5</sup> encontraron en su estudio que un 5,1% de los pacientes que habían recibido consejo de su médico acompañado de un folleto educativo sobre cómo dejar de fumar abandonaron el hábito. La evidencia científica ha demostrado que se puede conseguir entre un 5-10% de exfumadores después de una intervención mínima (consejo sanitario antitabaco + folleto informativo)<sup>6-7</sup>.

El consejo médico es una medida que puede ser aplicable en cualquier consulta y debe darse a todos los fumadores y exfumadores recientes. Ha de ser breve y adaptándolo a la fase de abandono en la que se encuentra el fumador<sup>7</sup>.

Desde hace un tiempo en nuestro equipo se viene demandando una formación específica sobre el tratamiento del tabaquismo, y un protocolo de actuación eficaz y eficiente, para el manejo adecuado de este factor de riesgo. Por otra parte, nos animaba comprobar con datos cuantitativos cómo gestionábamos nuestro tiempo en la consulta dependiendo del tipo de factor de riesgo cardiovascular que tenía el paciente, y si según sospechábamos antes de comenzar el estudio, el factor de riesgo "tabaco" era infravalorado.

Nos planteamos, antes de implantar este protocolo específico creado por nuestro Centro de Salud para el programa de gestión clínica OMI, que recoge el conjunto mínimo de datos diagnósticos del fumador incluidos en el último documento de consenso presentado por el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo CNPT, revisar las historias clínicas y analizar el grado de implicación de los profesionales (médicos y enfermeros), a través de los registros que indiquen algún tipo de intervención respecto al tabaquismo, y ante los resultados obtenidos aplicar las medidas correctoras necesarias.

## MATERIAL Y METODO

Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado en mayo del 2002, en el Centro de Salud Felipe II, de Móstoles (Madrid), con una población de unos 22.350 habitantes en el momento de la realización del estudio. De los mayores de 16 años seleccionamos una muestra aleatoria para una proporción esperada de fumadores del 35,7%<sup>1</sup>, con una precisión del 0,05, y un error alfa de 0,05, de 255 historias abiertas desde enero de 1990 hasta diciembre del 2001.

Las variables generales consideradas fueron la edad, el sexo; las específicas del estudio: la intervención mínima (1. Diagnóstico y 2. Consejo firme), número de veces que se dio consejo antitabaco, controles de tensión arterial, controles de peso, número de analíticas realizadas, número de visitas programadas y a demanda, número de familiares fumadores, número de fármacos prescritos, y pertenencia a otros grupos de riesgo (hipertensos, diabéticos, hiperlipémicos y obesos).

La recogida y análisis de datos se hizo utilizando el paquete informático ACCES, EXCEL y SPSS. Los estadísticos utilizados fueron la estimación de proporciones y medias, y el cálculo de sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC).

Para los cálculos realizados sobre la gestión del tiempo en la consulta, asignamos 3 minutos por cada consejo antitabaco, 5 minutos a la consulta de demanda y 15 a la programada.

## RESULTADOS

De los 255 pacientes, 143 eran mujeres y 112 hombres. Consta el consumo de tabaco en un 92,94% IC $\pm$  3,12, es decir, que no hay registro en un 7,06% IC $\pm$  3,15 de las historias.

Hemos excluido para el cálculo de los porcentajes de prevalencia de consumo de tabaco las 18 historias en las que no consta, aunque la ausencia de este registro no afecta seriamente a la significación estadística. Los intervalos de confianza de las proporciones sobre n = 237 y n = 255 incluyen la de la población general.

Podemos asumir que la muestra es representativa a pesar del probable sesgo cometido al definir como sujetos del estudio a los pacientes que tienen historia individual abierta, ya que la media de fumadores estimada para la población general 35,7<sup>1</sup> está incluida en el intervalo de confianza de la proporción obtenida en la muestra 33,33% (IC  $\pm$ 5,99) (79/237).

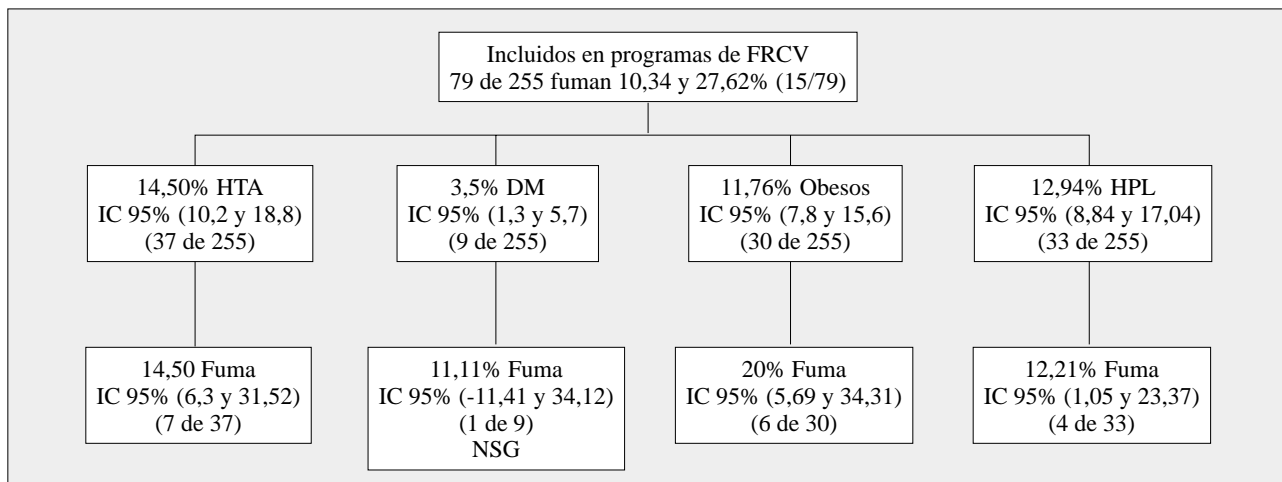


FIGURA 1. Pacientes con factores de riesgo cardiovascular incluidos en programas específicos.

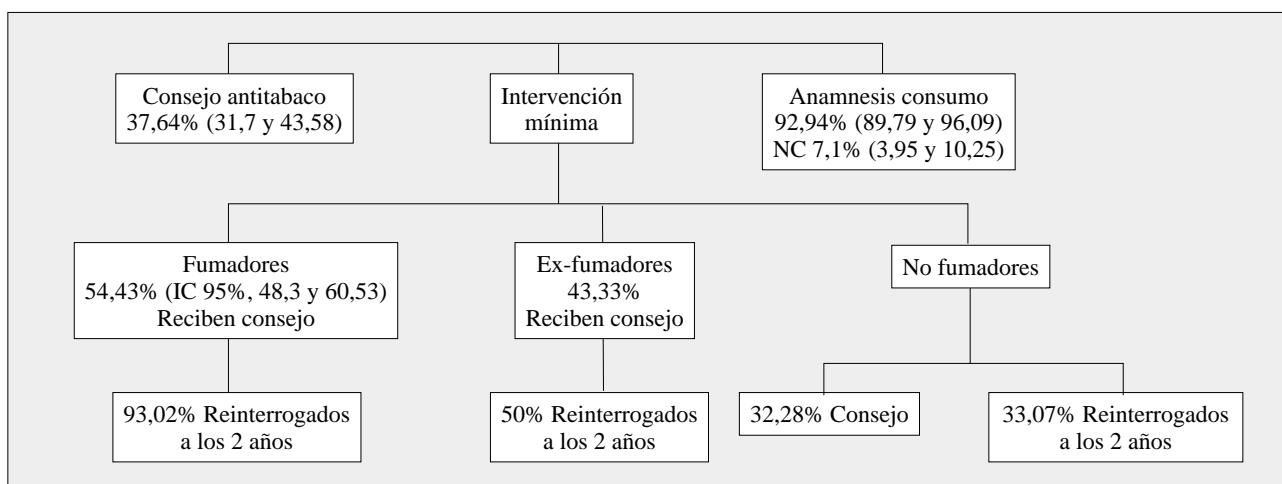


FIGURA 2. Intervención mínima sobre el tabaquismo.

La media de años desde la apertura de la historia es de 7,15 años IC  $\pm$  0,29. No existen diferencias significativas en cuanto al consumo de tabaco por sexos: mujeres 31,34% (IC  $\pm$  7,85) y hombres 35,92% (IC  $\pm$  9,26), en concordancia con la tendencia alcista de las primeras observada en los últimos estudios<sup>1</sup>; sí las hay en los exfumadores (31/237) a favor de los hombres un 21,35% IC  $\pm$  7,90 han dejado de fumar mientras que sólo un 6,71% IC  $\pm$  4,23 de las mujeres lo han hecho. La media de edad en los fumadores es de 45,59 años IC  $\pm$  1,93, encontramos diferencias significativas por sexos: mujeres 38,42 años IC  $\pm$  1,50, y hombres 45,59 años IC  $\pm$  1,86.

Un 30,98 % IC  $\pm$  5,8 de los pacientes (79/255) están incluidos en protocolos específicos. En un 2,53% IC  $\pm$  9,58 (un diabético y un hipertenso) no constaba la anamnesis so-

bre el tabaquismo, aunque no es estadísticamente significativo, no deja de ser un dato preocupante. Es llamativo comprobar, en este grupo, que un 19,48% IC  $\pm$  8,83 de los pacientes siguen fumando, sin olvidarnos de los EPOC que continúan haciéndolo en un 23,07% IC  $\pm$  9,4 (Figura 1).

El consejo antitabaco se registra en un 37,65% IC  $\pm$  5,94 de las historias; en los fumadores consta en un 54,43% IC  $\pm$  6,1, reinterrogando a los dos años sobre su consumo al 93,02% IC  $\pm$  3,12 (Figura 2).

De las actividades preventivas que se deben realizar en la población "sana" (definida como no incluida en la consulta programada) solamente se cumple la norma técnica mínima de pedir un análisis cada 6 años a los pacientes entre 35 y 65 años, la media real es de 1,70 IC  $\pm$  0,22 incluso por encima de la deseable (Figura 3).

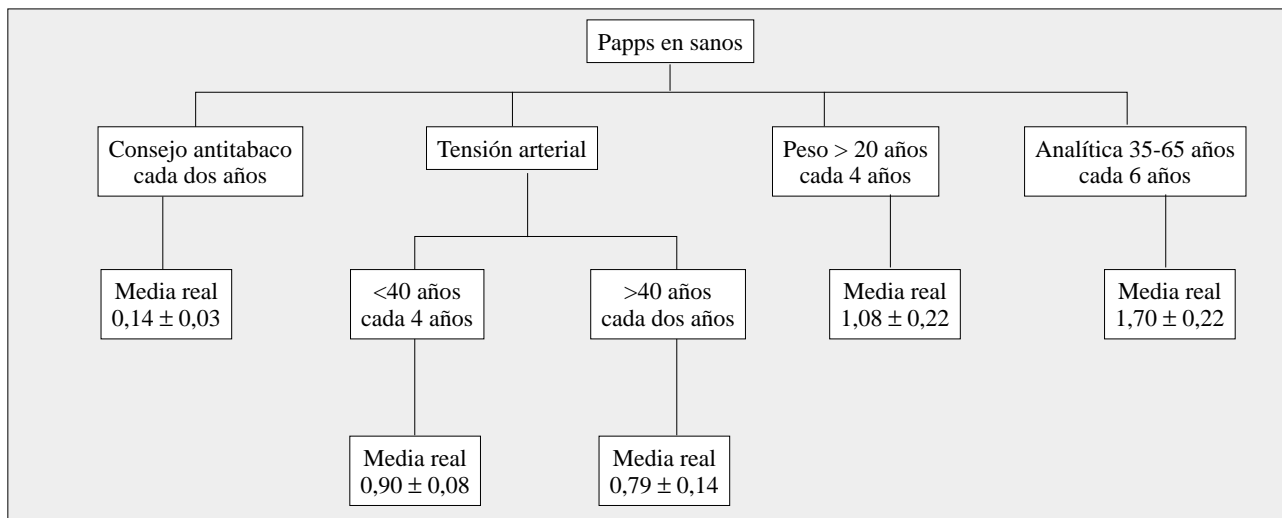


FIGURA 3. Actividades preventivas en pacientes no incluidos.

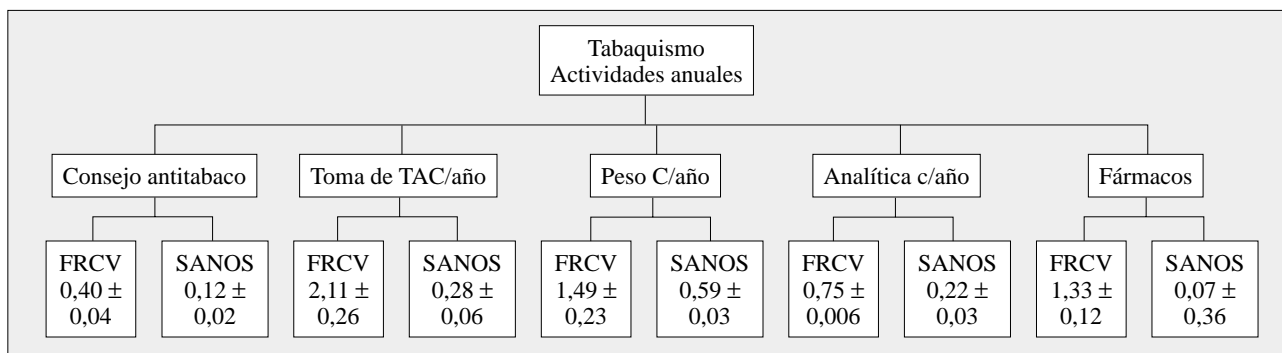


FIGURA 4. Actividades en fumadores. Normas técnicas mínimas.

Por el contrario, en los pacientes pertenecientes a otros grupos de riesgo, excepto en el consejo antitabaco  $0,40 \text{ IC} \pm 0,04$  y el análisis anual  $0,75 \text{ IC} \pm 0,06$ , se cumplen las recomendaciones (Figura 4).

Por actividad específica realizada en los pacientes incluidos en protocolos se cumplen las normas técnicas mínimas, excepto el consejo antitabaco  $0,16 \text{ IC} \pm 0,02$  y la medición del peso en obesos  $0,98 \text{ IC} \pm 0,13$  (Figura 5).

A los fumadores incluidos en protocolos (hipertensos, diabéticos, hiperlipémicos y obesos), les hemos dedicado en las diferentes modalidades de consulta durante todo el periodo del estudio un total de 406 minutos (6,7 horas) por paciente y año, invirtiendo sólo 8,8 minutos en dar consejo antitabaco (Figura 6).

En un  $47,5\% \text{ IC} \pm 6,1$  de las historias familiares de los 255 pacientes constaban entre 1 y 3 familiares fumadores. La cifra es mayor en los fumadores, en concreto, en un  $60,75\% \text{ IC} \pm 10,75$  fuman sus familiares:  $7,9\% \text{ IC} \pm 5,9$  tres;  $13,9\% \text{ IC} \pm 7,6$  dos; y  $39,2\% \text{ IC} \pm 10,1$ , al menos uno.

Gastamos en total  $1,02$  fármacos  $\text{IC} \pm 0,13$  al mes para controlar a hipertensos, diabéticos e hiperlipémicos, esta cifra es discretamente superior en los fumadores  $1,33 \text{ IC} \pm 0,12$ .

Otros datos de interés: sólo en 4 de los fumadores constaba la fase de abandono en la que se encontraba, a dos que se le había entregado un folleto informativo de apoyo. Solamente con uno de ellos se fijó fecha para el abandono del tabaco.

## DISCUSIÓN

La intervención mínima sobre el tabaquismo desde nuestras consultas es claramente deficiente, en sí misma y respecto a la realizada sobre los otros factores de riesgo cardiovascular.

Quizás encontremos la causa en que la calidad y cantidad del consejo está influenciada por los propios hábitos

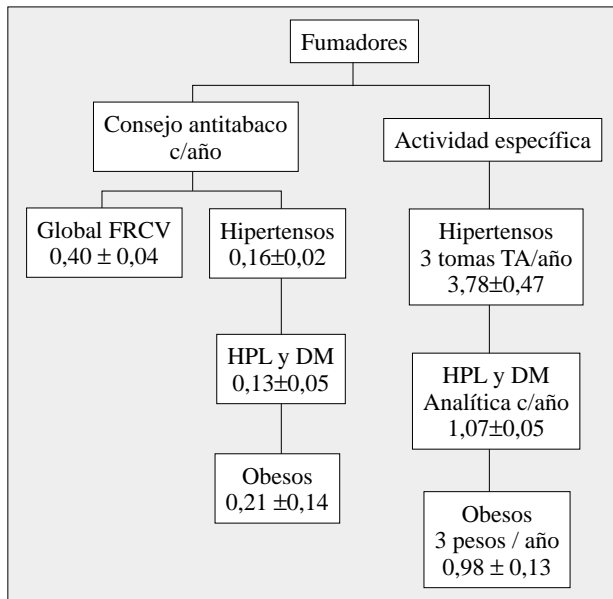


FIGURA 5. Actividades en los fumadores incluidos en protocolos.

del profesional sanitario, sus conocimientos y actitudes sobre el tabaco, la falta de percepción del riesgo inminente para la salud, la falta de convicción en la eficacia del consejo, la duda de que sus acciones tengan impacto en prevenir el tabaquismo, y la falta de formación e inseguridad en las habilidades comunicativas para darlo<sup>8-9</sup>.

Hemos detectado una mala gestión del tiempo en nuestras consultas, más llamativa en los pacientes fumadores incluidos en protocolos específicos. Les dedicamos, por cada 46 minutos de consulta, uno a dar consejo antitabaco.

Esta realidad es más evidente si cabe en los pacientes que en el estudio consideramos “sanos”, en los que no se cumplen las normas técnicas en ninguna de las actividades de detección de estos factores de riesgo, excepto en el, tan demandado por la población, “análisis”.

Es destacable el ascenso en nuestra población de la proporción de las mujeres fumadoras con respecto a la detectada en otros estudios<sup>1</sup>, y el importante porcentaje de tabaquismo dentro del núcleo familiar.

Desde nuestro trabajo en atención primaria tenemos una situación privilegiada para el abordaje individual y familiar<sup>2</sup> de la mayoría de las enfermedades, ¿por qué no?, del tabaquismo.

La reflexión que hemos realizado de nuestra realidad gracias a este estudio es un buen punto de partida, y los trabajos publicados en cuanto a las recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo<sup>11-13</sup>, el instrumento para mejorar nuestra atención integral a los pacientes fumadores.

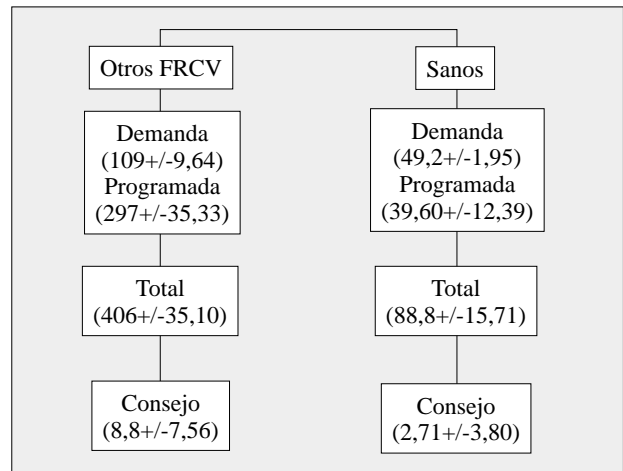


FIGURA 6. Gestión del tiempo en minutos en la consulta de pacientes fumadores. Media del periodo de estudio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. España. 1997.
2. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria: conceptos organizativos y práctica clínica. Volumen I. Cuarta edición 1999. Madrid.
3. Robledo T, Sáiz I, Gil E. Los profesionales y el tabaquismo. *Trastornos aditivos* 1999; 1(2): 117-23.
4. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking. A report of the Surgeon General. 1979.
5. Russel MAH, Wilson C, Taylor C, Baker CL. Effect of general practitioners advice against smoking. *Br Med J* 1979; 2: 231-5.
6. Folsom AR, Grimm RH. Stop smoking advice by physicians: a feasible approach? *AJPH* 1987; 77: 849-50.
7. Jiménez Ruiz CA, Barrueco M, Carrion F, Cordovilla R, Hernández I, Martínez E, et al. Intervención mínima personalizada. Resultados de un estudio multicéntrico. *Arch Bronconeumol* 1998; 34: 433-6.
8. Wells KB, Lewis CE, Leake B, Ware JE. Do physicians preach what they practice? A study of physicians health habits and counseling practices. *JAMA* 1984; 252: 2846-8.
9. Wechsler H, Levna S, Idelson RK, Rohman M, Taylor JO. The physician's role in health promotion: a survey of primary care practitioners. *N England J Med* 1983; 308: 97-100.
10. Normas Técnicas Mínimas de la cartera de servicios del INSALUD Atención primaria 2000-2001.
11. Jiménez Ruiz CA, Solano S, González JM, Ruiz M, Florez S, Ramos A, et al. Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 1999; 335: 499-506.
12. Alonso JM, Magro R, Martínez JA, Sanz N. Tabaco y atención primaria. Libro blanco sobre el tabaquismo en España. Barcelona: Glosa S.L, 1998. p. 211-25.
13. Barrueco Ferrero M. El conjunto mínimo de datos diagnósticos del fumador (CMDDF). Un documento español en consenso. *Prev Tab* 2002; 4(supl 1): 7-9.

# Prevalencia del hábito tabáquico entre los profesionales de un hospital

P. Prieto Andrés<sup>1</sup>, M. Díaz Hurtado<sup>2</sup>, A. Vidal Tolosa<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Preventiva. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Obispo Polanco de Teruel. Teruel. <sup>3</sup>Especialista MFyC. Centro de Salud Teruel Urbano. Teruel

## RESUMEN

**Fundamentos:** El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia y características del hábito tabáquico entre los profesionales de nuestro hospital así como su actitud ante diversas medidas preventivas.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal sobre una muestra representativa de profesionales hospitalarios sanitarios y no sanitarios. Recogida de datos mediante cuestionario anónimo y auto-cumplimentado sobre hábitos demográficos, hábito tabáquico, actitudes y opiniones respecto al consumo de tabaco en el hospital. Se estimaron parámetros a partir de los obtenidos para un intervalo de confianza con un error alfa del 5%.

**Resultados:** La proporción de respuesta fue del 86,75% (203 encuestas). La prevalencia global de fumadores fue del 29,1% (IC95%: 22,92%-35,83%), 41,9% no fumadores (IC95: 35,0% - 48,98%), 29,1% ex-fumadores (IC95%: 22,92% -35,83%). Los hombres fuman más frecuentemente (43,4%), IC95% [29,84%-57,72%]. El porcentaje de fumadores es mayor en el grupo de edad de 36 a 50 años (33,3%). Los celadores y personal administrativo son los más fumadores. La prevalencia de tabaquismo entre los médicos es del 31,4% (IC95%: 16,85% - 49,29%) y entre los ATS-DUE 25,4% (IC95%: 15,53% - 37,49%). En todos los grupos predomina el hábito tabáquico entre los varones. Un 41,1% de trabajadores hospitalarios prefiere la prohibición absoluta de fumar en el hospital.

**Conclusiones:** La prevalencia de fumadores entre el personal hospitalario sigue siendo alta. El desarrollo de programas de abandono del hábito es una medida que cuenta con amplio acuerdo. Un 44% de los fumadores son dependientes a la nicotina, y aceptarían ayudas para dejar de fumar.

**Palabras clave:** Tabaquismo; Prevalencia; Encuesta; Trabajadores del hospital.

## ABSTRACT

**Background:** The objective of this study is to know the prevalence and characteristics of the smoking habit among the professional workers of our hospital as well as their attitude to the different preventive measures.

of our hospital as well as their attitude to the different preventive measures.

**Material and methods:** Descriptive, cross-sectional study on a sample representative of the health care and non-health care hospital professional workers. Data was collected by anonymous and self-administration questionnaire on demographic habits, smoking habit, attitudes and opinions regards smoking in the hospital. Parameters were estimated from those obtained for a confidence interval with a 5% alpha error.

**Results:** The response rate was 86.75% (203 surveys). Global prevalence of smokers was 29.1% (95% CI: 22.92% -35.83%), 41.9% non-smokers (95% CI: 35.0% - 48.98%), 29.1% ex-smokers (95% CI: 22.92% -35.83%). Men smoked more frequently (43.4%), 95% CI: [29.84%-57.72%]. The percentage of smokers is greater in the 36 to 50 year old age group (33.3%). Hospital orderly and administrative staff smoke the most. The prevalence of smoking among physicians is 31.4% (95% CI: 16.85% - 49.29%) and among the registered nurses 25.4% (95% CI: 15.53% - 37.49%). In all the groups, the smoking habit predominates among the males. A total of 41.1% of the hospital workers prefer total prohibition of smoking in the hospital.

**Conclusions:** Prevalence of smokers among hospital personnel is still high. The development of programs to stop smoking is a measure that is widely agreed on. A total of 44% of the smokers are nicotine dependent and would accept help to stop smoking.

**Key words:** Smoking; Prevalence; Survey; Hospital workers.

## INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco es uno de los factores que se ha demostrado que produce mayor número de mortalidad y morbilidad en los países desarrollados. En España se estima que la mortalidad atribuible al tabaco es de unas 56.000 muertes al año (1998)<sup>1</sup>. La relación causal entre fumar tabaco y enfermedad está claramente establecida por la evidencia científica. El tabaco está asociado a diferentes tipos de tumores malignos (cavidad oral, laringe, esófago, vejiga, riñón, páncreas, estómago y cérvix), siendo el principal factor causal del cáncer de pulmón<sup>2,3</sup>. Se conoce también que causa en-

Correspondencia: Dr. Marcos Díaz Hurtado. Avda. Sanz Gadea 10, 7ºB. 44002 Teruel. E-mail: doctordiaz@terra.es

Recibido: 22 de febrero de 2003. Aceptado: 23 de julio de 2003  
[Prev Tab 2003; 5(3): 175-182]

fermedades pulmonares agudas y crónicas y es el principal factor de riesgo para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y está entre los tres factores de riesgo mayores de la enfermedad cardiovascular<sup>4</sup>. En España la prevalencia del consumo de tabaco en mayores de 16 años es alta, casi un 36% en el año 1997, según la Encuesta Nacional de Salud<sup>5</sup>, y ha disminuido muy ligeramente desde 1987 (38%).

Los profesionales que trabajan en el hospital, tanto sanitarios como no sanitarios, son percibidos por la población como un modelo para seguir hábitos saludables. En ocasiones, la prevalencia de fumadores entre el personal sanitario es superior a la de la población general, lo cual actúa de forma negativa en la percepción del riesgo por los propios profesionales y por la población.

Desde hace unos años en los países desarrollados está aumentando la preocupación por las consecuencias del tabaquismo en la salud y se están tomando medidas legislativas, preventivas y terapéuticas para disminuir el consumo de tabaco. En España, aunque las medidas legislativas son cada vez más restrictivas, todavía sigue existiendo bastante permisividad a la hora de su aplicación. La prohibición de fumar en los hospitales está recogida en la legislación española<sup>6</sup> y autonómica<sup>7</sup>. Esta limitación permite establecer espacios para fumadores.

En nuestro medio la puesta en marcha de esta medida es difícil y origina conflictos entre los grupos por lo que el desarrollo simultáneo de otras medidas como el tratamiento de la dependencia al tabaco en el medio laboral o la información sobre los riesgos para la salud, puede facilitar el cumplimiento de la normativa y facilitar el consenso entre fumadores y no fumadores. Existen diversos estudios que demuestran la rentabilidad de los programas de tratamiento del tabaquismo en el medio laboral<sup>8</sup>.

Siguiendo las recomendaciones de la OMS<sup>9,10</sup>, el objetivo de este estudio es conocer la prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios y no sanitarios de un hospital y las características del hábito, así como las actitudes de los trabajadores ante determinadas medidas para la prevención, reducción del consumo o abandono de tabaco en el hospital. Esta información podrá servir de base para la implantación de un programa para la disminución del hábito en el hospital y, finalmente, llegar a ser un "hospital sin humo".

## MATERIAL Y MÉTODOS

En el año 2001 la Comisión Hospitalaria de Tumores se planteó la necesidad de preparar estrategias para disminuir el consumo de tabaco en el hospital.

Antes de implantar medidas concretas se consideró necesario conocer las actitudes de los trabajadores del hospital ante el consumo de tabaco, riesgos para la salud y posibles medidas de intervención. Igualmente era necesario cuantificar la importancia del problema en nuestro Hospital, por lo que se diseñó y realizó este estudio de prevalencia.

El Hospital General Obispo Polanco cuenta con 208 camas, y es el hospital de referencia del suroeste de la provincia de Teruel, con una población aproximada de 100.000 personas. El número de trabajadores hospitalarios, censados en enero de 2002, es de 690 personas de ambos sexos que constituye la población de este estudio.

Se seleccionó una muestra aleatoria simple de 234 trabajadores hospitalarios de ambos sexos y cualquier estamento profesional, mediante una tabla de números aleatorios<sup>11</sup>. El cálculo de tamaño muestral para muestras finitas se realizó para una prevalencia esperada de fumadores del 38%<sup>12</sup>, un error  $\alpha$  del 5% y un error de muestreo del 5%.

El diseño utilizado fue un estudio descriptivo transversal mediante cuestionario anónimo y autocumplimentado que se entregó personalmente a los trabajadores seleccionados, en el mes de febrero de 2002, para su devolución en un plazo de dos semanas. Junto a él se adjuntaba una carta en la que se informaba sobre el objetivo del estudio y el mantenimiento de la confidencialidad de los datos obtenidos.

El cuestionario, basado en estudios previos<sup>8</sup>, contenía preguntas con respuestas cerradas, recogiendo datos demográficos, hábito tabáquico (fumador, ex-fumador y no fumador) y características del mismo, así como actitudes y opiniones respecto al consumo de tabaco en el hospital y sus limitaciones.

Con respecto al consumo de tabaco se establecieron las siguientes categorías según la Organización Mundial de la Salud<sup>13</sup>: no fumador, ex fumador y fumador actual, subdividido en fumador habitual y fumador ocasional.

En el grupo de fumadores, se estudió el grado de dependencia a la nicotina, mediante el test de Fagerström<sup>14</sup>, sus motivos para fumar y que razones les incentivarían en el abandono del hábito, así como el número de intentos previos para suspender el consumo y el tratamiento utilizados para ello.

Los datos fueron tratados en función de la edad, el sexo, el estamento profesional y las opiniones y actitudes sobre el consumo de tabaco, habiendo sido analizados globalmente para toda la muestra y por separado para los fumadores, ex-fumadores y no fumadores.

El análisis estadístico se ha realizado mediante estimación de parámetros de una población a partir de una mues-

<b>Características de los trabajadores sanitarios encuestados</b>			
	Muestra de trabajadores encuestados (n = 203)	IC95%	Población de estudio (n = 690)
<b>Sexo (n = 203)</b>			
Hombres	26,1% (53)*	20,21- 32,72%	25,51%
Mujeres	73,9% (150)	67,28 -79,79%	74,49%
<b>Edad (n = 193)</b>			
Total (Media ± DE)	43,23 años ± 7,9 años	42,09 años-44,37años	43,85 años ± 8,95 años
Hombres	44,23 años ± 9,5 años	41,61 años-46,84 años	45,45 años ± 9,15 años
Mujeres	42,86 años ± 7,3 años	41,63 años-44,08 años	43,31 años ± 8,83 años
<b>Estamento (n = 203)</b>			
- Médico	17,2% (35)	12,31-23,15%	18,55% (128)
- ATS-DUE/ Matrona/Fisioterapeuta	33,0% (67)	26,58-39,93%	28,40 % (196)
- Auxiliar de Enfermería/ Téc. sanitario	25,1% (51)	19,31-31,67%	24,20% (167)
- Celador	3,0% (6)	1,09-6,3%	7,68% (53)
- Administrativo	7,4% (15)	4,19-11,89%	8,84% (61)
- Otros profesionales	14,3% (29)	9,78-19,87%	12,32% (85)

\*: Entre parentesis el número de personas.

TABLA I. Características de los trabajadores sanitarios encuestados.

tra (estimación de proporciones para las variables cualitativas y estimación de medias para las variables cuantitativas) obteniendo el intervalo de confianza con un error  $\alpha$  del 5% (IC95%).

Asimismo se han realizado pruebas de hipótesis mediante la comparación de medias, análisis de la varianza y prueba del  $\chi^2$ , fijándose un nivel de significación menor del 5%. La tabulación de los datos, gráficas y cálculos estadísticos se han realizado con el programa informático SPSS versión 6.1.2.

## RESULTADOS

De las 234 encuestas previstas en el muestreo se cumplieron 203, lo que supone una proporción de respuesta del 86,75%. La muestra seleccionada es representativa de la población de origen en el sexo, edad y estamento profesional, excepto el grupo de celadores, que se encuentra infrarrepresentado. Las características de la población a estudio se presentan en la Tabla I. La edad media ha sido de 43 años (DE: 7,9 años), predominando el sexo femenino (74%).

Un 41,2% han tenido siempre turno fijo (mañana, tarde o noche) predominando el matutino (55,7%), turno rotatorio en un 40%, ambos turnos en un 11,8% y turnos de otro tipo en un 7,1%. El tiempo medio de actividad laboral en la muestra es de 18 años (DE: 8,8 años).

La prevalencia global de fumadores entre los trabajadores del hospital es del 29,1% (IC95%: 22,92-35,83%). Un 41,9% se declararon no fumadores (IC95%: 35,0%-48,98%), y un 29,1% dijeron ser ex-fumadores (IC95%: 22,92-35,83%). El hábito de fumar es más frecuente entre los hombres (43,4%), IC95% [29,84-57,72%] que entre las mujeres (24%), IC95% [17,41-31,64%] con una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,007$ ). Entre los ex-fumadores un 26,4% son hombres y un 30% mujeres.

El porcentaje de fumadores es mayor en el grupo de edad de 36 a 50 años (33,3%) y menor en los mayores de 50 años (11,8%), con una diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,0009$ ).

Por categorías profesionales (Tabla II) los celadores y personal administrativo son los que fuman con mayor frecuencia (50 y 40%, respectivamente). Los profesionales de hostelería (cocina y lencería), en su mayor parte mujeres, son los menos fumadores (11,1%). La prevalencia de consumo de tabaco entre los médicos es del 31,4% (IC95%: 16,85-49,29%), aunque varía según el sexo (36,4% entre los hombres y 23,1% entre las mujeres). Entre los ATS-DUE, la prevalencia es del 25,4% (IC95%: 15,53-37,49%), siendo mayor entre los varones (30%) que entre las mujeres (23,1%).

El tiempo de actividad laboral es similar entre los fumadores, ex-fumadores y no fumadores, no existiendo diferencias significativas.

Estamento profesional	Total encuestados	Nº de fumadores actuales	Prevalencia de fumadores	IC95%	OR	IC95% OR	p
Lavandería y cocina ATS/DUE –	18	2	11,1%	1,37-34,71	1		
Matrona-fisioterapeuta Facultativo	67	17	25,4%	15,53-37,49	2,72	0,54-26,57	0,33
Auxiliar de enfermería- Técnico de radiología y laboratorio	35	11	31,4%	16,85-49,29	3,67	0,65-37,59	0,17
Servicios técnicos	51	16	31,4%	19,11-45,89	3,66	0,7–36,01	0,12
Personal administrativo	11	4	36,4%	10,92-69,21	4,57	0,59-58,39	0,16
Celador	15	6	40,0%	16,33-67,71	4,36	0,60-49,87	0,12
TOTAL	6	3	50,0%	11,81-88,19	8,00	0,57-122	0,07
	203	59	29,06%	22,92-35,83			

TABLA II. Prevalencia del hábito de fumar según el estamento profesional.

Estamento profesional n = 196	Facultativos	ATS-DUE	Auxiliares enfermería	Celadores
Prohibición absoluta de fumar	6 (17,6%)	27 (42,2%)	24 (49%)	0
Prohibición de fumar en lugares comunes	28 (82,4%)	37 (57,8%)	24 (49%)	6 (100%)
Permitir el consumo de tabaco libremente	0	0	1 (2%)	0
TOTAL	34 (100%)	64 (100%)	49(100%)	6 (100%)
	Personal administrativo	Servicios técnicos	Hostelería	TOTAL
Prohibición absoluta de fumar	7 (50%)	5 (45,5%)	12 (66,7%)	81 (41,3%)
Prohibición de fumar en lugares comunes	7 (50%)	6 (54,5%)	6 (33,3%)	114 (58,2%)
Permitir el consumo de tabaco libremente	0	0	0	1 (0,5%)
TOTAL	14 (100%)	11 (100%)	18 (100%)	196 (100%)

TABLA III. ¿Qué medida le parece más adecuada para evitar el consumo de tabaco en los centros sanitarios?

### Actitudes sobre el consumo de tabaco en el hospital

Un 99% de los encuestados (IC 95%: 88,81-96,38%), ya sean fumadores, ex-fumadores o no fumadores, están de acuerdo en que los profesionales sanitarios nunca deberían fumar delante del paciente.

Un 58,4% del personal hospitalario cree que la medida más adecuada para evitar el consumo de tabaco en los centros sanitarios es la prohibición de fumar en lugares comunes (IC95% 50,92-65,15%). Identificándose con esta postura el 100% de los celadores frente a un 82,4% de los facultativos (Tabla III). Encontramos significativo el hecho de que un 41,1% de trabajadores hospitalarios prefieren la prohibición absoluta de fumar en el hospital. La valoración de esta pregunta es distinta según sea la relación con el consumo de tabaco. Los fumadores y ex-fumadores prefieren la prohibición de fumar en lugares comunes (72,2%

y 64,4%, respectivamente) y los no fumadores escogen la prohibición absoluta de fumar en el hospital (54,2%), con una asociación estadísticamente significativa ( $\chi^2$  de tendencia lineal = 10,47,  $p = 0,00121$ ).

El personal hospitalario está de acuerdo (73%) en que los profesionales sanitarios son un modelo social en relación con el consumo de tabaco, sin diferencias de opinión entre los fumadores, ex-fumadores o no fumadores ( $p = 0,16$ ). Sorprendentemente, encontramos llamativo que los colectivos más en desacuerdo con esta postura, un 66% de celadores y un 50% de profesionales de hostelería (lavandería y cocina) opinan que los profesionales sanitarios no son un modelo social (Figura 1) y se encuentran entre el personal no sanitario.

Un 88% de los encuestados, ya sean fumadores o no fumadores, piensan que los profesionales sanitarios tienen la

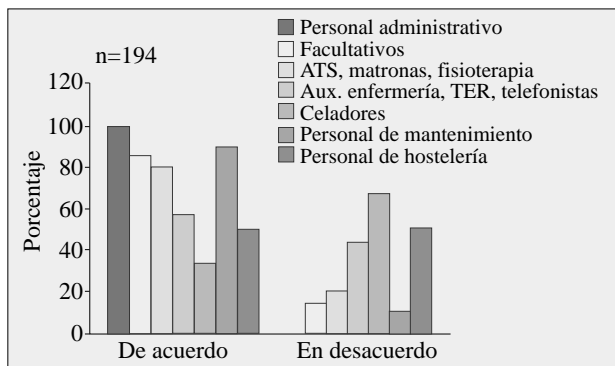


FIGURA 1. Los profesionales sanitarios son un modelo social en relación con el consumo de tabaco.

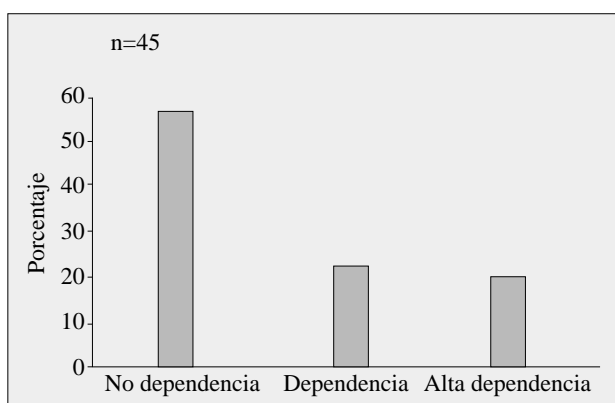


FIGURA 3. Grado de dependencia a la nicotina (Test de Fagerström).

obligación de intentar convencer a sus pacientes para dejar de fumar. Un 33% de celadores, un 19% de ATS-DUE y un 16,3% de auxiliares de enfermería están en desacuerdo con esta postura.

Un 60% de los trabajadores hospitalarios piensan que los fumadores no tienen muy en cuenta las recomendaciones de los profesionales de la salud sobre los efectos nocivos del tabaco, aunque esta opinión difiere de forma significativa ( $p = 0,009$ ) según respondan los ex-fumadores (75%), no fumadores (57%) o fumadores (47%) (Figura 2), siendo característicamente mayor en ex-fumadores que en los otros colectivos. Esta opinión es mayoritaria entre los celadores (100%), profesionales de hostelería (82,4%), auxiliares de enfermería (65%) y ATS-DUE (59,3%).

Un 94,3% de los encuestados (ya sean fumadores, ex-fumadores o no fumadores) están de acuerdo en facilitar y desarrollar programas para ayudar a los fumadores a dejar de fumar, existiendo una opinión unánime (98,3%) a favor del desarrollo de programas para la prevención del tabaquismo.

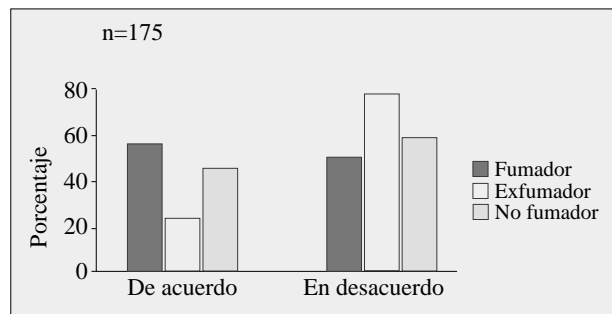


FIGURA 2. Los fumadores tienen muy en cuenta las recomendaciones de los profesionales sanitarios sobre los efectos nocivos del tabaco.

Casi un 90% están de acuerdo en que la Administración debería realizar el control para el cumplimiento de la normativa vigente, siendo más partidarios a esta medida los no fumadores y ex-fumadores (94,7 y 92,6%, respectivamente), en contraposición a los fumadores (77,3%), observándose una tendencia lineal estadísticamente significativa (0,0046). Los profesionales más disidentes son los celadores (están de acuerdo en un 66%), los auxiliares de enfermería (82,5%) y los facultativos (85,2%).

Un 95% de todos los trabajadores están de acuerdo en realizar conferencias en los centros sanitarios para informar a la población general sobre los riesgos del tabaquismo, sin diferencias entre fumadores, ex-fumadores y no fumadores, ni entre estamentos profesionales.

En cuanto a la publicidad del tabaco, un 93% está de acuerdo (72,2%, muy de acuerdo, y 21,6%, bastante de acuerdo) en limitarla, siendo los ex-fumadores los más exigentes (98,1%) y los fumadores los más permisivos (87,2%). Los profesionales más disidentes con esta postura son los celadores (83,3%) y los auxiliares de enfermería (87,5%).

### Características de las personas fumadoras

El 90% de los fumadores fuman diariamente y sólo un 1,7% lo hacen de forma semanal, encontrando que el consumo medio es de 15,21 cigarrillos/día (DE 10,54). La mayoría (66,1%) fuman tabaco rubio. El tiempo medio de hábito tabáquico es de 18,38 años (DE 7,9).

Un 44% de los fumadores tienen dependencia a la nicotina (valorada con una puntuación igual o superior a 5 en el test de Fagerström) aunque el grado de dependencia es variable (Figura 3). La motivación principal para continuar fumando es el placer que produce (30,5%), seguido por la costumbre (27,1%) y la sensación de relajación (15,3%).

Los fumadores han permanecido sin fumar durante períodos de 1 mes o más tiempo, en una media de 2,24 veces (DE 3,72) con un rango comprendido entre 1 y 20 veces.

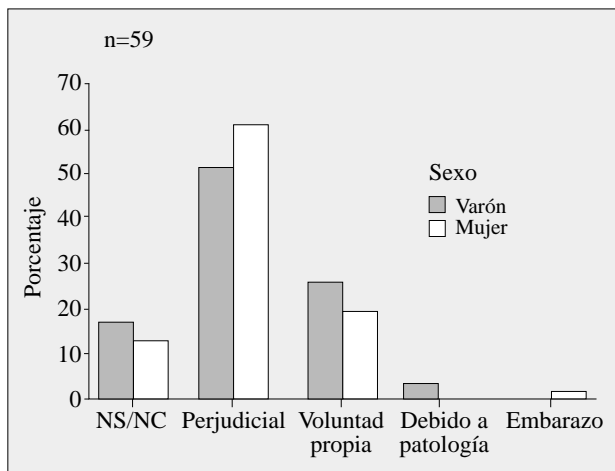


FIGURA 4. Motivos para dejar de fumar.

La mayoría (91,7%) no utilizaron ningún tratamiento para dejar el hábito y permaneció sin fumar durante una media de 210 días (DE 323,6), oscilando en un rango entre 30 y 1.095 días (3 años).

Solo un 40% de los fumadores han permanecido sin fumar durante periodos de un año o más, y sólo unos pocos (1,7%) han permanecido sin fumar durante 6 años, hasta la siguiente recaída. Todos (17 personas) lograron permanecer abstinentes sin seguir ningún tratamiento.

Las principales razones que podrían llevar a dejar de fumar en ambos sexos entre el colectivo de fumadores son que el tabaco es perjudicial (59,3%), seguido por la voluntad propia de abandonar el hábito (22%). Un 3% de mujeres abandonarían el hábito por la gestación, y un 4,3%, por síntomas relacionados con el consumo de tabaco (Figura 4).

Casi un 60% de los fumadores están preocupados por los riesgos del tabaco para la salud (42,4% están bastante preocupados y un 17% muy preocupados) y el 41% aceptarían apoyo médico-psicológico para dejar de fumar. Este último punto podría ser significativo a la hora de actuar por parte de la Administración con la finalidad de dar apoyo a la reducción del tabaquismo. Un 67,8% de trabajadores sanitarios fuman en los sitios permitidos para ello dentro del hospital.

La mayor parte de los fumadores (69,5%) no refieren ningún problema de salud relacionado con el consumo de tabaco y, entre los sintomáticos, los problemas respiratorios son los más frecuentes (6,8%), seguidos por los digestivos (1,7%).

#### Características de las personas ex-fumadoras

Entre los hombres se observa un aumento de ex-fumadores a medida que aumenta la edad.

Los trabajadores hospitalarios ex-fumadores fumaban diariamente (84,7%) una media de 19 cigarrillos/ día (DE

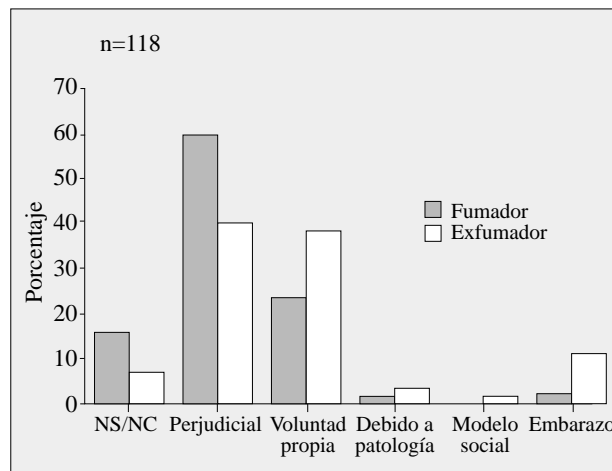


FIGURA 5. Motivos para dejar de fumar en los fumadores y exfumadores.

13), sin diferencias significativas con el consumo diario de los fumadores ( $p = 0,087$ ).

El tiempo medio que llevan sin fumar es de 8,77 años (DE 8 años) y una mediana de 5 años. Han estado fumando un período de 14,21 años (DE 8,47), inferior a la duración del hábito entre los fumadores ( $p = 0,010$ ).

El principal motivo para dejar de fumar, en ambos sexos, fue considerar al tabaco como perjudicial para la salud (40,7%), seguido por la propia iniciativa personal (39%). Entre las mujeres, un 11% dejaron de fumar debido a la gestación (Figura 5). El colectivo ATS-DUE es el que presenta la mayor proporción de ex-fumadores (37,3%).

## DISCUSIÓN

La prevalencia de fumadores entre los trabajadores de nuestro Hospital es inferior a la obtenida en la Encuesta Nacional de Salud de 1997 aunque se aproxima a ella en el límite superior del intervalo de confianza (37,8%). La prevalencia del hábito tabáquico según el sexo es similar a la de la población general española en 1997<sup>3</sup> (48% entre los hombres y 25% entre las mujeres). En otros estudios, se observa una tendencia creciente en los últimos años en el consumo tabáquico de las mujeres<sup>8,15</sup>.

Asimismo, desde finales de los años 80, estamos asistiendo a una disminución en el hábito de fumar de la población y, consecuentemente, de los profesionales de centros sanitarios, pasando de una prevalencia de fumadores del 55,4% en un hospital general en 1988<sup>16</sup> al 36,5% de fumadores en los trabajadores del Hospital de Vitoria<sup>17</sup> en 1994-95, el 38,9% entre los profesionales sanitarios del INSALUD<sup>8</sup> en 1998, y el 29,1% en los trabajadores de nues-

País	Año	Autores	Prevalencia de consumo de tabaco	Profesionales
España	1998	Gil López E et al	34,5% hombres; 35,2% mujeres (Médicos) 34% hombres; 45,2% mujeres (Enfermería)	Médicos y personal de enfermería hospital y A. Primaria
Italia	1996	Zanetti et al	29% hombres 34% mujeres	Médicos de tres hospitales (Faenza, Forlì, Rímìni)
Francia	1993	Tessier JF et al	13% hombres 17% mujeres	Cardiólogos
EEUU	1991	Nelson DE et al	3,3% ± 2,1% médicos 18,3 % ± 2,8% personal de enfermería	Médicos y personal de enfermería
Costa Rica	1993-94	Grossman DW et al	40% (hombres y mujeres)	Médicos
Emiratos Árabes	1991-92	Bener A et al	43,7 % hombres 5,6% mujeres	Médicos, odontólogos y farmacéuticos de hospitales generales
Túnez	1994	Fakhfakh R et al	38,9% hombres 2% mujeres	Estudiantes de medicina
China	1996	Li HZ et al	61,3% hombres 12,2% mujeres	Médicos de hospital (Wuhan)

<sup>1</sup>Gil López E et al. Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del INSALUD 1998, España. *Prevención del tabaquismo* 2000; 2(1): 22-31.

<sup>2</sup>Zanetti et al. Smoking habits, exposure to passive smoking and attitudes to a non-smoking policy among hospital staff. *Public Health*. 1998; 112: 57-62.

<sup>3</sup>Tessier et al. Attitudes and opinions of French cardiologists towards smoking. *Eur J Epidemiol* 1995; 11: 615-20.

<sup>4</sup>Nelson DE et al. Trends in cigarette smoking among US physicians and nurses. *JAMA* 1994; 272(16): 1273-5.

<sup>5</sup>Grossman DW et al. Smoking: attitudes of Costa Rican physicians and opportunities for intervention. *Bull World Health Organ*. 1999; 77(4): 315-22.

<sup>6</sup>Bener A et al. Smoking among health professionals. *Med Educ* 1994; 28: 151-7.

<sup>7</sup>Fakhfakh R et al. Le tabagisme des étudiants en médecine en Tunisie: tendances des comportements et des attitudes. *Cahiers Santé*. 1996; 6: 37-42.

<sup>8</sup>Li HZ et al. Increases in cigarette smoking and decline of anti-smoking counseling among chinese physicians. *Health Promotion International* 1999; 14(2): 123-31.

TABLA IV. Prevalencia del consumo de tabaco en profesionales sanitarios.

tro Hospital en 2002. En países de nuestro entorno en los cuales también se han realizado estudios comparativos, como Italia, se produce un comportamiento similar.

En EE.UU. la prevalencia del tabaquismo es mucho más baja que en otros países, en personal sanitario del 22% y entre los médicos menos del 10%<sup>18</sup>. Posiblemente sea consecuencia de la intensidad con que se han realizado programas de control del tabaquismo en ese país. Desde enero de 1992 la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) establece la prohibición absoluta de fumar dentro de cualquier recinto hospitalario como requerimiento para la acreditación de los hospitales de agudos.

Los estudios de consumo de tabaco entre profesionales sanitarios se han realizado mayoritariamente en médicos y personal de enfermería, siendo más escasos los estudios en

otro tipo de profesionales (Tabla IV). La prevalencia del tabaquismo entre los médicos de nuestro estudio es similar a otros estudios españoles (Vitoria, INSALUD) y europeos como el 31,5% en Italia<sup>19</sup> en 1998 (34% en varones y 29% en mujeres), visiblemente alta en todos ellos. El tabaquismo entre el personal de enfermería de nuestro Hospital es sensiblemente inferior a los estudios citados, persistiendo la diferencia a favor del sexo masculino.

Que los profesionales de la salud no deberían fumar delante de los pacientes es una conclusión en la que coinciden el 99% de los encuestados en concordancia con los resultados extraídos de otros estudios. La prohibición absoluta de fumar en el hospital es aceptada por un 48% de los profesionales hospitalarios (41% de no fumadores) superior al 12% de los médicos de Costa Rica e inferior al 90% de médicos no fumadores de Atención Primaria<sup>20</sup>.

Los profesionales de la salud son considerados un modelo social en relación al hábito tabáquico como sucede entre los trabajadores sanitarios del INSALUD (78,2%). Un 60% piensan que los fumadores no tienen en cuenta las recomendaciones de los profesionales de la salud sobre los efectos nocivos del tabaco, y un 49,3% en la encuesta del INSALUD<sup>12</sup>.

El desarrollo de programas para ayudar a los fumadores a dejar de fumar y para prevenir el hábito es una medida que cuenta con amplio acuerdo por lo que sería bien recibida. En nuestro medio, con alta prevalencia de fumadores, se han realizado escasas o nulas intervenciones para ayudar a los fumadores a dejar el hábito. Un 44% de ellos son dependientes a la nicotina, y aceptarían un apoyo médico y psicológico para dejar de fumar.

La disminución del hábito tabáquico está en manos de los propios hospitales, estableciendo un programa combinado de actividades (educación, prevención, consejo, tratamiento, limitación del consumo) que deben evaluarse periódicamente.

En nuestro país todavía queda mucho trabajo por hacer. La Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud, en la 47ª sesión del Comité Regional, celebrada en Estambul en septiembre de 1997, acordó mediante Resolución, el "Tercer Plan de Actuación para una Europa sin Tabaco (1997-2001)" y recomienda que, en 1999, en cada país, se elaboren Planes de Actuación de Prevención del Tabaquismo, adecuadamente financiados, que tengan en cuenta las necesidades específicas según sexo y edad. En España este Plan se ha producido en el año 2003.

## AGRADECIMIENTOS

A todos los profesionales del Hospital sin cuya colaboración no hubiera sido posible la realización de este estudio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Banegas JR, Díez L, Rodríguez-Artalejo F, González J, Graciani A, Villar F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 692-4.
2. Doll R, Peto R. Mortality in relation to smoking: 20 years observations on male British doctors. *Br Med J* 1976; 2: 1525-36.
3. Doll R, Peto R. Cigarette smoking and bronchial carcinoma: Dose and time relationships among regular and lifelong non-smokers. *J Epidemiol Community Health* 1978; 32: 303-13.
4. Kannel WB. The Framingham Study: ITS 50-year legacy and future promise. *J Atheroscler Thromb* 2000; 15: 206-11.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
6. Real Decreto 192/1988. BOE 9 de marzo de 1988; 7499-7501.
7. Ley 3/2001, de 4 de abril de prevención, asistencia y reinserción en materia de drogodependencias de la Comunidad Autónoma de Aragón.
8. Nielsen K, Fiore MC. Cost-benefit analysis of sustained-release bupropion, nicotine patches, or both for smoking cessation. *Prev Med* 2000; 30: 209-16.
9. World Health Organization. Leave the Pack Behind. Geneva, Switzerland: World Health Organization; May 1999: 33-9.
10. Working Group on Tobacco or Health. Guidelines for the Conduct of Tobacco-Smoking Surveys Among Health Professionals. Tokyo, Japan: World Health Organization Regional Office for Western Pacific; 1987: 3-19.
11. EPI INFO 6.03. Atlanta, Georgia: Division of Surveillance and Epidemiologic Studies. Epidemiology Program Office. CDC; 1995.
12. Gil López E, Robledo de Dios T, Rubio Colavida JM, Bris Coello MR, Espiga López I, Sáiz Martínez-Acitores I. Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del INSALUD 1998, España. *Prevención del Tabaquismo* 2000; 2(1): 22-31.
13. World Health Organisation (WHO). Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. Geneva. WHO Tobacco or Health Programme, 1997.
14. Fagerström KO. Tobacco smoking nicotine dependence and smoking cessation. *Acta Univ Upsaliensis* 1981.
15. Jané M, Saltó E, Pardell H, Treserras R, Guayta R, Taberner JL, Salleras L. Prevalencia del tabaquismo en Cataluña, 1982-1998: una perspectiva de género. *Med Clin (Barc)* 2002; 118 (3): 81-5.
16. Serra Batllés, Comella A, Casa JC, Bragues J. Estudio del hábito tabáquico en un hospital general. *Rev Clin Esp* 1991; 189(1): 49-53.
17. Arévalo Alonso JM, Baquedano Arriazu FJ, Prevalencia del tabaquismo en los trabajadores de un hospital. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71: 451-6.
18. Nelson DE et al. Trends in cigarette smoking among US physicians and nurses. *JAMA* 1994; 272(16): 1273-5.
19. Zanetti F, Gambi A, Bergamaschi A, et al. Smoking habits, exposure to passive smoking and attitudes to a non-smoking policy among hospital staff. *Public Health* 1998; 112: 57-62.
20. Alonso Gordo JM, Martínez Pérez JA, Arribas Aguirregaviria J, Sánchez-Seco Higuera P, Cuesta Gallardo M, Provencio Hernando R. Tabaquismo en atención primaria: la opinión de los profesionales en el Área de Salud de Guadalajara. *Atención Primaria* 1997; 19(8): 412-7.

## Prevención del cáncer de pulmón: lo evidente

J.R. Hernández Hernández

*Sección de Neumología. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila*

---

El cáncer de pulmón es en Europa y en España, al igual que en otras zonas industrializadas del mundo, el tumor más frecuente y el que genera una mayor cantidad de muertes<sup>1</sup>. Concretamente en nuestro país estamos asistiendo a un incremento progresivo de las tasas de incidencia y mortalidad del tumor en hombres, al menos hasta los últimos años, y se espera que en las mujeres también se produzca un ascenso de ambas tasas<sup>2</sup>. Las previsiones de incidencia y mortalidad para los hombres españoles en 1998 (tasas ajustadas con la población mundial) son de 54,62 y 47,81 casos por cien mil habitantes, respectivamente, superiores ya a las medias de la Unión Europea (50,29 y 45,56 casos por cien mil habitantes, respectivamente)<sup>3</sup>. El Instituto Nacional de Estadística informa que en el mismo año 1998 fallecieron en España un total de 17.215 personas (15.437 hombres y 1.778 mujeres) con el diagnóstico de tumor de tráquea, bronquios y pulmón<sup>4</sup>. Sin embargo, el porcentaje de personas que logramos curar, con el arsenal terapéutico disponible en la actualidad, apenas se ha modificado en los últimos 20-25 años, con cifras para España próximas al 11-12% de los pacientes diagnosticados<sup>5</sup>. Ante esta situación, y a la espera de disponer de tratamientos más eficaces, si queremos reducir, a medio plazo, el tremendo impacto de la enfermedad sobre la población, nos vemos obligados a insistir en las actuaciones de prevención del cáncer de pulmón.

La estrategia de prevención, siguiendo el esquema clásico, consta de dos apartados: la conocida como prevención primaria, cuyo objetivo es evitar las causas que generan el proceso, y la prevención secundaria, que incluye el diag-

nóstico precoz del tumor, con el fin de instaurar, en fases evolutivas incipientes, terapias que pudieran ser más eficaces.

Centrándonos en la prevención primaria, recordemos que la causa fundamental del cáncer de pulmón es el consumo activo de tabaco. Los productos tóxicos que contiene se consideran, en los países desarrollados, responsables de aproximadamente un 90% de estos tumores en los hombres, y un 80% de los que tienen lugar en las mujeres<sup>6</sup>. Los restantes se atribuyen a los tóxicos del medio laboral (asbesto, arsénico, radón, etc.) principalmente y, en menor medida, al tabaquismo pasivo y algunas enfermedades concomitantes (EPOC, fibrosis, etc.)<sup>2,6</sup>. En todo ello parece implicada una cierta susceptibilidad individual.

Desde los primeros estudios amplios de Doll e Hill, publicados en los años iniciales de la década de los 50<sup>7</sup>, hasta la actualidad, disponemos de gran cantidad de trabajos epidemiológicos que demuestran el papel del tabaquismo activo en la génesis del cáncer de pulmón en los seres humanos, con los siguientes argumentos fundamentales<sup>2,6,8</sup>:

- Este tumor constituía una rareza clínica en las primeras décadas del siglo XX, cuando la población apenas fumaba. En las décadas siguientes las curvas de incidencia del cáncer de pulmón en los diferentes países crecieron del mismo modo que lo habían hecho 30-40 años antes las del consumo de tabaco en las respectivas poblaciones<sup>9</sup>.
- Existe una relación directa y clara entre la magnitud del consumo y el riesgo de padecer el tumor.
- El abandono del tabaco conlleva un descenso paulatino de dicho riesgo.

Por otra parte, sabemos que el humo del tabaco contiene sustancias (benceno, benzopireno, nitrosaminas, etc.) cuya capacidad carcinógena está claramente establecida<sup>10</sup>. También que esas sustancias llegan a los bronquios y al-

---

*Correspondencia:* Jesús R. Hernández Hernández. Sección de Neumología. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Avda. Juan Carlos I s/n 05004 Ávila. E-mail: jhernandez@separ.es

*Recibido:* 10 de octubre de 2003. *Aceptado:* 13 de octubre de 2003  
[Prev Tab 2003; 5(3): 183-185]

véolos del fumador, y en buena medida son absorbidas, ya que sus metabolitos son detectables en orina y otros fluidos corporales.

La inhalación mantenida del humo de tabaco ambiental, el llamado tabaquismo pasivo, incrementa, asimismo, el riesgo de padecer cáncer de pulmón, alrededor de un 20-24%, en los no fumadores, según indican al respecto diferentes metaanálisis<sup>11,12</sup>.

A pesar de que las conclusiones fundamentales de todos estos estudios no son desconocidas para una buena parte de la población española, todavía en 2001, un 34,4% de las personas mayores de 15 años era fumadora activa<sup>13</sup>, alcanzando una cifra absoluta de casi 12 millones. Para intentar reducir al máximo el número de las que pudieran engrosar en el futuro la lista de fallecimientos por cáncer de pulmón y otras patologías derivadas del tabaquismo, es imprescindible que, tanto los profesionales de la salud como las autoridades sanitarias, intensifiquen las medidas para luchar eficazmente contra este hábito.

En base a los resultados obtenidos en trabajos bien diseñados que proporcionan un “alto nivel de evidencia”, se aconsejan hoy día (grado de recomendación A) las siguientes medidas<sup>14-16</sup>:

- Mayor educación pública. Campañas publicitarias con mensajes breves repetidos para informar y motivar a nivel individual.
- Para adolescentes y adultos jóvenes: apoyar la promulgación de leyes para el incremento de precios del tabaco. Mensajes breves repetidos.
- Restricción drástica del consumo en el medio laboral, evitando el tabaquismo pasivo.
- Consejo médico antitabaco: identificación de fumadores, consejo de abandono, reiterado y por distintos médicos. Apoyo telefónico.
- Empleo de tratamiento farmacológico (Bupropión y terapia sustitutiva de nicotina) y psicológico. Intervención multicomponentes. Apoyo telefónico.

Los profesionales de la salud debemos favorecer activamente el desarrollo de los puntos anteriores aportando nuestra experiencia y sugerencias a la sociedad y las autoridades sanitarias<sup>17</sup>. Recordemos que algunas de estas recomendaciones podemos aplicarlas asiduamente en nuestra práctica clínica diaria, ya que un gran volumen de fumadores acuden anualmente a las consultas de Atención Primaria y Especializada, y que alrededor del 70% de dichos fumadores desean abandonar el hábito<sup>15,18</sup>.

El objetivo de la prevención secundaria es, como se ha comentado, el diagnóstico del tumor en fases tempranas de su desarrollo, en las cuales todavía no se ha producido la liberación de metástasis viables, para que el tratamiento

aplicado tenga más posibilidades de curarlo definitivamente. Desconocemos, hoy por hoy, cuando se produce tal liberación de metástasis, un proceso variable en relación con la particular biología de cada tumor.

Se está investigando activamente en las fases “microscópicas” de la enfermedad, sobre el proceso de carcinogénesis. Aunque todavía no se conoce con precisión cuál es la secuencia de los cambios genéticos, se han identificado algunos marcadores moleculares (hnRNP, mutaciones de p53, k-ras, etc.), procedentes de esputos y otros líquidos biológicos, en personas que años más tarde han desarrollado un cáncer de pulmón. No está aún resuelta la especificidad ni la utilidad clínica de estos marcadores<sup>19,20</sup>. Los intentos terapéuticos realizados hasta ahora con carotenos, retinoides, etc., para intentar evitar la progresión tumoral en estas fases iniciales, no están dando buenos resultados<sup>16,21</sup>.

También se está trabajando para detectar tumores del menor tamaño posible, por medios radiológicos (TAC helicoidal) y endoscópicos (broncoscopia de fluorescencia, etc.), fundamentalmente. En la práctica, se descubre un mayor porcentaje de enfermos con tumores en fases limitadas, pero aún no está claro que esto condicione una menor mortalidad. El hecho de que un buen número de tumores haya liberado ya metástasis, incluso con tamaños muy pequeños, y la detección en la TAC de un porcentaje significativo de nódulos que finalmente no son de naturaleza tumoral, limitan, en la práctica, la utilidad de estas técnicas de diagnóstico precoz. Carecemos actualmente de trabajos bien diseñados que apoyen el empleo de la radiografía simple de tórax como método de cribaje del cáncer de pulmón<sup>22</sup>. Los publicados sobre TAC helicoidal están arrojando resultados prometedores, pero aún son insuficientes<sup>22</sup>, por lo que diversos autores opinan que los enfermos sólo deben ser estudiados en el contexto de ensayos clínicos.

En el momento actual parece razonable seguir investigando para tratar de identificar a pacientes que, en base a criterios clínicos (tabaquismo, EPOC, etc.) y biológicos (cambios genéticos, etc.), tengan un elevado riesgo de padecer cáncer de pulmón. En esta población concreta deberíamos centrar especialmente los estudios para definir la utilidad de los medios radiológicos y endoscópicos como métodos de diagnóstico precoz capaces de reducir la mortalidad en dicha población.

En consonancia con la información reseñada, la Sociedad Americana del Cáncer, en su “Guía para la detección precoz de los tumores” del año 2003<sup>23</sup>, no recomienda la realización de pruebas para la detección precoz del cáncer de pulmón en personas asintomáticas con factores de riesgo. Sin embargo, especifican, históricamente se ha manteni-

do que, en casos concretos, determinados individuos con alto riesgo de padecer cáncer de pulmón, junto a sus médicos, puedan decidir la realización de pruebas de diagnóstico precoz, precisando que esto tenga lugar sólo en centros experimentados que cuenten con grupos multidisciplinarios capaces de hacer un adecuado diagnóstico y seguimiento del paciente.

En definitiva, la literatura reciente cualificada viene a confirmar lo conocido desde hace años, y a precisar mejor cuáles son las actuaciones que, sin perjuicio de otras que están siendo investigadas, se han mostrado más eficaces para limitar la exposición de la población general al humo de tabaco. Es necesario seguir investigando en las distintas facetas relativas al diagnóstico precoz, porque quizá puedan facilitar la instauración de tratamientos precoces más eficaces, y aún en el teórico caso de que todos los fumadores abandonaran el hábito súbitamente, seguiríamos enfrentándonos a casos nuevos de cáncer de pulmón durante décadas. Sin olvidar la necesidad de alejar a los trabajadores de las sustancias cancerígenas existentes en el medio laboral, no hay duda de la eficacia del citado abandono del hábito tabáquico como medida de prevención fundamental del cáncer de pulmón. La propia Sociedad Americana del Cáncer, en su "Guía para la detección precoz de los tumores"<sup>23</sup>, indica que los fumadores deben ser informados de que la medida preventiva prioritaria a llevar a cabo inmediatamente es la eliminación de dicho hábito, ya que ésta es, actualmente, el camino más seguro para reducir el riesgo de fallecer prematuramente por cáncer de pulmón.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bray F, Sankila R, Ferlay J, Parkin DM. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 1995. *Eur J Cancer* 2002; 38: 99-166.
2. Hernández Hernández JR, Izarzugaza Lizarraga MI. Epidemiología del cáncer de pulmón en España. En: López Encuentra, ed. *Cáncer de Pulmón. Monografía Neumomadrid*. Madrid: Ediciones DOYMA, SL. 2002. p. 5-18.
3. International Agency for Research on Cancer. Cancer databases. Information on cancer incidence, mortality and survival. EU-CAN. 2003. Disponible en: URL: <http://www.iarc.fr>
4. Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas del movimiento natural de la población. Defunciones según causa de muerte. Banco de datos de series TEMPUS 4.02. Madrid, 2003. Disponible en: URL: <http://www.ine.es>.
5. Morote Gómez MP, Álvarez Riesgo JA, Quirós García JR. Supervivencia del cáncer de pulmón en Asturias. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, 2001.
6. Alberg AJ, Samet JM. Epidemiology of lung cancer. *Chest* 2003; 123 (supl 1): 21-43.
7. Doll R, Hill AB. A study of the aetiology of carcinoma of the lung. *BMJ* 1952; 2: 1271-86.
8. Bilello KS, Murin S, Matthay RA. Epidemiology, etiology and prevention of lung cancer. *Clin Chest Med* 2002; 23: 1-25.
9. Fernández E, Schiaffino A, García M, Saltó E, Villalví JR, Borrás JM. Prevalencia del consumo de tabaco en España entre 1945 y 1995. Reconstrucción a partir de las Encuestas Nacionales de Salud. *Med Clin* 2003; 120: 14-6.
10. International Agency for Research on Cancer. Evaluation of carcinogenic risk to humans. Lyon, 2003. Disponible en: URL: <http://www.iarc.fr>
11. Zhong L, Goldberg MS, Parent ME, Hanley JA. Exposure to environmental tobacco smoke and the risk of lung cancer: a meta-analysis. *Lung Cancer* 2000; 27: 3-18.
12. Hackshaw AK, Law MR, Wald NJ. The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. *Br Med J* 1997; 315: 980-8.
13. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud. Disponible en: URL: <http://www.msc.es>
14. Hopkins DP, Briss PA, Ricard CJ, Husten CG, Carande-Kulis VG, Fielding JE, et al. Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. *Am J Prev Med* 2001; 20 (supl 2): 16-66.
15. Tobacco use and dependence clinical practice guideline panel, staff and consortium representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: a US Public Health Service report. *JAMA* 2000; 283: 3244-54.
16. Kelly MJ, McCrory DC. Prevention of lung cancer. Summary of published evidence. *Chest* 2003; 123 (supl 1): 50-9.
17. Rigotti NA, Thorndike AN. Reducing the health burden of tobacco use: What's the doctor's role? *Mayo Clin Proc* 2001; 76: 121-3.
18. Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Torrecilla García M, Domínguez Grandal F, Díaz-Maroto Muñoz JL, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. *Arch Bronconeumol* 2003; 39: 35-41.
19. Brambilla C, Fievert F, Jeanmart M, Fraipont F, Lantuejoul S, Frappat V, et al. Early detection of lung cancer: role of biomarkers. *Eur Respir J* 2003; 21(supl 39): 36-44.
20. Hirsch FR, Merrick DT, Franklin WA. Role of biomarkers for early detection of lung cancer and chemoprevention. *Eur Respir J* 2002; 19: 1151-8.
21. Dragnev KH, Stover D, Dimitrovsky E. Lung cancer prevention. *Chest* 2003; 123 (supl 1): 60-71.
22. Bach PB, Kelly MJ, Tate RC, McCrory DC. Screening of lung cancer. A review of the current literature. *Chest* 2003; 123 (supl 1): 72-82.
23. Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ. American Cancer Society guidelines for early detection of cancer, 2003. *CA Cancer J Clin* 2003; 53: 27-43.

## El rol de la enfermera en la atención al tabaquismo

C. Martínez Martínez

*Fundació Privada. Hospital de Mollet. Associació Catalana d'Infermeria. ACI. Societat Catalana per a la Prevenció del Tabaquisme. SCaPT. European Nurses and Midwives Against Tobacco. ENMAT*

---

El tabaco constituye en los países desarrollados la primera causa prevenible de pérdida de salud y de muerte evitable y prematura<sup>1</sup>. El tabaquismo es, por tanto, el principal problema de salud pública susceptible de prevención<sup>2,3</sup>.

Pese a que la población es conocedora de los efectos nocivos que el tabaco provoca en su salud, ésta continúa fumando, por lo que con su consumo contribuye a engrosar el porcentaje de muertes atribuibles al tabaco. En Cataluña, se calcula que en el pasado año, cerca de 9.000 personas murieron víctimas de sus efectos, y en el conjunto de España el número ascendió a 55.000.

En el caso de Cataluña, las estadísticas nos demuestran que, al igual que el resto de comunidades, el número de fumadores en la población general ha disminuido de un 35 a casi un 31%. Sin embargo, las mismas fuentes nos revelan cómo el consumo de tabaco ha aumentado en los más jóvenes, principalmente en las chicas, que rondan un 36,8% de consumidoras entre los 16 a 24 años. Todo ello constituye un grave problema a resolver. El consumo de tabaco entre la población general, y muy especialmente entre los más jóvenes, es una cuestión pendiente para el sistema sanitario de nuestro país.

Desde este campo los profesionales de la salud, las enfermeras y enfermeros en particular, se encuentran en una situación especial en relación con las posibilidades de intervención sobre el tabaquismo. Por un lado, son profesionales sanitarios próximos a los usuarios, que sirven de referencia inevitable en sus hábitos de consumo; por otro, los

sanitarios y especialmente los que se encuentran en la Atención Primaria de salud, mantienen contacto con personas fumadoras, sanas y enfermas, este hecho ofrece oportunidades para: la intervención en la educación, para la salud, el apoyo terapéutico en la deshabituación tabáquica y el tratamiento para remediar las secuelas provocadas a consecuencia del consumo.

En este sentido, y en especial las enfermeras, disponen de un **patrimonio fundamental**: el conocimiento de la población y la proximidad real a ésta. Pero, además, las enfermeras representan un **rol modélico, educador, social y asistencial**, por lo que su implicación puede generar la concienciación y la sensibilización general permitiendo la conducción y consolidación de cambios<sup>4,5</sup>.

La propia Dra. Gro Harlem Brundtland, directora de la OMS (Organización Mundial de la Salud), ya expuso durante el Centenario de la CIE (Consejo Internacional de Enfermeras), la importante contribución que las enfermeras pueden realizar en la batalla librada al tabaco. La Sra. Brundtland lo expresó del siguiente modo:

*“Las enfermeras tienen muchas oportunidades de desempeñar una función de liderazgo en la lucha contra la epidemia del tabaco. Las enfermeras en todo el mundo tienen acceso a la población en todos los niveles del sistema de acción de salud y gozan de un alto grado de confianza entre el público. De hecho, hay varios ejemplos de enfermeras que comenzaron y aplicaron con éxito programas de tratamiento y prevención del tabaquismo”*<sup>6</sup>.

Pero la realidad es que los propios profesionales enfermeros y enfermeras tienen serias dificultades con respecto a este tema. Sin duda, existen dos grandes *handicaps* en nuestro país que deberían ser superados:

1. La **alta prevalencia** de enfermeras/os fumadores.
2. La **escasa formación** de los profesionales en la intervención específica con relación al tabaquismo.

---

*Correspondencia:* Cristina Martínez Martínez. C/ Félix Ferrán 56, ático 1º. 08100 Mollet del Vallès. Barcelona. e-mail: chris\_mart2@hotmail.

*Recibido:* 10 de junio de 2003. *Aceptado:* 24 de septiembre de 2003  
*[Prev Tab 2003; 5(3): 186-189]*

Una vez planteada la situación, el interrogante sería: ¿Qué pueden realizar las enfermeras en concreto?, ¿cuál es su papel en la intervención sobre el tabaquismo?

Desde la Asociación Catalana de Enfermería, hemos abogado por la implicación clave de nuestro colectivo en este tema. Por ello, como sociedad científica hemos iniciado un cambio social dentro de nuestra disciplina para poder ayudar a la erradicación de esta epidemia. Pensamos que, como organización científico-profesional, debemos promocionar esta área de desarrollo profesional que puede modificar la realidad. Por eso hemos promovido actividades internas encaminadas a la modificación de las conductas y las actitudes de nuestros miembros en todo lo relacionado con el tabaquismo. De ese modo, constituimos en septiembre del 2001 un grupo de enfermeras que trabajan en el control del tabaquismo con el objetivo de implicar al resto de colectivo en el proyecto. Nuestro lema pretende demostrar el beneficio del producto enfermero en la actuación en esta problemática sanitaria y social; por ese motivo establecimos el siguiente lema: "Las enfermeras por una sociedad sin humo".

Las estrategias que seguimos como entidad científico-profesional que pretende realzar el papel de las enfermeras en el control del tabaquismo, van encaminadas a resolver algunos de los déficit que en la actualidad se encuentran en nuestro colectivo, y proponer acciones que las contrarresten.

Así, para lograr una mayor participación de nuestro grupo de profesionales, establecimos como estrategias:

- Disminuir la prevalencia del hábito tabáquico en las/los profesionales.
- Proporcionar formación postgrado sobre el control del tabaquismo.
- Promocionar actividades en la asistencia.
- Promocionar la investigación enfermera en el tema.
- Colaborar con otras instituciones internacionales (ENAT, INWAT).
- Colaborar con otras instituciones nacionales.
- Apoyar políticas para la prevención como el Convenio Marco (política fiscal, regulación de la publicidad, regular los productos y envases del tabaco, lograr espacios sin humo).

## ACTUACIONES ESPECÍFICAS

### 1. *Elevado porcentaje de fumadores*

En lo que respecta a los profesionales sanitarios hemos de destacar, como éstos se encuentran en la misma situación que el resto de la población. El 38,9% del colectivo es fumador, el 28,3% es exfumador y el 32,7%

es no fumador<sup>3</sup>. En Cataluña, los profesionales sanitarios se sitúan en un 24,5% del colectivo médico fumador y en un 35,1% del colectivo enfermero<sup>7</sup>. Como observamos, en general ha habido una disminución del consumo de tabaco en todo el colectivo sanitario, pero en enfermería, la remisión ha sido menor que en el resto. La ACI considera que el hecho de que nuestro colectivo sea en un alto grado consumidor de tabaco tiene un efecto pernicioso sobre el conjunto de la sociedad, principalmente por dos razones:

- En primer lugar, porque el profesional sanitario no ejerce su papel ejemplar, y al fumar en público, en la consulta o centro sanitario, constituye un ejemplo altamente negativo para los pacientes y el resto de la población, que esperaría ver en él un ejemplo a seguir en función de sus supuestos conocimientos sobre los efectos dañinos del tabaco sobre la salud.
- En segundo lugar, porque, como también se ha demostrado ampliamente, las actitudes del profesional fumador frente al hábito suelen ser más permisivas y de escaso compromiso con las iniciativas antitabáquicas, así como la dudosa adherencia a las normas de control vigentes en los centros sanitarios y públicos en los cuales la legislación prohíbe taxativamente el consumo de productos del tabaco.

En este sentido, las enfermeras deben ayudar a las enfermeras, realizando acciones para:

- Proporcionar ayuda a la deshabituación (terapia individual/grupal/creación de página web guía de cómo dejar de fumar).
- Concienciar a las enfermeras sobre su rol ejemplificador.
- Crear zonas sin humos en las áreas de trabajo.

### 2. *La escasa formación del profesional en tabaquismo*

Somos conscientes de que muchas enfermeras no cuentan con los conocimientos básicos sobre el tabaco y el tabaquismo. Por eso, estamos articulando desde la ACI formación basada en formación de formadores, en que, además de reincidir en la importancia del papel modélico de la profesión, se imparten bases biológicas, psicológicas y sociales, del tabaquismo. Asimismo, se imparte el modelo de intervención especializada individual del proceso de dejar de fumar y se enseñan las técnicas y tramientos eficaces basados en una revisión basada en la evidencia.

Aunque son muchas las enfermeras que se forman, después de su titulación, en temas concernientes al tabaquismo, es necesario que los profesionales de la salud cuenten en su currículo académico con formación al respecto. Desde la ACI, pensamos que el incluir en la for-

mación, de la disciplina medidas para la intervención aumentaría la implicación de los profesionales en la práctica elevando las estrategias multifocales de actuación dentro de: la prevención, la promoción de la salud, el diagnóstico y tratamiento.

3. Creemos muy importante la promoción de esos 4 ejes de asistencia para actuar de forma global sobre el problema del tabaco en nuestra sociedad. El tabaco es un problema multifocal y debe ser contrarrestado desde un punto de vista también diverso, donde se tengan en cuenta diferentes actuaciones para la prevención, la promoción y el restablecimiento de la salud.

Por eso, se apoyan las iniciativas que a nivel asistencial realizan enfermeras coordinadas con el resto de profesionales de sus lugares de trabajo (CAP y hospitales) que pueden ayudar a controlar el problema a escala local y regional.

En ese sentido es importante, y al menos así queremos transmitirlo, que las enfermeras evalúen periódicamente el hábito de sus usuarios, su motivación a dejar el hábito, y su dependencia del hábito, con la finalidad de conocer qué tipo de intervención es necesaria en cada caso. El hecho de que los usuarios sepan que pueden contar como recurso con la ayuda del profesional hace más factible que el propio individuo decida y evalúe la consecución o no de su hábito.

4. La ACI también cree necesario *promocionar la colaboración con otras instituciones* que trabajan en tabaco. Por eso trabaja de forma coordinada en programas de promoción de la salud como “**El programa de Atención Primaria Sense Fum**”, dirigido por el Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya en colaboración con la SEMFYC y la propia ACI. Con ello, se consigue trabajar de forma coordinada en un proyecto cuyo objetivo es que la Atención Primaria (AP) asuma su papel dinamizador y ejemplificador procurando:

- z Espacios libres de humo de tabaco, que protejan la salud de los profesionales que trabajan y usuarios que asisten a la AP.
- z Y la dinamización de intervenciones sanitarias óptimas en el control del tabaquismo por parte de la AP al resto de la ciudadanía.

Las actividades propuestas para conseguir estos propósitos son:

- Realizar sesiones informativas por todos los profesionales del centro sobre el programa.
- Formar un grupo de trabajo.
- Valorar la situación actual del consumo de tabaco en el centro.
- Señalar correctamente el centro.

- Ayudar a los profesionales que quieran dejar de fumar (individual o grupal).
- Formar sobre la intervención en tabaquismo.
- Evaluar periódicamente el proceso en 6 meses mediante observación directa, auditorías, etc.

En estos momentos, el proyecto está en la segunda fase de implantación, así contamos con 56 centros de AP catalanes que se han adherido a este proyecto, 26 de ellos en la primera fase y 30 en la segunda, iniciada en el mes de abril del 2003. Se prevé aumentar el número de centros participantes hasta hacer de este programa una red de todos los centros de AP sin humo.

5. Pero también la ACI asume *un papel de colaboración a nivel nacional e internacional* con otros grupos profesionales. El estar coordinadas con otros *lobbies* facilita trabajar en colaboración con otros profesionales y organismos con una posición común, estableciendo además:

- Contactos y reuniones periódicas (en congresos, jornadas, encuentros).
- Trabajo coordinado hacia una agenda común.
- División de tareas, focalizando estrategias a grupos determinados (jóvenes, mujeres, profesionales de la salud).
- Distribución de información.
- Intercambio de experiencias.
- Colaboración en proyectos.
- Avances en la investigación.
- Reparto de recursos.
- Aumentar la visibilidad de las asociaciones profesionales.
- Difundir a la ciudadanía el resultado de nuestra acción.
- Aglutinar a mayor número de profesionales interesados en el tema.

Con estos propósitos ACI trabaja en coordinación con ENMAT (*European Nurses and Midwives Against Tobacco*). Esta organización no-gubernamental de enfermeras y comadronas europeas fue ideada en 1998 en Estocolmo (Suecia) con el objetivo de crear una red de profesionales de enfermería que trabajasen en la lucha contra el tabaco.

Con INWAT (*International Network of Women Against Tobacco*), ya que este colectivo enfermero, mayoritariamente femenino, responde a las mismas problemáticas que el resto de mujeres del mundo. Además, pensamos que estos ejemplos de asociacionismo enfermero muestran el beneficio del trabajo en conjunto y el reconocimiento de los méritos de este grupo profesional.

Finalmente, creemos también necesario que las enfermeras asuman un rol social mediante el apoyo de medi-

das legislativas preventivas existentes y en evaluación sobre el consumo de tabaco. Por eso nuestra institución apoya la implementación del Convenio Marco de la OMS que regulará la publicidad, el consumo y la venta de productos de tabaco en nuestro país. Por eso asistimos, como mujeres comprometidas en el tema, al I Encuentro de Mujeres en Apoyo al CMCT (Convenio Marco de Control de Tabaquismo) de la OMS, celebrado en Córdoba en febrero de este año, para sumar esfuerzos con el resto de mujeres que reivindican políticas sanitarias y legisladoras que prevengan y controlen el consumo de tabaco.

Desde mi punto de vista, el rol de la enfermera en el control del tabaquismo es muy amplio, y constituye un proyecto de futuro para la disciplina enfermera. No sólo por su papel educador, ejemplar y de control del tabaquismo en la asistencia, en la docencia o en la investigación, sino también por el rol social que realiza en el control de esta pandemia. Por eso, creo que las enfermeras hemos de ser agentes de cambio en nuestra sociedad. Debemos, por lo tanto, implicarnos en promover, promocionar y preservar la salud de nuestros usuarios<sup>8</sup>. Debemos ser competentes y ofertar este servicio que nos demandan, constituyendo una faceta importante dentro de la iniciativa propia, que a la vez permite desarrollar el rol autónomo enfermero. Ésta es también la posición de la ACI que cree que, en la atención del

tabaquismo, el rol de la enfermera es vital, pues demuestra el beneficio de su labor profesional.

## BIBLIOGRAFÍA

1. El Plà de Salut a Prop. Plà de Salut de Catalunya 1996-1998. Departament de Sanitat de Catalunya. Barcelona; 1996.
2. La prevención del tabaquismo y los profesionales sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 1998.
3. Programa de prevención del tabaquismo en los profesionales sanitarios. Estudios epidemiológicos. Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del INSALUD. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 1998.
4. Atención Primaria: orientación comunitaria. Parte III. Enfermería Comunitaria. Educación sanitaria. Máster de Enfermería; Ediciones Masson: Barcelona 1995.
5. Collière MF. Promover la vida. Interamericana; Mc. Graw Hill: Madrid; 1993.
6. Brundtland GH. Visión de la OMS para la Salud. Conferencia del Centenario del Consejo Internacional de Enfermeras. Londres. Junio; 1999.
7. Datos epidemiológicos del Departament de Sanitat de Catalunya. Barcelona; 2002.
8. Antón Nardiz MV. Las enfermeras entre el desafío y la rutina. Una mirada al siglo XXI; Editorial Díaz Santos: Madrid; 1998.

## Trends and variations in smoking during pregnancy and low birth weight: evidence from the birth certificate, 1990-2000

S.J. Ventura, BE Hamilton, T.J. Mathews, A. Chandra

*Pediatrics* 2003; 111:1176-80

**Tendencia y cambios en el hábito tabáquico durante el embarazo y bajo peso al nacer: datos obtenidos del certificado de nacimiento, 1990-2000**

### RESUMEN

En este artículo se describe y se interpreta la tendencia y los cambios en el hábito tabáquico durante el embarazo en EE.UU. entre 1990-2000, a partir de los datos recogidos en el certificado de nacimiento proporcionado por los *Centers for Disease Control and Prevention's National Center For Health Statistics*.

Para el estudio se analizaron los certificados de nacimiento de todos los niños nacidos en 49 estados y el distrito de Columbia, lo que representaba el 87% de todos los niños nacidos en el 2000 en EE.UU. En el certificado se recogía si la madre consumía cigarrillos durante el embarazo, y el número medio de cigarrillos consumidos al día. Se analiza a partir de los datos obtenidos la correlación existente entre el hábito tabáquico, los datos demográficos y las características maternas, así como las consecuencias de fumar durante el embarazo, centrándose en la incidencia de bajo peso al nacer.

El hábito de fumar durante el embarazo disminuyó en un 37% a lo largo de la década (el 12,2% en el 2000, frente al 19,5% en 1989). Además de este descenso, entre las mujeres que continuaron fumando, hubo una disminución en el número de cigarrillos que consumían al día. Dejar de fumar fue más frecuente entre las mujeres de 25 años o mayores que entre las adolescentes y veinteañeras. Con relación a la raza y etnia, el mayor porcentaje de fumadoras durante el embarazo correspondía a las mujeres blancas, de origen no hispano, y que no habían completado la educa-

ción secundaria. Fumar durante el embarazo fue más frecuente entre las madres solteras y entre aquellas que no recibían cuidados prenatales. La incidencia de bajo peso al nacer (para partos únicos) entre las mujeres fumadoras fue de cerca del doble que entre las no fumadoras (10,4 vs 5,6%). Esta relación se observó en todos los grupos de edades y razas en mujeres con menor nivel educacional. La incidencia de bajo peso al nacer fue mayor incluso para las mujeres que fumaban menos de 5 cigarrillos al día.

### COMENTARIO

En la actualidad, en el mundo occidental, la prevalencia del tabaquismo entre las mujeres ha aumentado considerablemente. En la mujer embarazada es muy preocupante, ya que puede tener efectos desfavorables sobre la salud de las nuevas generaciones expuestas al humo de tabaco en el ambiente desde la vida fetal. En España existen escasos estudios en este sentido. Pichini et al<sup>1</sup> encuentran que, en la ciudad de Barcelona, un 29% de las madres declaraban consumir tabaco durante el embarazo, cifra que aumentaba al 34% al determinar la cotinina en sangre de cordón. Esta prevalencia es sensiblemente mayor a la de muchos países europeos y a la de EE.UU. En España, a diferencia de EE.UU., el consumo de tabaco durante el embarazo es independiente de la clase social y la edad de las madres.

El embarazo es una situación fisiológica en la que se dan una serie de circunstancias que hacen que el cuidado de la salud sea especial. Es, por lo tanto, un buen momento para impulsar el abandono, ya que las mujeres están más motivadas. Hay un porcentaje de mujeres que dejan de fumar de forma espontánea (15,2-48% según las series). En un estudio realizado en Barcelona<sup>2</sup>, el 19,7% de las muje-

Correspondencia: M<sup>a</sup> Teresa Elías Hernández. Avda. Las Pajanosas 50. 41210 Guillena (Sevilla). E-mail: med009981@saludalia.com

Recibido: 15 de julio de 2003. Aceptado: 27 de julio de 2003  
[Prev Tab 2003; 5(3): 190-191]

res embarazadas dejaron de fumar espontáneamente, siendo este abandono más frecuente entre las mujeres que fumaban poco y entre aquellas en las que su pareja no fumaba.

Se plantea por lo tanto la necesidad de identificar a aquellas mujeres que van a continuar fumando durante la gestación para mejorar las campañas de promoción de la salud dirigidas a este colectivo. Esto iría en beneficio, no sólo del feto, sino de la propia mujer y del niño cuando ya ha nacido, ya que muchas mujeres desconocen los problemas respiratorios que pueden tener los niños de padres fumadores<sup>3</sup>. Ofrecer consejo<sup>4</sup> y emplear material en las visitas de seguimiento del embarazo<sup>5</sup> puede suponer una intervención con bajo coste para reducir la exposición del feto y de los recién nacidos al humo de tabaco.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pichini S, Puig C, García-Algar O, Pacifi R, Figueroa C, Vall O, et al. Efectos neonatales del hábito tabáquico durante el embarazo y determinantes sociodemográficos en Barcelona. *Med Clin (Barc)* 2002; 118(2): 53-6.
2. Jané M, Nebot M, Badí M, Berjano B, Muñoz M, Rodríguez MC, et al. Factores determinantes del abandono del tabaquismo durante el embarazo. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 132-5.
3. Gilliland FD, Li YF, Peters JM. Effects of maternal smoking during pregnancy and environmental tobacco smoke on asthma and wheezing in children. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163 (2): 429-36.
4. Castellanos ME, Nebot M, Rovira MT, Paya A, Muñoz MI, Carreras R. Impacto del consejo médico para dejar de fumar durante la gestación. *Aten Primaria* 2002; 30(9): 556-60.
5. Lawrence T, Aveyard P, Evans O, Cheng KK. A cluster randomized controlled trial of smoking cessation in pregnant women comparing interventions based on the transtheoretical (stages of change) model to standard care. *Tobacco Control* 2002; 12: 168-77.

**M<sup>a</sup> Teresa Elías Hernández**

Unidad Médico-Quirúrgica  
de Enfermedades Respiratorias.  
Hospital Universitario  
Virgen del Rocío. Sevilla

## POLÍTICOS EN ESTADO PURO

*Sr. Director:*

La imagen<sup>1</sup> del presidente del Gobierno Español fumándose un cigarro en el descanso de una cumbre internacional no contribuye precisamente a convencer a la población de los efectos perniciosos del tabaco. Si a esto unimos declaraciones<sup>2</sup> como las del presidente de la Junta de Castilla y León, D. Juan Vicente Herrera Campo, asociando fumar un puro a desconectar del trabajo, parece que los políticos (voluntaria o involuntariamente) se han convertido en el mejor reclamo publicitario de la industria del cigarro.

Cierto es que, desgraciadamente, políticos fumando puros los ha habido siempre, pero no es menos cierto que en la lucha contra el tabaco es fundamental la actitud ejemplarizante de todos aquellos sectores de la población que tienen influencia sobre la misma como periodistas, educadores y políticos<sup>3,4</sup>. Entre las obligaciones asociadas a los cargos políticos se supone que éstos deberían asumir un comportamiento público intachable.

Además, estos hechos suceden en un momento en que la industria del tabaco presenta el consumo de cigarrillos como mucho menos peligroso que el de cigarrillos, para separar ambos mercados con el objetivo de captar a aquellos fumadores o futuros fumadores convencidos de la peligrosidad del cigarrillo y la inocuidad del puro. La pu-



Foto Portada.  
Diario "El Mundo", martes 2-7-2002.

blicidad del puro trata de vender una imagen de producto exclusivo al alcance de todos los bolsillos. Las fotos de políticos y personajes célebres fumando puros son un excelente reclamo.

Desde la perspectiva de la prevención del tabaquismo queda esperar que la clase política, tan proclive a dar lecciones éticas a los profesionales de la salud, comience a asumir sus propias responsabilidades. No fumar en público es una de ellas.

### Bibliografía

1. Diario El Mundo, martes 2-7-2002, portada.
2. Diario ABC, domingo 8-12-2002, sección Castilla y León, p. 37.
3. Toledo Pallarés J. Planes de tabaquismo: una realidad. *Prev Tab* 2002; 4: 117-9.
4. Jiménez Ruiz C, Barrueco Ferreo M. Ciencia, pluralidad, universalidad y colaboración (dos años después). *Prev Tab* 2002; 4: 3-4.

**Francisco Javier de Castro García**  
*Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca*

[*Prev Tab* 2003; 5(3): 192]

## IMPLANTACIÓN PRÁCTICA DEL DOCUMENTO DE CONSENSO

*Sr. Director:*

Recientemente ha aparecido, en PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO, el documento de consenso en diagnóstico y tratamiento del tabaquismo que han realizado cuatro sociedades científicas españolas: Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN), Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFyC), Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET) y Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)<sup>1</sup>. Pensamos que es un documento necesario y que puede ser de gran utilidad para el abordaje clínico del tabaquismo.

El objetivo primordial de esta carta es comentar los resultados preliminares de la utilización rutinaria de este documento en una consulta de enfermería en que se atiende a pacientes portadores de una neoplasia que están siendo tratados o han recibido radioterapia.

Desde enero de 2003 a junio del mismo año, hemos aplicado el protocolo diagnóstico y terapéutico que se expone en el documento de consenso a todos los fumadores que han sido vistos en nuestra consulta de enfermería. Mostraremos aquí los resultados obtenidos con los cien primeros pacientes que han cubierto seis meses de seguimiento.

De los 100 pacientes, 77 eran hombres y el resto, mujeres. Su edad media fue de 57,4 años. Todos ellos estaban en tratamiento radioterápico por padecer cáncer en distintas localizaciones. El consumo medio de tabaco fue de 43,4 paquetes/año. Todos ellos se mostraron dispuestos a realizar un serio intento de abandono. El 43% de los pacientes tenían entre 4 y 6 puntos en el test de Fagerström, el 38% tenían entre 7 y 8 puntos y el resto (19%) tenían más de 8 puntos. Los niveles medios de monóxido de carbono (CO) en aire espirado fueron de 27,8 ppm. Aunque todos habían realizado intentos previos de abandono con mayor o menor éxito, en ningún caso el periodo de abstinencia se prolongó más de un año.

A los pacientes con 5 o menos puntos en el test de Fagerström se les recomendó tratamiento farmacológico con un solo medicamento (TSN o Bupropión), a aquellos con 6 ó más puntos se les recomendó la utilización de terapia combinada. Todos recibieron apoyo psicológico y seguimiento intenso durante las primeras 12 semanas (una visita semanal de aproximadamente 5 a 10 minutos). El 71% de los pacientes cumplieron con el tratamiento propuesto y lo utilizaron, al menos, durante ocho semanas. El resto o no lo utilizaron o lo abandonó muy precozmente.

La abstinencia fue avalada mediante la afirmación verbal del paciente, pero debía ser confirmada mediante la determinación de niveles de CO en aire espirado que no superaran los 6 ppm. A los tres meses de seguimiento 58 pacientes (37 hombres y 21 mujeres) permanecían sin fumar, esta cifra disminuye a 51 (34 hombres y 17 mujeres) a los seis meses de seguimiento.

A la vista de estos resultados nos gustaría hacer las siguientes consideraciones:

1. El protocolo diagnóstico y terapéutico que se describe en el documento de consenso nos ha resultado útil y

práctico para ser desarrollado en una consulta de enfermería.

2. No se requieren conocimientos profundos en diagnóstico y el tratamiento del tabaquismo para llevar a cabo en la práctica clínica habitual las indicaciones del documento de consenso.
3. La prestación de este tipo de asistencia a los pacientes fumadores no consume demasiado tiempo. La instauración del protocolo en la primera visita puede durar entre 15 a 20 minutos y la realización de las revisiones no suelen superar los 10 minutos por revisión.
4. Los resultados de eficacia que hemos obtenido son muy alentadores. No obstante, es de tener en cuenta las especiales características de nuestro grupo de fumadores: pacientes fumadores a quienes se les ha diagnosticado cáncer.

Resumiendo, creemos que el documento de consenso es un instrumento fácil de utilizar, rápido y eficaz que debe ser puesto en práctica por todos los profesionales sanitarios cuando abordan clínicamente el tabaquismo.

### Bibliografía

1. Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Torrecilla García M, Domínguez Grandal F, Díaz-Maroto Muñoz JL, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. *Prev Tab* 2002; 4: 147-55.

**Dña. Arantxa Iglesias Sanz\***

**Dña. Marisa Mayayo Ulibarri\*\***

*\*Enfermera Radioterapia.*

*Hospital Princesa. Madrid*

*\*\*Enfermera. Unidad Especializada en Tabaquismo.*

*Instituto de Salud Pública.*

*Comunidad de Madrid.*

*[Prev Tab 2003; 5(3): 192-193]*

## DURACIÓN Y COSTE DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO

*Sr. Director:*

Con nuestra experiencia en la Unidad de Tabaquismo hemos comprobado que con apoyo psicológico, tratamiento farmacológico y seguimiento, se obtienen muy buenos resultados en la abstinencia tabáquica de los pacientes (71% de abstinencia los dos meses<sup>1</sup>, 67% a los tres meses<sup>2</sup> y 39% al año<sup>1</sup>) especialmente teniendo en cuenta que se trata de una enfermedad crónica.

La mayoría de los tratamientos farmacológicos indicados en trabajos<sup>3</sup>, libros<sup>4</sup> o prospectos son, en nuestra opinión, largos y caros. Por ello, nosotros recomendamos nicotina en parches, chicles, comprimidos para chupar y bupropión según el siguiente esquema:

- Los parches de nicotina sólo los usamos durante 6 semanas, bajando la dosis paulatinamente, y añadiendo, si es necesario, hasta 4-5 chicles de nicotina de 2 mg al día o hasta 7-8 comprimidos para chupar de nicotina de 1 mg al día.
- En el caso del bupropión sólo recomendamos una caja de 60 comprimidos de 150 mg en dos modalidades: a) un comprimido al día durante 57 días, tomando los 3 últimos comprimidos del envase en dosis de 1 comprimido cada 48 horas (duración 9 semanas); b) un comprimido al día durante 6 días, aumentando el séptimo día a 2 comprimidos al día durante 14 días y siempre con 8 horas al menos entre cada comprimido. Posteriormente se reduce a 1 comprimido al día durante 23 días, tomando los 3 últimos comprimidos del envase en dosis de 1 comprimido cada 48 horas (duración, 7 semanas).

Además, si es preciso, en estas dos modalidades añadimos desde el día en que dejan de fumar (normalmente al séptimo u octavo día de estar tomando bupropión) hasta 5 chicles de nicotina de 2 mg al día o hasta 8 comprimidos para chupar de nicotina de 1 mg al día, reduciendo progresivamente las dosis de nicotina .

No recomendamos más tratamiento farmacológico de manera continuada, aunque les insistimos en que lleven 2-3 chicles o comprimidos para chupar de nicotina durante 6 meses por si fuera necesario su uso en alguna ocasión.

Todo esto supone un tratamiento farmacológico continuado máximo de entre 6 a 9 semanas y un coste aproximado que oscila entre los 87 y 120 euros, menos aún si sólo usan chicles y comprimidos para chupar de nicotina, precio que es sensiblemente inferior a lo recomendado en los prospectos tanto de los compuestos de nicotina como de bupropión.

Por todo ello, creemos que alargar más el tratamiento farmacológico no logra mejores resultados, consiguiendo, sin embargo, que en bastantes casos el paciente abandone el tratamiento demasiado pronto o de forma brusca por ver muy lejano el final del mismo, además de suponerle un coste más elevado, así como algún posible efecto secundario más.

Asimismo, consideramos que las administraciones sanitarias deberían abonar un porcentaje del coste del tratamiento, ya que al fin y al cabo el tabaquismo es la enfermedad que ocasiona el mayor número de muertes evitables en nuestro país.

#### **Bibliografía**

- 1 Jiménez Mas F, Gotor Ciller MI, Mateos Ramos A, Almar Marqués E, Jiménez García M. Tratamiento multicomponente del tabaquismo en pacientes con potencial ejemplarizante por su profesión. *Prev Tab* 2001; 3(3): 132-7.
- 2 Jiménez Mas F, Mateos Ramos A, Jiménez García M, García Ramos J. Tratamiento grupal y multicomponente del tabaquismo. *Prev Tab* 2002; 4 (supl 1): 62.
- 3 Sampablo Lauro I, Lores L, Coll F, Rebas P. Asociación de bupropión y parches de nicotina como terapia para dejar de fumar. *Arch Bronconeumol* 2000; 36: 377-80.
- 4 Jiménez Ruiz CA, Ramos A, Flores S, Steen B, Ramos L. Terapia sustitutiva con nicotina. En: Barrueco M, Hernández MA. *Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo*. Ediciones Pauan, S.L. 2001.

**F. Jiménez Mas\***

**M<sup>a</sup>. Jiménez García\*\***

*\*Unidad de Tabaquismo,*

*Delegación de Sanidad de*

*Albacete (JCCM), fjmas@jccm.es.*

*\*\* Facultad de Medicina*

*de Albacete (UCLM)*

*[Prev Tab 2003; 5(3): 193-194]*

**PREMIO HONORÍFICO COMO INSTITUCIÓN DESTACADA EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO EN NUESTRO PAÍS: CONSEJO INTERTERRITORIAL DE SALUD**

La Revista *Prevención del Tabaquismo* otorgó el Premio Honorífico como Institución destacada en la prevención y tratamiento del tabaquismo en nuestro país, al Consejo Interterritorial de Salud.

La Ministra de Sanidad y Consumo, Excma. Dña. Ana Mª Pastor Julián, recogió el citado premio de manos del Director de la *Revista Prevención del Tabaquismo*, Dr. D. Carlos Jiménez Ruiz, y del Presidente de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) Dr. D. José Luis Álvarez Sala.

Con este premio la revista *Prevención del Tabaquismo*, patrocinada por GSK, ha querido reconocer públicamente el impulso y apoyo que la premiada institución ha dado a la lucha contra el tabaquismo. ■



Izquierda Dr. D. Carlos Jiménez Ruiz, derecha Excma. Dña. Ana Mª Pastor Julián.

(Fuente: EFE)