

# Análisis del programa de deshabituación del tabaco en un centro de salud rural

De Santiago C<sup>1</sup>, Pérez Martín A<sup>2</sup>, Avellaneda Fernández A<sup>3</sup>, Izquierdo Martínez M<sup>4</sup>, López Lanza JR<sup>2</sup>, Martín Fuente F<sup>5</sup>, Saiz Pérez C<sup>2</sup>, Menchaca Riesco JM<sup>2</sup>, Ovejero Gómez VJ<sup>6</sup>, Montano Navarro MI<sup>7</sup>, Alonso González A<sup>7</sup>, García Gutiérrez MT<sup>2</sup>, Del Río Madrazo JA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud Zapatón. Cantabria

<sup>2</sup>Centro de Salud Los Valles. Cantabria

<sup>3</sup>Centro de Salud Los Cámenes. Madrid

<sup>4</sup>Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública. Comunidad de Madrid

<sup>5</sup>Unidad de Deshabituación Tabáquica. Servicio Cántabro de Salud

<sup>6</sup>Cirugía General. Hospital Sierrallana

El consumo de tabaco constituye un problema de salud pública importantísimo en los países desarrollados. Es una de las principales causas en el mundo de enfermedades y muertes evitables, con frecuencia prematuras; además, es responsable aproximadamente de 12% de todas las muertes ocurridas. Es causa de numerosas incapacidades por patologías respiratorias, cardiovasculares y cáncer<sup>1</sup>; es la primera causa aislada de mortalidad y morbilidad por cáncer de pulmón y enfermedades cardiovasculares y el responsable en España de casi 50.000 muertes al año<sup>2</sup>. Todo esto supone un coste sanitario y social muy elevado<sup>3</sup>. El 24,2% de la población española fuma, aunque desde la entrada en vigor de la Ley Antitabaco en Diciembre del 2006 esta cifra ha descendido hasta el 18,8%.

Es muy importante para prevenir, retrasar o mitigar las enfermedades causadas por el tabaquismo conseguir el cese del hábito<sup>4</sup>. Sin embargo, el tabaco es un producto que genera gran dependencia debido a su contenido en nicotina, que produce alteraciones fisiológicas y psicológicas parecidas a las del alcohol, la heroína o la cocaína. En ocasiones esta adicción es muy difícil de superar<sup>5</sup>.

La atención primaria constituye un marco idóneo para el abordaje del tabaquismo por su accesibilidad, metodología de trabajo y características de su actividad asistencial. Tiene un papel muy importante en la

prevención, cese y sensibilización de la población<sup>6</sup>. Para un buen abordaje del problema debemos realizar una buena anamnesis, proporcionar un consejo claro, sistemático y personalizado y utilizar todas las herramientas disponibles a nuestro alcance<sup>7</sup>, tales como guías clínicas o tratamientos farmacológicos, que ayuden al paciente en su deshabituación<sup>8,9</sup>. Los programas de deshabituación tabáquica creados desde las unidades de atención primaria son puntos clave en la lucha contra este problema social y sanitario<sup>7</sup>.

El objetivo del estudio es analizar las características del programa de deshabituación tabáquica de un centro de salud rural y de los usuarios que acceden a él, y conocer los motivos para dejar de fumar y las causas de recaída.

## MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de corte transversal descriptivo de los pacientes introducidos en el programa de deshabituación tabáquica del Centro de Salud Los Valles (Cantabria) hasta junio de 2008.

Cuenta con tres cupos médicos y da cobertura sanitaria a una población de 2.324 habitantes adscritos en una superficie de 173 Km<sup>2</sup>. Se encuentra en una localización distante del hospital comarcal más cercano.

Para recabar la información se confeccionó un protocolo específico de recogida de datos en el que se incluyeron variables sociodemográficas (edad, sexo, profesión), características del hábito tabáquico (edad inicio, marca de cigarrillos, causa de inicio y de intento de cese del hábito, número de intentos previos, grado de dependencia, expectativas, causas de recaída, nivel de dependencia) y tipo de actuación médica.

Para la estadística descriptiva se emplearon la media aritmética y la desviación estándar de la media (DE) para las variables cuantitativas y porcentajes para las variables cualitativas. Para la comparación de dos variables cualitativas se ha utilizado la prueba de comparación de proporciones de Chi cuadrado. El grado de significación estadística considerado ha sido de 0,05. Para el análisis de datos se ha usado el programa estadístico SPSS versión 12.

## RESULTADOS

Se analizaron 65 sujetos introducidos en el programa de deshabituación tabáquica, con una edad media de 41,67 +/- 9,13 años y predominio del sexo femenino (60,5%) (figura 1).

Al analizar la actividad laboral que realizaban los pacientes la profesión principal fue la de funcionario (16,7%), seguido de la de dependiente de comercio (13,3%) y la de camarero (10%) (figura 2).

La media de cigarrillos consumidos diariamente era de 26,73 +/- 11,5, principalmente "Ducados rubio" (30%) y "Marlboro" (20%). No presentaban cambios en el hábito 83,3%. La edad media de comienzo fue a los 14,93 +/- 2,8 años y de continuo a los 17,52 +/- 2,8 años. Las causas principales por la que comenzaron a fumar fueron la influencia de los amigos (63,3%), seguido de la imitación de los adultos (23,3%) (figura 3). Entre las causas principales para dejarlo se encontraban la prevención de enfermedades (58,62%), causa económica (13,79%) y los problemas de salud (10,34%) (figura 4). La principal preocupación a la hora de dejar de fumar era la ansiedad que podría llegar a producir la falta de tabaco (57,9%), seguida de la dependencia (34,8%).

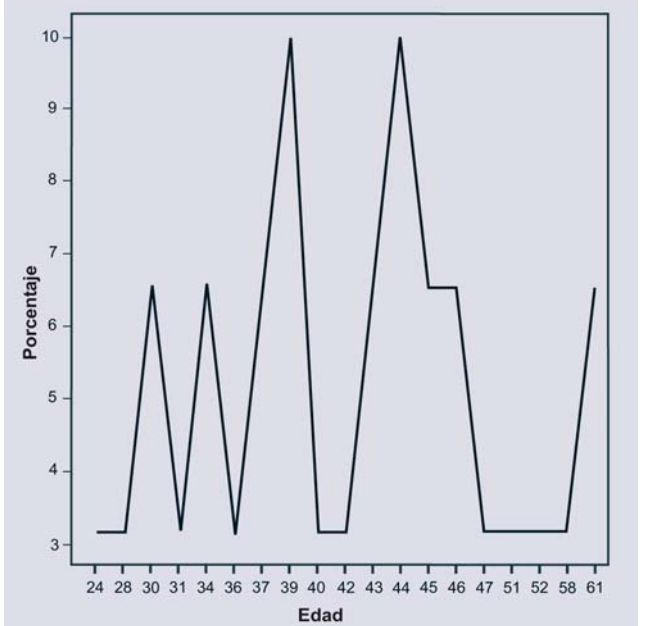
La media de intentos previos fue de 2,35 +/- 3,6, sin ayuda (56,5%), con chicles de nicotina (27,6%), con cursos (25%) y la intervención de un "brujo" (4,1%). El tiempo medio sin fumar fue de 4,72 +/- 5 meses. La recaída se produjo por necesidad de nicotina (26,1%) o por una celebración (21,7%) (figura 5).

El 66,7% del entorno del paciente prefiere que no fume. El 93,1% de los fumadores reconoce una pérdida de salud por causa del tabaco y el 52,4% de las mujeres fumadoras tenía hijos; de éstas, 69,2% fumaron durante el embarazo.

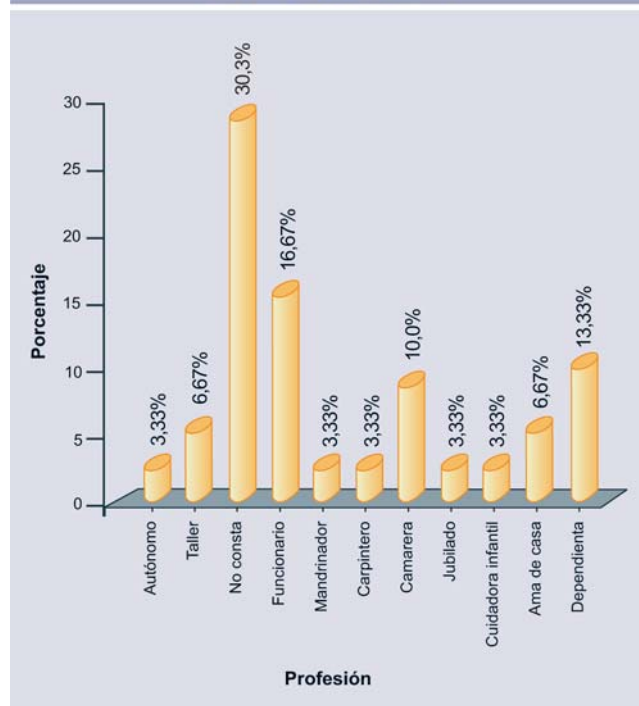
La puntuación media obtenida en el test de Fragerström fue de 6,46 +/- 1,87; la del de Russell ampliado, 77,86 +/- 18,1; la de la escala de stress, 18,97 +/- 4,6; la de la LC, 38,03 +/- 5,9; la de la cooximetría, 28,75 +/- 14,7 ppm. Con todo esto fueron diagnosticados de dependencia alta 57,7% de los pacientes incluidos (figura 6).

El 100% de los sujetos recibió tratamiento, principalmente nicotina en forma de chicles (88,9%) o parches (81,5%), seguido de bupropion (66,7%). El 50% de los pacientes tratados presentó recaída posterior al cabo de un año.

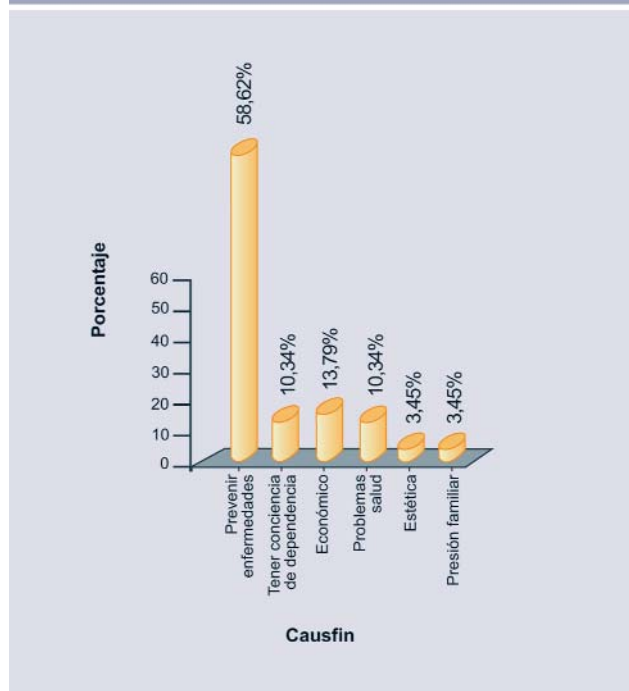
Figura 1. DISTRIBUCIÓN DE LAS EDADES DE LOS PACIENTES INTRODUCIDOS EN EL PROGRAMA



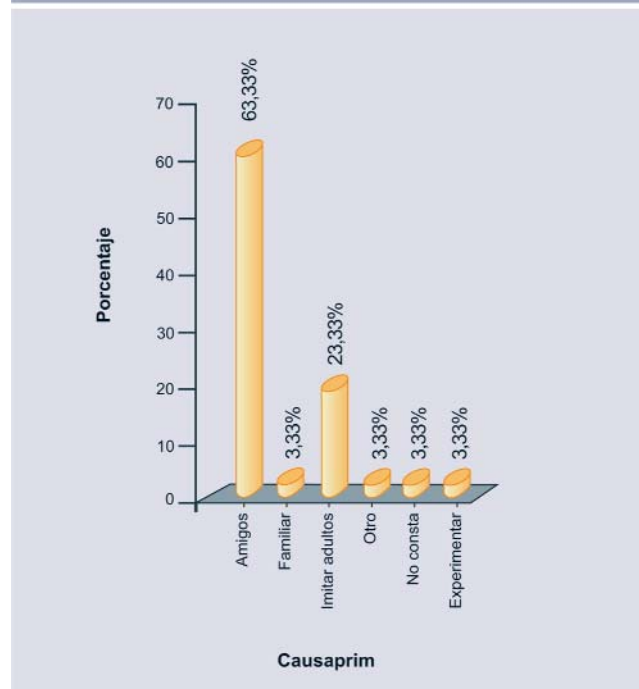
**Figura 2. DISTRIBUCIÓN DE LAS PROFESIONES DE LOS PACIENTES INTRODUCIDOS EN EL PROGRAMA**



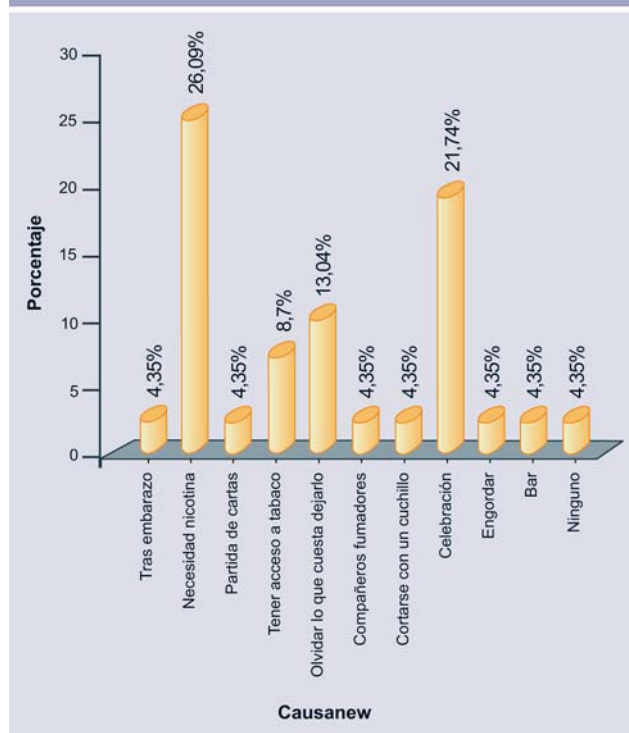
**Figura 4. CAUSAS DE INTENTO DE CESE DEL TABACO**



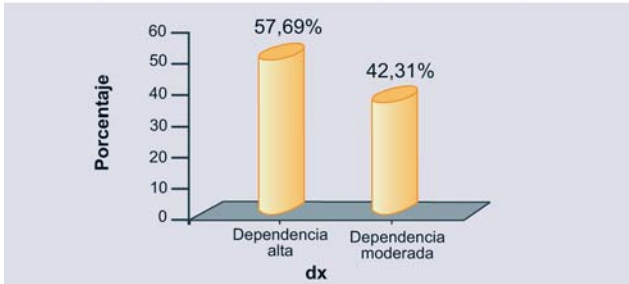
**Figura 3. CAUSAS DE INICIO DEL HÁBITO TABÁQUICO**



**Figura 5. CAUSAS DE RECAÍDA TRAS ABANDONO DEL TABACO**



**Figura 6. CLASIFICACIÓN DE LA DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA**



## COMENTARIO

El tabaco es uno de los factores reconocidos más importantes de riesgo para desarrollar cáncer como enfermedad cardiovascular, por lo que se debe concienciar a toda la población fumadora acerca de la importancia de su abandono y a la no fumadora para fortalecer su conducta; de igual modo, hay que captar de forma activa a la mayor parte posible de los fumadores para iniciar su deshabituación.

También está demostrada la utilidad de la intervención, aunque sea mínima, sobre el paciente fumador, pero sobre todo a través de programas reglados para ello. El ámbito de la atención primaria es el lugar ideal para realizarlo por la accesibilidad, metodología de trabajo y características de su actividad asistencial. Sin embargo, existe un pobre uso de estos programas de deshabituación tabáquica.

El perfil del usuario tipo de este programa es el de una mujer de edad media, funcionaria, fumadora de más de 1 caja al día, que comienza a fumar a los quince años y se hace adicta a los diecisiete. Suele acudir por presión familiar y presenta algún intento previo de abandono, generalmente sin ningún tipo de ayuda complementaria. También presenta dependencia alta y un nivel de ansiedad elevado. Suele ser necesario administrar tratamiento farmacológico en todos los casos, principalmente productos con nicotina.

La importante cantidad de intentos previos de dejar de fumar con anterioridad se puede interpretar como un alto grado de disonancia y puede corresponderse con sujetos en fase de preparación para dejar de fumar.

Los amigos son la causa principal de comienzo y prevenir las enfermedades la de intentar cesarlo; esto coincide con otros trabajos existentes<sup>10,11</sup>. La principal causa de recaída es por la dependencia a la nicotina y las celebraciones.

Debido a la alta dependencia suele ser necesario emplear tratamiento farmacológico para conseguir el éxito en todos los casos, principalmente sustitutivos de la nicotina.

A partir de lo anterior, las unidades de ayuda para el abandono del tabaco y el seguimiento por parte de los médicos de atención primaria son necesarias y su potenciación es muy importante, pues la tasa de abandono sin ayuda es muy pequeña.

## BIBLIOGRAFÍA

- Pardell H, Saltó E, Jané M, Salleras L. Impacto sanitario y económico del tabaquismo. *Prev Tab* 2001;3:245-50.
- Banegas J, Díez L, González J, Villar F, Rodríguez-Artalejo F. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. *Med Clin* 2005;124:769-71.
- Salleras Sanmartí L, Almaraz Gómez A. Tabaco y salud. En: Piédrola Gil G (Ed). *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 9ª ed. Barcelona: Salvat-Masson 1991. p. 1294-313.
- Pardell P, Saltó E, Jané M, Salleras L. Cómo luchar contra la epidemia tabáquica en nuestros días. *Med Clin* 2000;116:60-2.
- Thun M, Adicella L, Jane S. Smoking vs other risk factors as the cause of smoking attributable deaths. Confounding in the courtroom. *JAMA* 2000;284:706-12.
- Salvador Llivina T. Tabaquismo y responsabilidad profesional en el ámbito de la salud pública. *Rev San Hig Pública* 1990;64:585-8.
- Sala M, Serra I, Serrano S. Evaluación de un programa de deshabituación tabáquica en el medio laboral. *Gac Sanit* 2005;19:386-92.
- Valverde J, Milán J, Girauta H, Uriarte B. Guía de intervención grupal para el abordaje del tabaquismo en atención primaria Edita: Conselleria de Salut i Consum.
- Torreçilla M, Domínguez F, Torres A, Cabezas C, Jiménez C, Barrueco M. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador. Documento de consenso. *Aten Primaria* 2002;30:310-7.
- Becoña E. Estadios de cambio en la conducta de fumar: su relevancia en el tratamiento de fumadores. *Prev Tab* 2000;2:106-12.
- Nerín I, Mas A, Guillén D. Perfil de los fumadores que solicitan tratamiento en una unidad de tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2003;39:298-302.