

ANÁLISIS DE LA HISTORIA DE FUMADOR EN LA DEPENDENCIA NICOTÍNICA

Dra. Patricia Trenc Español¹ / Dr. Fernando López López² / Dra. M^a Lourdes Clemente Jiménez³ / Dra. Encarnación Rubio Aranda⁴ / Dra. Laura García Forcén¹ / Dr. Juan Ignacio Pérez Calvo⁵

¹ Consorcio Aragonés de Alta Resolución Cinco Villas (Ejea de los Caballeros, Zaragoza). Grupo de Tabaco Samfyc

² Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

³ CS San José (Zaragoza), GAT (Grupo de Abordaje del Tabaquismo de semFYC), Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. APTA. (Asociación para la prevención del tabaquismo en Aragón)

⁴ Departamento de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública (Bioestadística). Universidad de Zaragoza

⁵ Medicina Interna Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

RESUMEN

Objetivo: Describir la relación entre la dependencia nicotínica y la historia personal y clínica de la población fumadora.

Métodos: Estudio transversal de una cohorte de fumadores atendidos en una Unidad especializada en Tabaquismo. La información se obtuvo mediante seguimiento presencial a lo largo de un año. Se recogieron datos acerca de la historia de fumador, así como referentes a la exploración física. La dependencia nicotínica se midió a través del Test de Fagerström (FTND).

Resultados: Se incluyeron 2765 fumadores, 45,3% hombres y 54,7% mujeres, con edad media de 47,9±11,5 años. La mayoría de los fumadores (62%) presentan una dependencia moderada a la nicotina (61,7% hombres y 62,3% mujeres) con una media de 5,3±2,1. Los fumadores más dependientes (FTND ≥7) son con diferencia significativa, aquellos que consumen mayor número de cigarrillos diariamente ($p < 0,0001$), los que probaron su primer cigarrillo a edad más temprana, los que más años llevan fumando, los más motivados para el abandono según el Test de Richmond y los que más intentos previos para dejar de fumar han realizado. Igualmente presentan cifras de tensión arterial sistólica significativamente superior, así como peor patrón espirométrico.

Conclusiones: El entorno sociolaboral de un fumador determina en gran medida su nivel de dependencia, la que influye a su vez en la morbilidad asociada.

PALABRAS CLAVE

Tabaquismo, dependencia a la nicotina, prevalencia, epidemiología, Test de Fagerström.

ANALYSIS OF THE HISTORY ON SMOKING IN NICOTINE DEPENDENCE

ABSTRACT

Objectives: To describe the relationship between nicotine dependence and personal and medical history of the smoking population.

Methods: Transversal study of a cohort of smokers who attended a smoking cessation program. Information was obtained through on-site follow-up a year. Collected data about the history of smoking as well as relating to the physical examination. Nicotine dependence was measured using the Fagerström Test (FTND).

Results: 2765 smokers were included, 45.3% males and 54.7% women, with average age of 47,9±11,5 years. The majority of smokers (62%) have a moderate nicotine dependence (61.7% men and 62.3% women) with an average of 5, DE:3±2, 1. More dependent smokers (FTND ≥7) are with significant difference, those who consume more cigarettes daily ($p < 0,0001$), which tested their first cigarette at younger age, more years as smokers, more motivated to abandon according to Richmond Test and those with more previous quit attempts have been made. Also presented figures for significantly greater systolic blood pressure as well as worst pattern spirometric.

Conclusions: The socio-labour environment of a smoker largely determines its level of dependence, which affects in fact associated morbidity.

KEYWORDS

smoking, nicotine dependence, prevalence, epidemiology, Fagerström Test.

INTRODUCCION

La dependencia nicotínica está considerada uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, siendo la primera causa evitable de mortalidad en el mundo¹ y una de las principales responsables del incremento de los costes sanitarios y pérdidas por productividad laboral². A pesar de ello, la Organización Mundial de la Salud estima que en el año 2.025 fumarán más de 1.600 millones de personas³.

El diagnóstico de dependencia al tabaco fue añadido por primera vez al Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría en el año 1980 y sustituido por el de dependencia nicotínica en la edición revisada (DSM-IV-TR) publicada en 1987, cuando fue reconocida por clínicos, investigadores y expertos, como la sustancia con mayor poder adictivo y letal de todas aquellas que son capaces de generar adicción⁴.

Al igual que todas las dependencias, la de la nicotina o del tabaco es un trastorno del com-

portamiento, una alteración de la conducta que se manifiesta como un déficit de control por parte de la persona afectada sobre el consumo de una sustancia psicoactiva. Se halla codificada como tal en las principales clasificaciones internacionales de enfermedades (CIE-10, DSM-IV-TR)^{5,6}.

La evaluación de la dependencia nicotínica es fundamental en estudios epidemiológicos, en investigaciones sobre los efectos de la nicotina, así como en estudios sobre el tratamiento del tabaquismo y de las enfermedades relacionadas con el mismo. Se han diseñado instrumentos para su cuantificación, que permiten la comparación de resultados, minimizando el efecto de factores subjetivos.

El objetivo principal de este estudio es analizar la relación entre la dependencia física medida con el Test de Fagerström (FTND)* y las variables sociodemográficas, de consumo y de salud, dado que la intervención sobre aquellas variables modificables asociadas a una mayor dependencia, pueden implicar mayores tasas de abstinencia.

*Test de Fagerström (FTND)

1- ¿Cuánto tiempo pasa desde que se levanta hasta que se fuma el primer cigarrillo?	
Hasta 5 minutos	3 puntos
De 6 a 30 minutos	2 puntos
De 31 a 60 minutos	1 punto
Más de 60 minutos	0 puntos
2- ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido?	
Sí	1 punto
No	0 puntos
3- ¿Qué cigarrillo le costará más dejar de fumar?	
El primero de la mañana	1 punto
Cualquier otro	0 puntos
4- ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	
Menos de 10	0 puntos
Entre 11 y 20	1 punto
Entre 21 y 30	2 puntos
Más de 30	3 puntos
5- ¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse?	
Sí	1 punto
No	0 puntos
6- ¿Fuma, aunque esté tan enfermo que tenga que estar en cama?	
Sí	1 punto
No	0 puntos

Puntuación ≤3: Baja dependencia

Puntuación entre 4-6: Moderada dependencia

Puntuación ≥7: Alta dependencia

METODOLOGIA

Estudio transversal de 2765 fumadores que acudieron a la Unidad de Tabaquismo de la Asociación para la Prevención del Tabaquismo en Aragón (APTA) ubicada en el ámbito de la Atención Primaria. Se realizó el análisis de los datos de los pacientes atendidos en dicha unidad desde el año 2000 hasta el 2012, a los que se les realizó, tras la primera visita, un seguimiento protocolizado al mes, dos, tres, seis meses y al año de iniciar el tratamiento.

En la primera visita, de 45 minutos de duración, se realizó una exploración física incluyendo peso, talla, auscultación cardiopulmonar y tensión arterial. Se les realizó cooximetría y espirometría basal. Se fijó una fecha para dejar de fumar, se pautó el tratamiento para cada fumador (TSN en prescripción única o en combinación, bupropion o vareniclina) y se programó la siguiente visita para valorar la respuesta al tratamiento, la confirmación del cese tabáquico (mediante determinación del CO en aire espirado-cooximetría), la presencia de síntomas de abstinencia y la variación de peso. Todos los pacientes recibieron desde la primera visita tratamiento psicológico cognitivo conductual asociado al tratamiento farmacológico. El punto de corte de CO considerado para discriminar entre fumadores y no fumadores, ha sido 10 ppm registrados mediante cooximetría⁷.

En todas las visitas de seguimiento, se realizó una exploración física igual a la realizada en la visita inicial, incluyendo cooximetría. Se interrogó por los síntomas del síndrome de abstinencia, y por los posibles efectos adversos derivados del tratamiento farmacológico. Igualmente se recomendaron pautas cognitivo-conductuales para enseñar a afrontar las situaciones de mayor craving y paliar los síntomas de privación nicotínica.

Para evaluar la dependencia a la nicotina se utilizó el Test de Fagerström FTND⁸.

Variables a estudio:

La variable "respuesta", dependencia a la nicotina, se evaluó con el Test de Fagerström FTND y se recodificó en dependencia baja (FTND=0-3), moderada (FTND=4-6) y alta (FTND=7-10). Como variables independientes se analizaron:

1- Variables sociodemográficas. Sexo. Edad actual. Estado civil: Casado –incluye los que viven con pareja estable-, Soltero, Viudo. Nivel de estudios: Sin estudios/Estudios primarios, Secundarios o Universitarios. Área profesional: Comercio-Industria, Docencia-estudios, Hostelería, Oficinas, Oficios-Autónomos, Sanitarios, y Otros que incluye: Parados, Trabajo en el hogar, Jubilados, Pensionistas, Transportes.

2- Variables de consumo y entorno. Edad primer cigarrillo. Número cigarrillos diarios. Años fumando. Edad fumador diario. Intentos previos de abandono. Motivos por los que empezó a fumar. Fuma su pareja: Sí, No. Fuma otro conviviente: Sí, No. Se fuma en su centro de trabajo: Nunca, Ocasionalmente, Frecuentemente.

3- Variables físicas. Peso y Talla. Índice de Masa Corporal (IMC): bajopeso (<18,5), normopeso (18,5-25), sobrepeso (>25). Tensión arterial sistólica y diastólica: normotenso (<140/90), hipertenso (≥140/90). Auscultación cardiaca y pulmonar: Normal y Patológica, teniendo en cuenta la amplia variedad de hallazgos posibles. Cooximetría: <10 ppm no fuma, ≥10 ppm fuma. Espirometría FVC. FEV1. FEV1/FVC. FEF 25-75%. El trastorno de dependencia a la nicotina se midió mediante el Test DSM-IV, la motivación para dejar de fumar mediante el test de Richmond y la presencia o no de síntomas abstinencia y su intensidad se obtuvo mediante un cuestionario con una escala de 0 a 3 que incluía los síntomas del síndrome de abstinencia contemplados en el CIE-10.

4-Variables de tratamiento: No quiere, no se administra; Terapia sustitutiva con nicotina (TSN); Bupropion; Vareniclina. Todos los pacientes recibieron tratamiento cognitivo conductual asociado al tratamiento farmacológico.

Análisis estadístico:

Dado el número de personas estudiado, y siguiendo el teorema central del límite, se consideró que las distribuciones eran normales.

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo. Si las variables eran cuantitativas se utilizaron la media y desviación estándar (DE) y si eran cualitativas mediante frecuencias y porcentajes.

En el análisis bivalente, si las variables eran cuantitativas, la búsqueda de diferencias

estadísticamente significativas entre la dependencia física a la nicotina (baja, moderada, alta) y el resto de las variables se valoró mediante el estadístico ANOVA y si eran cualitativas, con el estadístico Chi cuadrado de Pearson, valorando los residuales tipificados de Haberman para determinar entre qué valores de las variables se producía asociación.

El nivel de significación exigido en todos los casos ha sido $p < 0,05$ y el paquete estadístico utilizado SPSS 19.

RESULTADOS

De la población estudiada (2765 fumadores), el 45,3% son hombres ($n=1253$) y el 54,7% mujeres ($n=1512$), con una edad media de 47,9

años ($DE= 11,5$), nivel de estudios secundarios (32,8%), casados en su mayoría (72,7%), cuya área profesional se desarrolla en oficinas (17,6%).

El 79,3% realizaron intentos previos de abandono del tabaquismo (80,5% mujeres y 78,1% hombres). Más de la mitad (50,4%) concieron la consulta a través de su médico de atención primaria (52,3% mujeres y 48,5% hombres).

La mayoría de los fumadores (62%) presentan una dependencia moderada a la nicotina (61,7% hombres y 62,3% mujeres). Aunque como vemos en la tabla 1, no se aprecian diferencias significativas entre el grado de dependencia y el sexo, si valoramos la puntuación obtenida en el Test de Fagerström, obtenemos una media para el conjunto de las personas estudiadas de $DE 5,3 \pm 2,1$ objetivando, en este caso, diferencias sig-

Tabla 1. Características sociodemográficas en función del Test de Fagerström

Resultado Fagerström				Significación
	Dependencia baja n (%)	Dependencia moderada n (%)	Dependencia alta n (%)	χ^2
Sexo				
Hombre	183 (47,2)	773 (45,1)	297 (44,9)	NS
Mujer	205 (52,8)	942 (54,9)	365 (55,1)	
Edad actual				
Media (DT)	50,21 (13,89)	54,94(14,83)	47,75(10,24)	NS *
Nivel educativo				
Sin estudios/ Primarios	116 (29,9)	464 (27,1)	236 (35,6)	<0,0001
Secundarios	185 (47,7)	825 (48,1)	302 (45,6)	
Universitarios	87 (22,4)	426 (24,8)	124 (18,7)	
Área profesional				
Comercio industria	79 (18)	295 (17,7)	126 (19,3)	NS
Docencia estudios	37 (8,4)	173 (10,4)	87 (13,3)	
Hostelería	59 (13,4)	160 (9,6)	66 (10,1)	
Oficinas	76 (17,3)	301 (18,1)	138 (21,1)	
Oficios y autónomos	71 (16,1)	260 (15,6)	99 (15,2)	
Sanitaria	25 (5,7)	116 (7)	42 (6,4)	
Otros	93 (21,1)	359 (21,6)	95 (14,5)	
Estado civil				
Soltero	32 (8,2)	170 (9,9)	58 (8,8)	NS
Separado divorciado	52 (13,4)	226 (13,2)	102 (15,4)	
Casado	290 (74,7)	1247 (72,7)	476 (71,9)	
Viudo	14 (3,6)	72 (4,2)	26 (3,9)	
Motivo iniciar a fumar				
Influencia familiar	31 (8)	145(8,5)	68(10,3)	NS
Personalidad	27(7)	121(7,1)	47(7,1)	
Amigos	293(75,5)	1248(72,8)	470(71)	
Acceso al trabajo/Otros	37(9,5)	201 (11,7)	77(11,6)	
* ANOVA				

nificativas ($p=0,04$) por sexo (hombres DE $4,8\pm 2,0$ y mujeres DE $5,7\pm 1,9$). Ver Tabla 1.

Al relacionar el Test de Fagerström con las variables sociodemográficas, se evidencian diferencias estadísticamente significativas ($p<0,0001$) entre el nivel educativo y la dependencia nicotínica, de tal modo que son las personas con niveles educativos inferiores aquellos que presentan mayores niveles de dependencia física. Aunque no se han encontrado diferencias significativas en el resto de variables, sí se observa que son las mujeres, los más jóvenes, aquellos dedicados al trabajo en oficinas, las personas divorciadas o separadas, y aquellos que empezaron a fumar por la influencia familiar, quienes mayor nivel de dependencia nicotínica presentan. Ver Tabla 2.

Los fumadores con dependencia nicotínica alta, son con diferencia significativa, aquellos que consumen mayor número de cigarrillos diariamente ($p<0,0001$). Del mismo modo, tienen mayor dependencia nicotínica, aunque sin diferencias significativas, los fumadores que probaron su primer cigarrillo a edad más temprana, los que

más años llevan fumando, los más motivados para el abandono según el Test de Richmond y los que más intentos previos para dejar de fumar han realizado.

Los fumadores cuya pareja fuma presentan en mayor proporción niveles de dependencia nicotínica alta ($p=0,039$). Los niveles de dependencia nicotínica baja se agrupan fundamentalmente entre aquellos fumadores que no conviven con otros fumadores ($p<0,0001$). No se encuentra asociación entre la posibilidad de fumar en el centro de trabajo o la oferta de ayuda para abandonar el tabaquismo con el grado de dependencia, si bien cabe destacar que son los fumadores con dependencia más alta quienes fuman de forma frecuente en el trabajo y han recibido ofertas para su abandono. Ver Tabla 3.

Los pacientes con dependencia alta a la nicotina poseen cifras tensionales superiores al resto de los grupos analizados, con un incremento superior a 20 mmHg en la tensión arterial sistólica (TAS) ($p=0,04$) y de 10 mmHg en la tensión arterial diastólica (TAD). El valor de la tensión

Tabla 2. Historia de consumo de tabaco y entorno sociolaboral en función del Test de Fagerström

	Resultado Fagerström			Significación
	Dependencia baja Media (DT)	Dependencia moderada Media (DT)	Dependencia alta Media (DT)	
Edad primer cigarrillo	15,35 (2,66)	15,19(2,81)	15,02 (2,36)	NS*
Años fumando	20,92 (5,79)	21,29(5,45)	21,50 (5,87)	NS*
Edad fumador diario	17,56 (6,87)	17,55(7,08)	17,88 (7,39)	NS*
Número cigarrillos diarios	11,30 (7,87)	16,42(7,28)	28,50(17,07)	$p < 0,0001^*$
Test de Richmond	8,19 (1,05)	8,24 (1,45)	8,38 (1,60)	NS*
Número intentos previos	2,33 (1,51)	2,36 (1,55)	2,60 (1,61)	NS*
Fuma su pareja	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	
Sí	147 (37,9)	579 (33,8)	261 (39,4)	$p=0,039^*$
No	232 (59,8)	1070 (62,4)	383 (57,9)	
Fuma algún otro conviviente	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	
Sí	38 (9,8)	604 (35,2)	229 (34,6)	$p<0,0001^{**}$
No	350 (90,2)	1111(64,8)	433 (65,4)	
Se fuma en su trabajo	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	
Frecuentemente	68 (17,5)	324 (18,9)	140 (21,1)	NS**
Ocasionalmente	102 (26,3)	433 (25,2)	163 (24,6)	
Raramente/nunca	218 (56,2)	958 (55,9)	359 (54,2)	
Le ha ofrecido su empresa ayuda para dejar de fumar	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	
Sí	62 (16)	295 (17,2)	122 (18,4)	NS**
No	326 (84)	1420(82,8)	540 (81,6)	

*ANOVA ** χ^2

Tabla 3. Grado de dependencia nicotínica según exploración física y pruebas complementarias

	Resultado Fagerström			Significación
	Dependencia baja Media (DT)	Dependencia Moderada Media (DT)	Dependencia alta Media (DT)	
IMC	23,91(4,12)	24,72(3,97)	25,06(3,87)	NS**
COppm	19,18(9,37)	20,23(9,15)	23,35 (12,12)	NS**
COHb%	3,69(1,72)	3,91(2,58)	4,15 (2,15)	NS**
TAS	121,82(15,9)	126,06(12,4)	148,56(19,51)	p=0,04**
TAD	75,47(11,1)	76,53(17,45)	82,45(11,25)	NS**
FVC	4,60(2,12)	4,15 (3,14)	3,66(1,58)	NS**
FVC %	97,67 (34,87)	96,66(33,57)	87,91 (30,65)	NS**
FEV1	3,75(2,33)	3,21 (1,60)	2,73(1,64)	NS**
FEV1 %	104,53(33,75)	97,18 (38,66)	85,53(38,74)	NS**
FEF1/FVC	79,07 (10,62)	76,11(11,32)	70,70 (18,27)	NS**
FEF 25/75	11,85 (6,41)	4,44(12,11)	4,69 (14,15)	p=0,03**
FEF25/75 %	91,65 (46,67)	88,99 (41,71)	76,41 (44,76)	NS**
AC	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	
Rítmico	388(100)	1708(99,6)	659(99,5)	NS*
Arrítmico	0(0)	7(0,4)	3(0,5)	
AP	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	
Normofonosis	341(87,9)	1502(87,6)	560(84,6)	NS*
Alt ventilación	47(12,1)	213(12,4)	102(15,4)	

* Chi-cuadrado ** ANOVA

arterial sistólica es significativamente superior al de las personas con menor dependencia, DE 148,56±19,51 y DE 121,82±15,96 respectivamente. El empeoramiento de las cifras obtenidas mediante la espirometría es progresivo conforme aumenta el grado de dependencia nicotínica, sin que en ninguno de estos casos las diferencias sean significativas, salvo en el valor FEF 25/75 (p=0,03). Del mismo modo, la media del Índice de Masa corporal (IMC) y el resultado de la cooximetría (COppm) es superior en los pacientes con dependencia alta, aunque sin diferencias significativas entre los grupos. Tampoco se hallaron diferencias en función de la auscultación pulmonar ni en la auscultación cardiaca, aunque se re-

gistran más alteraciones de la ventilación entre fumadores con dependencia nicotínica alta. Ver Tabla 4.

Los pacientes con mayor dependencia nicotínica se trataron en mayor proporción con vareniclina (p<0,0001) recibiendo TSN los pacientes con niveles menores de dependencia.

DISCUSIÓN

Aunque inicialmente no se ha tenido en consideración la distribución por género, merece destacar cómo la proporción de mujeres atendidas en esta unidad de deshabituación tabáquica,

Tabla 4. Administración del tratamiento farmacológico en función del grado de dependencia nicotínica

	Resultado Fagerström			Significación
	Dependencia baja n (%)	Dependencia moderada n (%)	Dependencia alta n (%)	
Tratamiento farmacológico				
No quiere/no se administra	38(8,1)	140(9,8)	52(5,7)	p<0,0001
TSN	216(46,3)	812(57,1)	264(30,5)	
Bupropion	71(15,2)	301(21,2)	162(18,5)	
Vareniclina	142(30,4)	170(11,9)	397(45,3)	

al igual que lo ocurrido en otras, está aumentando respecto a los hombres en los últimos años (9;10), debido, a la feminización progresiva de la epidemia tabáquica¹¹.

La muestra estudiada presenta dependencia nicotínica moderada DE (5,3±2,1), cifra inferior a la obtenida por otros autores¹², aunque con diferencias por sexo, siendo las mujeres significativamente más dependientes.

No se observaron diferencias en la distribución de los fumadores según dependencia y las variables sociodemográficas estudiadas, al igual que en otras poblaciones¹³, a excepción del nivel educativo, evidenciando asociación significativa entre una mayor dependencia física a la nicotina y un menor nivel educativo. Es conocido que los grupos socialmente más desfavorecidos presentan patrones de consumo de tabaco más elevados¹⁴, lo que traduce una mayor dependencia a la nicotina.

Las personas más dependientes, se inician en el tabaquismo influenciados por la familia en más ocasiones que fumadores con menor dependencia (10,3% frente a 8%). El entorno familiar juega un papel primordial en la adquisición de hábitos en general. En el caso del tabaquismo, la actitud de los padres se ha asociado con frecuencia, a la que los jóvenes desarrollan posteriormente¹⁵. En este sentido, los padres son una influencia poderosa en la conducta de sus hijos, pudiendo actuar como factor modelo, facilitando la accesibilidad al tabaco, o influyendo en las opiniones y actitudes hacia el mismo¹⁶. No sólo son los padres quienes determinan una actitud frente al tabaco, ya que el tabaquismo de los hermanos mayores igualmente ejerce gran influencia. En nuestro caso, la familia no sólo influye en la iniciación del hábito tabáquico sino también en el patrón de consumo y posterior dependencia. Por otra parte, y redundando en esta idea, encontramos mayor número de fumadores más dependientes entre aquellos cuya pareja fuma y entre los que conviven con otros fumadores (p<0,0001).

Aunque en este estudio no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el hecho fumar en el trabajo y el nivel de dependencia nicotínica, sí se observa que entre los que fuman en su actividad laboral, el porcentaje de los que presentan dependencia alta a la

nicotina (21,1%) es superior a los que presentan dependencia baja (17,5%) o moderada (18,9%). Igualándose los porcentajes en los tres niveles de dependencia entre los que fuman ocasionalmente o raramente. Por esto estamos de acuerdo con otros autores¹⁷ en que el entorno laboral actúa como factor predisponente para el tabaquismo y que teniendo en cuenta que la mayoría de la población activa destina la mitad de sus horas de vigilia al trabajo, es este un lugar idóneo para desarrollar programas de cesación tabáquica. Del mismo modo consideramos que se debe mantener y hacer cumplir la legislación vigente desde el año 2005 modificada en última instancia en diciembre de 2010, según la cual está prohibido fumar en el lugar de trabajo, dado que con ello disminuirán tanto el número de cigarrillos consumidos por los fumadores como su dependencia nicotínica, habiendo mayor probabilidad de que dejen de fumar en el momento en que así decidan hacerlo. De hecho, desde que entró en vigor dicha ley en nuestro país, se ha producido un descenso en el consumo de tabaco que oscila entre el 1,2-2,4% en adultos y entre 2-6,1% en jóvenes, en función de los estudios revisados^{18;19}, con un descenso asociado de la morbilidad no menos desdeñable, alrededor del 4% menos de IAM desde la entrada en vigor de la ley antitabaco^{20;21}.

Los pacientes más dependientes son los que probaron el tabaco antes y, por lo tanto, llevan más años fumando. Consumen 17 cigarrillos diarios de media más que los fumadores con menores niveles de dependencia. Presentan mayor IMC, mayor TAS, peor resultado en la cooximetría, espirometría y en auscultación pulmonar.

La relación del consumo de tabaco con el peso corporal es de sobra conocida pudiendo encontrar en la literatura prácticamente cualquier asociación entre ambos. Recientemente se ha publicado un estudio²² en el que se pone de manifiesto la relación de valores más elevados del IMC entre aquellos fumadores más severos, similar a lo evidenciado en este estudio. La razón para esta mayor ganancia de peso no se conoce bien, pero puede estar relacionada con el hecho de que los grandes fumadores pueden tener otros hábitos de vida que favorezcan la ganancia de peso, como mayor consumo de alcohol²³. El tabaquismo se ha asociado igualmente con aumentos del colesterol, de la rigidez arterial y de

la presión arterial²⁴, y está considerado como la principal causa de desarrollo de cardiopatía isquémica²⁵.

Del mismo modo se reflejan valores sustancialmente más patológicos en la espirometría realizada en pacientes con dependencia elevada, lo que sugiere empeoramiento de la función pulmonar respecto a los pacientes con dependencia baja, incluso de forma significativa en el valor FEF 25-75. Este parámetro refleja el estado de las pequeñas vías aéreas (< 2 mm de diámetro), que serviría para detectar tempranamente las obstrucciones. Los pacientes con obstrucción de la vía aérea presentan un mayor tiempo en la maniobra de espiración forzada, reduciéndose los valores del FEF 25-75%²⁶.

Estos factores determinarían un mayor riesgo tanto cardiovascular como respiratorio entre los fumadores más severos, razón por la que se deberían detectar y tratar de forma preferente.

Nuestro trabajo presenta limitaciones a tener en cuenta: se trata de un estudio transversal que no permite establecer causalidad de las relaciones detectadas, sino únicamente asociación y observacional procedente de una consulta de deshabituación tabáquica y sin asignación aleatoria de los pacientes, por lo que los resultados obtenidos pueden presentar limitaciones y dificultades de interpretación que exigen de diseños específicos para cada una de las variables que se pretenda investigar.

Por otra parte, entre las fortalezas de éste se engloba la gran muestra de fumadores analizados, que permite reflejar la realidad clínica y del entorno socio/familiar del paciente fumador

que acude a una consulta de deshabituación tabáquica ubicada en el contexto de la atención primaria. Nos identifica los factores más asociados a la dependencia nicotínica en dicho medio como son: ser mujer, tener menor nivel de estudios, convivir con fumadores, poder fumar en el puesto de trabajo, llevar más años fumando y tener peores cifras de tensión arterial, mayor IMC, peor resultado en la coximetría, espirometría y auscultación pulmonar con mayor frecuencia patológica, aunque sin evidenciarse diferencias estadísticamente significativas.

Todo ello permite idear estrategias de actuación sobre los fumadores en los que se hallan dichos factores. Como principales líneas de actuación se podrían encontrar: campañas específicamente dirigidas a niñas y mujeres, que les muestren la realidad del tabaco y no la que durante años les ha querido inculcar la industria del tabaco; estrategias para hacer hogares sin humo fomentando que todos los miembros de la familia dejen de fumar al unísono; estrategias dirigidas a los empresarios con el fin de hagan cumplir la legislación vigente en tabaquismo en el seno de sus empresas; campañas específicas para hipertensos fumadores o con patología cardiovascular y/o respiratoria o fumadores obesos, campañas que desmitifiquen los inconvenientes del síndrome de abstinencia al dejar de fumar y que expongan los beneficios reales de dejar el tabaquismo.

En síntesis, con este artículo quisiéramos dar a los especialistas en Salud Pública posibles puntos de actuación basados en la realidad clínica, para erradicar la epidemia que hoy en día constituye el tabaquismo.

REFERENCIAS

- 1-Banegas J, Bañuelos-Marco B, González-Enríquez J, Villar-Álvarez F, Martín Moreno JM, Córdoba García R, Pérez Trullén A, Jimenez Ruiz CA (2011) *Med Clin (Barc)*; 136:97-102
- 2-CNPT: Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo. Encuesta sobre conocimientos, actitudes, creencias y conductas en relación al consumo de tabaco disponible en http://www.cnpt.es/docu_pdf/Informe_Encuesta_08.pdf
- 3-Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2007. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.
- 4-USDHHS U.S Department of Health an Human Services. Reducing the health consequences of smoking:25 years of progress. RReport of the Surgeon General. DHHS (CDC) 89-8411. Rockville:U.S. Department of Health and Human Services ;1989.
- 5- CIE-10: Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2000.
- 6- DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed Masson 2003, Barcelona
- 7-Moret Serralta A, Fitó Tarragó R. *Cooximetría FMC* 2009;16(6):357-8
- 8- Fagerström KO, Schneider NG. (1989) Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med.*;12(2):159-82.
- 9- Bruguera Cortada E, Díaz-Maroto Muñoz JL, Fernández Pinilla C, López García-Aranda V, Ramón Torrell JM, Sanz de Burgoa V, Ramírez Vázquez E, (2009), en representación del grupo ESFUME Perfil del paciente que quiere dejar de fumar atendido en consultas de Atención Primaria y especializada de España *Rev Clin Esp.*; 209(4):160-167.
- 10- Perea-Baena JM, Oña-Compan S. (2011). Impulsividad como predictor de recaída en el abandono de tabaco. *Anales de psicología*, vol. 27, 1: 1-6
- 11- ENSE: Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España de 1987, 1993, 2001, 2003 y 2006. Madrid, 2009. Disponible en: <http://www.mir.es/pnd>
- 12- Jiménez Ruiz CA, Mayayo Ulibarri M, Cicero Guerrero A, Amor Besada N, Ruiz Martín JJ, Cristóbal Fernández M, Astral Mochales J. Resultados asistenciales de una unidad especializada en tabaquismo *Arch Bronconeumol.* 2009;45(11):540-544
- 13- Thyrian JR, Panagiotakos DB, Polychronopoulos E, West R, Zatonski W, John U. (2008). The relationship between smokers' motivation to quit and intensity of tobacco control at the population level: a comparison of five European countries. *BMC-Public Health*;8:2.
- 14- Schiaffino A, Fernández E, Borrell C, García M, Borrás JM. Gender and educational differences in smoking initiation rates in Spain from 1948 to 1992. *Eur J Public Health.* 2003;13:56-60
- 15- Aburto Barrenechea C, Esteban González J. M^a, Quintana López A, Bilbao González F, Moraza Cortés FJ, Capelastegui Saiza A. (2007). Prevalencia del consumo de tabaco en adolescentes. Influencia del entorno familiar *An Pediatr (Barc).* 66(4):357-66.
- 16- Andersen MR, Leroux BG, Bricker JB, Rajan KB, Peterson AV (2004). Antismoking parenting practices are associated with reduced rates of adolescent smoking. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2004; 158:348-52.
- 17- Moher M, Hey K, Lancaster T. (2006). Intervenciones en el lugar de trabajo para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, Número 2. Oxford: Update Software; 2006.
- 18-Estudio EDADES: Delegación del Gobierno para el Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 2007-2008. Madrid. Disponible en: www.pnsd.m.s.c.es/categoría2/observa/pdf/Informe_Edades2007-2008.pdf
- 19-Estudio ESTUDES: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe de la encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2008. Disponible en: www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2008.pdf
- 20- Meyers DG, Neuberger JS, He J. (2009). Cardiovascular effects of bans on smoking in public places: a systematic review and meta-analysis. *J Am Coll Cardiol* 2009; 54:1249e55.

- 21- Villabí J, Sánchez E, Benet J, Cabezas C, Castillo A, Guarga A, Saltó E, Tresserras R. (2011) for the Barcelona Group for Smoking Regulation Policies Evaluation. The extension of smoke-free areas and acute myocardial infarction mortality: before and after study. *BMJ Open* (2011). Doi: 10.1136/bmjopen-2011-000067.
- 22- Basterra-Gortari FJ, Forga L, Bes-Rastrollo M, Toledo E, Martínez JA, Martínez González MA. (2010). Evolución de los cambios en el peso corporal según hábito tabáquico: análisis longitudinal de la cohorte SUN. *Rev Esp Cardiol*. 2010;63(1):20-7
- 23- Schumman A, Hapke U, Rumpf H-J, Meyer C, Jonh U. (2001). The association between degree of nicotine dependence and other health behaviours. *Eur J Public Health*; 11: 450-452.
- 24- Rhee MY, Na SH, Kim YK, Lee MM, Kim HY. (2007). Acute effects of cigarette smoking on arterial stiffness and blood pressure in male smokers with hypertension. *Am J Hypertens*. 2007; 20:637-41.
- 25- Fernández Guerrero M, Muñoz Calero B, García Rubira JC, López García-Aranda V (2010). Tabaco y corazón. Programas actuales del control del hábito *Clin Invest Arterioscl*.;22(4):167-173.
- 26- Sampablo Lauro I. Deshabituación tabáquica y bupropion: factores predictivos de éxito del tratamiento. Tesis doctoral, Barcelona 2003.