

# PREVALENCIA DE TABAQUISMO, DEPENDENCIA Y MOTIVACION PARA DEJAR DE FUMAR EN LOS TRABAJADORES DE UN HOSPITAL GENERAL DE ARGENTINA

Dra. María del Rosario Landea\*

Dra. Ana Pozzi\*\*

Dr. José María De Sandro\*

Dr. Victor Gola\*

Dr. Martin R Salazar\*\*\*

## RESUMEN

### INTRODUCCION

El objetivo fue determinar la prevalencia de tabaquismo, el grado de dependencia a la nicotina y la motivación para dejar de fumar en trabajadores hospitalarios.

### POBLACION Y METODOS

Se realizó una encuesta nominal entre 1867 profesionales, técnicos, enfermeros, camilleros, administrativos y personal de mantenimiento de un hospital de agudos. Las prevalencias se expresaron como casos por 100 y fueron comparadas usando test  $\chi^2$  y análisis de regresión logística.

### RESULTADOS

Completaron la encuesta 1398 (74,9%); 465 (33,2%) eran fumadores actuales, 349 (25,0%) fumadores que abandonaron y 584 (41,8%) nunca fumaron. La prevalencias de tabaquismo por tipo de trabajo fueron: camilleros 54,8%, administrativos 41,9%, enfermeros 37,0%, mantenimiento 36,3%, técnicos 31,9% y profesionales 27,0% ( $p=0,000$ ). En el análisis de regresión logísti-

ca los profesionales tuvieron un riesgo menor de ser fumadores actuales ( $Exp(B)$  0,583) Tenían dependencia a la nicotina alta el 8,8 %, moderada el 33,1% y baja el 58,1%. En el análisis de regresión logística se correlacionaron significativamente con dependencia modera/alta la edad ( $p=0,021$ ) y un intento previo de abandono ( $p=0,000$ ). Se encontraban motivados para dejar de fumar el 30,0% de las mujeres y 31,9% de los varones. El 63,6% de los fumadores actuales y el 77,5% de los motivados para dejar de fumar habían hecho al menos un intento previo.

### CONCLUSIONES

La alta prevalencia de tabaquismo y dependencia a la nicotina observada sugiere la necesidad de un programa de cesación del hábito tabáquico para los trabajadores del hospital dentro del proyecto de un hospital libre de humo.

### INTRODUCCION

El tabaquismo es la principal causa de muerte e incapacidad prevenible en los paí-

(\*) Servicio de Neumotisiología del HIGA San Martín La Plata

(\*\*) Directora Asociada del HIGA San Martín La Plata

(\*\*\*) Servicio de Clínica Médica HIGA San Martín La Plata

ses desarrollados y en desarrollo<sup>1</sup>. Se ha estimado que cada año mueren 5 millones de personas por enfermedades relacionadas con el tabaco y que esta cifra llegará a 10 millones en el 2020, con un 70% de las muertes en los países en desarrollo<sup>2-4</sup>. En la Argentina se ha reportado que más del 30% de la población adulta urbana y rural fuma<sup>5-6</sup>.

La prevalencia de tabaquismo entre los profesionales de la salud varía ampliamente entre los distintos países<sup>7</sup>. Conocer la prevalencia de tabaquismo en los médicos es importante por dos motivos: indica la probabilidad de éxito de las campañas antitabaco en la población y puede reflejar el estadio de la epidemia de tabaquismo en un país. Ha sido reportado que si la prevalencia de tabaquismo cae entre los médicos, en unas pocas décadas caerá en la población general<sup>8</sup>. Por otro lado se ha descrito una mayor prevalencia de tabaquismo entre los pacientes coronarios de médicos que fuman que en los asistidos por médicos que no lo hacen<sup>9</sup>. Los médicos que no fuman tienen una posición más crítica acerca del tabaquismo y una actitud más activa en aconsejar a los pacientes para que no fumen.

La OMS ha insistido en la importancia de que los médicos no fumen y en la necesidad de efectuar estudios epidemiológicos para determinar la prevalencia de tabaquismo entre los profesionales de la salud<sup>10-11</sup>. En nuestro país se estima que el 30% de los médicos fuman<sup>12</sup>.

Establecer un hospital libre de humo es sin duda una prioridad de las políticas de salud, cómo lograrlo es tema de debate y requiere mediciones objetivas de la situación actual. De hecho, a pesar de prohibiciones formales, se sigue fumando en ámbitos hospitalarios. Con el objetivo de determinar la prevalencia de tabaquismo, el grado de dependencia a la nicotina y la motivación para dejar de fumar en los trabajadores del hospital, efectuamos un estudio transversal en el personal del Hospital General de Agudos San Martín de La Plata durante noviembre de 2005 a Marzo de 2006.

## POBLACION Y METODOS

El universo estuvo constituido por los 1867 empleados que figuraban como activos en el área de personal del Hospital San Martín de La Plata, el cual es un hospital Interzonal de la Pcia de Buenos Aires, Argentina. El personal hospitalario fue clasificado en profesionales, técnicos, enfermeros, camilleros, administrativos y personal de mantenimiento. Se definieron tres grupos etáreos, 20 a 34, 35 a 49 y 50 o más años.

Se efectuó una encuesta nominal, los formularios fueron entregados en cada uno de los servicios en una primera etapa y a través de las enfermeras del servicio de Neumonología en los que no habían respondido. Los datos fueron volcados en una base del personal identificando cada encuesta a fin de evitar cargas dobles. Se consignó edad, sexo, tipo de ocupación, y la condición actual frente al tabaco como 1-nunca fumó, 2-fumó y ha dejado y 3-fuma actualmente.

La dependencia en los fumadores se evaluó por el test de Fagerstrom modificado (figura 1)<sup>13</sup>. Se consideró dependencia baja a un score < 4 moderada 4 a 7 y alta >7. Se les preguntó además: "¿Ha dejado de fumar alguna vez?".

Para evaluar motivación para abandonar el cigarrillo se efectuaron las preguntas "¿Ha pensado en dejar de fumar definitivamente?" y "¿Fijaría una fecha en los próximos 30 días?". Se consideraron motivados quienes contestaron afirmativamente a ambas preguntas.

En quienes habían dejado de fumar se preguntó si fue hace más o menos de un año.

### *Análisis estadístico*

Las prevalencias fueron expresadas en casos por 100, y se utilizó test de X<sup>2</sup> para determinar diferencias entre proporciones. Las variables continuas como media +/- un desvío estándar. Para evaluar el efecto de distintas variables sobre la condición de

fumador actual y la dependencia a la nicotina se utilizó análisis de regresión logística tratando a la edad como una variable continua, se expresaron los resultados como  $\exp(B)$  y 95% de intervalo de confianza. Se aceptó como nivel de significación  $p < 0.05$ . Los datos fueron procesados con el programa SPSS 11.0.

## RESULTADOS

Fueron encuestados 1398 (74,9%) de los empleados, 865 mujeres (edad media 45,08  $\pm$  10,78 años) y 533 hombres (43,14  $\pm$  10,94 años). La condición actual frente al tabaco en la muestra fue: fumadores actuales 465 (33,2%), fumadores que han dejado 349 (25,0%) y nunca fumaron 584 (41,8%). Todos fumaban cigarrillos salvo dos que fumaban en pipa. En la tabla 1 se muestra la condición actual frente al tabaco de acuerdo a sexo y grupo etáreo. No hubo diferencia significativa en la prevalencia de fumadores actuales entre sexos (32,7 % de las mujeres vs 34,1% de los varones,  $p=0,582$ ). Fumaban 35,2% en el grupo de 20 a 34 años, 34,8% en el grupo de 35 a 49 años y 30,4% en el grupo de 50 años o más ( $p=0,225$ ). Considerando solamente profesionales la prevalencia de fumadores actuales fue significativamente más alta en los más jóvenes, 32,9% en el grupo de 20 a 34 años, 24,4% en el de 35 a 49 y 22,0% en el de más de 50 años ( $p=0,046$ ).

La prevalencia de fumadores actuales varió de acuerdo al tipo de trabajo en el hospital (tabla 2), camilleros 54,8%, administrativos 41,9%, enfermeros 37,0%, mantenimiento 36,3%, técnicos 31,9% y profesionales 27,0% ( $p=0,000$ ). En el análisis de regresión logística la condición de profesional confirió un riesgo significativamente menor de ser fumador actual ( $\exp(B)$  0,583 IC 95% 0,457-0,745  $p=0,000$ ) (tabla 3).

La dependencia a la nicotina fue alta en el 8,8 %, moderada en el 33,1% y baja en el

58,1% de los fumadores sin diferencia significativa entre sexos ( $p=0,234$ ). Una dependencia moderada/alta se observó en 33,9%, 41,4% y 49,0% de los grupos de 20 a 34, 35 a 49 y 50 o más años respectivamente ( $p=0,043$ ). La prevalencia de dependencia moderada/alta fue 32,1% en profesionales, 40,0% en enfermeros, 41,8% en técnicos, 47,8% en administrativos, 58,8% en camilleros y 69,4% en personal de mantenimiento ( $p=0,001$ ). En el análisis de regresión logística se correlacionaron significativamente con dependencia moderada/alta la edad ( $p=0,021$ ) y el haber tenido un intento previo de dejar de fumar ( $p=0,000$ ) (tabla 3).

Se encontraban motivados para dejar de fumar dentro de los próximos 30 días el 30,0% de las mujeres y 31,9% de los varones ( $p=0,544$ ), de ellos 43,7% tenían una dependencia moderada/alta. El 63,6% de los fumadores actuales y el 77,5% de los motivados para dejar de fumar habían hecho al menos un intento previo. No hubo diferencias significativas en el porcentaje de motivados para dejar de fumar entre grupos etáreos (34,4%, 28,9% y 30,1% de los grupos de 20-34, 35-49 y más de 50 años respectivamente,  $p=0,126$ ). Considerando sólo los varones la motivación fue significativamente más alta en los más jóvenes ( $p=0,018$ ). En la tabla 4 se observa la prevalencia de dependencia moderada/alta, motivación para dejar de fumar e intento previo por sexo y grupo etáreo.

Un 25,0% de la muestra fumó y ha dejado, de ellos un 15,8% (16,3% de las mujeres y 14,9% de los varones, ( $p=0,230$ ) hace menos de un año.

## DISCUSION

Este estudio muestra que un tercio de los trabajadores de nuestro hospital fuma, cifra similar a la de la población general. Al igual que en otros países occidentales no hubo diferencia entre sexos. La prevalencia de

tabaquismo varió con el tipo de actividad hospitalaria. La prevalencia entre los profesionales fue menor (27%) que en los otros trabajadores y la condición de profesional confirió un riesgo menor de ser fumador, probablemente en relación a una mayor educación. Sin embargo la tasa observada es muy alta. La cifra es similar a la hallada en países europeos al inicio de la década de los 90 (Alemania 25%, Bélgica 29%, Holanda 29%, Francia 31%)<sup>8,14</sup> y muy superior a la de los países con fuertes políticas antitabaco (Reino Unido 5%<sup>15</sup>, USA 3,3%<sup>16</sup>, Nueva Zelanda 5%<sup>17</sup>). En USA se observó una caída en la prevalencia de tabaquismo en médicos desde 18,8% en 1974 al 3,3% en 1991<sup>16</sup>.

El desplazamiento de la epidemia de tabaquismo hacia los países en desarrollo pone énfasis en la urgencia de bajar el porcentaje de médicos fumadores dado que, en países donde una alta proporción de los médicos fuman, es más difícil convencer a la población general sobre las serias consecuencias del tabaquismo sobre la salud. Médicos y otros trabajadores de la salud constituyen importantes fuentes de información e influencia para lograr cambios favorables en los niveles de tabaquismo de la población.

Un dato particularmente preocupantes es la alta prevalencia de tabaquismo en los profesionales más jóvenes (32,9%), dato consistente con los resultados de un estudio efectuado en estudiantes de medicina de distintas facultades argentinas donde se observó una prevalencia de tabaquismo de 35,2%<sup>18</sup>. En el año 2000 en Buenos Aires el 25,3% de los jóvenes entre 13-15 años fumaban cigarrillos y el 50% alguna vez habían inhalado el humo del tabaco<sup>19</sup>. Así las acciones destinadas a desalentar el hábito deberían iniciarse tempranamente en las escuelas y los ámbitos universitarios.

Una de las principales barreras para lograr el abandono del cigarrillo es al carácter adictivo de la nicotina. Las probabilidades de éxito en el abandono del hábito dependen del balance entre la motivación para dejar de

fumar y el grado de dependencia. En nuestro estudio un 40% de los fumadores tenían un grado moderado/alto de dependencia y 2/3 habían realizado al menos un intento de abandono sin éxito. Si bien un 30% de los fumadores se manifestaron dispuestos a dejar de fumar en los próximos 30 días, una importante proporción de ellos (43,7%) tenían un grado de dependencia moderado/alto y el 77,5% habían realizado un intento previo de abandono. Cabe destacar que los fumadores con un intento previo de abandono tuvieron el doble de riesgo de dependencia moderada/alta medida por un puntaje en el test de Fagerstrom mayor o igual a 4. El hecho de que un grado de dependencia moderado/alto en el análisis de regresión logística se correlacionó significativamente con la edad refuerza la necesidad de intervenciones tempranas, cuando la dependencia es menor.

Existe una creencia generalizada que los fumadores jóvenes están menos motivados para dejar que los viejos, sin embargo esto no es necesariamente cierto<sup>13</sup>. En nuestra muestra el 34,4% de los fumadores jóvenes (29,9% de las mujeres y 40,0% de los varones) se manifestaban dispuestos a dejar de fumar en los próximos 30 días.

La encuesta de prevalencia como paso inicial de un programa permite obtener un punto de partida para medir el impacto de las acciones, genera conciencia del problema y movilización y, dado su carácter nominal, nos permite identificar en quienes están indicadas las distintas medidas, desde el consejo y la información hasta intervenciones avanzadas y farmacoterapia en los individuos dispuestos a hacer un intento de abandonar su hábito tabáquico.

La prohibición absoluta de fumar en todos los ámbitos hospitalarios esta hoy fuera de toda discusión, sin embargo la alta prevalencia de tabaquismo y dependencia hacen que su implementación requiera de un cuidadoso análisis y discusión en cada servicio y un programa formal de abandono del hábito para los fumadores.

**Tabla 1. CONDICION FRENTE AL TABACO (n y prevalencia en casos por 100) POR SEXO Y GRUPO ETAREO**

		GRUPO ETAREO						TOTAL	
		20-34		35-49		50 o más			
		n	%	n	%	n	%	n	%
mujeres	Fuma actualmente	67	35,3	117	34,7	99	29,3	283	32,7
	Fumó y ha dejado	30	15,8	79	23,4	99	29,3	208	24,0
	Nunca fumó	93	48,9	141	41,8	140	41,4	374	43,2
<b>Total mujeres</b>		<b>190</b>		<b>337</b>		<b>338</b>		<b>865</b>	
varones	Fuma actualmente	55	35,0	70	34,8	57	32,6	182	34,1
	Fumó y ha dejado	18	11,5	48	23,9	75	42,9	141	26,5
	Nunca fumó	84	53,5	83	41,3	43	24,6	210	39,4
<b>Total varones</b>		<b>157</b>		<b>201</b>		<b>175</b>		<b>533</b>	
ambos sexos	Fuma actualmente	122	35,2	187	34,8	156	30,4	465	33,3
	Fumó y ha dejado	48	13,8	127	23,6	174	33,9	349	25,0
	Nunca fumó	177	51,0	224	41,6	183	35,7	584	41,8
<b>Total muestra</b>		<b>347</b>		<b>538</b>		<b>513</b>		<b>1398</b>	

**Tabla 2. CONDICION FRENTE AL TABACO (n y prevalencia en casos por 100) DE ACUERDO AL TIPO DE TRABAJO HOSPITALARIO**

	Fuma actualmente		Fumó y ha dejado		Nunca fumó		TOTAL
	n	%	n	%	n	%	
Camillero	17	54,8	7	22,6	7	22,6	31
Administrativo	62	41,9	29	19,6	57	38,5	148
Mantenimiento	37	36,3	29	28,4	36	35,3	102
Enfermero	137	37,0	91	24,6	142	38,4	370
Técnico	68	31,9	47	22,1	98	46,0	213
Profesional	144	27,0	146	27,3	244	45,7	534
<b>Total</b>	<b>465</b>	<b>33,3</b>	<b>349</b>	<b>25,0</b>	<b>584</b>	<b>41,8</b>	<b>1398</b>

*p = 0,000 entre tipos de trabajo en el hospital*

**Tabla 3. ANALISIS DE REGRESION LOGISTICA DE LA CONDICION DE FUMADOR ACTUAL Y DEPENDENCIA A LA NICOTINA MODERADA/ALTA**

	B	Exp (B)	95% IC	p
Variable dependiente fumador actual				
Sexo	-0,111	0,895	0,709-1,129	0,350
Edad	-0,010	0,990	0,980-1,001	0,074
Profesional	-0,539	0,583	0,457-0,745	0,000
Variable dependiente dependencia moderada/alta a la nicotina				
Sexo	-0,246	0,782	0,526-1,161	0,223
Edad	0,023	1,023	1,004-1043	0,021
Profesional	0,411	0,663	0,424-1,035	0,071
Intento previo de abandono	0,768	2,157	1,450-3,207	0,000

**Tabla 4. PREVALENCIA EN CASOS POR 100 FUMADORES DE DEPENDENCIA MODERADA/ALTA, MOTIVACION PARA DEJAR DE FUMAR E INTENTO PREVIO PARA DEJAR DE FUMAR POR SEXO Y GRUPO ETAREO**

	Grupo Etáreo	Dependencia (*) Moderada/alta	Motivación para dejar (**)	Intento previo de dejar
mujeres	20-34	28,4	29,9	68,7
	35-49	41,0	26,5	66,7
	50 o más	45,8	34,3	64,3
	<b>Total</b>	<b>39,6</b>	<b>30,0</b>	<b>66,3</b>
varones	20-34	40,7	40,0	64,8
	35-49	42,0	32,9	55,1
	50 o más	54,7	22,8	57,1
	<b>Total</b>	<b>45,5</b>	<b>31,9</b>	<b>59,4</b>
ambos sexos	20-34	33,9	34,4	66,9
	35-49	41,4	28,9	63,1
	50 o más	49,0	30,1	61,7
	<b>Total</b>	<b>41,9</b>	<b>30,8</b>	<b>63,6</b>

(\*)  $p = 0,043$  en ambos sexos entre grupos etáreos

(\*\*)  $p = 0,018$  en varones entre grupos etáreos

**Figura 1. TEST DE FAGERSTROM MODIFICADO<sup>13</sup>**

PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTAJE
¿Cuántos cigarrillos fuma por día?	10 o menos	0
	11 a 20	1
	21 a 30	2
	31 o más	3
¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?	hasta 5 min	3
	entre 6 y 30 min	2
	31- 60 min	1
	más de 60 min	0
¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido?	sí	1
	no	0
¿Qué cigarrillo le molesta más dejar de fumar?	El primero de la mañana	1
	Cualquier otro	0
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	sí	1
	no	0
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	sí	1
	no	0

## Bibliografía

1. Edwards R. The problem of tobacco smoking. *BMJ* 2004; 328 217-219
2. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000: indirect estimation from National Vital Statistics. Oxford: Oxford University Press, 1994
3. Peto R, Lopez A.D. Future worldwide health effects of current smoking patterns. In: Koop CE, Schwarz MR, eds. *Critical Issues in Global Health*. San Francisco, Calif: Jossey-Bass, 2001.
4. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray CJL the Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet* 2002; 360: 1347-1360
5. Encuesta de Tabaquismo en grandes ciudades de Argentina-2004. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2004
6. Carbajal, HA, Salazar, MR, Riondet, B. et al. Variables asociadas a hipertensión arterial en una región de Argentina. *Medicina (Buenos Aires)* 2001; 61:801-9
7. World Health Organization. An international treaty for tobacco control. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003. Available at <http://www.who.int/features/2003/08>.
8. Davis RM. When doctors smoke *Tob. Control* 1993; 2; 187-188
9. K. Miwa, M. Fujita, Y. Miyagi and S. Sasayama. Is smoking behaviour in patients with coronary heart disease influenced by whether their attending physician smokes? 1995; 4; 236-238 *Tob. Control*.
10. World Health Organization. *Leave the Pack Behind* Geneva, Switzerland: World Health Organization; May 1999:33-39.
11. 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.
12. *Guía Nacional de tratamiento de la adicción al tabaco*. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación 2005
13. West R. Assessment of dependence and motivation to stop smoking. *BMJ* 2004; 328; 338-339
14. Tessier JF, Rene L, Nejari C, Belougne D, Moulin J, Freour P. Attitudes and opinions of French general practitioners towards tobacco. *Tob. Control* 1993; 2; 226-230
15. Hussain SH, Tjeder-Burton S, Campbel IA, Davies PD. Attitudes to smoking and smoking habits among hospital staff. *Thorax*, 1993 48, 174-175
16. Nelson DE, Giovino GA, Emont SL, Brackbill R, Cameron LL, Peddicord J. Trends in cigarette smoking among US physicians and nurses Mowery Office on Smoking and Health, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA 30342-3724. *Jama* 1994 271: 1273-1275
17. Hay DR. Cigarette smoking by New Zealand doctors and nurses: results from the 1996 population census. *N Z Med J*, 1998; 111(1062): 102-4.
18. Zabert G Verra F: Estudio FUMAr Reporte final XXXII Congreso AAMR Congreso ALAT Buenos Aires 2004
19. The Global Youth Tobacco Survey Collaborative Group: Tobacco use among youth: a cross country comparison *Tob. Control* 2002; 11; 252-270