

TESIS DOCTORAL – UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

Intervención antitabáquica en
profesionales sanitarios de la Comunidad
Autónoma de Aragón.

Cruz Bartolomé Moreno

2005

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	5
1. EL TABACO.....	7
1.1. ETIMOLOGÍA.....	2
1.2. HISTORIA DEL TABACO	8
1.3. BOTÁNICA: LA PLANTA DEL TABACO.....	14
1.4. FARMACOLOGÍA I: COMPOSICION DEL TABACO.....	15
1.5. FARMACOLOGÍA II: NICOTINA.	19
Absorción.....	19
Distribución.....	20
Concentración plasmática	20
Metabolismo de la nicotina	21
Acciones y efectos de la nicotina.....	21
Propiedades reforzadoras de la nicotina	23
Eliminación de la nicotina	26
1.5.1. Ritmo circadiano de la nicotina:.....	26
2. TABAQUISMO.....	27
2.1. DEFINICIÓN	27
2.2. EVOLUCIÓN EN EL CONSUMO	28

2.2.1.	Primer período.....	28
2.2.2.	Segundo período.....	30
2.2.3.	Tercer período.....	31
2.2.4.	Cuarto período.....	31
2.3.	PREVALENCIA.....	32
2.3.1.	Prevalencia en España.....	32
2.3.2.	Prevalencia en Aragón.....	34
2.3.3.	Prevalencia en profesionales sanitarios.....	35
2.4.	MORBILIDAD Y MORTALIDAD.....	40
2.4.1.	Enfermedades cardiovasculares.....	43
2.4.2.	Enfermedades respiratorias no tumorales.....	44
2.4.3.	Tabaco y cáncer.....	45
2.4.4.	Tabaco y problemas de salud para la mujer.....	46
2.4.5.	Tabaco y problemas sexuales en hombres.....	47
2.4.6.	Tabaco y problemas de salud para los niños.....	47
2.4.7.	Tabaquismo pasivo.....	47
2.5.	DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN.....	49
2.6.	TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO.....	53
2.6.1.	Consejo breve.....	53
2.6.2.	Consejo intensivo.....	54

2.7.	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.....	55
2.7.1.	Nicotina.....	56
2.7.2.	Antidepresivos.....	66
2.7.3.	Ansiolíticos.....	71
2.7.4.	Clonidina.....	72
2.7.5.	Mecamilamina.....	73
2.8.	EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES.....	74
2.9.	PAPEL DEL MÉDICO.....	75
2.10.	LEGISLACIÓN.....	78
	HIPÓTESIS.....	84
	OBJETIVOS.....	86
	METODOLOGÍA.....	88
1	MATERIAL Y MÉTODOS.....	89
1.a.	DISEÑO.....	89
1.b.	POBLACIÓN DIANA.....	89
2	CRITERIOS INCLUSIÓN / EXCLUSIÓN.....	89
2.a.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	89
2.b.	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	90
3	TAMAÑO MUESTRAL.....	90

3.a.	SOLICITUD DE DATOS Y AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR EL ESTUDIO.	91
3.b.	DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN A ESTUDIO.	93
3.c.	CÁLCULO DE LA MUESTRA NECESARIA.	101
4	VARIABLES.	121
4.a.	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.	121
4.b.	VARIABLES QUE HACEN REFERENCIA A CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN.	121
4.c.	VARIABLES QUE HACEN REFERENCIA AL FACTOR DE ESTUDIO.	122
4.d.	VARIABLES RESPUESTA.	126
4.e.	VARIABLES QUE PUEDEN ACTUAR COMO FACTORES DE CONFUSIÓN O MODIFICADORAS DEL EFECTO:	127
4.f.	OTRAS VARIABLES DE INTERÉS.	128
5	INSTRUMENTACIÓN.	128
5.a.	ESTUDIO PILOTO A SANITARIOS.	128
5.b.	ESTUDIO PILOTO ENCUESTAS E INICIO ESTUDIO	129
5.c.	PROBLEMAS DURANTE EL ESTUDIO.	131
5.d.	ESTUDIO DE CAMPO	133
6	CRONOGRAMA.	138
7	CONTROL DE SESGOS.	139

7.a.	CONTROL DEL SESGO DE SELECCIÓN.....	139
7.b.	CONTROL DEL SESGO DE CONFUSIÓN.....	139
7.c.	CONTROL DEL SESGO DE INFORMACIÓN.....	139
8	FACTORES DE CONFUSION.....	139
9	MODIFICACIÓN DEL EFECTO.....	139
10	ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	140
	RESULTADOS	142
1.	DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....	143
1.1.	PROVINCIA.....	143
1.2.	CENTRO LABORAL.....	144
1.3.	NIVEL PROFESIONAL.....	144
1.4.	ÁMBITO LABORAL.....	144
1.5.	ESPECIALIDAD.....	145
1.6.	TIPO DE CONTRATO.....	145
1.7.	GÉNERO.....	146
1.8.	EDAD.....	147
1.9.	ESTADO CIVIL.....	149
2.	DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA (GRUPO INTERVENCIÓN Y GRUPO CONTROL).....	150

2.1.	PROVINCIA.....	150
2.2.	NIVEL PROFESIONAL	151
2.3.	ÁMBITO LABORAL.....	151
2.4.	ESPECIALIDAD	152
2.5.	TIPO DE CONTRATO.....	153
2.6.	GÉNERO.....	154
2.7.	EDAD	155
2.8.	ESTADO CIVIL.....	156
2.9.	TIPO DE HÁBITO.....	157
2.9.1.	NUNCA FUMADOR.	158
2.9.2.	FUMADOR ACTIVO.....	158
2.9.3.	EXFUMADOR ACTUAL.	159
2.10.	AÑOS COMO FUMADOR.	159
2.11.	NÚMERO DE CONVIVIENTES FUMADORES.	160
2.12.	¿CUÁNTOS SE HAN PLANTEADO DEJAR DE FUMAR?.....	160
2.13.	NÚMERO DE INTENTOS PREVIOS.....	161
2.14.	MOTIVOS PARA DEJAR DE FUMAR.	162
3.	ANÁLISIS DEL HÁBITO TABÁQUICO EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS.....	163

3.1.	PREVALENCIA.....	163
3.2.	EXFUMADORES	165
3.3.	AÑOS DE FUMADOR.....	167
3.4.	CONVIVIENTES FUMADORES.....	174
3.5.	¿HA PENSADO DEJAR DE FUMAR?	179
3.6.	MOTIVO PARA DEJAR DE FUMAR.....	184
3.7.	NÚMERO INTENTOS PREVIOS	190
4.	ACTUACIÓN DEL PROFESIONAL SANITARIO EN LA CONSULTA.	198
4.1.	COMPLEJIDAD PARA ABORDAR AL FUMADOR Y CAUSAS DE LA MISMA.	198
4.2.	CAPACITACIÓN DEL PROFESIONAL.....	203
4.3.	DETECCIÓN DE FUMADORES EN LA CONSULTA	208
4.4.	ABORDAJE AL FUMADOR	213
4.4.1.	CONSEJO SANITARIO O PRESCRIPCIÓN FACULTATIVA.	213
4.4.2.	PRECISAR LA ETAPA EN QUE SE ENCUENTRA EL FUMADOR ACTIVO.....	217
4.4.3.	FIJAR UNA FECHA PARA EL CESE TABÁQUICO.	221
4.4.4.	INFORMACIÓN SOBRE LAS DIFERENTES OPCIONES TERAPEUTICAS FARMACOLÓGICAS.....	227

4.4.5.	APORTE DE DOCUMENTACIÓN DE AYUDA AL FUMADOR.	231
4.4.6.	INICIO TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA.	235
4.5.	SEGUIMIENTO PERIÓDICO A FUMADORES	239
5.	CONOCIMIENTOS SOBRE TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS EMPLEADOS EN DESHABITUACIÓN TABÁQUICA.....	244
5.1.	TRATAMIENTO CON NICOTINA.....	258
5.1.1.	CHICLES DE NICOTINA.....	258
5.1.2.	PARCHES DE NICOTINA.....	274
5.1.3.	SPRAYNASAL DE NICOTINA	289
5.1.4.	COMPRIMIDOS PARA CHUPAR DE NICOTINA	304
5.2.	TRATAMIENTO CON BUPROPION	320
6.	ESTUDIO DEL IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN.	337
	DISCUSIÓN	350
1.	ANÁLISIS DEL HÁBITO TABÁQUICO EN LOS SANITARIOS.	351
1.1.	PREVALENCIA	351
1.2.	EXFUMADORES.....	354

1.3.	AÑOS FUMADOR.....	355
1.4.	CONVIVIENTES FUMADORES.....	357
1.5.	¿HA PENSADO DEJAR DE FUMAR?	358
1.6.	MOTIVO PARA DEJAR DE FUMAR.....	359
1.7.	NÚMERO INTENTOS PREVIOS	359
2.	ACTUACIÓN DEL SANITARIO EN LA CONSULTA.	361
2.1.	¿CUESTA ABORDAR AL FUMADOR? CAUSAS DE LA COMPLEJIDAD	361
2.2.	CAPACITACIÓN DEL PROFESIONAL.....	362
2.3.	DETECCIÓN DE FUMADORES EN LA CONSULTA	364
2.4.	ABORDAJE AL FUMADOR	365
2.4.1.	CONSEJO SANITARIO.	365
2.4.2.	PRECISAR LA ETAPA EN QUE SE ENCUENTRA EL FUMADOR ACTIVO.....	367
2.4.3.	FIJAR UNA FECHA PARA EL CESE TABÁQUICO.	368
2.4.4.	INFORMACIÓN SOBRE LAS DIFERENTES OPCIONES TERAPEÚTICAS FARMACOLÓGICAS.	369
2.4.5.	APORTE DE DOCUMENTACIÓN DE AYUDA AL FUMADOR.	370
2.4.6.	INICIO TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA.....	371

2.5.	SEGUIMIENTO PERIÓDICO A FUMADORES.....	372
3.	CONOCIMIENTOS SOBRE TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS EMPLEADOS EN DESHABITUACIÓN TABÁQUICA.....	374
3.1.	TRATAMIENTO CON NICOTINA.....	375
3.2.	TRATAMIENTO CON BUPROPION	379
4.	ESTUDIO DEL IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN.	381
	CONCLUSIONES	389
	BIBLIOGRAFÍA	392
	ANEXOS 407	
	ANEXO 1: TEST DE RICHMOND.	408
	ANEXO 2: TEST CUALITATIVO SENCILLO DE MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR.	409
	ANEXO 3: TEST DE FAGERSTRÖM BREVE.....	410
	ANEXO 4: TEST DE GLOVER-NILSSON.	411
	ANEXO 5: TEST DE RUSSELL.....	412
	ANEXO 6: CLASIFICACIÓN DEL GRADO DE RECOMENDACIÓN.	413
	ANEXO 7: ESTUDIO PILOTO A SANITARIOS.	414

ANEXO 8: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	415
ANEXO 9: CARTA DE SOLICITUD DE DATOS.	416
ANEXO 10: CARTA DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN.....	417
ANEXO 11: TABLA PERMUTACIONES ALEATORIAS.	418
ANEXO 12: INFORMACIÓN PARTICIPANTES ESTUDIO	419
ANEXO 13: ENCUESTA PRECHARLA PROVISIONAL.	420
ANEXO 14: ENCUESTA POSTCHARLA PROVISIONAL.	425
ANEXO 15: DIAPOSITIVAS PARA GRUPO INTERVENCIÓN.	430
ANEXO 16: DIAPOSITIVAS PARA GRUPO CONTROL.....	439
ANEXO 17: CARTA DE RESPUESTA AUTORIZACIÓN.	462
ANEXO 18: CARTA PARA COMENZAR ESTUDIO.....	489
ANEXO 19: ENCUESTA PRECHARLA DEFINITIVA.....	490
ANEXO 20: ENCUESTA POSTCHARLA DEFINITIVA.....	492
ANEXO 21: CARTA PRESENTACIÓN SEGUNDA ENCUESTA. 497	
ANEXO 22: MATERIAL PROPORCIONADO AL GRUPO INTERVENCIÓN.....	502
ANEXO 23: MATERIAL PROPORCIONADO AL GRUPO CONTROL.	508

ANEXO 24: ÍNDICE DE ABREVIATURAS.....513

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

1. EL TABACO.

1.1. ETIMOLOGÍA.

El nacimiento de la palabra "TABACO" es incierto. Según algunos autores, el nombre viene por haberse descubierto la planta en Tabasco, una de las pequeñas islas Antillas¹; según otros por descubrirse en el pueblo de Tabasco en México¹ y según la mayoría, el nombre procede del receptáculo, los utensilios en forma de Y², con una extremidad bifurcada que se introducía en la nariz, llamados por los indígenas americanos "tubaco"³, que empleaban para aspirar el humo producido de la combustión de las hojas secas de una planta.

Los pueblos americanos denominaban a esta planta de diferentes formas según el lugar: *cohiva* o *covija* en el Caribe, *kuts* o *sillar* los mayas, *pisietl* y *velt* los aztecas, *saiti* los incas, *vuri* en Colombia, *petum* en Brasil y *uppowoo* en Virginia, en Perú *sairi*, en Nicaragua *yapoqueti*, *pety* en Paraguay, etc^{2,4}.

La planta *Nicotinia tabacum* debe su nombre a Jean Nicot, el médico que introdujo y popularizó su uso en Europa⁵.

Respecto al origen de la palabra cigarro, también existen diversas teorías²: para algunos fué el que introdujo las semillas en Europa, Francisco Hernández, que era dueño de una gran finca situada cerca de la ciudad de Toledo, conocida por el nombre de "los cigarrales" porque en aquella época sufrían invasiones estivales de plagas de cigarras. Muchos opinan que fué en esta zona donde por primera vez se cultivó tabaco en Europa y de ahí su nombre⁶.

Por el contrario, otros creen que la palabra proviene de una forma de consumo mediante la cual la hoja del tabaco era envuelta por hojas de mazorcas secas de maíz, adquiriendo aspecto de langosta o "cigarrón"⁷.

Por último, los más eruditos piensan que el vocablo proviene de la palabra maya con que se designaba al tabaco: "sillar". De ahí evolucionó a "cillar", posteriormente a "cigar" y por fin a "cigarro".

1.2. HISTORIA DEL TABACO



Los primeros que usaron las hojas de tabaco para fumarlas fueron los mayas hace mil quinientos años. Su legado de peculiares tallas y grabados demuestran cómo este pueblo centroamericano dio al fumar un carácter religioso y ceremonial. Se han encontrado grabados en piedra, como el de un sacerdote maya fumando una especie de pipa en actitud de adoración al sol conocido como "el viejo de Palenque" datado del siglo VI-VII que se encuentra en el templo de Palenque (Yucatán)⁸.

Algunos pueblos de la América precolombina no sólo emplearon el tabaco con fines rituales, sino que llegó a ser utilizado como remedio curativo. Y es que los nativos mayas estaban convencidos de que la enfermedad era producida por un mal espíritu que se apoderaba o habitaba en el enfermo, y sólo podía ser expulsado de él mediante el humo del tabaco⁹.

A finales del siglo XII, los aztecas invadieron el territorio maya y asimilaron la costumbre de fumar tabaco. Sin embargo, dieron al fumar un carácter más social que religioso, como se comprueba en la magnificencia y el refinamiento de los utensilios de fumar que utilizaban y se han conservado hasta nuestros días⁹. Los aztecas conservaron la costumbre hasta la llegada de los españoles.

Para los europeos el descubrimiento del tabaco es simultáneo al del descubrimiento de América.



Las primeras noticias sobre el tabaco para el mundo Occidental provienen del descubrimiento de América en 1492. Cuando Cristóbal Colón pisó tierra americana en Guanahaní, los indios de esta

isla lo saludaron con un rito ofreciéndole unas hierbas. Dar hojas de tabaco o un cigarro para fumar era un gesto de paz entre los indios.

Sin embargo, Colón no supo lo que era el tabaco, ni sus cualidades, hasta que se lo mostraron los conquistadores españoles que lo acompañaban. Fray Bartolomé de las Casas, describe en su obra *Historia de las Indias*, como los españoles Luis de Torres y Rodrigo de Xerez que, cumpliendo órdenes de Colón, exploraban el interior de la isla de Cuba, descubren a los indios consumiendo tabaco. Cuando los dos marinos llegaron a la orilla, los nativos les recibieron con frutas, jabalinas de madera y ciertas "hojas secas que desprendían una peculiar fragancia". Así es como Rodrigo de Jerez relató lo que más tarde se consagraría como el hallazgo del tabaco:

"Hallaron los dos cristianos por el camino mucha gente que atravesaba a sus pueblos, mugeres y hombres, con un tizón en la mano, (y) yervas para tomar sus sahumeros que acostumbraban. No hallaron población por el camino de más de cinco casas, y todos les hacían el mismo acatamiento. Vieron muchas maneras de árboles, yervas y flores odoríferas. La tierra muy fértil y muy labrada de aquellos mames y faxoes y hadas muy diversas de las nuestras, eso mismo panizo y mucha cantidad de algodón cogido y filado y obrado; y que en una sola casa avían visto más de quinientas arrovas y que se pudiera aver allí cada año cuatro mill quintales. Dize el Almirante que le pareçia que no lo sembravan y que da fruto todo el año; es muy fino, tiene el capillo grande. Todo lo que aquella gente tenía diz que dava por muy vil preçio y que una gran espuerta de algodón dava por cabo de agujeta o otra cosa que le dé. Son gente, dize el Almirante, muy sin mal ni de guerra, desnudos todos, hombres y mugeres, como sus madres los parió. Verdad es que las mugeres traen una cosa de algodón solamente, tan grande que le cobija su natura y no más. Y son ellas de muy buen acatamiento ni muy negro (s) salvo menos que canarias".

Rodrigo de Jerez los imitó en seguida, sin sospechar que de regreso a su tierra habría de ser encarcelado por el tribunal de la Santa Inquisición acusado de brujería puesto que "Sólo Satanás puede conferir al hombre la facultad de expulsar humo por la boca".

El monje jerónimo Ramón Pané, que acompañó a Cristóbal Colón en su segundo viaje, envió en 1499 semillas de tabaco a la península¹⁰.

Se ignora el nombre de los que a España trajeron el tabaco, pero se sabe que Colon en 1515 y Hernán Cortés en 1519¹⁰, cuando conquistó Méjico, envió semillas y plantas enteras de tabaco a la Corte del Emperador Carlos V, que fué cultivada con fruto, pasando inmediatamente a Portugal.

La llegada del tabaco al Viejo Mundo se debe a dos hombres de mediados del siglo XVI, uno español, D. Francisco Hernández Boncalo¹¹, de

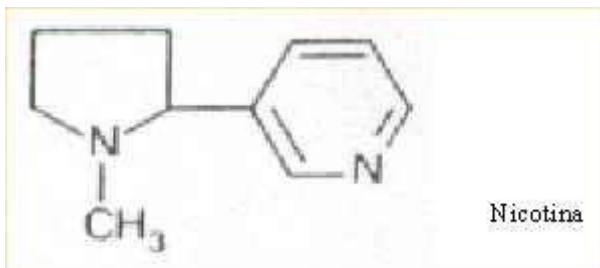
Toledo, quien trajo las primeras semillas de tabaco que llegaron a Europa, y el otro, un inglés, Sir Walter Raleigh⁹, que importó grandes cantidades de tabaco desde tierras de Norteamérica hasta Europa.

Según numerosas referencias, el español Francisco Hernández de Boncalo (1517-1587) médico de cámara del rey Felipe II y, poco después, protomédico de las Indias, en 1570 recibe el encargo del rey de dirigirse a América para "hacer la historia de las naturales de nuestras Indias", estudio que debía comenzar por nueva España (Méjico), fué el primero que trajo semillas de tabaco a Europa.

En 1577 regresa a España, trayendo consigo 22 volúmenes que recogían sus investigaciones y las primeras hojas y semillas de las plantas del tabaco y las cultivó en España. Como recuerdo a este hecho, Tabacalera dió nombre a una labor de cigarrillos utilizando el segundo apellido de nuestro personaje, "Boncalo".

El embajador francés de Francisco II de Francia, en Portugal, Jean Nicot, puso de moda el fumar. La Reina Catalina de Médicis, quien sufría fuertes jaquecas, le hizo caso cuando le recomendó que tomara una cantidad de tabaco en polvo aspirándolo por la nariz. Los dolores desaparecieron y el rumor hizo que el tabaco, como remedio curativo, se extendiera por toda Francia y el resto de Europa. Esto explica los nombres de Yerba de la Reina y Nicotiana con que en Francia se la llamaba al Tabaco⁵.

Cuando el botánico sueco Linneo publicó su Species Plantarum, dos siglos después, no dudó en elegir el nombre Nicotiana Tabacum en homenaje al embajador⁹.



A la base fundamental de este vegetal, Reimann y Posselt al aislarla en 1829, le dieron, en honor al embajador, el nombre de Nicotina⁵.

Se fue expandiendo progresivamente por toda Europa, empezando por Francia, Portugal, Inglaterra, Italia y Países Bajos (s. XVI). Los ingleses lo conocieron a través de Sir Walter Raleigh, exploraron las costas orientales de Norteamérica. Su descubrimiento fué el estado de Virginia, que dió nombre al tipo de tabaco allí cultivado, y el cual no tardó en introducirse en la Inglaterra de la reina Isabel I.

Crónicas como las de Fernández Oviedo y De las Casas, entre otros, contribuyeron a extender su conocimiento y uso entre los europeos indios y continentales.

"Tomaban el aliento y humo para sí una y dos y tres y mas vezes hasta que quedaban sin sentido gran espacio o adormidos de un grande y muy pesado sueño (...) E aquel instrumento con que toman el humo llaman los Indios Tabaco, y no a la yerva o sueño que les toma. Pero esta yerva tenían los indios por cosa muy preciada y la crían en las haciendas y heredamientos de sus amos (...) porque dicen que cuando dejan de trabajar y toman el tabaco, se les quita el cansancio. Sé que algunos cristianos lo usan, en especial algunos que están tocados por el mal de las bubas, porque dicen los tales que aquel tiempo que están así transportados no sienten los dolores de su enfermedad."

A principios del s. XVII (1620) empieza a funcionar en Sevilla la primera fábrica de tabacos española bajo el nombre de La Real Fábrica de Tabacos de Sevilla. A Sevilla le sigue, por orden cronológico, la Fábrica de Cádiz⁹.

En ellas se comenzó elaborando polvo de tabaco, muy apreciado en toda Europa, y más tarde cigarrillos puros hechos con hojas producidas de nuestras colonias de ultramar.

A lo largo del siglo XVIII, los precios del tabaco se dispararon, lo que contribuyó a un aumento de la presión fiscal y a un acercamiento del fumar hacia los grupos adinerados. El tabaco de humo (sin previa elaboración) quedaba destinado entonces al resto de la sociedad, y el consumo de rapé (tabaco aspirado) se convertía en el mayor ritual costumbrista y social de Europa propio de las sociedades burguesas y aristocráticas. Fue un signo de distinción social. Había rapé perfumado (con agua de rosas) y de distintos colores; también se mezclaban otros productos. La tabaquera del rapé se transformó, como la pipa, en un objeto que permitía todo tipo de fantasías y lujos.

Pero a finales de este siglo se produjo un cambio en los hábitos de consumo de tabaco. De nuevo, los grupos sociales con más renta acabaron por apropiarse del tabaco de humo, hasta entonces considerado como mercancía marginal, por lo que Sevilla se lanzó a la confección del cigarrillo puro, abandonando cada vez más el rapé. Poco después se unirían a esta producción las factorías de Madrid, Alicante, La Coruña, San Sebastián y Bilbao, lo que hizo del cigarrillo el gran protagonista del nuevo panorama social.

Desde finales del siglo XIX y comienzos del presente, el cigarrillo ostenta ya una primerísima posición en el mercado. Y mientras el abaratamiento y la masificación de la producción contribuyen a que todas las clases sociales tengan un fácil acceso al tabaco, las formas antiguas de tomarlo van quedando relegadas. No hay duda de que el fumar se ha convertido en un hecho universal.

1.3. BOTÁNICA: LA PLANTA DEL TABACO.

La primera descripción completa de la planta fue realizada en 1535 por Gonzalo Fernández de Oviedo, gobernador de Santo Domingo, en su *Historia General y Natural de la Indias*.

Nicolás Monardes en su obra *La Historia Medicinal de las cosas que se traen de nuestras Indias Occidentales (1565-1574)*, hace una rigurosa descripción botánica de la planta del tabaco.



El tabaco pertenece al reino Vegetal¹⁰, división traqueófitas, orden-simpitela (significa que posee pétalos unidos en una sola pieza), suborden tubiformes (corola dispuesta en forma de tubo), familia solanazas y género nicotiana (que poseen o sintetizan el alcaloide nicotina o sus relacionados). Hay distintas especies y variedades.

La especie *Nicotiana Tabacum* es la más conocida actualmente en el mundo Occidental (*Nicotiana Rústica* se cultiva en Rusia, China, Polonia) y proviene de la hibridación natural entre *Nicotiana Sylvestris* y *Nicotiana Tormentosiformis*. Como cada una de estas especies es diploide (es decir poseen un par de juegos de cromosomas en sus células) se dice entonces que la *N. Tabacum* es una Anfidiplóide (ambos-diploides). Es una planta que jamás se ha hallado en estado silvestre. Es totalmente dependiente del hombre y altamente polimórfica y por tanto se ha dado lugar a subclasificaciones.

El tabaco es una planta que rebrota al cortarse. Suele cultivarse como planta anual, aunque en los climas de origen puede durar varios años, pudiendo alcanzar el tallo hasta dos metros de altura.

Las partes son¹²:

Hojas: son lanceoladas, alternas, sentadas o pecioladas.

Flores: hermafroditas, frecuentemente regulares.

Corola: en forma de tubo más o menos hinchado, terminado por un limbo con 5 lóbulos.

Raíces: el sistema radicular es penetrante, aunque la mayoría de las raíces finas se encuentran en el horizonte más fértil.

Fruto: cápsula recubierta por un cáliz persistente, que se abre en su vértice por dos valvas bífidas.

Semillas: son numerosas, pequeñas y con tegumentos de relieves sinuosos más o menos acentuados.

1.4. FARMACOLOGÍA I: COMPOSICION DEL TABACO.

Prácticamente la totalidad del consumo actual se realiza mediante la inhalación de la combustión de los productos del tabaco. En el extremo del cigarrillo que se está quemando se alcanzan temperaturas próximas a los 1000 °C, lo que transforma numerosos componentes originales de la planta y genera complejas reacciones químicas que dificultan la identificación completa de todas las sustancias que existen o se generan en el proceso de fumar.

Hasta ahora se han reconocido cerca de 4.000 elementos químicos tanto en la fase gaseosa como en la sólida o de partículas del humo del tabaco.

Cuando se consume un cigarrillo se producen dos tipos de corrientes, la corriente principal, constituida por el humo que alcanza los pulmones del fumador, después de una calada, y la corriente secundaria, constituida por el humo que se desprende del cono de ignición del cigarrillo, y el que se escapa a través de los poros del papel y del filtro¹³.

Es bastante diferente la composición de la corriente principal que aspira el fumador y la secundaria que se escapa del cigarrillo al ambiente:

El humo exhalado se compone de una mezcla de gases que incluyen, el cadmio y el zinc, así como una variedad de compuestos orgánicos tanto volátiles como el monóxido de carbono y el ácido cianhídrico, como no volátiles, de gran peso molecular (la nicotina puede ser clasificada como un compuesto semivolátil en esta mezcla) y un 5-8% de partículas de 0.35 a 0.4 Å de diámetro¹⁴. Es precisamente en dicha forma en la que se encuentran la mayor parte de los agentes con potencial mutágeno¹⁵.

El humo emanado del cigarro libera la mayor cantidad de gases y cerca de la mitad de todas las partículas que se desprenden. Muchas sustancias nocivas presentes en el humo están más concentradas en esta corriente secundaria (monóxido y dióxido de carbono, amoníaco, benceno, benzopireno, anilina, acroleína y otros muchos), lo que incrementa la toxicidad de la atmósfera que genera.

El monóxido de carbono (ver Tabla 1) constituye del 2 al 6% del humo inhalado. Es un gas que, debido a su afinidad con la hemoglobina desplaza al oxígeno interfiriendo su transporte y utilización.

Los irritantes pulmonares y ciliotóxicos (ver Tabla 2) aumentan la secreción de moco bronquial y son mediadores de alteraciones agudas y crónicas de la función pulmonar y mucociliar.

Tabla 1. Principales componentes del humo de las dos corrientes de un cigarrillo²⁰.

FASE GASEOSA		
SUSTANCIAS	Humo Corriente Principal	Humo Corriente Secundaria
Dióxido de carbono	20-60 mg	8,1 %
Monóxido de carbono	10-20 mg	2,5 %
Óxido nitroso	16-600 µg	4,7-5,8 %
Metano	1,3 mg	3,1 %
Acetaldehídos	770 µg	0,8 %
Cianidina de hidrógeno	240-430 µg	0,25 %
Acroleína	10-140 µg	12 %
Ácido fórmico	210-478 µg	1,4-1,6 %
Ácido acético	330-810 µg	1,9-3,9 %
Benceno	12-48 µg	10 %
Dimetil – nitrosamina	10-65 µg	52 %
FASE PARTÍCULA		
Total	0,1-40 mg	1,3-1,9%
Agua	1,4 mg	---
Alquitrán	0,06-40 mg	1,7%
Nicotina	1-2,5 mg	2,7%
Tolueno	108 µg	5,6%
Naftalina	2,8 µg	16%
Anilina	100-1200 ng	30%
Fenoles	20-150 µg	2,6%
Catecol	40-280 µg	0,7%
Benzo(a)pireno	8-40 µg	2,7%-3,4%
Hidracina	32 µg	30%
Polonio 210	0,03-0,5 pCi	1,06%-3,7%
Níquel	20-80 ng	0,2%-30%
Cadmio	100 ng	3,6%-7%
Zinc	60 ng	0,2%-6,7%

Tabla extraída y modificada de: Pérez-Trullén A. Naturaleza del humo del tabaco. Farmacología de la nicotina. Arch Bronconeumol 1995; 31: 101-8.

Tabla 2. Componentes seleccionados del humo del cigarrillo y su efecto en el cuerpo humano¹⁶.

SUSTANCIA	EFECTO
FASE PARTÍCULAS	
Alquitrán	Carcinógeno
Hidrocarburos polinucleares aromáticos	Carcinógenos
Nicotina	Estimulante y depresor neuroendocrino; droga adictiva
Fenol	Cocarcinógeno e irritante
Cresol	Cocarcinógeno e irritante
β-Naftilamina	Carcinógeno
N-nitrosornicotina	Carcinógeno
Benzopireno	Carcinógeno
Oligometales (níquel, arsénico, polonio-210)	Carcinógenos
Indol	Aceleración tumoral
Carbazol	Aceleración tumoral
Catecol	Cocarcinógeno
FASE GASEOSA	
Monóxido de carbono	Altera el transporte y utilización del oxígeno
Ácido cianhídrico	Ciliotóxico e irritante
Acetaldehído	Ciliotóxico e irritante
Acroleína	Ciliotóxico e irritante
Amoniaco	Ciliotóxico e irritante
Ciliotóxico e irritante	Ciliotóxico e irritante
Óxidos de nitrógeno	Ciliotóxico e irritante
Nitrosaminas	Carcinógenos
Hidracina	Carcinógeno
Cloruro de vinilo	Carcinógeno
Tabla extraída y modificada de Harrison: Principios de Medicina Interna. Decimocuarta edición 1998.	

La mayor parte de las sustancias presentes en el humo del tabaco causantes del cáncer se encuentran en la fase de partículas (ver Tabla 2) Se ha comprobado que al menos 20 sustancias químicas componentes del humo del tabaco generan cáncer, si bien faltan muchas por investigar.

1.5. FARMACOLOGÍA II: NICOTINA.

La nicotina es responsable del gran poder adictivo del tabaco (circunstancia ya reconocida por el DSM-IV). Demostrándose que aproximadamente entre el año y los tres años del inicio del consumo, independientemente de la edad, se establece una potente dependencia a la nicotina.¹⁷

1.5.1. Absorción:

La nicotina puede absorberse por los plexos sublinguales y la mucosa bucal (4-45%), pulmón (70-90% de absorción) y piel (absorción mínima y sujeta a variables tales como la temperatura y pH cutáneos, así como al grado de higiene e hidratación)¹⁸. Por pulmón es rápida y completa¹⁹.

La cantidad absorbida en el fumador varía en función del hábito, tipo de administración, pH del humo, número de pipadas y aprovechamiento del cigarrillo.

Los fumadores tienden a regular la nicotina absorbida mediante las succiones de los cigarrillos. Evitan succiones débiles o demasiado intensas (que pudiesen provocar los efectos desagradables de dosis excesiva de nicotina). Dentro de cada fumador, las preferencias de dosis de nicotina aparecen al inicio del hábito y parecen ser bastante estables. Este fenómeno es responsable del fracaso de los cigarrillos bajos en alquitrán y nicotina, ya que, a nivel subconsciente, se produce un cambio compensatorio de la forma de inhalar, para asegurar que se mantienen los niveles de nicotina habitual¹⁹.

Algo similar ocurre cuando se utiliza la popular estrategia de tirar colillas más largas o disminuir el número de cigarrillos fumados cada día; no aportan

beneficios significantes en salud al modificar de forma subconsciente la forma de fumar, para asegurar la dosis de nicotina¹⁹.

1.5.2. Distribución:

La nicotina una vez absorbida a nivel pulmonar, produce con cada inhalación una concentración alta arterial de nicotina, como “bolos” que alcanzan los receptores nicotínicos cerebrales en 10-16 segundos, más rápido que por inyección intravenosa¹⁹, lo cual origina una íntima relación entre el hecho de fumar y los efectos a nivel del SNC que la nicotina provoca. Esto permite al fumador controlar los niveles de nicotina y por tanto los efectos farmacológicos de la misma²⁰.

1.5.3. Concentración plasmática:

La concentración máxima de nicotina en plasma se obtiene inmediatamente después de terminar de fumar un cigarrillo, alcanzando el pico máximo de 20-50 ng/ml²¹, disminuyendo a continuación rápidamente en el plazo de 15-20 minutos a 10 ng/ml, por la distribución por los distintos tejidos orgánicos.

Se estima una vida media en sangre de dos horas¹⁹ (los niveles descienden mas lentamente hasta 1-8 ng/ml a los 120 minutos, por la metabolización del alcaloide)²².

Por ello en los fumadores encontramos concentraciones de nicotina en sangre altas repetitivas y transeúntes con cada cigarrillo, y se necesita fumar regularmente para mantener las concentraciones de nicotina. Por la noche los niveles descienden hasta ser similares a los de lo no fumadores¹⁹. Pero nunca alcanzan el nivel cero, ya que persiste una pequeña concentración residual de unos pocos ng/ml²⁰.

1.5.4. Metabolismo de la nicotina:

La nicotina se metaboliza en un 80%, principalmente en el hígado, también pueden participar en la degradación del alcaloide el riñón y el pulmón, aunque en menor medida.

Los metabolitos primarios de la nicotina son la cotinina y la nicotina-N-óxido. La cotinina es un compuesto no psicoactivo con una vida media de 15-20 horas. Aparece en la sangre del fumador a los pocos minutos de haber consumido tabaco. Se considera indicativo de fumador activo un nivel de cotinina en saliva >20 µg/ml.

En el metabolismo de la nicotina, como se puede ver en la Figura 1, la mayor parte se transforma en cotinina y ésta en 3-hidroxicotinina, la cual se elimina en orina.

Los fumadores crónicos metabolizan la nicotina más eficazmente, por lo que presentan una mayor excreción urinaria del alcaloide y de sus metabolitos. En las primeras 24 horas se elimina el 77% de la nicotina absorbida y al tercer día se llega a eliminar hasta el 90%.

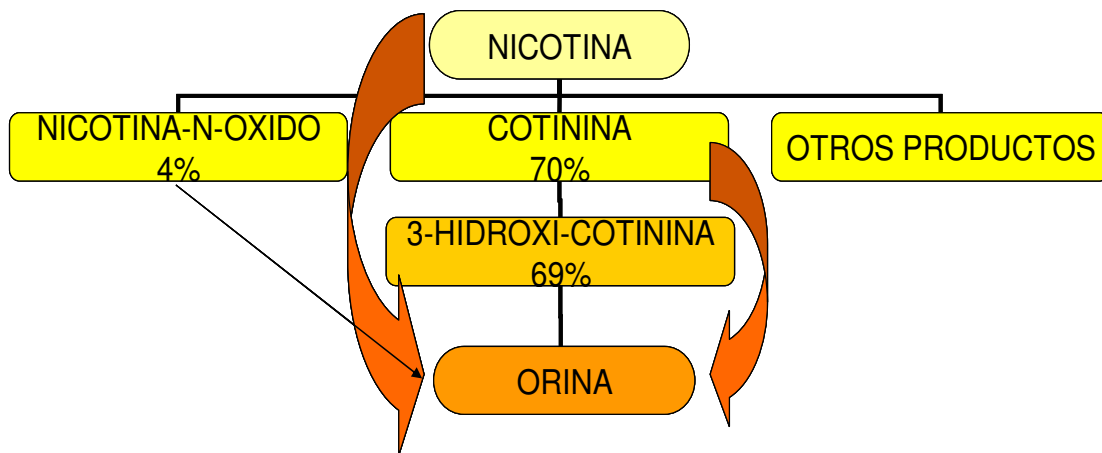
1.5.5. Acciones y efectos de la nicotina:

A nivel del sistema nervioso central actúa fundamentalmente activando los receptores nicotínicos de acetilcolina (nAChRs), que están distribuidos extensamente en cerebro, e induce la liberación de dopamina en el núcleo accumbens¹⁹.

A bajas dosis actúa como estimulante a nivel psicomotor, mejorando la capacidad mental, especialmente la concentración, acelera la reacción simple cronometrada y mejora la actuación en las tareas de atención sostenida y a altas dosis tiene efecto sedante al actuar como depresor²³. Sin embargo, la tolerancia a muchos de estos efectos se desarrolla pronto, y los

usuarios crónicos de cigarrillos probablemente no continúan obteniendo las mejorías absolutas en actuación, proceso cognoscitivo, o humor¹⁹.

Figura 1. Metabolismo de la nicotina.



Extraída y modificada de Pérez-Trullén A. Naturaleza del humo del tabaco. Farmacología de la nicotina. Arch de Bronconeumol 1995; 31: 101-8.

La acción cardiovascular suele ser de carácter estimulante, con hipertensión y taquicardia, a menos que aparezcan efectos reflejos vagales; a nivel periférico produce vasoconstricción de los vasos sanguíneos. La nicotina también facilita la adhesión de las plaquetas de la sangre en los vasos sanguíneos, lo que favorece su obstrucción.

A nivel digestivo y glandular la acción predominante es parasimpática, con aumento del peristaltismo y de las secreciones. La misma respuesta bifásica se observa a nivel de los receptores nicotínicos de la médula

suprarrenal donde segrega ACTH y cortisol. Estimula también receptores sensoriales de diverso tipo: mecanorreceptores, quimiorreceptores, receptores térmicos, dolorosos, aferentes vegetativos. En el sistema nervioso central origina efectos estimuladores (vómitos, náuseas, estimulación respiratoria) seguidos de depresión²⁴.

De este modo los efectos de la nicotina en el organismo se pueden resumir en: placer, excitación, alivio de la ansiedad, intensificación de la actitud de vigilancia y mejoría en el rendimiento de las tareas; reducción del hambre y del peso corporal; aumento de las concentraciones circulantes de vasopresina, hormona del crecimiento, ACTH, cortisol, prolactina, betaendorfina, efecto antiestrogénico en la mujer; aumento de la secreción de catecolaminas, aumento de la frecuencia y del gasto cardíaco, aumento de la presión arterial sistémica y vasoconstricción cutánea y coronaria; aumento del metabolismo de los hidratos de carbono y lipólisis y relajación del músculo esquelético²⁵.

En la intoxicación aguda aparecen náuseas, vómitos, sialorrea, temblor, diarrea, mareo, sudoración fría, confusión mental. Puede aparecer lipotimia, caída de presión arterial con pulso rápido y débil, y problemas respiratorios. Mientras que la intoxicación crónica corresponde al tabaquismo²⁴.

1.5.6. Propiedades reforzadoras de la nicotina:

Hay muchos aspectos del componente neurobiológico de la adicción que siguen siendo desconocidos, si bien en las investigaciones que se han llevado a cabo durante la última década, se ha puesto de manifiesto que en el comportamiento patológico de la adicción influyen determinados componentes biológicos que afectan al sistema dopamínico mesolímbico²⁶. A este sistema se le suele conocer como “vía de la satisfacción”, ya que es el que proporciona el mecanismo fisiológico por el cual se experimenta placer²⁷. Esta vía parte de las neuronas dopaminérgicas de la zona tegmentaria ventral del mesencéfalo y continúa a través del tejido

hipotalámico hasta el nucleus accumbens y la corteza prefrontal. En la parte inferior de su curso, la vía corre paralela a la proyección nigroestriada, que nace en la substantia nigra del mesencéfalo y proporciona impulsos dopaminérgicos al resto del cuerpo estriado²⁷.

Se cree que la denominada “vía de la abstinencia” tiene su origen en el locus ceruleus y que en ella desempeña cierta función la norepinefrina²⁷. Posiblemente, es esta vía la que condiciona los síntomas fisiopatológicos característicos del síndrome de abstinencia nicotínico, como son la ansiedad, la irritabilidad y la dificultad de concentración.

La nicotina influye sobre las “vías de la satisfacción y de la abstinencia” del cerebro. Las neuronas dopamínicas del mesencéfalo tienen receptores nicotínicos en sus cuerpos celulares y en sus terminaciones nerviosas^{28,29}. Se sabe que la nicotina es la sustancia que induce una mayor liberación de dopamina en el nucleus accumbens²⁷ lo que justifica sus acciones reforzadoras primarias. Aunque esta acción reforzadora primaria es debida a la estimulación de los receptores nicotínicos, parte de las propiedades reforzadoras pueden ser debidas no tanto a una activación sino a una desensibilización de los receptores nicotínicos. A pesar de que se desconoce el significado que puede tener este aumento de la capacidad de liberación de dopamina, se supone que refuerza de forma positiva los estados de motivación que están correlacionados con la administración de nicotina²⁶. Por ello, la persona se motiva para repetir su conducta y, por tanto, para usar compulsivamente la droga.

La nicotina también produce efectos en otros sistemas neurotransmisores, sobre todo en relación con la activación, en el locus ceruleus, de las neuronas noradrenérgicas³⁰, que puede ser la causa de los síntomas de abstinencia que experimentan los fumadores poco después de que han consumido el último cigarrillo.

Los fumadores que reciben alrededor de 1,5 mg de nicotina intravenosa, manifiestan que los efectos son placenteros y en escalas ideadas para medir los efectos euforizantes de otras sustancias muestran puntuaciones elevadas, aunque no tanto como la morfina o la anfetamina³¹.

También existe evidencia de que, además de nicotina, el humo de los cigarrillos puede contener otros componentes neuroactivos desconocidos que faciliten la actividad dopaminérgica³². En estudios en los cuales se ha recurrido a la tomografía mediante emisión de positrones (TEP), se han obtenido pruebas documentales de que, en los fumadores de cigarrillos, disminuye la concentración de monoaminoxidasa B (MAO B). A esta enzima, que es específica del cerebro y que descompone la dopamina, no la afecta la nicotina, así que es posible que la inhibición de la MAO B por parte de algún otro componente de los cigarrillos, pueda actuar de forma sinérgica con la nicotina, para hacer que aumente la concentración de dopamina en el cerebro³².

Fumar produce un alivio inmediato de la sintomatología de abstinencia nicotínica, sea ésta sutil o florida. Este factor puede ejercer también una notable influencia reforzadora del tipo que se llama reforzamiento negativo, ya que libera de una situación desagradable³³.

Hay datos de que en los grandes fumadores, la urgencia de fumar se correlaciona con una concentración de nicotina plasmática baja, como si el fumar fuera un medio para obtener un cierto nivel de nicotina y así evitar los signos de abstinencia. Los fumadores fumarían para obtener la recompensa de los efectos de la nicotina, para evitar el desagrado de la abstinencia nicotínica o más probablemente por una combinación de ambos motivos³¹.

1.5.7. Eliminación de la nicotina:

La eliminación de la nicotina y de sus metabolitos tiene lugar fundamentalmente en el riñón. El pH ácido de la orina favorece la eliminación de la nicotina y de la cotinina, mientras que el pH alcalino desencadena su persistencia plasmática¹⁸.

Tiene una media vida terminal en sangre de dos horas. La cotinina empieza a detectarse en orina hacia las dos horas, el 100% de la nicotina-n-óxido se elimina sin metabolizar (ver Figura 1).

La nicotina y alguno de sus metabolitos pueden aparecer en leche materna habiéndose observado también su transporte a través de la placenta²⁰.

1.5.8. Ritmo circadiano de la nicotina:

Las características físicoquímicas y farmacocinéticas de la nicotina nos ayudan a comprender el desarrollo de la dependencia nicotínica. El ciclo diario de fumar se produce del siguiente modo: el primer cigarrillo del día produce efectos farmacológicos sustanciales, fundamentalmente excitación, pero al mismo tiempo comienza a desarrollarse tolerancia. En el momento en el que se ha percatado de que existe cierta regresión de la tolerancia se fuma un segundo cigarrillo. Con los siguientes se produce un acúmulo de nicotina en el cuerpo, lo que da lugar a un nivel más elevado de tolerancia, volviéndose más pronunciados los síntomas de supresión entre los cigarrillos sucesivos. Las concentraciones elevadas de nicotina después de fumar cigarrillos individuales pueden superar transitoriamente y de manera parcial la tolerancia, pero los efectos primarios (eufóricos) de éstos tienden a disminuir durante el día. La abstinencia durante la noche permite una resensibilización considerable a las acciones de la nicotina³⁴.

La supresión del consumo de tabaco nos originará un síndrome de abstinencia nicotínico (SAN), que se estima sufren en mayor o menor medida el 95% de los fumadores que dejan de fumar. Empieza a las pocas horas del último cigarro y alcanza su intensidad máxima en una semana. Estos síntomas del síndrome de abstinencia nicotínico persisten en su mayor parte de tres a cuatro semanas, excepto el aumento de apetito que puede persistir durante varios meses. El deseo de fumar, a veces intenso, también puede persistir durante muchos meses, sobre todo, activado por las señales circunstanciales y sociales¹⁹. Junto con otros componentes del hábito (dependencia psicológico-conductual y automatismo) hacen que sea muy difícil dejar definitivamente el tabaco, tan sólo una parte de los individuos que lo intentan lo consiguen, porque son dependientes de la nicotina.

2. TABAQUISMO

2.1. DEFINICIÓN

El tabaquismo es una "... Enfermedad contagiosa, adictiva, sistémica y crónica, secundaria al consumo de tabaco y salvo excepciones de comienzo en la adolescencia. Compleja patogenia y evolución progresiva con posibles ciclos o alternancias (abstinencia - recaída - abstinencia permanente), invalidante y que conduce hacia enfermedades letales, dando lugar a un elevado coste humano y socio-sanitario. De difícil manejo, aunque subsidiaria de aplicarle eficaces medidas preventivas y terapéuticas en los diferentes aspectos de la enfermedad..."³⁵

La OMS define como fumador a todo individuo que haya fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno. Esta definición permite a los profesionales determinar la población sobre la que llevar a cabo las intervenciones más adecuadas respecto al uso del tabaco y evaluar su predisposición al abandono del mismo. Como no

fumador al individuo que nunca ha fumado cigarrillos al menos durante un mes de forma diaria, y como ex fumador al individuo que siendo previamente fumador se mantiene al menos 12 meses sin fumar.

2.2. EVOLUCIÓN EN EL CONSUMO

Ha pasado por las siguientes etapas^{3,6}:

2.2.1. Primer período.

Se desarrolla desde mediados del siglo XVI y dura hasta el siglo XVIII. Por un lado, el tabaco se consideraba como una planta medicinal, de cualidades curativas, como remedio frente al asma o en el tratamiento de las cefaleas. Pero por otro lado el tabaco se consideró como una planta deleznable, e incluso su uso fue rechazado por Papas y políticos de la época.

Sin duda, fue Nicolás Monardes quien divulgó las propiedades curativas del tabaco en su obra *La Historia Medicinal de las cosas que se traen de nuestras Indias Occidentales*. Respecto a sus virtudes terapéuticas, Monardes se refiere sólo a las hojas, aunque dice textualmente: "sabemos las virtudes que diremos, aunque creo que la raíz tiene hartas virtudes medicinales las cuales descubriría el tiempo. Las indicaciones abarcan dolores de cabeza, de estómago, de "ijada", de muelas, "envaramientos de las cervices y pasiones de junturas", "hinchazones o apostemas frías", "heridas recientes como cuchilladas, golpes, puncturas y otra cualquier herida", "llagas viejas", "tiñas", etc. Habla también de poner las hojas en los clísteres y de cocimiento hecho jarabe "para expeler las materias y pudriciones del pecho maravillosamente. Y tomando el humo por la boca hace echar las materias del pecho a los asmáticos."

Nicolás Monardes, en su descripción de *Las plantas del Nuevo Mundo* (1574), recomendaba el tabaco como cura infalible para 36 enfermedades diferentes

Francisco Hernández de Boncalo en el resumen de su obra, publicado en 1615, *Quatro libros de naturaleza y virtudes de los árboles, plantas y animales de la Nueva España*, describe las propiedades terapéuticas del tabaco en el tratamiento diversas enfermedades, por ejemplo el asma.

Durante esta época continuaron apareciendo publicaciones a favor del tabaco, como por ejemplo la obra de Juan de Cárdenas *Problemas y secretos maravillosos de las Indias*, editada en México en 1591, o la *Historia de los Indios de Nueva España*, de Fray Toribio de Benavente o Motolinia.

Sin embargo, ésta también fue la época de aparición de los grandes detractores del consumo de esta planta. Algunos opinaban que el tabaco tenía propiedades demoníacas. El Rey Jaime I de Inglaterra se mostraba partidario de esta opinión y dice refiriéndose al consumo del tabaco: " Es una costumbre molesta para los ojos, repugnante al olfato, dañina para el cerebro, nociva para el pulmón y cuyo humo negro y apestoso tanto recuerda a los pavorosos efluvios que brotan de la sima sin fondo del averno Estigiano"².

En 1603, Jacobo I de Inglaterra prohíbe el tabaco "cuyo humo negro y apestoso evoca el horror de un infierno lleno de pez y sin fondo". En Rusia, el zar Miguel Fedorovich hace cortar la nariz de los tomadores de petún (antigua forma de nombrar al tabaco rapé). La Iglesia actúa también y en 1621, Urbano VIII dictó excomunión para los que consumían tabaco en las Iglesias^{1,7}, culpables de usar «una sustancia tan degradante para el alma como para el cuerpo»⁵.

El floreciente comercio del tabaco fue utilizado por los gobiernos como una importante fuente de ingresos. España e Inglaterra en 1611 introdujeron

los impuestos por tabaco. Las rentas de dicho monopolio se destinaban a obras públicas, se financiaron obras para la construcción de la Biblioteca Nacional, y para la publicación del primer Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española, en 1723²².

A principios del siglo XVII se estimaba que existían alrededor de 7.000 estancos y otros locales en los que se podía conseguir tabaco en la zona de Londres. El fumar tabaco se había convertido en un hábito en la sociedad inglesa. En la ciudad de Worcester los niños iban al colegio con una pipa en su alforja. "Incluso los niños estaban obligados a fumar cada mañana".

En 1732 el Papa Benedicto XIII, un fumador empedernido, revocó los edictos que prohibían su uso. Obviamente esa normativa sólo se aplicó en tierras cristianas, por lo que a principios del siglo XVII, mientras Europa central comenzaba a explorar los efectos terapéuticos que se atribuían al tabaco, Rusia, Turquía y China aún castigaban a los fumadores con pena de muerte⁵.

2.2.2. Segundo período.

Transcurre en el siglo XVIII y la primera mitad del siglo XIX. Durante este período el tabaco se consume con fines placenteros y sociales.

A mediados del siglo XVIII se describe el tabaco como un narcótico semejante al opio, y se advertía que el uso del rapé podía hacer perder el sentido del olfato, provocar adicción, tumores nasales y cáncer. Sin embargo a pesar de estas advertencias se utilizaba una forma de rapé denominado sabillia española, para el tratamiento del dolor de muelas.

Es aproximadamente en el año 1830 cuando aparece lo que sería el preludio de los primeros trabajos que trataban las consecuencias negativas del tabaco para la salud humana. Eran trabajos a medio camino entre el afán moralizador de aquella época y la evidencia científica.

2.2.3. Tercer período.

Es el ingeniero James Bonsack en 1881, el inventor de la máquina de hacer cigarrillos, lo que supondría sin lugar a dudas más adelante la producción industrial de los cigarrillos, y su distribución en todo el mundo, principalmente a los países con un mayor nivel económico y los más desarrollados.

En el siglo XIX aparece el tabaco rubio, es una clase de tabaco más suave.

Todavía en este período el consumo de cigarrillos se considera como una costumbre o como un hábito.

2.2.4. Cuarto período.

Comienza verdaderamente la publicidad del tabaco, y se disparan la producción, la venta y el consumo de tabaco.

Influye de una manera decisiva en el consumo los modelos de actores cinematográficos a imitar, y las dos guerras mundiales. En este sentido a los soldados en las trincheras se les ofrecía chocolate y tabaco para que se relajaran. Aparece en la cajetilla de tabaco el emblema de la Cruz Roja Internacional.

En España durante la guerra civil española también aumenta el consumo de tabaco.

Paralelamente a la generalización del consumo de tabaco empezaron a aparecer las primeras pruebas sobre su nocividad. El estudio epidemiológico de Doll y Hill en los años cincuenta (1954), en el que se evidenció la relación entre el consumo de tabaco y el exceso de mortalidad (aumento del cáncer de pulmón por el consumo del tabaco), marcó el principio de una extensa

lista de nuevos informes en los que se ha relacionado al tabaco como factor de riesgo de un gran número de problemas de salud.

En pleno siglo XX, se demuestra que el consumo del tabaco no es un hábito sino una adicción, y que la droga responsable de esta adicción es la nicotina.

Digno de mención, es un nuevo fenómeno que se empieza a estudiar en el último cuarto del siglo XX, el Tabaquismo Pasivo. En el año 1970 el Comité de Expertos de la OMS redacta un informe sobre las consecuencias del humo del tabaco en no fumadores, y en el año 1972 aparece otro informe del Cirujano General de los Estados Unidos.

De este modo, el tabaco es declarado una drogodependencia por el Royal College of Physicians en 1977. En 1980 la American Psychiatric Association (APA) en el DSM-III, declara la nicotina como una sustancia poderosamente adictiva, en 1988 el DSM III-R la define como una sustancia psicoactiva que produce dependencia sin abuso y finalmente el DSM-IV en 1994, la declara una drogodependencia. Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (clasificación ICD-10) en 1984 y Everett Koop (US Public Health Service) en 1988, la definieron como una droga^{22,36}.

En el momento actual, constituye un grave problema de salud pública, y es la primera causa prevenible de morbilidad y de mortalidad en los países desarrollados.

2.3. PREVALENCIA

2.3.1. Prevalencia en España

La prevalencia de tabaquismo (fumadores diarios y ocasionales) estimada en nuestro medio era del 34,3% en población de más de 16 años

(Encuesta Nacional de Salud, 2001), siendo en varones el 42,1 y en mujeres el 27,2%³⁷.

Esto supone el mantenimiento del ligero descenso que se observó en la anterior Encuesta Nacional de Salud (E.N.S.) de 1997 (prevalencia del 35,7%)³⁸ respecto a la de 1987 (prevalencia del 38,1%) (Ver Figura 2).

Respecto a la distribución por género, ver Figura 3, había disminuido el consumo en los hombres (del 44,8% al 42,1% actual) y en las mujeres se había mantenido estable en el 27,2%.

Figura 2. Prevalencia del hábito tabáquico en España (1987-2001).

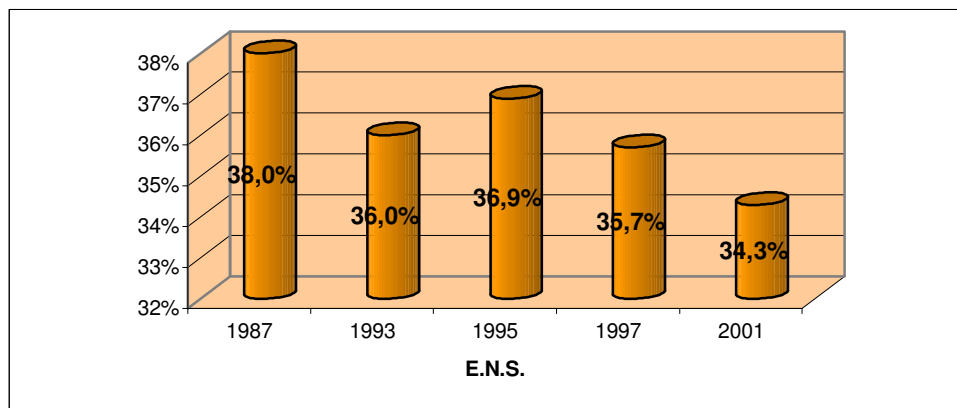
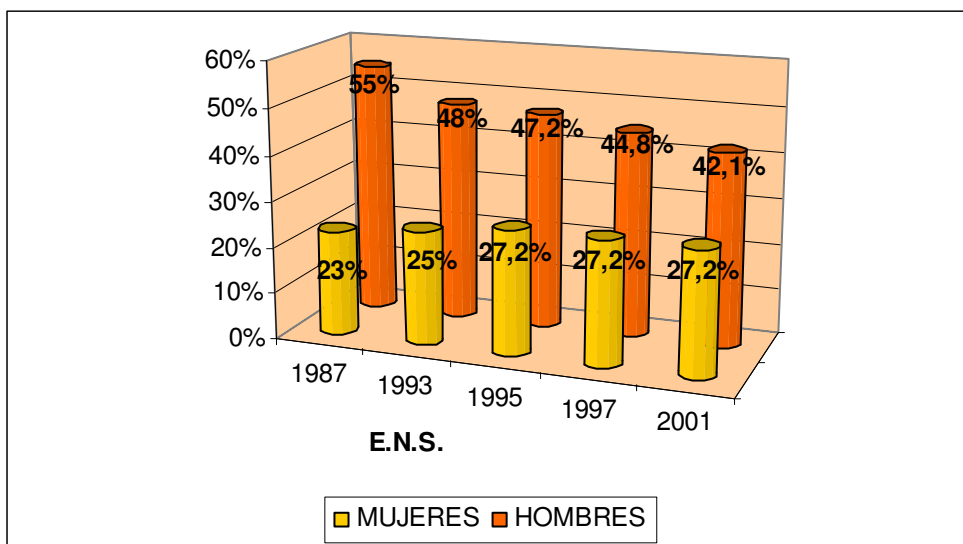
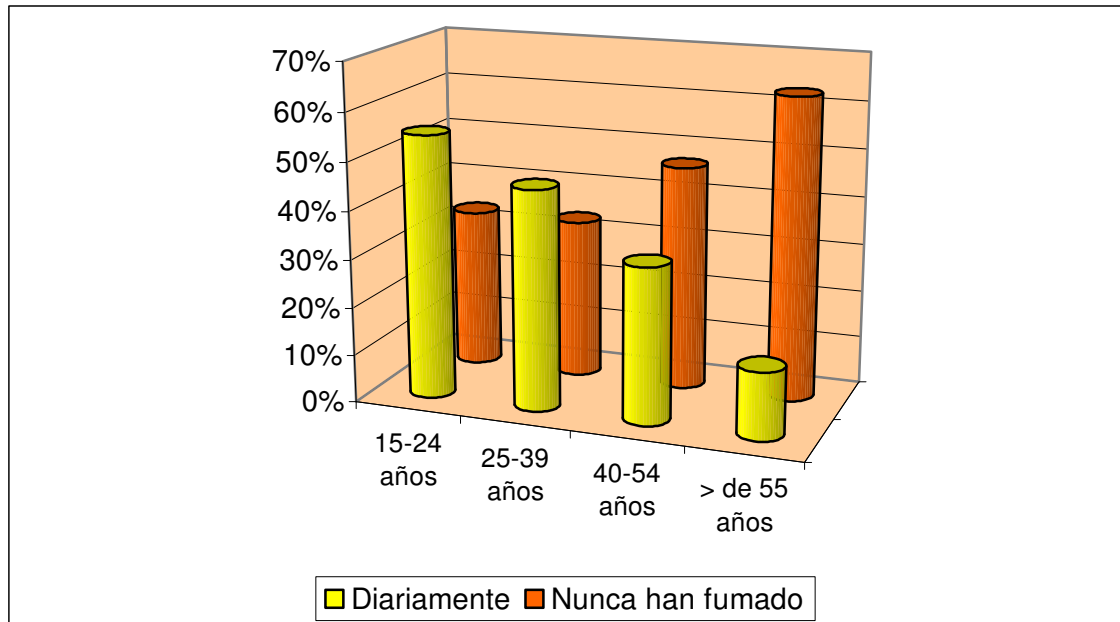


Figura 3. Distribución por género de la prevalencia del hábito tabáquico en España (1987-2001).



2.3.2. Prevalencia en Aragón.

En Aragón fumaban el 54,9% de los jóvenes de entre 15 y 24 años, siendo un 11,7% los que ya lo habían dejado (ver Figura 4). Por lo que respecta a los aragoneses de edades comprendidas entre los 25 y 39 años, fumaban diariamente un 45,8% y algo más del 6% lo hacían ocasionalmente. En el segmento de edad de 40 a 54 años, algo más del 4% fumaba de forma esporádica. Finalmente de los que contaban con edades de más de 55 años, fumaban ocasionalmente el 3%.³⁹

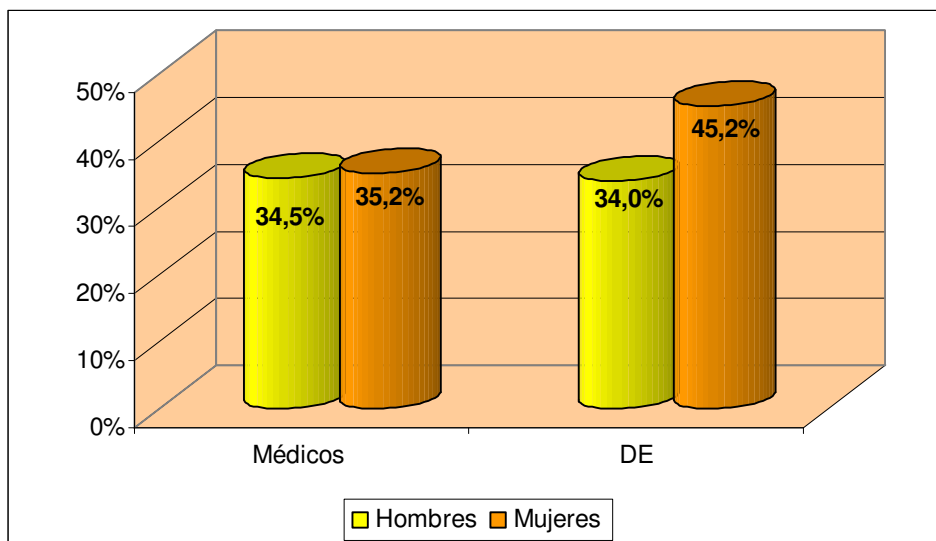
Figura 4. Prevalencia de fumadores según grupos de edad en Aragón.

2.3.3. Prevalencia en profesionales sanitarios.

El 38,9% de los sanitarios encuestados eran fumadores activos (en esta categoría se incluían los que fuman diariamente (33,0%), y los que fuman aunque no diariamente 5,9%), el 28,3% se consideraban exfumadores actuales y el 32,7% eran nunca fumadores.⁴⁰

El personal sanitario femenino en conjunto, presentaba un consumo de tabaco mayor (42,2%), que el masculino (34,2%). Diferencia que se mantenía al separar según el nivel profesional, fumaban más las mujeres médicas que los hombres, y las DE mujeres respecto a los DE hombres (ver Figura 5).

Figura 5. Prevalencia de fumadores según género y nivel profesional en España en 1998.



Fumaba más el grupo de edad de 35 a 40 años, tanto en DE (ver Figura 6) como en Médicos (ver Figura 7).

Figura 6. Distribución del consumo de tabaco por grupos de edad en DE en España en 1998.

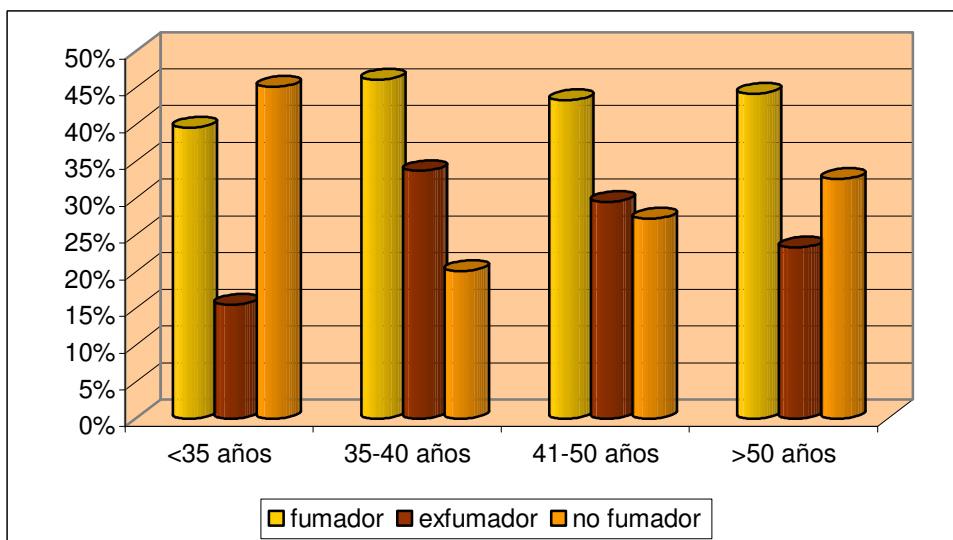
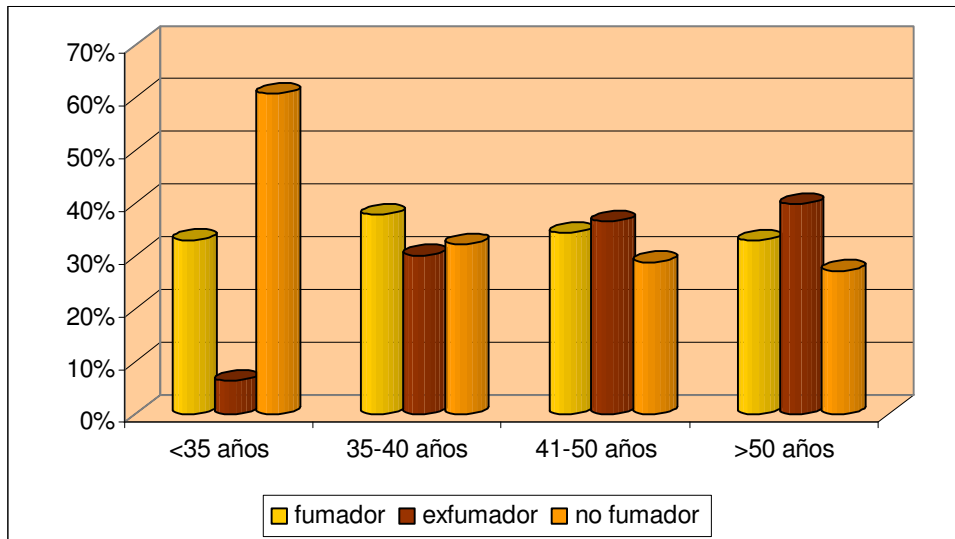


Figura 7. Distribución del consumo de tabaco por grupos de edad en el personal Médico en España en 1998.



Según el nivel profesional el 34,7% de los Médicos y el 43,2% de los DE, eran fumadores.

Por especialidades, los médicos de Atención Primaria (39,8%) fumaban más que los de Especializada (31,5%), ver Figura 8. Ocurría lo contrario con los DE, donde se encontraron más fumadores en Atención Especializada (44,6 %) que en Primaria (40,8%), ver Figura 9.

Figura 8. Distribución del consumo de tabaco en el personal Médico en España, 1998.

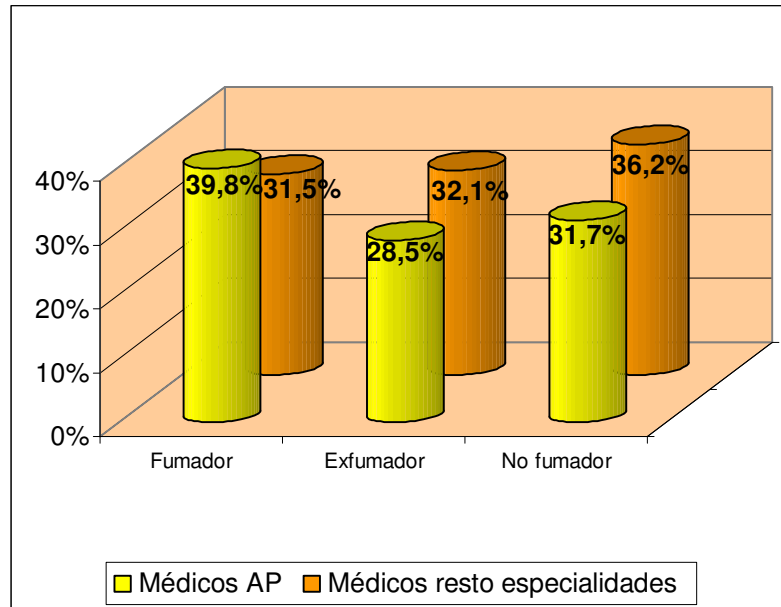
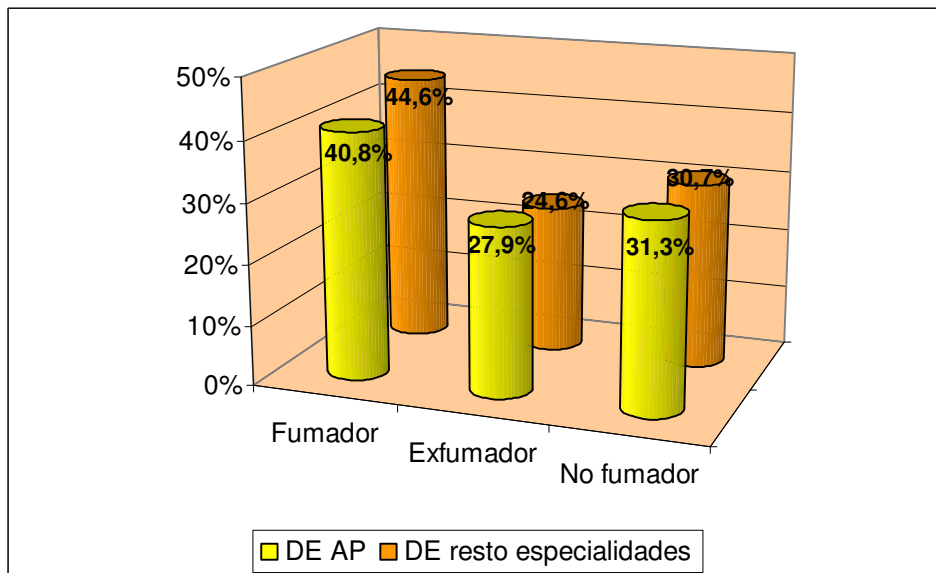


Figura 9. Distribución del consumo de tabaco en DE, en España, en 1998.



En Atención Primaria, la prevalencia más alta de fumadores la presentaba el personal Médico masculino (42,9%), y el personal de DE femenino (43,8%). Por grupos de edad, la prevalencia de fumadores aumentaba con la edad, siendo ésta más alta en DE, en todos los grupos, excepto en el grupo de menores de 35 años, ver Tabla 3.

Tabla 3. Distribución del consumo de tabaco, en Atención Primaria, en España, 1998.

		Edad (años)			
		<35	35-40	41-50	>50
Médico	Fumador	34,3%	39,4%	38,5%	54,5%
	Exfumador	2,9%	31,8%	40,7%	9,1%
	No fumador	62,9%	28,8%	20,9%	36,4%
DE	Fumador	30,7%	42,4%	45,2%	63,2%
	Exfumador	21,3%	37,3%	30,1%	15,8%
	No fumador	48,0%	20,3%	24,7%	21,1%

En Atención Especializada, la prevalencia de fumadores en el personal Médico (Ginecología, Cardiología y Neumología), era de 28,9% (hombres), y de 36% (mujeres), porcentajes inferiores a los que se observaban en DE hombres, 37%, y mujeres, 45,9%. Por grupos de edad, la prevalencia de fumadores disminuía con la edad, siendo ésta más alta en DE de todos los grupos, ver Tabla 4.

Tabla 4. Distribución del consumo de tabaco, en Atención Especializada, España, 1998.

		Edad (años)			
		<35	35-40	41-50	>50
Médico	Fumador	36,3%	36,4%	28,0%	26,7%
	Exfumador	12,1%	27,3%	28,0%	46,5%
	No fumador	5,5%	36,4%	40,0%	26,8%
DE	Fumador	47,7%	48,2%	42,4%	29,2%
	Exfumador	11,2%	31,8%	29,2%	29,1%
	No fumador	43,0%	20,0%	28,5%	41,7%

2.4. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

A finales del siglo XIX empezó a sospecharse que podía existir algún tipo de relación entre el consumo de tabaco y la incidencia de algunas enfermedades. Sin embargo, el vínculo causal no se demostró científicamente hasta mediados del siglo XX.

En la actualidad las evidencias son claras y permiten afirmar que fumar tabaco, y en especial cigarrillos, constituye un factor causal y/o agravante de numerosas enfermedades. Se relaciona con más de 25 enfermedades y es el principal factor causante del 30% de todos los cánceres: cáncer de pulmón (se estima que en un 85% de los casos es provocado por el tabaquismo), cáncer de la cavidad oral (labios, boca, lengua y garganta), y el cáncer de laringe, faringe, esófago, vejiga y riñones⁴¹.

También enfermedades respiratorias como la bronquitis crónica, enfisema y asma, son atribuibles al tabaquismo o se ven exacerbadas por él. Así mismo, el consumo de tabaco es un importante factor de riesgo que contribuye a las enfermedades cardiovasculares.

La magnitud de estos efectos se ha infravalorado por el retraso entre el inicio del hábito y su pleno efecto, y el escaso reconocimiento de los

múltiples y diferentes efectos que el tabaco puede originar. Se admite que la exposición al tabaco necesita un tiempo de inducción de 5 a 10 años para producir su efecto. El 25% de las muertes debidas al consumo de tabaco se producen en las edades medias de la vida, lo cual puede suponer vivir 20 a 25 años menos de media que los no fumadores.

El consumo de tabaco ocasiona un grave problema de Salud Pública, según la Organización Mundial de la Salud, el tabaco causa la muerte de tres millones de personas anualmente⁴².

En los países desarrollados en general, el tabaco es responsable del 24% de todas las muertes de varones y el 7% de todas las muertes de mujeres (aunque esta cifra está aumentando)⁴³; para los hombres, estas cifras superan el 40% en algunos países de la Europa Central y del Este. La media de la pérdida en la esperanza de vida de los fumadores es de ocho años; sin embargo, para quienes mueren en mediana edad (35–69 años), es más de 22 años⁴⁴

En la Unión Europea, en 1990, el tabaco fue responsable de 511.700 muertes (423.000 hombres, 89.700 mujeres), de las cuales más de la mitad ocurrieron en personas de 35 y 69 años, perdiéndose con ellas una media de 21 años de vida. Las enfermedades cardiovasculares y el cáncer de pulmón fueron responsables de la mayoría de estas muertes. Hay que destacar que el 44% de las muertes por cáncer de pulmón ocurrieron en hombres y el 8% en mujeres⁴².

En España, se estima que el consumo de tabaco ha ocasionado la muerte de 621.678 personas de 35 y más años, durante el periodo 1978-1992, lo que significa el 14% de la tasa de mortalidad global anual.

Sólo en el último año (1992) de este mismo periodo, las muertes atribuibles al consumo de tabaco en ese grupo de población, han pasado de 37.259 a 46.226, lo que representa un 24% de aumento en la mortalidad

debida al consumo de tabaco. Un tercio de estas muertes fueron prematuras con la consiguiente pérdida de años potenciales de vida (entre 10 y 20 años por persona)⁴¹.

Aunque la mayoría de estas muertes ocurrieron en hombres (93,4% en 1992), hay que destacar que la mortalidad en las mujeres ha experimentado un aumento considerable entre 1978 y 1992, siendo el incremento anual promedio del 6%, frente a una disminución promedio de 0,2% en los hombres⁴¹.

En 1998, la mortalidad atribuible al tabaco, en la población de 35 o más años, se estimó en un 16% de la mortalidad total. El 92,5% de estas muertes se produjeron en hombres (51.431), y el 7,5% en mujeres (4.182). De todas estas muertes, 26,5% se debieron a cáncer de pulmón, 20,9% a enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 12,8% a cardiopatía isquémica, y 9,2% a enfermedad cerebrovascular⁴¹.

Cada diez segundos, una persona muere en el mundo como consecuencia del consumo de tabaco. Y sin embargo, es la primera causa prevenible de morbilidad y mortalidad prematura en los países desarrollados. En muchos países aún no se ha visto lo peor, puesto que para cuando los jóvenes fumadores de hoy día alcancen mediana edad o la vejez, habrá unos 10 millones de muertes cada año debidas al tabaco acaeciendo el 70% de ellas en los países en desarrollo⁴⁴.

Se puede afirmar que de cada cuatro fumadores habituales y que empezaron a fumar en la juventud, dos de ellos morirán como consecuencia del consumo del tabaco, y además, uno de ellos de forma prematura⁴⁵.

Aunque fumar pueda proteger de varias afecciones mortales y no mortales, el efecto adverso de fumar en la salud es abrumadoramente negativo⁴⁶. La patología que se ha demostrado relacionada con el consumo de tabaco, por grupos de patologías, es la siguiente:

2.4.1. Enfermedades cardiovasculares

Fumar está asociado con una mayor incidencia de enfermedad cardiovascular, que incluye infarto de miocardio (IM), accidente cerebrovascular (ACV), muerte súbita, y enfermedad vascular periférica⁴⁷

En conjunto, constituyen la principal causa de muerte en España. El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo y es el responsable directo del 30% de todas las cardiopatías coronarias. Debido a su capacidad de favorecer la aparición de arteriosclerosis⁴⁷, los cigarrillos no sólo incrementan la mortalidad y la morbilidad por cardiopatía coronaria, enfermedad arterial periférica y dolencias cerebro-vasculares, sino también el riesgo de padecer angor⁴⁸ y aneurisma aórtico.

El consumo de tabaco, la hipertensión y la hipercolesterolemia son los tres factores que producen un mayor riesgo de cardiopatía coronaria. Sin embargo, el primero, cuando están presentes los otros dos, ejerce un efecto sinérgico sobre la muerte cardiovascular al potenciar los efectos de los otros agentes, y hace que la mortalidad global sea superior a la derivada de la combinación de los efectos independientes de los tres factores.

Cuando una persona deja de fumar disminuye su riesgo de fallecer por cardiopatía coronaria. Este peligro decrece con el tiempo de forma que, transcurrido un año desde que se ha abandonado el consumo, el riesgo queda reducido a la mitad o menos, y una vez transcurridos más de 15 años desde que se ha dejado de fumar, se acerca al de una persona que no lo ha hecho nunca⁴⁹.

No existen pruebas que demuestren que fumar cigarrillos bajos en alquitrán reduzca el riesgo de enfermedad cardíaca⁵⁰.

Dejar de fumar después de un ataque coronario puede reducir en la mitad las posibilidades de reaparición. El riesgo de accidente cerebrovascular se reduce significativamente en dos años, y es el mismo que el de los no fumadores después de cinco años⁵¹.

2.4.2. Enfermedades respiratorias no tumorales

El tabaco es el principal factor causal de las enfermedades respiratorias no tumorales, fundamentalmente la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), que incluye bronquitis crónica y enfisema. La incidencia de tos y expectoración es tres veces más elevada en los fumadores, que además presentan limitación progresiva del flujo de aire con niveles de función pulmonar disminuidos^{52,53,54}, así como un riesgo incrementado de bronquitis y otras enfermedades crónicas del aparato respiratorio. Más del 90% de los casos de bronquitis se deben al consumo de este producto.

En la mayoría de los estudios referidos a enfermedades respiratorias, se ha demostrado la existencia de una relación dosis-respuesta; es decir, a mayor número de cigarrillos consumidos diariamente, mayor es la probabilidad de desarrollarlas. El riesgo de contraer una bronquitis se halla influenciado también por la edad de inicio al tabaco, la cantidad diaria fumada y el número de años en los que se ha mantenido dicho hábito.

Estudios han demostrado también un efecto sinérgico en fumadores que también están expuestos a cierto polvo relacionado con la profesión o agentes respiratorios.

En las personas que dejan el tabaco se observa una disminución del riesgo de mortalidad en comparación con las que continúan con él. El peligro residual de muerte para los exfumadores está también determinado por la duración previa del consumo, así como por el número de cigarrillos diarios fumados a lo largo de los años.

2.4.3. Tabaco y cáncer

El tabaco es el principal factor causal del cáncer de pulmón, laringe y cavidad oral⁵⁵. En la mayoría de los países donde el hábito de fumar cigarrillos lleva tiempo establecido, el cáncer de pulmón es la causa principal de muerte por cáncer, y normalmente un 90% de estas muertes aproximadamente son causadas por fumar⁵⁶. Su consumo es el responsable del 80 y 90% de los casos de cáncer de pulmón en los hombres y su importancia en las mujeres está aumentando tan rápidamente que, en los países donde éstas empezaron primero a fumar masivamente, la muerte por esta causa ha desplazado al fallecimiento por cáncer de mama, más común entre las mujeres. El riesgo de desarrollar un cáncer de pulmón se halla estrechamente relacionado con el número de cigarrillos fumados y la edad de inicio del consumo. Un solo cigarrillo al día aumenta el peligro de desarrollar un tumor maligno.

El tabaco es también un factor causal bien establecido del cáncer de esófago, estómago y de vejiga urinaria. También se asocia el consumo de tabaco con un mayor riesgo de muerte por cáncer de riñón, páncreas y cuello del útero. El tabaco es el responsable directo del 30% de todas las muertes por cáncer. En los de cavidad oral, faringe, laringe y esófago, el consumo de bebidas alcohólicas actúa de forma sinérgica con el tabaco y potencia así su efecto cancerígeno⁵⁷.

Se ha relacionado también con leucemia, especialmente leucemia mieloide aguda y cáncer de hígado.

Los fumadores que dejan su hábito reducen de forma importante el riesgo de contraer cáncer de pulmón. Así, pasados entre 10 y 15 años desde que se ha abandonado el consumo, el peligro se acerca al de las personas que no han fumado nunca.

En ausencia de patología, el riesgo de todos los cánceres se reduce al dejar de consumir tabaco, finalmente acercándose al de los no consumidores.

2.4.4. Tabaco y problemas de salud para la mujer

Para las mujeres de los países desarrollados, aún no se ha alcanzado el nivel máximo de la epidemia del tabaco.

Además de los riesgos generales asociados al tabaquismo, las mujeres fumadoras tienen unos riesgos adicionales para la salud específicos de su género. El tabaquismo contribuye a una reducción de la fertilidad e incrementa el riesgo de menopausia precoz⁵⁸ (adelanto de 2-3 años), contribuye a la pérdida de calcio óseo y a la osteoporosis en las mujeres en fase posmenopáusica.

El consumo de tabaco cuando se combina con el uso de anticonceptivos orales aumenta diez veces el riesgo de ataque cardíaco, accidente cerebrovascular u otra enfermedad cardiovascular. Este efecto es más destacado entre las mujeres mayores de 40 años⁵⁸.

También se ha descubierto que fumar cigarrillos está asociado con el cáncer del cuello del útero⁵⁹.

La aparición de pliegues en el rostro es un fenómeno natural y prácticamente universal entre las personas mayores, ya sean hombres o mujeres. Sin embargo, existen evidencias de que el tabaco produce sequedad cutánea y acelera la aparición de arrugas en la cara de forma prematura.

2.4.5. Tabaco y problemas sexuales en hombres

En los hombres, existe un mayor riesgo de impotencia entre fumadores⁶⁰ y los hombres con calidad de semen marginal pueden beneficiarse al dejar de fumar⁶¹.

2.4.6. Tabaco y problemas de salud para los niños

Fumar aumenta el riesgo de aborto espontáneo, y existe un mayor riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer entre los bebés de madres fumadoras.

El consumo del tabaco en la mujer embarazada está asociado con patología placentaria, aborto espontáneo, parto prematuro, bajo peso al nacer y muerte súbita del lactante⁶².

La población infantil que está sometida al aire contaminado por humo de tabaco, presenta una mayor incidencia de problemas respiratorios, otitis media aguda y crónica⁶³.

2.4.7. Tabaquismo pasivo

Se define el tabaquismo pasivo como la exposición de los no fumadores al aire contaminado por el humo del tabaco.

La exposición involuntaria al humo ambiental del tabaco está provocando un serio problema de salud pública. Esta exposición supone un riesgo considerable por la morbi-mortalidad que genera en la población no fumadora. El impacto que el humo del tabaco ambiental tiene sobre la mortalidad humana es dos veces mayor que el impacto producido por el conjunto de todos los contaminantes ambientales reconocidos como tóxicos y que son objeto de control.

El humo ambiental del tabaco contiene aproximadamente 4.700 componentes químicos, de los cuales al menos 43 se han demostrado tóxicos y carcinogénicos.

Numerosos estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto los efectos nocivos que el humo ambiental del tabaco tiene para la salud de la población no fumadora. Así, esta población tiene un riesgo aumentado de padecer cáncer de pulmón (existe una relación dosis-respuesta entre el número de cigarrillos fumados y los años de exposición, con el riesgo de cáncer de pulmón de un no fumador cohabitante⁶⁴), enfermedades respiratorias (aumento del riesgo de enfermedad respiratoria crónica en adultos en un 25%) y cardiovasculares (aumentando el riesgo de enfermedad cardíaca isquémica aproximadamente un 25% mediante una relación dosis-respuesta no lineal⁶⁵).

La población infantil acusa ostensiblemente la exposición al humo ambiental del tabaco, aumenta el riesgo de enfermedad respiratoria aguda en un 50–100%, dolencias de tipo respiratorio como neumonías y bronquitis, reducción significativa de la función respiratoria, asma y otitis. Asimismo, durante el embarazo y la lactancia se han evidenciado los efectos nocivos del tabaquismo pasivo en la descendencia de madres no fumadoras.

La exposición involuntaria al humo del tabaco está provocando un serio problema de salud pública. Esta exposición supone un riesgo considerable para la población no fumadora especialmente para los niños y los que están expuestos de forma crónica⁶⁶.

2.5. DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN

2.5.1. Identificar a los fumadores.

El primer paso para el tratamiento del uso y de la dependencia del tabaco es identificar sistemáticamente a los fumadores que acuden a la consulta por cualquier motivo.

Se puede utilizar un sistema de identificación universal con una serie de preguntas sencillas⁶⁷:

- ¿Usted fuma?
- ¿Cuántos cigarrillos fuma?
- ¿Cuánto tarda desde que se levanta hasta que fuma el primer cigarrillo?
- ¿A qué edad se inició en el hábito de fumar?
- ¿Quiere realmente dejar de fumar?

El interrogatorio del consumo de tabaco debe iniciarse en la adolescencia, ya que la mayoría comienza a fumar entre los 11 y 14 años, mientras que es poco frecuente iniciarse después de los 20 años. Debe preguntarse cada dos años, excepto a aquellas personas de 30 o más años en cuya historia clínica conste que nunca han fumado.

2.5.2. Conocer la fase del fumador:

Prochaska y DiClemente crearon un modelo para la conducta de fumar, pero su uso se ha extendido a la explicación de muchas otras formas de comportamiento, sobre todo adictivas. Estos autores definieron unas etapas sucesivas del proceso del fumador, que con alguna modificación posterior, son las siguientes:

Etapas de **precontemplación** o de fumador consonante.

El fumador no se ha planteado seriamente la idea de cambiar de conducta, piensa que a él el tabaco no le perjudica e incluso en algunos casos niega la evidencia científica de que el tabaco provoca enfermedad y muerte prematura.^{68,69} no está preocupado por este tema. La mayoría de los fumadores jóvenes sanos están en este estadio.

Es un fumador que no tiene intención de dejar de fumar en los próximos 6 meses, ni quiere oír los consejos relativos a dejar de fumar, sobrevalora los beneficios de fumar e infraestima los perjuicios que conlleva el consumo de tabaco. En esta fase están aproximadamente el 35% de todos los fumadores. Esta etapa Abeli⁷⁰ la subdivide en dos:

- Fumadores precontempladores o consonantes que no tienen ninguna intención de dejar el tabaco, al menos en los próximos seis meses. Normalmente no se lo han planteado nunca, les gusta ser fumadores, en ocasiones llegan a negar las consecuencias negativas del consumo de tabaco.

- Precontempladores o consonantes con un deseo muy vago de dejar el tabaco. Reconocen que el tabaco puede provocar enfermedades, pero de momento, no quieren dejar de fumar.

Etapa de **contemplación** o de fumador disonante.

Hay un planteamiento serio de cambio debido, en general, a la aparición de síntomas o a experiencias cercanas de enfermedades o muertes relacionadas con el tabaco. Son fumadores que suelen fumar unos 20 cigarrillos/día, desde hace más de 15 años, están muy preocupados por su salud, y convencidos de la relación que existe entre el tabaco y las enfermedades. Generalmente han tenido varios intentos serios de deshabituación, y se han planteado dejar de fumar en los próximos 6 meses. Piensan que deben y pueden dejar de fumar, son capaces de poner una fecha para hacerlo y de plantearse cómo hacerlo.

En esta etapa se encuentran el 60% de los fumadores^{68,69}. Dentro de ella distinguimos:

- Preparación: Son fumadores dispuestos a dejar de fumar en el próximo mes y constituyen el 15% de todos los fumadores.

- Acción: la persona está realizando los pasos necesarios para cambiar. Aquí el fumador pone en práctica los planes que había hecho anteriormente, e intenta dejar de fumar.

- Mantenimiento: la persona que ya ha cambiado se mantiene sin fumar. Este periodo abarca de 6 meses a 1 año, y es en el que existe mayor riesgo de recaídas

2.5.3. Conocer motivación y dependencia

Hay dos variables a explorar para el proceso de dejar de fumar: motivación y dependencia.

Valoración de la motivación.

Es fundamental saber que la motivación es el motor del cambio, y que cuantos más y mejores motivos encuentre para dejar de fumar más fácilmente logrará su objetivo y aumentará su confianza en que puede dejar el tabaco.

Para conocer el grado de motivación podemos usar cuestionarios como el de **Richmond**⁷¹ (ANEXO 1) que consta de 4 preguntas que conforman una escala de 0 a 10 (puntuaciones de 0 a 6 implican baja motivación, de 7 a 9 moderada motivación, 10 alta motivación), o algunas preguntas abiertas que nos orienten, como el **Test cualitativo sencillo de motivación para dejar de fumar**⁷² (ANEXO 2). Una respuesta afirmativa a todas las preguntas sugiere que debería ofrecerse apoyo y/o medicación.

Valoración de la dependencia.

Si el paciente está motivado para dejar de fumar, hay que valorar el grado de dependencia física para establecer el tipo de intervención, utilizando algún test cuantitativo como el de **Fagerström Breve** (ANEXO 3), según los resultados lo clasificaremos: Dependencia: alta 5-6, moderada 3-4, baja 0-2.

Para conocer el grado de dependencia psicológica y social podemos determinar cuáles son aquellas situaciones o actividades habituales a las que el fumador asocia el consumo de tabaco, e investigar el ambiente familiar, laboral y de ocio, lo que determinará el tipo de apoyo conductual. Disponemos del **Test de Glover-Nilsson** (ANEXO 4). Consta de 18 preguntas y cada una de ellas se puntúa de 0 a 4, con un máximo de 72 puntos, informa de los aspectos psicosociales y conductuales del fumador⁷³:

Las preguntas 1, 6, 7 y 8 miden dependencia psicológica (puntuaciones de 0 a 5 es de grado leve, de 6 a 10 moderado y de 11 a 16 grave).

Las preguntas 17 y 18 miden dependencia social (puntuaciones de 0 a 2 grado leve, de 3 a 5 grado moderado y de 6 a 8 grave).

Las preguntas 2 a 5 y 9 a 16 miden dependencia gestual (de 0 a 15 grado leve, de 16 a 31 moderado y de 32 a 42 grave).

Si realizamos una valoración global las puntuaciones menores de 12 la dependencia es de grado leve, de 12 a 22 moderado, de 23 a 33 grave y mayor de 33 muy grave.

Para la valoración conjunta de ambas dependencias (física y psicológica) disponemos del **Test de Russell**⁷⁴ (ANEXO 5) el cual además de valorar la dependencia determina los motivos que el fumador tiene para fumar. Valora los siguientes componentes:

Imagen psicológica: Evalúa el peso de la imagen social que el fumador cree que obtiene a través de este hábito (preguntas 6, 19, 23).

Sedación: Determina en qué medida el fumador fuma para tranquilizarse (preguntas 7, 12, 24).

Estimulación: Mide cuándo el fumador lo hace para estimularse (preguntas 8, 13, 17).

Adicción: Fija el grado de adicción a su hábito (preguntas 11, 18, 20).

Puntuaciones de 6 ó superiores en un determinado componente implicarán que éste es importante para el fumador. Además, puntuaciones iguales o superiores a 20 en las preguntas de adicción, automatismo y en las correspondientes a los números 1, 14, y 21 implicarán una alta dependencia al hábito tabáquico, esta subescala es llamada ARU-SMQ-9⁷⁵.

Aunque de menor aplicación clínica diaria, disponemos de la valoración de la dependencia por el DMS-IV, recogido en el Manual de Estadística y Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría⁷⁶.

2.6. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO. ^{77, 67}

2.6.1. Consejo breve.

El Grupo de Tabaco de la Cochrane define consejo breve como “instrucciones verbales para dejar de fumar con o sin la información añadida sobre los efectos perjudiciales de fumar.” Generalmente durante uno o dos minutos. Se recomienda proporcionarlo rutinariamente a todos los fumadores. La proporción de éxito es modesta, aproximadamente se logra la cesación en 1 de cada 40 fumadores, pero esta intervención es una de las intervenciones/coste más eficaces de la medicina. Grado de recomendación A (ver ANEXO 6).

Según otros autores se considera al abordaje oportunista mediante entrevista profesional/paciente centrada en el uso del tabaco y cuya duración

no exceda los 10 minutos, no supere las 3 visitas anuales y la duración total anual no sobrepase los 30 minutos.

Se pretende tanto motivar al fumador para el abandono del hábito como prevenir las recaídas.

Se recomienda informar de manera clara, personalizada y convincente.

En los pacientes no motivados para dejar de fumar hay que usar técnicas de motivación para vencer las resistencias (5R): Relevancia del abandono del tabaco, Riesgos en caso de persistir el hábito, Recompensas y beneficios que se obtienen con la cesación, identificar las Resistencias que le impiden abandonar el tabaco y ponerles solución, y por último Repetición del mensaje a todos los fumadores que acuden a la consulta por cualquier motivo y tantas veces como sea necesario en el caso de las recaídas.

Podemos ver la eficacia de la intervención mínima y comparativamente con otras intervenciones y fármacos empleados en deshabituación en la Tabla 20.

2.6.2. Consejo intensivo

El Grupo de Tabaco de la Cochrane considera consejo intensivo a aquel que dura más de 20 minutos, desde el inicio, es decir, incluyendo el consejo breve, con inclusión de métodos adicionales para reforzar el consejo (como manuales de ayuda, videos, o CD-Rom y mostrando a los fumadores el monóxido de carbono exhalado con el cooxímetro. Con esta intervención se puede aumentar las proporciones de éxito por un factor de 1.4, se reserva para aquellos fumadores que están motivados para dejar el hábito. Grado de recomendación A (ver ANEXO 6).

La intervención intensiva hace referencia a contactos cara a cara entre el profesional y el paciente dispuesto a dejar de fumar. En estos encuentros se proporcionan apoyo psicológico y/o farmacológico. Pueden ser individuales o

grupales, y deben de tener más de 10 minutos de duración, durante 4 ó más sesiones, y más de 30 minutos de duración total.

Es fundamental que el paciente fije una fecha para dejar de fumar que idealmente debería establecerse en el plazo de 2 semanas.

Evitaremos recaídas si informamos sobre los síntomas del SAN y entregamos folletos o libros de autoayuda. Si está indicado y el fumador accede podremos ayudarle también farmacológicamente.

Podemos ver la eficacia de esta intervención y comparativamente con otras intervenciones y fármacos empleados en deshabituación en la Tabla 20.

2.7. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

En determinados casos, cuando esté indicado, podemos ayudar al fumador a dejar el hábito, prescribiendo un tratamiento farmacológico (ver Tabla 5) para dejar de fumar, que pueden ser tratamientos sustitutivos con nicotina (TSN) o tratamientos no nicotínicos (TNSN)⁷⁸.

Tabla 5. Tratamiento farmacológico del tabaquismo.

PRIMERA LINEA *	NICOTINA (SOLO UNA FORMA) BUPROPION
SEGUNDA LINEA	COMBINADOS DE NICOTINA (PARCHE MAS OTRA FORMA) NORTRIPTILINA CLONIDINA

*Evidencia insuficiente para recomendar uno u otro (nicotina o bupropion). A la hora de elegir se debería tener en cuenta las preferencias del paciente, costes, disponibilidad y perfil de seguridad.

2.7.1. Nicotina^{78,79, 80,81, 82,83,84,85,86,87,88,89}

Los tratamientos sustitutivos con nicotina consisten en la administración de nicotina por una vía diferente de la utilizada para el consumo de cigarrillos y en una cantidad suficiente para disminuir el Síndrome de Abstinencia a la Nicotina (SAN), pero insuficiente para crear dependencia. Tienen como objetivo el disminuir los síntomas del SAN, permitiendo al paciente centrarse en los aspectos condicionantes y de hábito.

Se piensa que el modo principal de acción de TSN es el estímulo de receptores nicotínicos en el área ventral tegmental del cerebro y el aumento de dopamina en el núcleo accumbens. A esto hay que sumar otras acciones periféricas de la nicotina como la reducción en los síntomas del SAN. Sin embargo, la TSN no elimina completamente los síntomas de retiro, posiblemente porque ninguna de las formas de nicotina, disponibles actualmente, reproducen los niveles rápidos y altos de nicotina arterial que se producen al fumar.

Los factores que principalmente determinan la eficacia del TSN son el grado de dependencia medido mediante el Test de Fagerström y el contexto (grado de motivación) en el que se desarrolle la deshabituación. Éste tratamiento está indicado en todo fumador con dependencia nicotínica (7 ó más puntos en la escala de Fagerström (ANEXO 3) y alta motivación para su deshabituación (teniendo en cuenta que sí han pedido ayuda es que ya están motivados para dejar de fumar o midiendo la motivación mediante test, ver ANEXO 1). En individuos que fuman menos de 10-15 cigarrillos/día la evidencia sobre el papel del tratamiento con nicotina para ayudar a dejar de fumar es pequeña.

Por ello, habitualmente, utilizaremos la nicotina, en las personas que fuman más de 10 cigarrillos/día y estén motivadas a dejar el hábito.

La efectividad de la nicotina parece ser independiente de la intensidad de apoyo adicional (se ha demostrado que actúa con o sin consejo adicional). No obstante se recomienda, mínimo, realizar consejo breve a todos los pacientes.

Cuando se asocia con una intervención intensiva, consigue doblar la proporción de fumadores que dejan de fumar, respecto a placebo.

Existiendo una serie de precauciones generales como hipersensibilidad a la nicotina, además de las contraindicaciones de la nicotina: infarto agudo de miocardio reciente, arritmias cardíacas severas, angina inestable, insuficiencia cardíaca avanzada, ulcus gastroduodenal activo, enfermedad cerebro vascular reciente, enfermedades mentales graves, otras drogodependencias, embarazo y lactancia; y contraindicaciones de la deshabituación tabáquica en general como: enfermedad psiquiátrica no estable, uso concomitante de otras drogas y paciente terminal. Pero también unas precauciones específicas según la vía por la que se administra la nicotina.

Los tratamientos farmacológicos con nicotina, usados correctamente, no conllevan un riesgo aumentado de eventos cardiovasculares en el fumador.

Existen diversas formas de administración (ver Tabla 6) entre las que se encuentran los parches dérmicos, chicles, comprimidos para chupar y sprays nasales y otras formas de presentación no comercializadas en España como los inhaladores bucales.

Tabla 6. Formas de administración de nicotina.

COMPRIMIDOS 1 mg	NICOTINELL®
CHICLE 2 mg	NICOTINELL® NICORETTE® NICOMAX®
CHICLE 4 mg	NICORETTE®
PARCHE 16 horas	NICORETTE® NICOMAX®
PARCHE 24 horas	NICOTINELL TTS®
NEBULIZADOR nasal	NICOTROL®
INHALADOR bucal	NICOTROL®

No hay evidencia de que alguna de las formas de administración sea mejor que las otras. Utilizar una u otra forma dependerá de las necesidades de los pacientes, tolerabilidad, costes, etc. Vamos a ver cada una de las formas por separado:

2.7.1.1. CHICLE DE NICOTINA

Hay dos tipos, según la dosis de nicotina que contienen, de 2 y 4 mg (ver Tabla 7). Se absorbe prácticamente el 50% de la nicotina (ver Tabla 8), y el pico máximo de nicotina en sangre se alcanza a los 30 minutos de iniciada la masticación.

Tabla 7. Tipos de chicles de nicotina.

DOSIS	NOMBRE	VARIEDAD
CHICLE 2 mg	NICOTINELL®	FRUIT MINT
	NICORETTE®	NORMAL MINT
	NICOMAX®	NORMAL MINT
CHICLE 4 mg	NICORETTE®	

Tabla 8. Características farmacocinéticas de los chicles y parches de nicotina.

	CHICLE	PARCHE
FORMAS DE PRESENTACIÓN	2 mg	Parches de 24 h : 0, 20, 30 cm ²
	4 mg	Parches de 16 h : 10, 20, 30 cm ²
CONCENTRACIÓN ABSORBIDA	1 y 1,9 mg.	7, 14, 21 mg/24 h
LIBERACIÓN	Picos, 90% en 30 min.	5, 10, 15 mg/16 h 0.8 mg/cm. ²

PAUTA RECOMENDADA: Habitualmente, su uso solo está recomendado en fumadores de más de 10 cigarrillos/día. Según la bibliografía revisada en el primer intento para dejar de fumar en personas con dependencia baja (menos de 7 puntos en el test de Fagerström) podríamos utilizar la dosis de 2 mg y para ayudar a dejar de fumar a pacientes tras recaídas previas o con dependencia alta (7 ó mas puntos en el test de Fagerström) utilizar la de 4 mg.

El tiempo recomendado de duración del tratamiento es de 8 semanas, sin utilizar pauta descendente. Se recomienda mascar de 9 a 15 piezas al día. La dosis fija (pautada: un chicle cada hora) es igual de eficaz que el uso espontáneo, a demanda (cuando el paciente sienta deseos de fumar). La

dosis fija, es más recomendable, cuando los chicles se pautan como terapia farmacológica única. Se administrará un chicle de 2 mg de nicotina por cada 2 cigarrillos, pero si son fumadores de más de 20 cigarrillos/día o con un grado de dependencia superior a 6, se les dará un chicle de 4 mg de nicotina por cada 3 ó 4 cigarrillos, distribuyéndolos a lo largo del día. Si sufren un gran síndrome de abstinencia se puede aumentar el número de dosis.

FORMAS DE ADMINISTRACIÓN: Se debe masticar suavemente, con pausas frecuentes. Así, le indicaremos que una vez haya introducido el chicle en la boca debe masticarlo lentamente, y en el momento en que note su sabor (al cabo de 2 ó 3 minutos) deberá dejar de masticar. Colocando el chicle debajo de la lengua o bien en las partes laterales de la boca durante otros 2 ó 3 minutos, o hasta que desaparezca el sabor a nicotina, en este momento el paciente comenzará de nuevo el ciclo masticar-descansar. Por otro lado, dado que la absorción de nicotina en la mucosa oral se ve disminuida ante un pH ácido, los pacientes no deben tomar bebidas como café o zumos inmediatamente antes o durante el consumo de chicles de nicotina. Es importante explicar al paciente y adjuntarle las instrucciones de uso por escrito de como debe de utilizar el chicle, haciéndole ver que se trata de un fármaco y no de un chicle normal.

VENTAJA: Reside en la obtención de un modo rápido de altos niveles de nicotina en sangre pudiendo regular los fumadores su consumo de nicotina para evitar los síntomas del SAN. Todas las formas de nicotina, pero los chicles en particular, han demostrado su eficacia para ayudar controlar la ganancia de peso que normalmente ocurre después de la cesación del hábito.

INCONVENIENTE: Tendencia a la infrautilización de los mismos, reduciendo con ello su eficacia. Una vez es tragada la nicotina, pasa al estómago y no llega a ejercer su función porque es parcialmente destruida por los jugos gástricos o bien metabolizada por los enzimas hepáticos.

EFFECTOS SECUNDARIOS (5-10% de frecuencia): Dolor mandibular, dolor de garganta, halitosis, mal sabor de boca, molestias dentarias, úlceras en lengua y mucosa oral, gingivitis, hipo, flatulencia, dispepsia, ardor epigástrico, náuseas, cefalea, irritabilidad, palpitaciones.

CONTRAINDICACIONES: Precauciones generales como hipersensibilidad a la nicotina, además de las contraindicaciones de la nicotina y contraindicaciones de la deshabituación tabáquica en general. Pero también, unas precauciones específicas a personas con problemas dentarios, trastornos de la articulación temporo-mandibular e inflamación orofaríngea.

EFICACIA: Podemos ver la eficacia de los chicles de nicotina y comparativamente con el resto de formas de nicotina, con otros fármacos empleados en deshabituación y otras intervenciones en la Tabla 20.

COSTE TRATAMIENTO:

Tabla 9. Coste tratamiento con las distintas variedades de chicles de nicotina.

DOSIS	NOMBRE	VARIEDAD	COSTE TOTAL TTO
CHICLE 2 mg	NICOTINELL®	FRUIT MINT	122,64 €
	NICORETTE®	NORMAL	123,22 €
		MINT	
CHICLE 4 mg	NICOMAX®	NORMAL MINT	116,20 €
	NICORETTE®		184,80 €

Se ha calculado el coste medio, según las recomendaciones explicadas en el texto, con los precios de primer trimestre de 2004.

2.7.1.2. PARCHE

Capa que se adhiere a la piel mediante una matriz con nicotina. Pueden ser de dos tipos (ver Tabla 10) en función de la cantidad y tiempo de liberación de la nicotina, parches de 15 mg, 10 mg y 5 mg que liberan

nicotina durante 16 horas; y parches de 21 mg, 14 mg y 7 mg que liberan nicotina durante 24 horas. Cada parche libera aproximadamente 0.8 mg/h de nicotina y alcanza los niveles terapéuticos a las 2-4 h de su administración. Tras varios días de uso continuado se alcanzan nicotinemias estables de hasta 10-23 ng/ml, disminuyendo en sangre a las 2h de retirarse. Las principales características del parche de nicotina se exponen en la Tabla 8.

Tabla 10. Tipos de parches de nicotina.

DOSIS	NOMBRE	VARIEDAD
PARCHE 16 horas	NICORETTE®	5 mg/parche
		10mg/parche
		15 mg/parche
PARCHE 24 horas	NICOMAX®	5 mg/parche
		10mg/parche
		15 mg/parche
PARCHE 24 horas	NICOTINELL TTS®	7 mg/parche
		14 mg/parche
		21 mg/parche

PAUTA RECOMENDADA: Habitualmente su uso solo está recomendado en fumadores de más de 10 cigarrillos/día. Es igual de eficaz el parche de 16 horas que el de 24 horas. Según la bibliografía revisada en el primer intento de fumadores de menos de 30 cigarrillos/día podríamos utilizar la dosis de 5 mg/parche (16 horas) o 7 mg/parche (24 horas) si es fumador leve (de 10 a 20 cigarrillos/día) y la dosis de 10 mg/parche (16 horas) o 14 mg/parche (24 horas) si es fumador moderado (de 20 a 30 cigarrillos/día). Para ayudar a dejar de fumar a pacientes tras recaídas previas o grandes fumadores (mas de 30 cigarrillos/día) utilizar la de 15 mg/parche (16 horas) o 21mg/parche (24 horas). Para grandes fumadores (más de 30 cigarrillos/día) o para pacientes que recaen, es beneficioso empezar con dosis de 21 mg. /24h o 15 mg. /16h.

El criterio para elegir una formulación u otra (16 ó 24 horas), al ser igualmente eficaces, dependerá de la presencia de craving matutino para utilizar el de 24 horas e insomnio o pesadillas para el de 16 horas.

Habitualmente la duración del tratamiento es de 8 semanas (es tan eficaz la pauta de 8 semanas que las de mayor duración. No se ha encontrado evidencia de beneficio de los tratamientos de más de 8 semanas).

No hace falta disminuir la dosis (no hay diferencias significativas entre pautas de finalización con disminución progresiva de la dosis y pautas con finalización abrupta).

FORMAS DE ADMINISTRACIÓN: Colocar en una zona sin vello al levantarse y retirarlo al acostarse si es de 16 horas o bien al levantarse antes de colocar el nuevo parche si es de 24 horas. En las personas que realizan ejercicio físico intenso puede incrementarse la absorción percutánea por la vasodilatación producida.

Siendo conveniente no ponerlos siempre en la misma zona. Se puede recomendar colocarlo los días pares en el lado derecho y los impares en el izquierdo, para de este modo evitar o al menos minimizar posibles efectos secundarios.

Los parches de 24 horas serán sustituidos diariamente y a ser posible aproximadamente a la misma hora (un buen momento puede ser al levantarse cada mañana de la cama y tras la ducha) y los parches de 16 horas se pondrán por la mañana y se quitarán a la noche, poco antes de acostarse, siendo sustituidos por uno nuevo a la mañana siguiente.

VENTAJAS: Residen en la facilidad de su uso y cumplimiento terapéutico (1 parche/día) y el bajo poder adictivo de los mismos. No se iniciará el tratamiento hasta el día fijado en el que se va a dejar de fumar ni recomendará su uso mientras se siga consumiendo tabaco, salvo excepciones terapéuticas.

EFFECTOS SECUNDARIOS (6% de frecuencia): Alteraciones cutáneas en el lugar de aplicación (eritema, exantema, prurito o quemazón) de forma

transitoria, síntomas gripales (cefalea, diaforesis, mialgias, dolor articular), alteraciones del sueño y dismenorrea, mareos, dispepsia. Parestesias, palpitaciones, irritaciones de la piel. De aparecer son de carácter leve, que suelen desaparecer al cabo de unos días, y si esto no ocurriese se debería prescribir al paciente un corticoide tópico. Además, si siente cierto picor en el punto de aplicación los 15-20 primeros minutos después de colocarse el parche, se puede evitar o al menos minimizar aireando el adhesivo una vez quitado el protector y antes de su colocación en la piel.

CONTRAINDICACIONES: Precauciones generales como hipersensibilidad a la nicotina, además de las contraindicaciones de la nicotina y contraindicaciones de la deshabituación tabáquica en general. Pero también unas precauciones específicas: pacientes con enfermedades dermatológicas generalizadas.

EFICACIA: Podemos ver la eficacia de los parches de nicotina y comparativamente con el resto de formas de nicotina, con otros fármacos empleados en deshabituación y otras intervenciones en la Tabla 20.

COSTE TRATAMIENTO:

Tabla 11. Coste tratamiento

DOSIS	NOMBRE	VARIEDAD	COSTE
PARCHE 16 horas	NICORETTE®	5 mg/parche	112,60 €
		10mg/parche	131,36 €
		15 mg/parche	157,60 €
	NICOMAX®	5 mg/parche	118,76 €
		10mg/parche	130,92 €
		15 mg/parche	138,20 €
PARCHE 24 horas	NICOTINELL TTS®	7 mg/parche	136,60 €
		14 mg/parche	140,92 €
		21 mg/parche	147,44 €

Se ha calculado el coste medio, según las recomendaciones explicadas en el texto, con los precios de primer trimestre de 2004.

2.7.1.3. NEBULIZADOR NASAL.

Solución acuosa de nicotina administrada a través de la mucosa nasal, ver Tabla 12, una nebulización son 500 microgramos de nicotina, produciéndose una absorción muy rápida, con la que se obtienen nicotinemias de unos 15 µg/l a los 5 minutos de la instilación, con niveles próximos a los obtenidos con el consumo de cigarrillos, lo que conlleva un gran alivio del deseo de fumar y del síndrome de abstinencia.

Está especialmente indicado en los pacientes que presentan un alto nivel de dependencia a la nicotina y que precisan altos niveles de ésta en sangre de un modo rápido.

Tabla 12. Nebulizador nasal de nicotina.

NOMBRE	
NEBULIZADOR	NICOTROL®

PAUTA RECOMENDADA: Habitualmente su uso solo esta recomendado en fumadores de más de 10 cigarrillos/día. Según la bibliografía revisada se recomienda una dosis (un puff en cada fosa) tantas veces como desee, siempre y cuando no sobrepase las 5 aplicaciones a la hora y 40 dosis por día. La mayor parte de los estudios recomiendan comenzar con 1-2 mg por hora durante las 10-12 primeras semanas.

El tiempo recomendado de duración del tratamiento es de 12 semanas, utilizando una pauta descendente durante otras 6 semanas, para abandonarlo definitivamente entre el sexto y el duodécimo mes. Faltan estudios para comprobar si sería suficiente una pauta más corta y si es necesaria una pauta descendente.

FORMAS DE ADMINISTRACIÓN: Instilación de un puff en cada una de las fosas nasales. Limpiar las fosas nasales con suero fisiológico antes de la instilación de nicotina, inclinar ligeramente la cabeza hacia atrás y que el eje longitudinal de las fosas nasales coincida con el de la botella que contiene la solución de nicotina. Tras la instilación el paciente no debe tragar, inspirar ni inhalar pues la nicotina debe quedar adherida a la mucosa nasal.

INCONVENIENTES: Puede provocar dependencia en los pacientes que mantienen la utilización del spray más de 6 meses, aproximadamente en el 40% casos.

EFFECTOS SECUNDARIOS: Irritación local, picor, rinorrea y estornudos. Obstrucción nasal, epistaxis. Cefalea, dispepsia, aumento de la diuresis.

CONTRAINDICACIONES: Precauciones generales como hipersensibilidad a la nicotina, además de las contraindicaciones de la nicotina y contraindicaciones de la deshabituación tabáquica en general. Pero también unas precauciones específicas: pacientes con enfermedades en las fosas nasales.

EFICACIA: Podemos ver la eficacia del nebulizador nasal de nicotina y comparativamente con el resto de formas de nicotina, con otros fármacos empleados en deshabituación y otras intervenciones en la Tabla 20.

COSTE TRATAMIENTO:

Tabla 13. Coste tratamiento con nebulizador nasal.

	NOMBRE	COSTE
NEBULIZADOR	NICOTROL®	302,10 €

Se ha calculado el coste medio, según las recomendaciones explicadas en el texto, con los precios del primer trimestre de 2004.

2.7.1.4. INHALADOR BUCAL.

No se ha comercializado esta forma aún en nuestro país, ver Tabla 14. Consiste en una boquilla de plástico, similar a las que utilizan los fumadores en la que se inserta una cápsula que contiene 10 mg de nicotina y 1 mg de mentol (reduce el efecto irritante de la nicotina). Cada inhalación libera unos 16 µg, suministrando cada cápsula unas 300 inhalaciones. Con ello se obtienen de un modo rápido nicotinemias en sangre venosa periférica que oscilan entre 10 y 15 µg/l. Esto es, para alcanzar las concentraciones plasmáticas de nicotina obtenidas con un cigarrillo son necesarias 80 inhalaciones profundas en 20 minutos, pudiendo ser utilizada cada cápsula hasta en 5 sesiones.

Tabla 14. Nombre comercial inhalador bucal de nicotina.

	NOMBRE
INHALADOR	NICOTROL®

El inhalador bucal de nicotina estará indicado en los fumadores con un importante componente de actividad boca-mano en el hábito de fumar, es decir aquéllos que en determinadas situaciones, necesitan tener algo en la boca o en las manos.

FORMAS DE ADMINISTRACIÓN: Inspirar por la boca con frecuencia durante unos 20 minutos. Las dosis recomendadas son de al menos 6 cápsulas al día, que deben mantenerse durante las primeras 3-6 semanas de abstinencia tabáquica. En las siguientes 6-12 semanas se administrarán a demanda, adaptando las dosis a las necesidades del paciente, disminuyendo progresivamente las dosis en los siguientes 3 meses hasta

suprimir totalmente el tratamiento. Otra pauta alternativa consistiría en reducir un 25% de la dosis, cada mes, durante 3 meses.

EFFECTOS SECUNDARIOS: Tos, irritación de garganta, alteraciones del gusto, fiebre, síntomas gripales, náuseas.

CONTRAINDICACIONES: Precauciones generales como hipersensibilidad a la nicotina, además de las contraindicaciones de la nicotina y contraindicaciones de la deshabituación tabáquica en general. Pero también unas precauciones específicas: pacientes con hiperreactividad bucal.

EFICACIA: Podemos ver la eficacia del inhalador bucal de nicotina y comparativamente con el resto de formas de nicotina, con otros fármacos empleados en deshabituación y otras intervenciones en la Tabla 20.

COSTE TRATAMIENTO: No se puede calcular hasta que no salga a mercado.

2.7.1.5. COMPRIMIDOS PARA CHUPAR DE NICOTINA.

Comprimidos de 1 mg de nicotina, ver Tabla 15, que se absorbe a través de la mucosa oral al ser chupados por el fumador y presentan una farmacocinética superponible a los chicles de 2 mg (ver Tabla 8).

Tabla 15. Comprimidos para chupar de nicotina.

NOMBRE	
COMPRIMIDOS 1 mg	NICOTINELL®

PAUTA RECOMENDADA: Se pueden prescribir a demanda-rescate, según las necesidades del paciente, o de forma pautada. Ésta última, más

recomendable, cuando se prescriben aisladamente sin asociar otro tipo de terapia farmacológica, siguiendo las mismas pautas que con los chicles de nicotina de 2 mg. El tiempo recomendado de duración del tratamiento es de 12 semanas, utilizando una pauta descendente durante otras 6 semanas. Reduciéndose progresivamente, por ejemplo, cada 4 ó 5 días disminuir 1 ó 2 comprimidos de la toma diaria, hasta llegar a consumir 1 ó 2, momento en el que se puede suspender. Faltan estudios para comprobar si sería suficiente una pauta más corta y si es necesaria una pauta descendente.

FORMAS DE ADMINISTRACIÓN: Se chupará el comprimido, nunca lo masticará, hasta que el sabor se haga fuerte, entonces se colocará entre la encía y la pared bucal, al disminuir el sabor, se volverá a chupar el comprimido. Este ciclo se repetirá hasta que el comprimido se haya disuelto por completo, aproximadamente 30 minutos. La absorción de nicotina es pH dependiente por lo que el consumo previo o simultáneo de café, bebidas ácidas o refrescos puede disminuir la absorción, por lo que se debe evitar estas bebidas los 15 minutos anteriores a la toma del comprimido.

VENTAJA: El comprimido se libera totalmente, de manera constante y uniforme, a diferencia del chicle, en que ésta depende de la frecuencia e intensidad de la masticación.

EFFECTOS SECUNDARIOS: Debidos a un uso incorrecto como irritación faríngea, aumento de la salivación, trastornos ligeros de la digestión y ardor de estómago o hipo.

CONTRAINDICACIONES: Precauciones generales como hipersensibilidad a la nicotina, además de las contraindicaciones de la nicotina y contraindicaciones de la deshabituación tabáquica en general. Pero también unas precauciones específicas: debidos a un uso incorrecto como irritación faríngea, aumento de la salivación, trastornos ligeros de la digestión y ardor de estómago o hipo.

EFICACIA: Podemos ver la eficacia de los comprimidos para chupar de nicotina y comparativamente con el resto de formas de nicotina, con otros fármacos empleados en deshabituación y otras intervenciones en la Tabla 20.

COSTE TRATAMIENTO:

Tabla 16. Coste del tratamiento con comprimidos para chupar de nicotina.

	NOMBRE	COSTE
COMPRIMIDOS 1 mg	NICOTINELL®	306,30 €

Se ha calculado el coste medio, según las recomendaciones explicadas en el texto, con los precios del primer trimestre de 2004.

2.7.2. Antidepresivos^{83,90,91,92,93,94,95,96,97,98}

Dentro de los tratamientos farmacológicos no nicotínicos el más empleado y el único aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) como tratamiento indicado para la deshabituación tabáquica es el hidrocloreuro de bupropion.

De los antidepresivos estudiados, ver Tabla 17, solo de Bupropion y Nortriptilina se han encontrado datos suficientes para recomendar su uso como fármacos para ayudar a dejar de fumar. Además no hay diferencias entre ellos en la eficacia para ayudar a dejar de fumar.

Tabla 17. Tipos de antidepresivos usados para ayudar a dejar de fumar.

GRUPO	PRINCIPIO ACTIVO
ATD-TRICÍCLICOS	DOXEPINA
	IMIPRAMINA
	NORTRIPTILINA
IMAO	MOCLOBENIDA SELEGILINA

IRSS	FLUOXETINA PAROXETINA SERTRALINA
ATÍPICOS	BUPROPION
	TRYPTOFANO VENLAFAXINA

ATD: antidepresivos; IMAO: inhibidores de la monoaminooxidasa; IRSS: inhibidores de la recaptación de serotonina;

2.7.2.1. ATD-TRICÍCLICOS

De Doxepina e Imipramina, no se han encontrado estudios con seguimiento igual o superior a 6 meses.

Nortriptilina, por su característica de inhibir la recaptación de noradrenalina y una leve actividad dopaminérgica, se ha ensayado como una ayuda para dejar de fumar, ya que posiblemente por este mecanismo disminuye la intensidad de los síntomas de abstinencia a la nicotina. En los ensayos clínicos encontrados hay diferencias estadísticamente significativas a favor de Nortriptilina. En el momento en que se realizó la búsqueda se encontró un estudio en marcha, queda pues pendiente de obtener resultados.

Nortriptilina, a pesar de haber encontrado eficacia para ayudar a dejar de fumar (tanto en sujetos depresivos como no depresivos), se recomienda como fármaco de segunda línea por tener más efectos adversos derivados de su acción colinérgica, sequedad de boca, estreñimiento y retención urinaria. También puede ocasionar hipotensión, taquicardia y somnolencia. En nuestro país esta recomendación no está autorizada. Actualmente esta comercializada en forma de comprimidos de 25 mg. Que se utilizan para otras indicaciones. La pauta recomendada sería iniciar el tratamiento con 75-100 mg/día, unos diez días antes del día elegido para dejar de fumar. Después se continúa con la misma dosis durante 8 semanas. La duración

adecuada del tratamiento no está establecida. Se recomienda retirar mediante pauta descendente. Podemos ver la eficacia comparativamente con las distintas formas de administración de nicotina, con otros fármacos empleados en deshabituación y otras intervenciones en la Tabla 20. Coste tratamiento: no se puede calcular con datos actuales.

2.7.2.2. IMAO

Con Moclobenida, en los estudios encontrados, no hay diferencias significativas respecto a placebo. Con Selegilina, en el momento en que se realizó la búsqueda se encontró un estudio en marcha, queda pues pendiente de obtener resultados.

2.7.2.3. IRSS

Con Fluoxetina, Paroxetina y Sertralina, en los estudios encontrados, no hay diferencias significativas respecto a placebo.

2.7.2.4. ATÍPICOS

Con Triptófano y Venlafaxina, en los estudios encontrados, no hay diferencias significativas respecto a placebo.

Bupropion, hay diferencias estadísticamente significativas a favor de bupropion.

Bupropion se recomienda como fármaco de primera línea para ayudar a dejar de fumar. Es un antidepresivo de segunda generación. Su efecto es independiente de que exista o no historia previa de depresión, y de que aparezca o no depresión post-cesación.

La absorción de Bupropion es rápida y completa por vía oral, no interfiriéndose con la toma de alimentos. Se transforma inmediatamente en sus metabolitos por la acción del citocromo P450 (CYP) 2B6, por lo que su

disponibilidad es reducida (inferior al 50%). La máxima concentración plasmática se consigue a las tres horas de iniciar el tratamiento oral con 150 mg de Bupropion (C. max 140 µg/l). Tiene una media vida de 20 horas. Atraviesa la barrera placentaria y es detectable en la leche materna, por lo que se recomienda no ser administrado ni durante el embarazo, ni mientras dure la lactancia materna activa. Menos del 0,6% se excreta sin modificar en la orina, el resto se elimina en forma de metabolitos, especialmente por la orina y, en menor proporción, por las heces. El metabolismo y la eliminación están alterados en pacientes con insuficiencia hepática o renal grave.

Tanto el Bupropion como su principal metabolito el hidroxibupropion, inhiben la recaptación neuronal selectiva de noradrenalina y dopamina, incrementando los niveles de las mismas en las sinapsis neuronales del núcleo accumbens y del locus ceruleus. En general se acepta que la vía dopaminérgica media en las propiedades de recompensa de la nicotina. Esta y otras sustancias de abuso activan un circuito de recompensa de neuronas liberadoras de dopamina que se proyectan desde el tallo cerebral hasta el núcleo accumbens. Bupropion reduce la actividad de estas neuronas desactivando el circuito de recompensa y disminuyendo en consecuencia el deseo de fumar. Respecto a las vías noradrenérgicas están implicadas en la aparición de los síntomas de abstinencia a la nicotina. La abstinencia de nicotina así como de otras sustancias de abuso en individuos que previamente han desarrollado una adicción aumenta la actividad de las neuronas liberadoras de noradrenalina del locus coeruleus. Bupropion reduce la actividad de las neuronas liberadoras de noradrenalina, minimizando los síntomas de abstinencia a la nicotina. Además, se ha demostrado que es un antagonista no competitivo de los receptores de nicotina neuronales, bloqueando varios de sus efectos farmacológicos y comportándose como un antagonista de ésta, lo que refuerza su eficacia en el tratamiento de la deshabituación tabáquica.

Parece disminuir por tanto el deseo de fumar, los síntomas de abstinencia y la ganancia de peso, pero sólo mientras se usa.

Combinado (Bupropion mas parche de nicotina) es más eficaz que el parche de nicotina sólo, pero no más eficaz que Bupropion sólo. Cuando se asocia con una intervención intensiva, el bupropion es tan eficaz como la terapia de reemplazo de nicotina, y al igual que con élla, consigue doblar la proporción de fumadores que dejan de fumar, respecto a placebo, logrando abstinencias al año en 19% de fumadores.

PAUTA RECOMENDADA: Se inicia el tratamiento con 150 mg/día, a primera hora de la mañana, durante los 6 primeros días antes del día elegido para dejar de fumar. Pudiendo aumentarse esa dosis a partir del 7° día a 300 mg/día (en dos veces, separados por lo menos 8 horas) durante 8 semanas. El uso continuado (para evitar la recaída) no ha demostrado tener beneficio significativo hasta el momento.

Tomar la segunda dosis antes de las 17 horas con el fin de disminuir la aparición de insomnio.

EFFECTOS SECUNDARIOS: Los más frecuentes son cefalea (26%), insomnio (34.6 - 42.4%), rinitis (26%), boca seca (12.8 - 13.1%), ansiedad y mareos, reacciones alérgicas dermatológicas (3%) como prurito e incluso en algún caso erupción intensa. El efecto adverso más relevante es la posible aparición de convulsiones (0,1%) y por otro lado reacciones de hipersensibilidad graves. Se ha observado escaso poder de dependencia o abuso.

CONTRAINDICACIONES: Pacientes con trastorno convulsivo actual o pasado, tumor del sistema nervioso central, diagnóstico actual o previo de bulimia o anorexia nerviosa, historia actual o previa de trastorno bipolar, uso concomitante con inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) (deben transcurrir por lo menos 14 días desde que cesa el tratamiento con IMAO y

se inicia con Bupropion), pacientes que estén en proceso de deshabituación alcohólica o de retirada de benzodiazepinas, cirrosis hepática, embarazo, lactancia y menores de 18 años.

PRECAUCIONES: Se prescribirá con precaución en pacientes con antecedentes de traumatismo craneal, consumo excesivo de alcohol, circunstancias relacionadas con un mayor riesgo de convulsiones como diabetes tratada con hipoglucemiantes o insulina y el uso de estimulantes o productos anorexígenos, pacientes con insuficiencia hepática o insuficiencia renal. En todos estos casos, si a pesar de todo, se decide iniciar el tratamiento, no se sobrepasará la dosis de 150 mg al día durante toda la duración de la terapia.

El uso concomitante de fármacos que disminuyen el umbral de convulsiones como antidepresivos, antipsicóticos, teofilina, corticoides sistémicos, antimaláricos, tramadol, antibióticos quinolónicos, antihistamínicos sedantes, suponen un factor de riesgo para la aparición de convulsiones.

También se utilizará con precaución en el anciano, tratamiento concomitante con levodopa (aumenta sus efectos secundarios fundamentalmente náuseas y vómitos, pero también excitación o inquietud) o con propafenona o flecainida (produce reducción de la dosis de los antiarrítmicos), antes de conducir o utilizar maquinaria, hasta que se asegure que no afecta adversamente su capacidad.

Al utilizarlo de forma combinada con los parches transdérmicos de nicotina puede aumentar la incidencia de hipertensión arterial que aparece durante el tratamiento.

EFICACIA: Podemos ver la eficacia de bupropion y comparativamente con el tratamiento con las distintas formas de nicotina, con otros fármacos empleados en deshabituación y otras intervenciones en la Tabla 20.

COSTE TRATAMIENTO:

Tabla 18. Coste del tratamiento con bupropion.

PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE	COSTE
BUPROPIÓN	ZYNTABAC QUOMEN	153,18 €

Se ha calculado el coste medio, según las recomendaciones explicadas en el texto, con los precios del primer trimestre de 2004.

2.7.3. Ansiolíticos^{92,99,100,101,102}

Los ansiolíticos, ver Tabla 19, no están comercializados de un modo específico como fármacos para la deshabituación del tabáquica y aunque se han utilizado en base a que la ansiedad es un síntoma del SAN y a que el hecho de fumar en determinadas personas reduce la ansiedad inducida por el estrés. En los ensayos encontrados no han mostrado mayor eficacia que el placebo.

Tabla 19. Tipos de ansiolíticos usados para ayudar a dejar de fumar.

BUSPIRONA
DIAZEPAM
DOXEPINA
MEPROBAMATE
ONDASENTRON
β-BLOQUEANTES:
METOPROLOL
OXPRENOLOL
PROPANOLOL

En los estudios encontrados, no hay evidencia consistente que permita afirmar que los ansiolíticos son útiles para ayudar a dejar de fumar, pero la evidencia disponible hasta la actualidad es escasa. Probablemente solo

sería aceptable utilizar ansiolíticos con pocos efectos secundarios (como la Buspirona) pero harían falta más ensayos clínicos para estudiar este efecto.

2.7.4. Clonidina^{97,98 103}

CONCLUSIONES:

Agonista postsináptico α_2 que reduce la actividad simpática originada en el locus coeruleus, asociado a las sensaciones de placer adictivo y a la privación del mismo. No se conoce el mecanismo de acción usándose principalmente en la disminución de la irritabilidad y del deseo urgente de fumar.

En los ensayos clínicos encontrados hay diferencias estadísticamente significativas respecto a placebo (en alguno de ellos, mayor eficacia en las mujeres que en los hombres), sin embargo la calidad de los ensayos es muy pobre (no aleatorización, no ciego, mala definición de la cesación para valorar los resultados...), lo que hace la evidencia menos fiable.

Dada la alta incidencia de efectos adversos (sedación, vértigo, fatiga. Sequedad de boca e hipotensión ortostática) no se puede considerar un fármaco de primera línea para ayudar a dejar de fumar. Podría ser útil como fármaco de segunda línea para personas que no quieren o en las que han fracasado tanto el tratamiento con nicotina como con antidepresivos (bupropion o nortriptilina), pero en nuestro país esta recomendación no está autorizada, sólo como hipotensor.

DOSIS: Oral: 150 microgr.; parches de 0,1, 0,2 o 0,3 mg/día.

FORMAS DE ADMINISTRACIÓN: Oral y parches.

EFICACIA: Podemos ver la eficacia de Clonidina y comparativamente con la TSN, con otros fármacos empleados en deshabituación y otras intervenciones en la Tabla 20.

COSTE TRATAMIENTO: No se puede calcular con los datos actuales.

2.7.5. Mecamilamina^{97, 98,104}

CONCLUSIONES:

Bloqueador no competitivo de los receptores nicotínicos. La combinación con TSN, puede mostrar un efecto sinérgico en la deshabituación, pues, ambos ocuparían el receptor, atenuando por un lado el deseo de fumar y por otro el SAN.

Se han encontrado 2 estudios pequeños, que sugieren que la combinación de nicotina y mecamilamina puede ser superior a la nicotina sola. Sin embargo, estos estudios requieren la confirmación por estudios más grandes.

2.8. EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES.

En la población general, un 2% de los fumadores dejan de fumar espontáneamente cada año sin ninguna intervención sanitaria.¹⁰⁵

Con el apoyo de intervenciones sanitarias este porcentaje, al menos, se duplica, según los datos encontrados, se consiguen tasas de abandono de un 4% para consejo médico y 10% para consejo intensivo.¹⁰⁶

Las unidades especializadas en este tipo de tratamiento, a través de relativamente pocas sesiones terapéuticas intensivas (consisten en técnicas de apoyo psicológico, tratamiento farmacológico, técnicas de biofeedback

para el refuerzo de la abstinencia, generalmente mediante la utilización de medidores de CO, estrategias para la prevención de recaídas) y de seguimiento a largo plazo. Consiguen una alta eficacia (30-50% de abstinencia al año).

Tabla 20. Eficacia de distintas intervenciones en el tratamiento del tabaquismo frente a la no intervención o placebo.¹⁰⁶

Tipo de intervención	Eficacia OR (IC 95%)*
Manuales de autoayuda	
Materiales no personalizados	1,24 (1,07-1,45)
Materiales personalizados	1,80 (1,46-2,23)
Intervención mínima	
Consejo médico	1,69 (1,45-1,98)
Consejo enfermería	1,50 (1,29-1,73)
Consejo telefónico por persona entrenada	1,56 (1,38-1,77)
Intervenciones intensivas (psicológicas)	
Terapia individual	1,62 (1,35-1,94)**
Terapia grupal	2,19 (1,42-3,37)
Terapia aversiva	1,98 (1,36-2,90)
Intervenciones farmacológicas	
Chicles de nicotina	1,66 (1,52-1,81)
Parches de nicotina	1,74 (1,57-1,93)
Spray nasal de nicotina	2,27 (1,61-3,20)
Inhalador de nicotina***	2,08 (1,43-3,04)
Tabletas sublinguales	1,73 (1,07-2,80)
Bupropion	2,75 (1,98-3,81)
Nortriptilina	2,80 (1,81-4,32)
Clonidina	1,89 (1,30-2,74)

*Todas las determinaciones fueron estadísticamente significativas. ** El consejo individual tendrá mayor eficacia dependiendo del tiempo de contacto: OR=3,2 para 91-300 minutos; OR=2,8 para más de 300 minutos. Así como el número de sesiones realizadas: OR=1,9 para 4-8 sesiones; OR=2,3 para más de 8 sesiones. *** Presentación no comercializada en España.

Las revisiones realizadas no han encontrado diferencias significativas entre este tipo de tratamiento realizado de forma individual o en grupo; por lo tanto, por razones de eficiencia, se recomienda que la oferta del tratamiento especializado se realice mediante tratamiento grupal. Se trata de un enfoque altamente eficaz y coste efectivo para grupos de riesgo, es decir, para

personas que tras serios intentos para dejar de fumar han fracasado reiteradamente debido a su fuerte adicción al tabaco, enfermos con un diagnóstico de patología grave relacionada con el uso del tabaco y mujeres embarazadas o en periodo de lactancia.¹⁰⁶

2.9. PAPEL DEL MÉDICO

Existen razones de peso para realizar estudios, que proporcionen, datos sobre los hábitos de fumar. Pero se deben realizar no sólo con el ánimo aportar datos sobre la cuestión en los ámbitos nacionales, sino también por lo que podríamos aprender sobre el modo que el tabaco actúa en relación con distintos estilos de vida.

Aunque la realización de dichos estudios constituya una importante contribución que unos pocos facultativos pueden perpetrar en cada uno de tantos y tan distintos países, la mayor contribución que pueden ofrecer está en las formas de actuar: mediante el contacto directo con sus pacientes, para mejorar su salud a largo plazo, y mediante sus asociaciones profesionales, para lograr el mismo objetivo influyendo en la política gubernamental.

Como hemos comentado hasta ahora, hay evidencia científica que demuestra que las intervenciones breves de los profesionales sanitarios pueden aumentar las proporciones de fumadores que abandonan su hábito, logrando incluso duplicar las cifras respecto a la cesación espontánea¹⁰⁶.

Es posible, contando con una amplia participación, reducir la situación dominante del tabaco con bastante celeridad, como ha sucedido en muchos países durante las últimas décadas; pero lograr reducir su presencia hasta convertirla en una preocupación menor para la salud pública supondrá muchos años de esfuerzo concentrado.

Es muy importante saber la relación de los médicos con el tabaco. Por ello se recomienda enfáticamente realizar periódicamente encuestas que midan el consumo de tabaco entre los profesionales sanitarios y su forma de actuar en la consulta⁴³.

Si los índices de fumadores entre el personal sanitario son altos, ello indica que debe otorgarse prioridad al problema.

Un índice de fumar significativamente más bajo entre los médicos que entre la población en general puede usarse para reforzar otros mensajes acerca de los peligros del tabaco y fomentar la opinión favorable a la abstinencia.

Las prácticas actuales de los médicos clínicos de la mayoría de los países son muy variadas. Hay médicos que controlan periódicamente el hábito de fumar de los pacientes y aprovechan todas las oportunidades para ayudarles a dejar de fumar y fomentar la abstinencia.

En el otro extremo del espectro, hay médicos que nunca hablan del hábito de fumar con los pacientes, a veces fuman ellos mismos y su propio hábito les inhibe para intentar ayudar a sus pacientes.

Se sabe que aproximadamente un 80% de adultos tienen contacto con un profesional sanitario, normalmente de atención primaria, por lo menos una vez cada año¹⁰⁷. Cifra importante si de forma rutinaria se les practicase a todos ellos una intervención antitabaco, eficaz, acorde a sus necesidades.

Un ejemplo sobre la importancia de la realización de encuestas periódicamente al personal sanitario, sería la experiencia de Suecia. Los índices y las actitudes de los médicos suecos respecto al hábito de fumar se han medido durante casi 30 años, usándose una muestra aleatoria del 5% de la profesión. Durante ese período, el porcentaje de fumadores diarios se redujo del 46% al 6% y entre los que se fumaban, el número de cigarrillos

fumados por día se redujo de trece a cinco. Es interesante el hecho de que entre los motivos para no fumar citados, el de “ser un modelo de conducta” haya aumentado del 10% al 71% de todos los médicos. Actualmente, los médicos de familia son los que menos fuman (4%) y los psiquiatras los que más fuman (11%).

Resulta útil también la constitución de Grupos de Tabaco.

Una de sus funciones es la de proporcionar información a los médicos acerca de la abstinencia. Es importante que los médicos estén bien informados respecto a las últimas pruebas de las técnicas de abstinencia y su eficacia. Cualquiera que sea la etapa que hayan alcanzado en su educación personal respecto al fumar, todos los médicos se beneficiarán de saber qué pueden hacer para ayudar a aquéllos que desean dejar de fumar y fomentar la abstinencia de todos los fumadores.

Los pacientes acuden al médico en busca de absolución y no de amonestaciones, y pocos médicos han recibido una formación tan eficaz en el arte de la prevención como en el la curación.

Ambos requieren tanto habilidad como conocimiento científico para lograr su objetivo.

La información sobre la abstinencia del tabaco y las aptitudes correspondientes pueden impartirse a los médicos de numerosas formas: publicaciones médicas, verificando que aborden periódicamente los métodos de abstinencia del tabaco, o cursos de formación, que no sean demasiado técnicos.

Un módulo de formación básico relativo a la abstinencia del tabaco podría consistir en dos sesiones de 45 minutos de duración: Una revisión de las técnicas y los dispositivos para dejar de fumar y su eficacia demostrada y

como los médicos deben controlar y dar asesoramiento a sus pacientes que fuman a fin de ayudarles a abstenerse del tabaco.

2.10. LEGISLACIÓN

En esta materia, como en otras de Salud Pública, las Comunidades Autónomas son competentes y disponen de legislación propia. Se muestra, a continuación, en primer lugar, la Legislación Nacional⁴² por fecha de publicación y por tema, seguida de las de la Comunidad Autónoma de Aragón¹⁰⁸:

Año 2004

ORDEN SCO 127/2004, de 22 de enero, por la que se desarrollan los artículos 4 y 6 del Real Decreto 1079/2002, de 18 de octubre, por el que se regulan los contenidos máximos de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono de los cigarrillos, el etiquetado de los productos de tabaco, así como las medidas relativas a ingredientes y denominaciones de los productos del tabaco.

Año 2003

REAL DECRETO 548/2003, de 9 de mayo, por el que se crea la Comisión Intersectorial de Dirección y el Comité Ejecutivo para el desarrollo del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2003-2007¹⁰⁹.

Año 2002

REAL DECRETO 1079/2002, de 18 de octubre, por el que se regulan los contenidos máximos de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono de los cigarrillos, el etiquetado de los productos del tabaco, así como las medidas relativas a ingredientes y denominaciones de los productos del tabaco¹¹⁰.

Año 1999

REAL DECRETO 1293/1999, de 23 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población¹¹¹.

REAL DECRETO 1199/1999, de 9 de julio, por el que se desarrolla la Ley 13/1998, de 4 de mayo, de Ordenación del Mercado de Tabacos y Normativa Tributaria y se regula el Estatuto Concesional de la Red de Expendedurías de Tabaco y Timbre¹¹².

LEY 22/1999, de 7 de junio, de modificación de la Ley 25/1994 de 12 de julio, por la que se incorpora al Ordenamiento Jurídico Español la Directiva 89/552/CEE, sobre la coordinación de disposiciones legales reglamentarias y administrativas de los Estados miembros, relativas al ejercicio de actividades de radiodifusión televisiva¹¹³.

Año 1998

REAL DECRETO 2668/1998, de 11 de diciembre, por el que se aprueba el Estatuto del Organismo Autónomo Comisionado para el Mercado de Tabacos¹¹⁴.

LEY 13/1998, de 4 de mayo, de Ordenación del Mercado de Tabacos y Normativa Tributaria. Jefatura del Estado¹¹⁵.

Año 1994

LEY 25/1994, de 12 de julio, por la que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 89/552/CEE, sobre la coordinación de disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros relativas al ejercicio de actividades de radiodifusión televisiva. Jefatura del Estado¹¹⁶.

Año 1988

LEY 34/ 1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad. Jefatura del Estado¹¹⁷.

REAL DECRETO 192/1988, de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población. Ministerio de Sanidad y Consumo¹¹⁸.

Restricciones a la venta y consumo de tabaco

La imposición de restricciones a la venta y consumo de cigarrillos se recoge en el R.D. 192/88 de 4 de marzo¹¹⁹ y en el R.D. 1293/1999 de 23 de julio que lo modifica¹²⁰.

Etiquetado de los productos del tabaco

R.D. 1079/2002 de 18 de octubre, por el que se regulan los contenidos máximos de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono de los cigarrillos, el etiquetado de los productos del tabaco, así como las medidas relativas a ingredientes y denominaciones de los productos del tabaco.

Regulación de espacios sin humo

En España, los **Reales Decretos** 192/1988 de 4 de marzo y 1293/1999 de 23 de julio regulan los lugares públicos donde está prohibido el consumo de tabaco.

Lugares donde exista mayor riesgo a la salud del trabajador por combinar el tabaco con otros contaminantes.

Cualquier área laboral donde trabajen mujeres embarazadas.

Centros sanitarios (*), docentes (*), y centros de atención social destinados a menores de dieciséis años.

Todos los vehículos o medios de transporte urbano e interurbano. Los transportes ferroviarios y marítimos, no obstante podrán reservarse vagones o camarotes completos o departamentos para fumadores en una cuantía igual o inferior al 36 % del total. Las aeronaves en vuelo comercial cuyo origen y destino esté en territorio nacional. Zonas de las oficinas en las administraciones públicas destinadas a la atención directa al público.

Salas de uso público general, lectura, exposición y espectáculos (*).

Ascensores y elevadores.

Locales comerciales cerrados con frecuente congregación de personas (*).

En todos los lugares marcados con el signo (*) se diferenciarán y señalarán áreas específicas donde se permita fumar.

Control de la publicidad del tabaco

En España, el control de la publicidad de los productos de tabaco se recoge en la siguiente normativa:

Ley 34/1988 de 11 de noviembre, General de Publicidad. Establece en su artículo 8.5 la prohibición de publicidad de tabacos por medio de la televisión, y en aquellos lugares donde está prohibida su venta o consumo.

Ley 25/1994 de 12 de julio de radiodifusión televisiva, por la que se incorpora la Directiva 89/552/CEE. En su artículo 10 se prohíbe la publicidad

por TV. de cualquier forma, directa o indirecta, de cigarrillos y demás productos del tabaco.

A nivel autonómico:

Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias¹²¹.

Enumera las limitaciones y prohibiciones de actividades consideradas potencialmente nocivas para la salud que han de seguirse en todas las dependencias de carácter público de la Diputación general de Aragón para la protección de la salud de sus empleados y de aquellos ciudadanos usuarios de los servicios públicos, y como ejemplo de una tendencia previsor de todo tipo de riesgos para la salud individual y colectiva.

Se prohíbe la venta y suministro de tabaco, de sus productos, labores o imitaciones que introduzcan el hábito de fumar en todos los edificios administrativos de la Diputación General de Aragón.

Está prohibido fumar en todos los edificios administrativos del Gobierno de Aragón salvo en las cafeterías y en los patios, jardines o espacios al aire libre mientras no se determine lo contrario por razones de seguridad del inmueble. Se exceptúan igualmente los despachos unipersonales si su titular lo permite. En este caso, durante las sesiones de trabajo en que el despacho haya de ser compartido, primará el derecho de los no fumadores a que se cumpla la prohibición general.

DECRETO 152/2001, de 24 de julio, del Gobierno de Aragón, por el que se regulan las características de la señalización donde figuran las prohibiciones y limitaciones a la venta de bebidas alcohólicas y de tabaco o sus labores¹²².

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS EXPERIMENTACIÓN.

La prevalencia de personal sanitario fumador es un dato clave dentro del abordaje del tabaquismo, siendo los profesionales fumadores activos los que realizan una intervención un 5% menor.

Sobre la forma de actuar de los sanitarios, en la consulta diaria, ante el paciente fumador y los conocimientos previos en deshabituación tabáquica, influyen diferentes variables y en distinta medida.

Independientemente de las habilidades previas de los profesionales sanitarios, tras una intervención orientada a mejorar sus conocimientos, se consigue una mejora superior a un 30% en los conocimientos y habilidades de manejo del fumador.

Esta mejora en los conocimientos y habilidades repercute en la actitud en la consulta diaria, aumentando en más de un 10% los pacientes a los que se interroga sobre su hábito tabáquico en la consulta ocasional y en más de un 10% los fumadores a los que se realiza intervención (consejo, fijar fecha para dejar de fumar, proporcionar material de ayuda, ofrecer seguimiento).

Además aumenta en más de un 10% los fumadores a los que se ofrece ayuda farmacológica para dejar de fumar, lo cual sumado al consejo y seguimiento, aumentará las posibilidades de dejar de fumar.

OBJETIVOS

OBJETIVOS.

1. Conocer la prevalencia de profesionales sanitarios fumadores.
2. Conocer la prevalencia de convivientes fumadores.
3. Conocer la intervención que se realiza al paciente fumador, en la consulta diaria y si existen diferencias en la forma de actuar, según diferentes variables.
4. Estudiar la complejidad del abordaje al fumador y las variables relacionadas.
5. Determinar los conocimientos previos de los sanitarios sobre los fármacos empleados en deshabituación y las variables relacionadas.
6. Conocer el efecto de una intervención orientada a sus necesidades, en la actuación de los profesionales sanitarios de Aragón, relacionados con la intervención antitabaco, tanto en Atención Especializada como en Atención Primaria.

METODOLOGÍA

1 MATERIAL Y MÉTODOS.

1.a. DISEÑO.

Estudio experimental (ensayo comunitario, aleatorio, con grupo control en paralelo y triple ciego) realizado en profesionales sanitarios de Aragón (Zaragoza: sectores I, II y III y sector de Calatayud; Huesca: sector de Huesca y de Barbastro; Teruel: sector de Teruel y de Alcañiz) relacionados con la intervención antitabaco.

Previamente se realizó un estudio piloto a sanitarios para establecer las especialidades que se incluirán en el estudio (ANEXO 7) y otro para validar el cuestionario y para averiguar la variabilidad de los resultados permitiendo calcular el tamaño muestral necesario.

1.b. POBLACIÓN DIANA.

Esta constituida por los profesionales sanitarios de medicina y enfermería de Aragón, cuya actividad diaria esta íntimamente relacionada con la intervención antitabaco, tanto a nivel Hospitalario, como de Atención Primaria. Se ha solicitado consentimiento informado a todos los participantes (ANEXO 8).

2 CRITERIOS INCLUSIÓN / EXCLUSIÓN.

2.a. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Ser sanitario (Médico, especialista o Residente (MIR), o bien Diplomado en Enfermería (DE) y estar trabajando en el momento en que se realiza la intervención.

A nivel de Atención Primaria: Medicina de Familia, Pediatría, DE, MIR de Medicina de Familia de tercer año, que estén rotando en el centro de salud, en el momento en que se realiza la intervención.

A nivel Hospitalario: Médicos, DE de consultas externas y MIR de los siguientes servicios: Neumología, Neurología, Cardiología, Digestivo, Medicina Interna, Medicina Preventiva y Salud Pública, Pediatría, Ginecología, Oncología Médica y ORL.

Ambos sexos.

Personas que han otorgado su consentimiento a participar en este estudio, tras haber sido informados de la metodología del mismo verbalmente y por escrito.

2.b. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Sanitarios que en el momento de la intervención no se encontraban trabajando, independientemente del motivo (vacaciones, libranza de guardia, baja laboral, excedencias, cursos, etc.).

3 TAMAÑO MUESTRAL.

El tamaño de la muestra, para una población de 2765 sanitarios, se calculó con un riesgo alfa del 5%, un riesgo beta del 20%, la magnitud mínima del efecto que se quiere detectar se fijó en un 10%, considerando clínicamente relevante un aumento de un 10% en la segunda encuesta, y basándonos en los resultados del estudio piloto, se tomó como porcentaje inicial en el grupo control el 50%. Se tomó la razón de muestreo 1:1. Con estos datos necesitamos a 387 sujetos en cada grupo, que se han ampliado en función de un 33,5% de no respuestas, incluyendo finalmente a 517

personas en cada grupo, lo que supone una muestra total de 1034 sujetos estudiados.

3.a. SOLICITUD DE DATOS Y AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR EL ESTUDIO.

Para conocer la población en Atención Primaria, de Médicos, DE y MIR de familia de tercer año (ver ANEXO 9) y solicitar la autorización para realizar el estudio (ver ANEXO 10):

- Se contactó por vía telefónica con la gerencia de Atención Primaria de Teruel, que autorizó y proporcionó los datos correspondientes al sector de Teruel y de Alcañiz.

Se cursó autorización por escrito dirigida al director de Atención Primaria de Huesca, para poder realizar el estudio en los sectores de Huesca y Barbastro.

- Mediante conversación telefónica el servicio de personal de la antigua área III de Zaragoza autorizó y proporcionó los datos correspondientes al sector III de Zaragoza y al sector de Calatayud.
- Se solicitó autorización por escrito, a la dirección de Atención Primaria sectores I y II.

Para conocer la población de Médicos de cada uno de los servicios Hospitalarios, objeto de estudio, se solicitaron los datos y la autorización (ver ANEXO 9 y ANEXO 10) mediante:

- Carta remitida a los secretarios de los Ilustres Colegios Oficiales de Médicos de Zaragoza y Teruel.
- E-mail a dirección médica del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” de Zaragoza.

- E-mail a dirección médica del Hospital Clínico Universitario “Miguel Servet” de Zaragoza.
- Llamada a dirección médica del Hospital Royo Villanova de Zaragoza y solicitud verbal tanto de la autorización, como de los datos necesarios.
- E-mail al servicio de personal del Hospital Ernest Lluch de Calatayud, adjuntando tanto la autorización para obtener los datos, como una plantilla con la información solicitada.
- Llamada a dirección médica del Hospital de Alcañiz y solicitud verbal tanto de la autorización, como de los datos necesarios.
- En Huesca la información la proporcionó dirección médica y se envió junto con la información de Atención Primaria solicitada a la gerencia de Atención Primaria de Huesca, tras remitir la autorización expresa para solicitar los datos.
- Llamada a dirección médica del Hospital de Barbastro y e-mail para solicitar la autorización y los datos necesarios.

Para conocer la población de DE hospitalaria, objeto del estudio (ver ANEXO 9 y ANEXO 10):

- En Zaragoza, y puesto que los datos no estaban disponibles en el Ilustre Colegio Oficial de Enfermería, se contactó directamente con la dirección de enfermería de cada uno de los Hospitales. Que proporcionaron la información tras solicitar la autorización pertinente.
- En Calatayud, Hospital Ernest Lluch, se mandó e-mail al servicio de personal, adjuntando tanto la autorización para obtener los datos, como una plantilla con la información solicitada.

- En Huesca la información la proporcionó dirección médica y se envió junto con la información de Primaria solicitada a la gerencia de Atención Primaria, tras remitir la autorización expresa para solicitar los datos.
- En Teruel los datos del Hospital Obispo Polanco los proporcionó el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Teruel, tras contactar con su secretario, al que se le pidió la autorización.
- En el Hospital de Alcañiz, los datos se obtuvieron mediante llamada al director médico al que se le solicitó la autorización.

3.b. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN A ESTUDIO.

La población objeto de estudio, con los datos actualizados en el primer trimestre de 2004, puede verse en la Tabla 21.

Tabla 21. Distribución del personal sanitario según categoría en Aragón en 2004.

Nivel profesional	ZARAGOZA	HUESCA	TERUEL	ARAGÓN
Médicos	1063	274	232	1559
DE	608	192	153	953
MIR	213	20	20	253

Si separamos por nivel profesional y ámbito laboral se puede ver la distribución de la población sanitaria en Aragón en la Tabla 22.

Tabla 22. Distribución del personal sanitario según nivel y categoría en Aragón en 2004.

Ámbito laboral	Nivel profesional	ZARAGOZA	HUESCA	TERUEL	ARAGÓN
A. Primaria	Médicos	657	195	171	1023
	DE	552	166	127	836
	MIR	53	15	15	83
A. Especializada	Médicos	406	79	61	546
	DE	56	26	26	108
	MIR	160	5	5	170

La distribución por ámbito laboral y especialidades, en Aragón, para el personal médico podemos verla en la Tabla 23, y para DE de consultas externas y MIR en la Tabla 24 y Tabla 25, respectivamente.

Tabla 23. Distribución del personal médico según ámbito laboral y especialidad en Aragón en 2004.

Ámbito laboral	Especialidad	Total
A. Primaria	Médicos de familia	913
	Pediatras	117
A. Especializada	Cardiología	58
	Digestivo	70
	Ginecología	107
	Medicina interna	76
	Medicina Preventiva y Salud Pública	20
	Neumología	38
	Neurología	33
	Oncología médica	18
	ORL	50
	Pediatría	76

Tabla 24. Distribución de DE de consultas externas según ámbito laboral y especialidad en Aragón en 2004.

Ámbito laboral	Especialidad	Total
A. Primaria		845
A. Especializada	Cardiología	16
	Digestivo	8
	Ginecología	14
	Medicina interna	8

	Medicina Preventiva y Salud Pública	15
	Neumología	6
	Neurología	5
	Oncología médica	9
	ORL	13
	Pediatría	7

Tabla 25. Distribución de MIR según ámbito laboral y especialidad en Aragón en 2004.

Ámbito laboral	Categoría	Total
A. Primaria	Residentes tercer año-R3	83
A. Especializada	Cardiología	20
	Digestivo	9
	Ginecología	16
	Medicina interna	35
	Medicina Preventiva y Salud Pública	12
	Neumología	2
	Neurología	12
	Oncología médica	10
	ORL	2
	Pediatría	52

La distribución por ámbito laboral y especialidades, separando por provincias, para el personal médico queda reflejada en la Tabla 26 y para DE de consultas externas y MIR en la Tabla 27 y Tabla 28, respectivamente.

Tabla 26. Distribución del personal médico según ámbito laboral y especialidad en las tres provincias de Aragón en 2004.

Ámbito laboral	Especialidad	ZARAGOZA	HUESCA	TERUEL
A. Primaria	Medicina de Familia	558	184	171
	Pediatría	99	11	7
A. Especializada	Cardiología	46	7	5
	Digestivo	58	6	6
	Ginecología	78	17	12
	Medicina interna	52	13	11
	Medicina Preventiva y Salud Pública	17	1	2
	Neumología	30	5	3
	Neurología	25	5	3
	Oncología médica	12	4	2
	ORL	36	9	5
	Pediatría	52	12	12

Tabla 27. Distribución de DE según ámbito laboral y especialidad en las tres provincias de Aragón en 2004.

Ámbito laboral	Especialidad	ZARAGOZA	HUESCA	TERUEL
A. Primaria		552	166	127
A. Especializada	Cardiología	10	3	3
	Digestivo	3	2	3
	Ginecología	4	5	5
	Medicina interna	4	2	2
	Medicina Preventiva y Salud Pública	12	1	2
	Neumología	2	2	2
	Neurología	2	1	2
	Oncología médica	2	4	3
	ORL	7	4	2
	Pediatría	3	2	2

Tabla 28. Distribución de MIR según ámbito laboral y especialidad en las tres provincias de Aragón en 2004.

Ámbito laboral	Especialidad	ZARAGOZA	HUESCA	TERUEL
A. Primaria	R3	53	15	15
A. Especializada	Cardiología	20	0	0
	Digestivo	9	0	0
	Ginecología	16	0	0
	Medicina interna	25	5	5
	Medicina Preventiva y Salud Pública	12	0	0
	Neumología	2	0	0
	Neurología	12	0	0
	Oncología médica	10	0	0
	ORL	2	0	0
	Pediatría	52	0	0

Por centros, la distribución del personal sanitario en Atención Primaria para Zaragoza (ver Tabla 29), Huesca (ver Tabla 30) y Teruel (ver Tabla 31) y para Atención Especializada en Zaragoza (ver Tabla 32), Huesca (ver Tabla 33) y Teruel (ver Tabla 34) son:

Tabla 29. Distribución del personal sanitario de Atención Primaria (AP) en la provincia de Zaragoza en 2004.

Provincia	Sector	Centros AP	Médicos	Pediatras	DUE	MIR	
Zaragoza	Calatayud	Alhama de Aragón	9	0	4	24 ^a	
		Ariza	5	0	3		
		Ateca	5	0	4		
		Calatayud Norte	7	1	8		
		Calatayud Sur	14	2	11		
		Daroca	8	0	6		
		Illueca	7	0	4		
		Morata de Jalón	7	0	3		
		Sabiñán	5	0	4		
		Villarroya de la Sierra	4	0	2		
	Zaragoza I	Alfajarín	4	0	3	0	
		Bujaraloz	5	0	4	0	
		Luna	6	0	3	0	
		Mequinenza	3	0	2	0	
		Villamayor	4	0	4	0	
		Zuera	7	1	7	0	
		Actur norte	10	4	13	0	
		Actur oeste	EN CONSTRUCCIÓN				
		Actur sur	13	6	16	6	
		Arrabal	8	2	9	4	
		Avda. Cataluña	16	4	17	0	
		Santa Isabel	9	2	9	0	
		Zalfonada	12	4	13	0	
		Zaragoza II	Azuara	3	0	3	0
			Belchite	5	0	3	0
			Fuentes de Ebro	10	1	7	0
			Sástago	5	0	4	0
			Casablanca	6	2	7	0
	Fernando el Católico		11	2	12	0	
	Hernán Cortés		12	2	14	0	
	Independencia		9	2	10	0	
	La Almozara		11	4	15	1	
	Las Fuentes		14	4	18	3	
	Madre Vedruna-Miraflores		10	2	12	0	
	Rebolería		9	2	10	0	
	Romareda		7	2	8	0	
	Sagasta		19	3	21	0	
	San José norte		10	2	11	4	
	San José centro		10	2	10	4	
	San José sur		14	3	15	0	
	San Pablo		12	3	15	3	
	Torre Ramona		12	4	15	0	
	Torrero-La Paz		10	3	12	4	
	Venecia	8	2	9	0		
	Zaragoza III	Alagón	11	1	9		
		Borja	11	1	9		
		Cariñena	10	0	7		
		Casetas	7	1	8		
		Ejea	9	2	10		
		Épila	7	0	5		
		Gallur	6	0	5		

Herrera de los Navarros	4	0	2
La Almunia de Dña. Godina	9	1	7
María de Huerva	5	0	4
Sádaba	6	0	4
Sos del Rey Católico	4	0	2
Tarazona	12	2	13
Tauste	6	1	5
Utebo	6	2	6
Bombarda	9	2	9
Delicias norte	14	3	12
Delicias sur	14	4	17
Miralbueno	5	1	5
Oliver	8	3	11
Universitas	16	3	17
Valdefierro	4	1	5

^a Número de MIR de MF y C de tercer año, de toda el Área III (no se disponía de este dato de forma separada, para cada Centro de Salud).

Tabla 30. Distribución del personal sanitario de Atención Primaria en la provincia de Huesca en 2004.

Provincia	Sector	Centros AP	Médicos	Pediatras	DE	MIR	
Huesca	Huesca	Almudévar	6	0	6	0	
		Ayerbe	6	0	2	0	
		Berdún	5	0	2	0	
		Biescas-	4	0	3	0	
		Valle De Tena					
		Broto	3	0	1	0	
		Grañén	7	1	8	0	
		Hecho	3	0	2	0	
		Huesca 1	7	2	8	4	
		Huesca 2	10	2	11	3	
		Huesca 3	8	2	9	2	
		Huesca rural	11	0	6	0	
		Jaca	10	2	11	0	
		Sabiñánigo	6	1	6	0	
		Sariñena	7	1	8	0	
		Barbastro	Abiego	4	0	2	0
	Ainsa		5	0	4	0	
	Albalate de Cinca		5	0	5	0	
	Barbastro		14	0	14	6	
	Benabarre		4	0	3	0	
	Berbegal		3	0	3	0	
	Binéfar		9	0	8	0	
	Castejón de Sos		5	0	5	0	
	Fraga		10	0	10	0	
	Graus		8	0	6	0	
	Lafortunada		3	0	3	0	
	Monzón rural		6	0	4	0	
	Monzón urbano		7	0	8	0	
	Tamarite de Litera		8	0	8	0	

Tabla 31. Distribución del personal sanitario de Atención Primaria en la provincia de Teruel en 2004.

Provincia	Sector	Centros AP	Médicos	Pediatras	DE	MIR	
Teruel	Teruel	Albarracín	7	0	4	0	
		Alfambra	5	0	3	0	
		Aliaga	3	0	2	0	
		Báguena	4	0	3	0	
		Calamocha	12	0	6	0	
		Cedrillas	3	0	2	0	
		Cella	4	0	3	0	
		Monreal del Campo	8	0	5	0	
		Mora de Rubielos	5	0	3	0	
		Mosqueruela	3	0	2	0	
		Santa Eulalia del Campo	5	0	3	0	
		Sarrión	5	0	4	0	
		Teruel urbano	13	3	14	7	
		Teruel rural	8	0	3	0	
		Utrillas	7	1	7	0	
		Villel	4	0	3	0	
		Alcañiz	Alcañiz	12	1	12	8
			Alcorisa	6	0	4	0
			Andorra	8	1	9	0
	Calaceite		5	0	3	0	
	Calanda		5	0	4	0	
	Cantavieja		6	0	3	0	
	Caspe		5	1	6	0	
	Hijar		8	0	6	0	
	Maella		4	0	3	0	
	Mas de las Matas		5	0	3	0	
	Muniesa		4	0	2	0	
	Valderrobres		7	0	5	0	

Tabla 32. Distribución del personal sanitario de Atención Especializada en la provincia de Zaragoza en 2004.

Provincia	Sector	Hospital	Servicios	Médicos	MIR	DE		
Zaragoza	Calatayud	H. Ernest Lluch	Cardiología	2	0	1		
			Digestivo	2	0	0		
			Ginecología	5	0	2		
			Medicina interna	4	0	1		
			Medicina Preventiva y Salud Pública	1	0	1		
			Neumología	1	0	1		
			Neurología	1	0	0		
			Oncología médica	0	0	0		
			ORL	2	0	2		
			Pediatría	4	0	0		
			Zaragoza I	H. Royo	Cardiología	5	0	1
					Digestivo	2	0	1
	Ginecología	0			0	0		

	Villanova	Medicina interna	7	0	1	
		Medicina Preventiva y Salud Pública	1	0	1	
		Neumología	7	0	1	
		Neurología	1	0	1	
		Oncología médica	0	0	0	
		ORL	1	0	1	
		Pediatría	0	0	0	
	Zaragoza II	H. Universitario Miguel Servet	Cardiología	25	10	7
			Digestivo	42	3	1
			Ginecología	58	8	2
			Medicina interna	19	10	3
			Medicina Preventiva y Salud Pública	7	8	9
			Neumología	14	2	1
			Neurología	14	7	1
			Oncología médica	7	4	2
			ORL	22	4	4
			Pediatría	31	40	2
	Zaragoza III	H. Clínico Universitario Lozano Blesa	Cardiología	14	10	2
			Digestivo	12	6	1
			Ginecología	15	8	2
			Medicina interna	22	15	0
			Medicina Preventiva y Salud Pública	9	4	2
			Neumología	8	0	0
			Neurología	9	5	0
			Oncología médica	5	6	0
			ORL	11	1	2
			Pediatría	17	12	1

Tabla 33. Distribución del personal sanitario de Atención Especializada en la provincia de Huesca en 2004.

Provincia	Sector	Hospital	Servicios	Médicos	MIR	DE
Huesca	Huesca	San Jorge	Cardiología	5	0	2
			Digestivo	4	0	1
			Ginecología	7	0	4
			Medicina interna	6	5	1
			Medicina Preventiva y Salud Pública	1	0	1
			Neumología	3	0	1
			Neurología	3	0	1
			Oncología médica	2	0	1
			ORL	5	0	3
			Pediatría	7	0	1
			Cardiología	2	0	1
			Digestivo	2	0	1

	Barbastro	H. de Barbastro	Ginecología	10	0	1
			Medicina interna	7	0	1
			Medicina Preventiva y Salud Pública	0	0	0
			Neumología	2	0	1
			Neurología	2	0	0
			Oncología médica	2	0	3
			ORL	4	0	1
			Pediatría	5	0	1

Tabla 34. Distribución del personal sanitario de Atención Especializada en la provincia de Teruel en 2004.

Provincia	Sector	Hospital	Servicios	Médicos	MIR	DE
Teruel	Teruel	H. Obispo Polanco	Cardiología	3	0	1
			Digestivo	4	0	1
			Ginecología	6	0	2
			Medicina interna	6	5	1
			Medicina Preventiva y Salud Pública	1	0	1
			Neumología	2	0	1
			Neurología	2	0	1
			Oncología médica	1	0	2
			ORL	3	0	1
			Pediatría	6	0	1
	Alcañiz	H. de Alcañiz	Cardiología	2	0	2
			Digestivo	2	0	2
			Ginecología	6	0	3
			Medicina interna	5	0	1
			Medicina Preventiva y Salud Pública	1	0	1
			Neumología	1	0	1
			Neurología	1	0	1
			Oncología médica	1	0	1
			ORL	2	0	1
			Pediatría	6	0	1

3.c. CÁLCULO DE LA MUESTRA NECESARIA.

Conocida la población objeto de estudio, se calcularon los estratos, de forma proporcional, para el grupo intervención y control (Tabla 35).

Tabla 35. Número de sujetos necesarios en el grupo intervención y control para cada estrato.

Nivel profesional	Intervención	Control
Médicos A. Especializada	102	102
MIR A. Especializada	32	32
DE A. Especializada	20	20
Médicos A. Primaria	191	191
MIR A. Primaria	16	16
DE A. Primaria	156	156
Total	517	517

Se consideró un factor importante, que podía influir en la respuesta a la intervención, el ámbito laboral y la especialidad, por lo que se estratificó por ambas y de forma que la representación de las tres provincias fuera proporcional. El número de sujetos se calculó para personal Médico (ver Tabla 36), DUE (ver Tabla 37) y MIR (ver Tabla 38).

Tabla 36. Número de sujetos necesarios (muestra) de personal Médico, para el grupo intervención y control, en cada estrato.

Ámbito laboral	Especialidad	ZARAGOZA	HUESCA	TERUEL
A. Primaria		Total(muestra)	Total(muestra)	Total(muestra)
	Medicina	558(104)	184(34)	171(32)
	de Familia			
A. Especializada	Pediatría	99(18)	11(2)	7(1)
	Cardiología	46(9)	7(1)	5(1)
	Digestivo	58(11)	6(1)	6(1)
	Ginecología	78(15)	17(3)	12(2)
	Medicina interna	52(10)	13(2)	11(2)
	Medicina Preventiva y Salud Pública	17(3)	1(0)	2(0)
	Neumología	30(6)	5(1)	3(1)
	Neurología	25(5)	5(1)	3(1)
	Oncología médica	12(2)	4(1)	2(0)
	ORL	36(7)	9(2)	5(1)
	Pediatría	52(10)	12(2)	12(2)

Tabla 37. Número de sujetos necesarios (muestra) de DE, para el grupo intervención y control, en cada estrato.

Ámbito laboral	Especialidad	ZARAGOZA	HUESCA	TERUEL
		Total(muestra)	Total(muestra)	Total(muestra)
A. Primaria		552(103)	166(31)	127(24)
A. Especializada	Cardiología	10(2)	3 (1)	3(1)
	Digestivo	3(1)	2(0)	3(1)
	Ginecología	4(1)	5(1)	5(1)
	Medicina interna	4(1)	2(0)	2(0)
	Medicina Preventiva y Salud Pública	12(2)	1(0)	2(0)
	Neumología	2(0)	2(0)	2(0)
	Neurología	2(0)	1(0)	2(0)
	Oncología médica	2(0)	4(1)	3(1)
	ORL	7(1)	4(1)	2(0)
Pediatría	3(1)	2(0)	2(0)	

Tabla 38. Número de sujetos necesarios (muestra) de MIR, para el grupo intervención y control, en cada estrato.

Ámbito laboral	Especialidad	ZARAGOZA	HUESCA	TERUEL
		Total(muestra)	Total(muestra)	Total(muestra)
A. Primaria	R3	53(10)	15(3)	15(3)
A. Especializada	Cardiología	20(4)	0(0)	0(0)
	Digestivo	9(2)	0(0)	0(0)
	Ginecología	16(3)	0(0)	0(0)
	Medicina interna	25(5)	5(1)	5(1)
	Medicina Preventiva y Salud Pública	12(2)	0(0)	0(0)
	Neumología	2(0)	0(0)	0(0)
	Neurología	12(2)	0(0)	0(0)
	Oncología médica	10(2)	0(0)	0(0)
	ORL	2(0)	0(0)	0(0)
Pediatría	52(10)	0(0)	0(0)	

Hechos los estratos se contó con un total de 517 sujetos en cada grupo.

Para elegir de forma aleatoria a los sujetos del grupo intervención y del grupo control (la aleatorización se ha realizado por centros y no individualmente) se ha partido de los listados de los nuevos sectores sanitarios en Aragón publicados en 2003 en el BOA¹²³, sin cambiar el orden, se aplicó la tabla de permutaciones aleatorias de 10 elementos empezando por la esquina superior izquierda y en orden descendente (ANEXO 11), considerando los elementos 0, 1, 2, 3, y 4 como Intervención y los elementos 5, 6, 7, 8, y 9 como Control. Así, se asignó un número aleatorio y su correspondiente intervención, a cada uno de los centros de Atención Primaria de Zaragoza (ver Tabla 39), Huesca (ver Tabla 40) y Teruel (ver Tabla 41) e igualmente a los de Atención Especializada de Zaragoza (ver Tabla 42), Huesca (ver Tabla 43) y Teruel (ver Tabla 44).

Tabla 39. Número aleatorio e intervención correspondiente para los centros de Atención Primaria de Zaragoza.

Provincia	Sector	Centros AP	Nº aleatorio	Intervención
Zaragoza	Calatayud	Alhama de Aragón	2	Intervención
		Ariza	5	Control
		Ateca	7	Control
		Calatayud Norte	0	Intervención
		Calatayud Sur	3	Intervención
		Daroca	1	Intervención
		Illueca	6	Control
		Morata de Jalón	9	Control
		Sabiñán	8	Control
		Villarroya de la Sierra	4	Intervención
	Zaragoza I	Alfajarín	7	Control
		Bujaraloz	6	Control
		Luna	9	Control
		Mequinenza	2	Intervención
		Villamayor	8	Control
		Zuera	1	Intervención
		Actur norte	3	Intervención
		Actur sur	0	Intervención
		Arrabal	4	Intervención
		Avda. Cataluña	5	Control
		Santa Isabel	6	Control
		Zalfonada	8	Control
		Zaragoza II	Azuara	3
	Belchite		5	Control
	Fuentes de Ebro		2	Intervención

		Sástago	7	Control
		Casablanca	4	Intervención
		Fernando el Católico	9	Control
		Hernán Cortés	0	Intervención
		Independencia	1	Intervención
		La Almozara	2	Intervención
		Las Fuentes	5	Control
		Madre Vedruna-Miraflores	7	Control
		Rebolería	4	Intervención
		Romareda	0	Intervención
		Sagasta	9	Control
		San José norte	8	Control
		San José centro	1	Intervención
		San José sur	6	Control
		San Pablo	3	Intervención
		Torre Ramona	9	Control
		Torrero-La Paz	6	Control
		Venecia	4	Intervención
	Zaragoza III	Alagón	8	Control
		Borja	2	Intervención
		Cariñena	5	Control
		Casetas	0	Intervención
		Ejea	7	Control
		Épila	1	Intervención
		Gallur	3	Intervención
		Herrera de los Navarros	1	Intervención
		La Almunia de Dña. Godina	0	Intervención
		María de Huerva	3	Intervención
		Sádaba	7	Control
		Sos del Rey Católico	2	Intervención
		Tarazona	8	Control
		Tauste	5	Control
		Utebo	4	Intervención
		Bombarda	6	Control
		Delicias norte	9	Control
		Delicias sur	3	Intervención
		Miralbueno	4	Intervención
		Oliver	0	Intervención
		Universitas	8	Control
		Valdefierro	6	Control

Tabla 40. Número aleatorio e intervención correspondiente para los centros de Atención Primaria de Huesca.

Provincia	Sector	Centros AP	Nº aleatorio	Intervención
Huesca	Huesca	Almudévar	2	Intervención
		Ayerbe	5	Control
		Berdún	7	Control

		Biescas-	0	Intervención
		Valle de Tena		
		Broto	3	Intervención
		Grañén	1	Intervención
		Hecho	6	Control
		Huesca 1	9	Control
		Huesca 2	8	Control
		Huesca 3	4	Intervención
		Huesca rural	7	Control
		Jaca	6	Control
		Sabiñánigo	9	Control
		Sariñena	2	Intervención
	Barbastro	Abiego	8	Control
		Ainsa	1	Intervención
		Albalate de Cinca	3	Intervención
		Barbastro	0	Intervención
		Benabarre	4	Intervención
		Berbegal	5	Control
		Binéfar	6	Control
		Castejón de Sos	8	Control
		Fraga	3	Intervención
		Graus	5	Control
		Lafortunada	2	Intervención
		Monzón rural	7	Control
		Monzón urbano	4	Intervención
		Tamarite de Litera	9	Control

Tabla 41. Número aleatorio e intervención correspondiente para los centros de Atención Primaria de Teruel.

Provincia	Sector	Centros AP	Nº aleatorio	Intervención
Teruel	Teruel	Albarracín	2	Intervención
		Alfambra	5	Control
		Aliaga	7	Control
		Báguena	0	Intervención
		Calamocha	3	Intervención
		Cedrillas	1	Intervención
		Cella	6	Control
		Monreal del Campo	9	Control
		Mora de Rubielos	8	Control
		Mosqueruela	4	Intervención
		Santa Eulalia del Campo	7	Control
		Sarrión	6	Control
		Teruel urbano	9	Control
		Teruel rural	2	Intervención
		Utrillas	8	Control
		Villel	1	Intervención
		Alcañiz	3	Intervención
		Alcorisa	0	Intervención

	Alcañiz	Andorra	4	Intervención
		Calaceite	5	Control
		Calanda	6	Control
		Cantavieja	8	Control
		Caspe	3	Intervención
		Hijar	5	Control
		Maella	2	Intervención
		Mas de las Matas	7	Control
		Muniesa	4	Intervención
		Valderrobres	9	Control

Tabla 42. Número aleatorio e intervención correspondiente para los centros Hospitalarios de Zaragoza.

nº aleatorio	Intervención	Hospital	Especialidad	Médicos	MIR	DE
2	Intervención	H. Clínico Universitario Lozano Blesa	Cardiología	14	10	2
			Digestivo	12	6	1
			Ginecología	15	8	2
			Medicina interna	22	15	0
			Medicina Preventiva y Salud Pública	9	4	2
			Neumología	8	0	0
			Neurología	9	5	0
			Oncología médica	5	6	0
			ORL	11	1	2
			Pediatría	17	12	1
5	Control	H. Ernest Lluch	Cardiología	2	0	1
			Digestivo	2	0	0
			Ginecología	5	0	2
			Medicina interna	4	0	1
			Medicina Preventiva y Salud Pública	1	0	1
			Neumología	1	0	1
			Neurología	1	0	0
			Oncología médica	0	0	0
			ORL	2	0	2
			Pediatría	4	0	0
7	Control	H. Universitario Miguel Servet	Cardiología	25	10	7
			Digestivo	42	3	1
			Ginecología	58	8	2

			Medicina interna	19	10	3
			Medicina Preventiva y Salud Pública	7	0	1
			Neumología	14	2	1
			Neurología	14	7	1
			Oncología médica	7	4	2
			ORL	22	4	4
			Pediatría	31	40	2
0	Intervención	H. Royo Villanova	Cardiología	5	0	1
			Digestivo	2	0	1
			Ginecología	0	0	0
			Medicina interna	7	0	1
			Medicina Preventiva y Salud Pública	1	0	1
			Neumología	7	0	1
			Neurología	1	0	1
			Oncología médica	0	0	0
			ORL	1	0	1
			Pediatría	0	0	0

Tabla 43. Número aleatorio e intervención correspondiente para los centros Hospitalarios de Huesca.

nº aleatorio	Intervención	Hospital	Especialidad	Médicos	MIR	DE
2	Intervención	H. de Barbastro	Cardiología	2	0	1
			Digestivo	2	0	1
			Ginecología	10	0	1
			Medicina interna	7	0	1
			Medicina Preventiva y Salud Pública	0	0	0
			Neumología	2	0	1
			Neurología	2	0	0
			Oncología médica	2	0	3
			ORL	4	0	1
			Pediatría	5	0	1
5	Control	San Jorge	Cardiología	5	0	2
			Digestivo	4	0	1

		Ginecología	7	0	4
		Medicina interna	6	5	1
		Medicina Preventiva y Salud Pública	1	0	1
		Neumología	3	0	1
		Neurología	3	0	1
		Oncología médica	2	0	1
		ORL	5	0	3
		Pediatría	7	0	1

Tabla 44. Número aleatorio e intervención correspondiente para los centros Hospitalarios de Teruel.

nº aleatorio	Intervención	Hospital	Especialidad	Médicos	MIR	DE			
2	Intervención	H. de Alcañiz	Cardiología	2	0	2			
			Digestivo	2	0	2			
			Ginecología	6	0	3			
			Medicina interna	5	0	1			
			Medicina Preventiva y Salud Pública	1	0	1			
			Neumología	1	0	1			
			Neurología	1	0	1			
			Oncología médica	1	0	1			
			ORL	2	0	1			
			Pediatría	6	0	1			
			5	Control	H. Obispo Polanco	Cardiología	3	0	1
						Digestivo	4	0	1
						Ginecología	6	0	2
Medicina interna	6	5				1			
Medicina Preventiva y Salud Pública	1	0				1			
Neumología	2	0				1			
Neurología	2	0				1			
Oncología médica	1	0				2			
ORL	3	0				1			
Pediatría	6	0				1			

Como se aleatorizan grupos de personas por centros de salud o por servicios hospitalarios, para conseguir el tamaño muestral necesario en cada estrato, se utilizaron números aleatorios para ordenarlos, utilizando la misma tabla de permutaciones aleatorias de 10 elementos ya comentada (ANEXO 11), empezando por la esquina inferior derecha y en orden ascendente. Mediante este procedimiento se obtuvieron los listados de controles e intervenciones ordenados para Atención Primaria en Zaragoza (ver Tabla 45 y Tabla 46, respectivamente), Huesca (ver Tabla 47 y Tabla 48, respectivamente) y Teruel (ver Tabla 49 y Tabla 50, respectivamente) y para Atención Especializada (ver Tabla 51 y Tabla 52 respectivamente) de las tres provincias.

Tabla 45. Listado ordenado de centros de Atención Primaria de Zaragoza para realizar la intervención.

Nº de orden	Centro	Médicos	Pediatras	DE	MIR
1	Daroca	8	0	6	
2	Calatayud Sur	14	2	11	
3	Alhama de Aragón	9	0	4	
4	Arrabal	8	2	9	4
5	Calatayud Norte	7	1	8	
6	Casablanca	6	2	7	
7	Fuentes de Ebro	10	1	7	
8	Actur norte	10	4	13	
9	Zuera	7	1	7	
10	Actur sur	13	6	16	6
11	Rebolería	9	2	10	
12	Azuara	3	0	3	
13	Hernán Cortés	12	2	14	
14	Romareda	7	2	8	

15	La Almozara	11	4	15	1
16	Casetas	7	1	8	
17	San Pablo	12	3	15	3
18	Venecia	8	2	9	
19	Independencia	9	2	10	
20	Borja	11	1	9	
21	Mequinenza	3	0	2	
22	Utebo	6	2	6	
23	La Almunia de Dña. Godina	9	1	7	
24	Gallur	6	0	5	
25	San José centro	10	2	10	4
26	Épila	7	0	5	
27	Miralbueno	5	1	5	
28	Oliver	8	3	11	
29	María de Huerva	5	0	4	
30	Sos del Rey Católico	4	0	2	
31	Villarroya de la Sierra	4	0	2	
32	Delicias sur	14	4	17	
33	Herrera de los Navarros	4	0	2	
TOTAL		266	51	267	18

Tabla 46. Listado ordenado de centros de Atención Primaria de Zaragoza para realizar el control.

Nº de orden	Centro	Médicos	Pediatras	DE	MIR
1	Morata de Jalón	7	0	3	
2	Ariza	5	0	3	
3	Villamayor	4	0	4	
4	Ateca	5	0	4	
5	Santa Isabel	9	2	9	
6	Bujaraloz	5	0	4	
7	Luna	6	0	3	

8	Alfajarín	4	0	3	
9	Zalfonada	12	4	13	
10	Avda. Cataluña	16	4	17	
11	Fernando el Católico	11	2	12	
12	Belchite	5	0	3	
13	San José norte	10	2	11	4
14	Sástago	5	0	4	
15	Illueca	7	0	4	
16	Sagasta	19	3	21	
17	Madre Vedruna-Miraflores	10	2	12	
18	San José sur	14	3	15	
19	Las Fuentes	14	4	18	3
20	Alagón	11	1	9	
21	Torrero-La Paz	10	3	12	4
22	Tarazona	12	2	13	
23	Torre Ramona	12	4	15	
24	Ejea	9	2	10	
25	Cariñena	10	0	7	
26	Universitas	16	3	17	
27	Bombarda	9	2	9	
28	Delicias norte	14	3	12	
29	Tauste	6	1	5	
30	Sádaba	6	0	4	
31	Valdefierro	4	1	5	
32	Sabiñán	5	0	4	
TOTAL		292	48	285	11

Tabla 47. Listado ordenado de centros de Atención Primaria de Huesca para realizar la intervención.

Nº de orden	Centro	Médicos	Pediatras	DE	MIR
1	Grañén	7	1	8	0
2	Broto	3	0	1	0
3	Almudévar	6	0	6	0
4	Huesca 3	8	2	9	2

5	Biescas	4	0	3	0
6	Monzón urbano	7	0	8	0
7	Sariñena	7	1	8	0
8	Albalate de Cinca	5	0	5	0
9	Ainsa	5	0	4	0
10	Barbastro	14	0	14	6
11	Benabarre	4	0	3	0
12	Fraga	10	0	10	0
13	Lafortunada	3	0	3	0
TOTAL		83	4	82	8

Tabla 48. Listado ordenado de centros de Atención Primaria de Huesca para realizar el control.

Nº de orden	Centro	Médicos	Pediatras	DE	MIR
1	Huesca 1	7	2	8	4
2	Ayerbe	6	0	2	0
3	Huesca 2	10	2	11	3
4	Monzón rural	6	0	4	0
5	Binéfar	9	0	8	0
6	Jaca	10	2	11	0
7	Sabiñánigo	6	1	6	0
8	Huesca rural	11	0	6	0
9	Abiego	4	0	2	0
10	Berbegal	3	0	3	0
11	Tamarite de Litera	8	0	8	0
12	Graus	8	0	6	0
13	Castejón de Sos	5	0	5	0
14	Berdún	5	0	2	0
15	Hecho	3	0	2	0
TOTAL		101	7	84	7

Tabla 49. Listado ordenado de centros de Atención Primaria de Teruel para realizar la intervención.

Nº de orden	Centro	Médicos	Pediatras	DE	MIR
1	Cedrillas	3	0	2	0

2	Calamocha	12	0	6	0
3	Albarracín	7	0	4	0
4	Andorra	8	1	9	
5	Báguena	4	0	3	0
6	Mosqueruela	3	0	2	0
7	Teruel rural	8	0	3	0
8	Alcañiz	12	1	12	8
9	Villel	4	0	3	0
10	Alcorisa	6	0	4	0
11	Muniesa	4	0	2	0
12	Caspe	5	1	6	0
13	Maella	4	0	3	0
TOTAL		80	3	59	8

Tabla 50. Listado ordenado de centros de Atención Primaria de Teruel para realizar el control.

Nº de orden	Centro	Médicos	Pediatras	DE	MIR
1	Monreal del Campo	8	0	5	0
2	Alfambra	5	0	3	0
3	Mora de Rubielos	5	0	3	0
4	Santa Eulalia del Campo	5	0	3	0
5	Cella	4	0	3	0
6	Sarrión	5	0	4	0
7	Teruel urbano	13	3	14	7
8	Aliaga	3	0	2	0
9	Utrillas	7	1	7	0
10	Calaceite	5	0	3	0
11	Valderrobres	7	0	5	0
12	Hijar	8	0	6	0
13	Cantavieja	6	0	3	0
14	Mas de las Matas	5	0	3	0
15	Calanda	5	0	4	0
TOTAL		91	4	68	7

Tabla 51. Listado ordenado de Hospitales de Aragón para realizar la intervención.

nº de orden	Provincia	Hospital
1	Zaragoza	H. C. U. Lozano Blesa
2		H. Royo Villanova
1	Huesca	H Barbastro
1	Teruel	H. Alcañiz

Tabla 52. Listado ordenado de Hospitales de Aragón para realizar el control.

nº de orden	Provincia	Hospital
1	Zaragoza	H. Ernest Lluch
2		H. U. Miguel Servet
1	Huesca	H. San Jorge
1	Teruel	H. Obispo Polanco

De los cuales, para conseguir el tamaño muestral necesario para el estudio, sólo hacían falta algunos de los centros de Atención Primaria de Zaragoza (intervenciones ver Tabla 53, controles ver Tabla 54), Huesca (intervenciones ver Tabla 55, controles ver Tabla 56) y Teruel (intervenciones ver Tabla 57 , controles ver Tabla 58) y no todos los Hospitales (intervenciones ver Tabla 59, controles ver Tabla 60). Se utilizó para hacer los listados definitivos Excel, mediante la herramienta autosuma, se empezaba por el primero de la lista y se terminaba cuando en todas las especialidades se alcanzaba el número necesario, calculado previamente, prescindiendo de los restantes.

Tabla 53. Intervenciones definitivas en centros de Atención Primaria de Zaragoza.

Nº de orden	Centro	Médicos	Pediatras	DE	MIR
1	Daroca	8	0	6	
2	Calatayud Sur	14	2	11	
3	Alhama de Aragón	9	0	4	
4	Arrabal	8	2	9	4
5	Calatayud Norte	7	1	8	
6	Casablanca	6	2	7	
7	Fuentes de Ebro	10	1	7	
8	Actur norte	10	4	13	
9	Zuera	7	1	7	
10	Actur sur	13	6	16	6
11	Rebolería	9	2	10	
12	Azuara	3	0	3	
13	Hernán Cortés	12	2	14	
TOTAL		116	23	115	10

Tabla 54. Controles definitivos en centros de Atención Primaria de Zaragoza.

Nº de orden	Centro	Médicos	Pediatras	DE	MIR
1	Morata de Jalón	7	0	3	
2	Ariza	5	0	3	
3	Villamayor	4	0	4	
4	Ateca	5	0	4	
5	Santa Isabel	9	2	9	
6	Bujaraloz	5	0	4	
7	Luna	6	0	3	
8	Alfajarín	4	0	3	
9	Zalfonada	12	4	13	
10	Avda. Cataluña	16	4	17	
11	Fernando el Católico	11	2	12	
12	Belchite	5	0	3	
13	San José norte	10	2	11	4
14	Sástago	5	0	4	
15	Illueca	7	0	4	
16	Sagasta	19	3	21	

17	Madre Vedruna- Miraflores	10	2	12	.
TOTAL		140	19	130	4

Tabla 55. Intervenciones definitivas en centros de Atención Primaria de Huesca.

Nº de orden	Centro	Médicos	Pediatras	DE	MIR
1	Grañén	7	1	8	0
2	Broto	3	0	1	0
3	Almudévar	6	0	6	0
4	Huesca 3	8	2	9	2
5	Biescas	4	0	3	0
6	Monzón urbano	7	0	8	0
7	Sariñena	7	1	8	0
TOTAL		42	4	43	2

Tabla 56. Controles definitivos en centros de Atención Primaria de Huesca.

Nº de orden	Centro	Médicos	Pediatras	DE	MIR
1	Huesca 1	7	2	8	4
2	Ayerbe	6	0	2	0
3	Huesca 2	10	2	11	3
4	Monzón rural	6	0	4	0
5	Binéfar	9	0	8	0
TOTAL		38	4	33	7

Tabla 57. Intervenciones definitivas en centros de Atención Primaria de Teruel.

Nº de orden	Centro	Médicos	Pediatras	DE	MIR
1	Cedrillas	3	0	2	0
2	Calamocha	12	0	6	0
3	Albarracín	7	0	4	0
4	Andorra	8	1	9	
5	Báguena	4	0	3	0
TOTAL		34	1	24	0

Tabla 58. Controles definitivos en centros de Atención Primaria de Teruel.

Nº de orden	Centro	Médicos	Pediatras	DE	MIR
1	Monreal del Campo	8	0	5	0
2	Alfambra	5	0	3	0
3	Mora de Rubielos	5	0	3	0
4	Santa Eulalia del Campo	5	0	3	0
5	Cella	4	0	3	0
6	Sarrión	5	0	4	0
7	Teruel urbano	13	3	14	7
TOTAL		45	3	35	7

Tabla 59. Intervenciones definitivas en Hospitales de Aragón.

nº de orden	Hospital	Especialidad	Médicos	MIR	DE
1	H. Clínico Universitario Lozano Blesa	Cardiología	14	10	2
		Digestivo	12	6	1
		Ginecología	15	8	2
		Medicina interna	22	15	0
		Medicina Preventiva y Salud Pública	9	4	2
		Neumología	8	0	0
		Neurología	9	5	0
		Oncología médica	5	6	0
		ORL	11	1	2
		Pediatría	17	12	1
		TOTAL	113	63	8
1	H. de Barbastro	Cardiología	2	0	1
		Digestivo	2	0	1
		Ginecología	10	0	1
		Medicina interna	7	0	1

		Medicina Preventiva y Salud Pública	0	0	0
		Neumología	2	0	1
		Neurología	2	0	0
		Oncología médica	2	0	3
		ORL	4	0	1
		Pediatría	5	0	1
		TOTAL	36	0	10
1	H. de Alcañiz	Cardiología	2	0	2
		Digestivo	2	0	2
		Ginecología	6	0	3
		Medicina interna	5	0	1
		Medicina Preventiva y Salud Pública	1	0	1
		Neumología	1	0	1
		Neurología	1	0	1
		Oncología médica	1	0	1
		ORL	2	0	1
		Pediatría	6	0	1
		TOTAL	26	0	13

Tabla 60. Controles definitivos en Hospitales de Aragón.

Nº de orden	Hospital	Especialidad	Médicos	MIR	DE
1	H. Ernest Lluch	Cardiología	2	0	1
		Digestivo	2	0	0
		Ginecología	5	0	2
		Medicina interna	4	0	1
		Medicina Preventiva y Salud Pública	1	0	1
		Neumología	1	0	1
		Neurología	1	0	0
		Oncología médica	0	0	0
		ORL	2	0	2
		Pediatría	4	0	0
		2	H. Universitario Miguel Servet	Cardiología	25
Digestivo	42			3	1
Ginecología	58			8	2

		Medicina interna	19	10	3
		Medicina Preventiva y Salud Pública	7	0	1
		Neumología	14	2	1
		Neurología	14	7	1
		Oncología médica	7	4	2
		ORL	22	4	4
		Pediatría	31	40	2
		TOTAL	253	88	30
1	San Jorge	Cardiología	5	0	2
		Digestivo	4	0	1
		Ginecología	7	0	4
		Medicina interna	6	5	1
		Medicina Preventiva y Salud Pública	1	0	1
		Neumología	3	0	1
		Neurología	3	0	1
		Oncología médica	2	0	1
		ORL	5	0	3
		Pediatría	7	0	1
		TOTAL	42	5	15
1	H. Obispo Polanco	Cardiología	3	0	1
		Digestivo	4	0	1
		Ginecología	6	0	2
		Medicina interna	6	5	1
		Medicina Preventiva y Salud Pública	1	0	1
		Neumología	2	0	1
		Neurología	2	0	1
		Oncología médica	1	0	2
		ORL	3	0	1
		Pediatría	6	0	1
		TOTAL	33	5	11

Se empezó por el primero de cada listado hasta conseguir el número requerido. Si un centro de salud o servicio hospitalario se negó a participar

en el estudio o no pudo por algún motivo, se continuó con el siguiente del listado hasta conseguir el tamaño muestral.

4 VARIABLES.

4.a. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

Edad. Variable cuantitativa continua, medida en años cumplidos. Se incrementó en más 0,5 unidades al realizar el tratamiento estadístico de los datos, por considerar que el valor central de cada intervalo es el que mejor representa la edad real.

Género. Variable categórica binaria: hombre/ mujer.

Estado civil. Variable categórica con cuatro categorías (soltero, casado/ vive en pareja, viudo, separado/divorciado). Se clasificó a los sujetos según el estado actual, independientemente de su situación anterior.

4.b. VARIABLES QUE HACEN REFERENCIA A CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN.

Provincia. Variable categórica con 3 categorías (Zaragoza, Huesca, Teruel).

Centro laboral. Variable categórica con los nombres de todos los Centros de Salud y Hospitales.

Nivel profesional. Variable categórica con 3 categorías (Médico, DE, MIR).

Ámbito laboral. Variable categórica con 2 categorías (Atención Primaria, Atención Especializada).

Especialidad. Variable categórica con 10 categorías (Pediatría Atención Primaria, Medicina Familiar y Comunitaria, Cardiología H, Digestivo H, Ginecología H, Neumología H, Neurología H, Medicina interna H, Medicina Preventiva y Salud Pública H, ORL H, Pediatría H).

Tipo de contrato. Variable categórica binaria: plaza fija/ eventual.

Consentimiento. Variable categórica binaria: sí/no. Se recoge aquí la voluntad para participar en este estudio, tras informar de las características del mismo (ver hoja de información, ANEXO 12) y resolver las dudas que puedan surgir, durante la primera entrevista. Si la respuesta es afirmativa, se suministra a la persona interesada, el documento de consentimiento (ANEXO 8).

4.c. VARIABLES QUE HACEN REFERENCIA AL FACTOR DE ESTUDIO.

Tiempo en programa. Variable cuantitativa continua. Es el tiempo que el sujeto a estudio permanece en el mismo. Se calcula mediante la diferencia entre la fecha de inicio en el programa y la fecha final.

Dificultad para abordar en la consulta. Variable categórica binaria: sí/no.

Causas de la complejidad del tratamiento para deshabituación tabáquica. Variable categórica con 4 categorías.

Necesidad de información sobre deshabituación tabáquica. Variable categórica binaria: si/no.

Capacitación del profesional para ayudar al paciente fumador. Variable categórica binaria: sí/no.

Detección de fumadores. Variable cuantitativa discreta.

Detección de fumadores en fase de contemplación. Variable cuantitativa discreta.

Detección de fumadores en fase de preparación. Variable cuantitativa discreta.

Consejo médico a fumadores. Variable cuantitativa discreta.

Consejo sobre fármacos de deshabituación tabáquica. Variable categórica con 3 categorías (Todos, Alguno, Ninguno).

Utilización de material de apoyo. Variable cuantitativa discreta.

Seguimiento al fumador. Variable cuantitativa discreta.

Utilización de parches de nicotina. Variable cuantitativa discreta.

Utilización de chicles de nicotina. Variable cuantitativa discreta.

Utilización de spray nasal de nicotina. Variable cuantitativa discreta.

Utilización de comprimidos para chupar de nicotina. Variable cuantitativa discreta.

Utilización de Bupropion. Variable cuantitativa discreta.

Utilización de Nortriptilina. Variable cuantitativa discreta.

Utilización de ansiolíticos. Variable cuantitativa discreta.

Utilización de otros fármacos. Variable cuantitativa discreta.

Conocimientos sobre fármacos de 1ª línea para dejar de fumar. Variable categórica con 3 categorías (ninguna correcta, alguna correcta, todas correctas).

Conocimientos sobre fármacos de 2ª línea para dejar de fumar. Variable categórica con 3 categorías (ninguna correcta, alguna correcta, todas correctas).

Conocimientos sobre los chicles de nicotina: Se han utilizado 5 variables: **Tipos, Indicaciones, Dosis diaria recomendada, Duración habitual del tratamiento y Contraindicaciones.** Todas ellas categóricas con 3 categorías (respuesta correcta, respuesta parcial, respuesta incorrecta).

Conocimientos sobre los parches de nicotina: Se han utilizado 5 variables: **Tipos, Indicaciones, Uso de los distintos tipos, Duración habitual del tratamiento y Contraindicaciones.** Todas ellas categóricas con 3 categorías (respuesta correcta, respuesta parcial, respuesta incorrecta).

Conocimientos sobre el spray nasal de nicotina: Se han utilizado 4 variables: **Indicaciones, Dosis diaria recomendada, Duración habitual del tratamiento y Contraindicaciones.** Todas ellas categóricas con 3 categorías (respuesta correcta, respuesta parcial, respuesta incorrecta).

Conocimientos sobre los comprimidos para chupar de nicotina: Se han utilizado 4 variables: **Indicaciones, Dosis diaria recomendada, Duración habitual del tratamiento y Contraindicaciones.** Todas ellas categóricas con 3 categorías (respuesta correcta, respuesta parcial, respuesta incorrecta).

Conocimientos sobre Bupropion: Se han utilizado 4 variables: **Indicaciones, Dosis diaria recomendada, Duración habitual del tratamiento y Contraindicaciones.** Todas ellas categóricas con 3 categorías (respuesta correcta, respuesta parcial, respuesta incorrecta).

4.d. VARIABLES RESPUESTA.

Éxito. Persona cuyos conocimientos han mejorado un mínimo de un 10% en el segundo cuestionario. Variable categórica binaria: sí/no.

Pérdida. Incluye: abandonos del sujeto, que no quiere seguir participando; pérdidas durante el seguimiento; Variable categórica binaria: sí/no.

Retiradas. Son aquellas personas que presenten desviaciones del protocolo, no han cumplido con la intervención y/o han recibido una intervención distinta. Variable categórica binaria: sí/no.

4.e. VARIABLES QUE PUEDEN ACTUAR COMO FACTORES DE CONFUSIÓN O MODIFICADORAS DEL EFECTO:

Fumador. Categórica binaria: sí/no. Consideramos fumador a la persona que ha consumido diariamente, durante el último mes, cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno.

Años como fumador. Variable cuantitativa continua, medida en años cumplidos. Se ha incrementado en más 1 unidad antes de realizar el tratamiento estadístico de los datos para tomar los límites verdaderos.

Nº de intentos previos. Se han recogido todos los intentos anteriores de dejar el hábito tabáquico, independientemente de la duración de los mismos. Variable cuantitativa discreta.

Está en este momento dejando de fumar. Variable categórica binaria: sí/no.

Motivo actual para abandonar el consumo. Variable categórica con más de dos categorías.

Convivientes fumadores. Variable categórica binaria: sí/no.

Conocimientos previos. Se ha preguntado sobre la realización de algún curso, trabajo o estudio, relacionado con el tratamiento de la deshabituación tabáquica, en los 6 meses previos a la realización del primer cuestionario.

4.f. OTRAS VARIABLES DE INTERÉS.

Fecha de inicio del ensayo de campo. El día en que se empieza el ensayo. Variable tipo fecha.

Fecha de finalización del ensayo de campo. El último día de recogida de datos del ensayo de campo. Variable independiente fecha.

Fecha de inclusión de una persona. El primer día, previamente fijado, que realiza la primera encuesta. Variable tipo fecha.

Fecha de finalización del seguimiento de una persona. El último día que se sigue a una persona, por ser retirada, pérdida o bien éxito. Variable tipo fecha.

5 INSTRUMENTACIÓN.

5.a. ESTUDIO PILOTO A SANITARIOS.

Tras revisar la literatura se incluyó en el estudio:

A nivel de Atención Primaria: Medicina de Familia, Pediatría, DE, MIR de MF y C, de tercer año, que estén rotando en el momento en que se realiza la intervención.

A nivel Hospitalario: Médicos, DE y MIR de los siguientes servicios: Neumología, Neurología, Cardiología, Digestivo, Medicina Interna, Medicina Preventiva y Salud Pública, Pediatría, Ginecología, Oncología Médica y ORL.

Se valoró incluir en el estudio alguna especialidad más de servicios generales o del bloque quirúrgico. Para ello, se diseñó un pequeño cuestionario (ver ANEXO 7) con sólo dos preguntas para saber si se realizaba intervención al fumador (¿pregunta si fuman a los pacientes que acuden a consulta? ¿realiza alguna intervención en los pacientes que afirman ser fumadores?). Se realizó en un centro hospitalario de características similares a los que posteriormente se estudiaron, pero de otra comunidad autónoma diferente, Navarra, para evitar contaminación en la muestra a estudio.

En Anestesiología y Reanimación se preguntó prácticamente al 100% de los pacientes en la consulta preanestésica sobre el hábito tabáquico por protocolo de la SEDAR (Sociedad Española de Anestesia y Reanimación) y ASA (American Society of Anesthesiologist), pero no se realiza ningún tipo de seguimiento al paciente. El contacto es puntual. Motivo por el que se excluyó a esta especialidad del estudio. Respecto a otras especialidades quirúrgicas, realizan igualmente un contacto meramente puntual con el paciente, centrado en su problema básicamente, por lo que la intervención que realizan, respecto al hábito tabáquico, se basa en derivar al paciente a su médico de cabecera, por lo que fueron igualmente excluidas.

5.b. ESTUDIO PILOTO ENCUESTAS E INICIO ESTUDIO

Una vez diseñadas las encuestas pre-charla (ANEXO 13) y post-charla (ANEXO 14) provisionales, y elaboradas las charlas que se realizarían tanto al grupo de estudio (ANEXO 15) como al control (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**), se procedió a realizar el estudio piloto en un centro de Atención Primaria de características similares a los que posteriormente se estudiarían, pero de otra comunidad autónoma diferente para evitar contaminación en la muestra a estudio.

Analizados los resultados del estudio piloto, y teniendo en cuenta también las sugerencias aportadas por los profesionales sanitarios estudiados, se procedió a la redacción de las encuestas definitivas.

Para realizar el trabajo de campo se solicitó permiso a los directores de todos los sectores sanitarios de Aragón (ANEXO 10) mediante e-mail. Cuando se obtuvo respuesta (ANEXO) se inició la intervención.

La metodología y el trabajo de campo lo realizan dos investigadores, el principal y el secundario. El secundario se encargó de la aleatorización de los centros y elaboración de los listados definitivos de centros de salud y hospitales tanto para intervenciones como para controles. Posteriormente elaboró un listado de los centros de salud y otro de los hospitales en los que se trabajó, sin distinguir entre intervención y control y los pasó al investigador principal. Mientras que es el investigador principal el que se encarga de captar a los participantes del estudio sin saber si son intervenciones o controles.

El método de captación de los participantes del estudio se hizo a través de sus centros de trabajo. Primero, el mismo día de marzo de 2004, se mandó una carta (ANEXO) a los jefes de servicio de las especialidades estudiadas (Cardiología, Digestivo, Ginecología, Medicina Interna, Medicina Preventiva, Neumología, Neurología, Oncología Médica, ORL y Pediatría) de los hospitales seleccionados y a las direcciones médica y de enfermería de los mismos y un fax dirigido a todos los coordinadores de los centros de salud seleccionados explicando el estudio y la metodología.

A la semana, aproximadamente, de este primer contacto, el investigador principal, se pasó personalmente por los distintos servicios hospitalarios y se habló por teléfono con todos los centros de salud, para fijar una fecha para la intervención. Se daba a elegir entre utilizar alguna reunión por cualquier otro motivo o bien fijar una nueva sólo para este fin, todas en el mismo período, Mayo y Junio de 2004.

5.c. PROBLEMAS DURANTE EL ESTUDIO.

Tras el primer contacto del investigador principal tanto con los centros de salud como con los hospitales, no quiso participar en el estudio un centro de salud, por considerar que era un tema ya conocido por los profesionales del centro. Se solucionó seleccionando el primer centro de salud de la reserva de su grupo para sustituirlo.

Quisieron participar en el estudio, pero solo parcialmente, cumplimentando el cuestionario pero sin impartir el taller, algunos servicios hospitalarios y un centro de salud, bien por falta de tiempo debido al exceso de trabajo, bien por considerar la información proporcionada por el taller como innecesaria al ser, en teoría, conocida ya por los profesionales del servicio o centro de salud. Como todos ellos quisieron participar, aunque fuese parcialmente, sin realizar la intervención, no se sustituyeron, sino que se analizaron en el grupo en el que habían sido aleatorizados para evitar sesgos.

5.d. ESTUDIO DE CAMPO

Se prepararon dos talleres, uno para el grupo intervención, sobre el tratamiento farmacológico para ayudar a dejar de fumar (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**) y otro para el control, sobre deshabituación tabáquica exceptuando el tratamiento farmacológico (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**). La idea original era que cada uno de ellos se llevase a cabo por un investigador diferente, pero por problemas de captación de otro investigador, finalmente ambos talleres los realizó el investigador principal.

Se prepararon pegatinas, amarillas o rojas, para codificar el grupo (intervención o control) al que pertenecía cada caso. Otras verdes o azules para codificar el ámbito al que pertenecía cada caso (Atención Primaria o Especializada). Fue el investigador secundario el que eligió los colores para

codificar los elementos de la muestra, sin que el investigador principal lo supiese hasta después de la fase de análisis. Con esto se buscaba el enmascaramiento para analizar los datos.

El día de realización de la intervención acudían los dos investigadores. El principal que pasaba el cuestionario y realizaba el taller, y el secundario que una vez realizado el taller se encargaba de numerar cada cuestionario y de codificarlo.

En la primera reunión, a los dos grupos, tras informarles sobre el estudio (ANEXO 12) y solicitar el consentimiento para participar (ANEXO 8), el investigador principal, pasó la primera encuesta, encuesta precharla (ANEXO), y tras unos minutos de descanso se realizó una intervención breve, distinta en cada grupo respecto al contenido: al grupo de intervención se le habló sobre el tratamiento farmacológico para dejar de fumar (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**) y al grupo control sobre la estrategia de ayuda para dejar de fumar excluyendo el tratamiento farmacológico (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**). En los dos grupos tuvo la misma duración, unos 20 minutos. Con esto se buscó el enmascaramiento del participante, para que no supiese a qué grupo pertenecía, si intervención o control.

No se comentó nada a ninguno de los grupos sobre la siguiente encuesta y al finalizar se entregó a todas las personas un folleto resumen que podía servir como ayuda en la consulta. Tampoco se respondió a las preguntas que surgían en ese momento para evitar sesgos dando distinta información a los grupos. Pero sí se recogían todas ellas y se informó al grupo que recibirían por e-mail o mediante correo interno las contestaciones a todas sus dudas en el plazo de un mes, explicándoles el motivo de hacerlo de esta manera. Estas contestaciones se remitieron tras contestar la segunda encuesta para evitar sesgos.

Se ofreció también material incluido en el taller, si ellos no disponían del mismo y se apuntaron las solicitudes de cada centro o servicio.

Tras despedirse de los profesionales sanitarios a los que se realizó la intervención, el investigador principal pasó todos los cuestionarios al investigador secundario y éste los numeró y codificó. Para numerar cada cuestionario, colocó un número correlativo en el margen inferior de la primera página del cuestionario y para codificarlo, en el margen superior derecho del mismo, colocó por orden:

- Grupo: pegatina amarilla si era intervención o roja si era control.
- Provincia: número 1, correspondía a Zaragoza, 2 a Huesca y 3 a Teruel.
- Ámbito: pegatina verde si era atención primaria y azul si era especializada.
- Nombre del Centro: se asignó un número. Cada número correspondía a un centro distinto.

El investigador secundario guardó los cuestionarios ya numerados y codificados y cuando estuvieron todos preparados, una vez finalizado el estudio de campo, los pasó al investigador principal que fue el encargado de introducir los datos en la base diseñada en SPSS. Para evitar sesgos a la hora de introducir los datos en la base diseñada para tal fin, el investigador principal introducía códigos numéricos sin conocer su equivalencia:

- Grupo: 1 si la pegatina era amarilla y 2 si era roja.
- Provincia: el número correspondiente que había codificado el investigador secundario.

- **Ámbito:** 1 si la pegatina era verde y 2 si era azul.
- **Nombre del Centro:** el número correspondiente que había codificado el investigador secundario.

A los dos meses, se realizó la segunda encuesta (ANEXO 15), a todos los sanitarios elegidos y que realizaron la primera encuesta. Para ello se pensó mandarla por correo electrónico, mediante la dirección de e-mail, que se solicitaba en el primer cuestionario, o bien mediante correo interno dirigido al coordinador del Centro de Salud en el caso de Primaria, o bien al jefe de Servicio correspondiente en el caso de Especializada. Debido a los escasos correos electrónicos con que se contó, se optó por mandar a todos los centros de salud y servicios hospitalarios los cuestionarios mediante correo interno adjuntando:

- Carta de presentación (ANEXO). Se adjuntaban instrucciones para cumplimentar el segundo cuestionario y agradecimiento por la colaboración en el estudio.
- El material que se había solicitado en el taller y que fue el mismo para todos los centros y servicios del grupo de intervención (ANEXO 16) y para los del grupo control (ANEXO 17).
- Sobre con dirección para reenviar los cuestionarios una vez cumplimentados.

Cada lunes de cada semana de Junio y Julio, se enviaron los sobres, con todo el material correspondiente, a los centros de salud y servicios hospitalarios encuestados a lo largo de la misma semana de Mayo o Junio, un mes después de la intervención. El mismo día, se mandó fax dirigido a los coordinadores de los centros de salud anunciándoles la llegada del envío.

6 CRONOGRAMA.

FEBRERO - JUNIO	SEPTIEMBRE - DICIEMBRE
2002	2002
REVISIÓN DEL TEMA.	REDACCIÓN ENCUESTA
BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	DISEÑO PROVISIONAL DEL PROYECTO

FEBRERO	MARZO - JUNIO	SEPTIEMBRE - DICIEMBRE
2003	2003	2003
ESTUDIOS PILOTO	ANÁLISIS RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS PILOTO	REDACCIÓN DEFINITIVA ENCUESTA
		DISEÑO DEFINITIVO DEL PROYECTO

FEBRERO
2004
FORMACIÓN DE 2 INVESTIGADORES
CONTACTO CON LOS DIRECTORES DE LOS CENTROS O JEFES DE SERVICIO

MAYO-JUNIO	JUNIO-JULIO	AGOSTO- DICIEMBRE
2004	2004	2004
REALIZACIÓN PRIMERA ENCUESTA Y TALLER	REALIZACIÓN SEGUNDA ENCUESTA	ANÁLISIS RESULTADOS Y REDACCIÓN TESIS
		INICIAR TRÁMITES LECTURA TESIS

7 CONTROL DE SESGOS.

7.a. CONTROL DEL SESGO DE SELECCIÓN.

Con la selección aleatoria de la muestra entre la población a estudio e incrementando un 33,5% el tamaño muestral para intentar asegurar que finalizará el estudio el número de pacientes deseados.

7.b. CONTROL DEL SESGO DE CONFUSIÓN.

Con la asignación aleatoria.

7.c. CONTROL DEL SESGO DE INFORMACIÓN

Con la aplicación de pruebas sensibles y/o específicas para medir las variables del estudio, la aplicación de criterios diagnósticos correctos e iguales en todos los grupos, y recogiendo los datos con precisión y sin omisiones.

8 FACTORES DE CONFUSION.

Un posible factor de confusión, los conocimientos previos, se controlará en la fase de análisis, mediante la estratificación en dos grupos y el análisis multivariante.

9 MODIFICACIÓN DEL EFECTO.

Se estudiará en la fase de análisis para poder ser descrito pero no se controlará. Las posibles variables modificadoras son: fumador, años de fumador, nº de intentos previos, está actualmente dejando de fumar, motivo actual para abandonar el consumo, convivientes fumadores.

10 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

El análisis estadístico se realizó sobre el total de los pacientes asignados a cada grupo (análisis por intención de tratar).

Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas recogidas en la muestra estudiando los dos grupos, intervención y control, para ver si existían diferencias entre ellos que pudieran modificar los resultados, utilizando pruebas de comparación de medias (T de Student) para variables cuantitativas y pruebas de comparación de proporciones (Chi-cuadrado) para datos cualitativos y se buscaban los posibles factores de confusión o modificadores del efecto para comprobar que se distribuían de forma similar en los dos grupos.

Se analizó el hábito tabáquico de los sanitarios, mediante el cálculo de la prevalencia y análisis de la misma con las distintas variables sociodemográficas (Provincia, Centro laboral, Nivel profesional, Ámbito laboral, Especialidad, Tipo de contrato, Género, Edad y Estado Civil) y las detectadas como posibles factores de confusión o modificadoras del efecto, mediante pruebas de comparación de medias (T de Student) para variables cuantitativas y pruebas de comparación de proporciones (Chi-cuadrado) para datos cualitativos.

Para conocer la actuación de los sanitarios en la consulta y para saber los conocimientos sobre los tratamientos farmacológicos empleados en deshabituación, se realizó un análisis descriptivo de las variables que hacían referencia al factor de estudio y se analizaban cada una de ellas tanto con las variables sociodemográficas como con los posibles factores de confusión o modificadores del efecto mediante pruebas de comparación de medias (T de Student) para variables cuantitativas y pruebas de comparación de proporciones (Chi-cuadrado) para datos cualitativos.

En todos los casos anteriores si no se pudo utilizar la prueba de Chi-cuadrado por no cumplirse las condiciones de aplicación, se agruparon datos, se realizó la prueba exacta de Fisher o la corrección de continuidad de Yates.

Por último, se analizaron los resultados de la intervención y comparándose con el grupo control, mediante pruebas de comparación de proporciones en medidas repetidas (Mc Nemar) para las observaciones cualitativas realizadas antes y después de la intervención y mediante pruebas de comparación de medias en medidas repetidas (Prueba T de Student-Fisher) para las cuantitativas.

Para evaluar las variables que influían en los éxitos o los fracasos se utilizó un análisis de regresión logística múltiple.

RESULTADOS

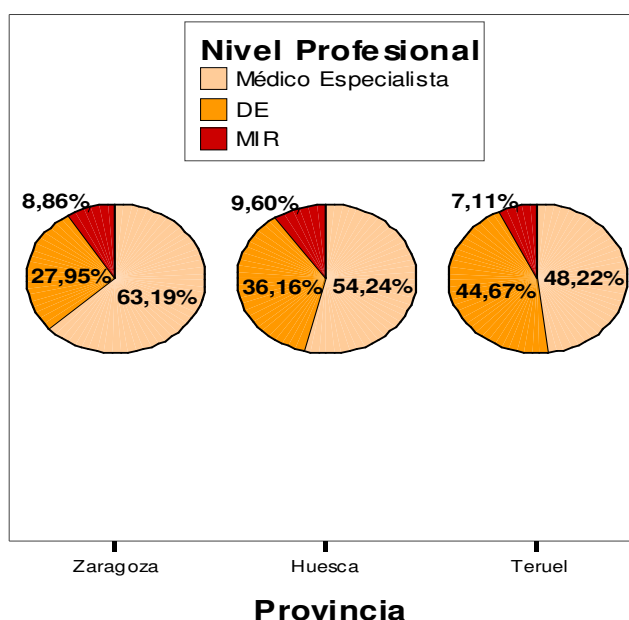
1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.

A continuación se van a describir las principales características sociodemográficas (provincia, centro laboral, nivel profesional, ámbito laboral, especialidad, tipo de contrato, género, edad y estado civil) de la muestra.

1.1. PROVINCIA

La elección de los profesionales sanitarios para la muestra, por provincias, se hizo de forma proporcional, mediante estratos. La distribución global quedó finalmente: un 57,8% de Zaragoza (512/886), un 20% de Huesca (177/886) y por último un 22,2% de Teruel (197/886). En la Figura 10, se ve como la proporción de sanitarios según nivel profesional (Médicos, especialistas o MIR, y DE) era similar para cada una de las provincias.

Figura 10. Distribución según provincia y nivel profesional.



1.2. CENTRO LABORAL

Según el centro, el 61,3% (543/886) de la muestra pertenecía a Centros de Salud y un 38,7% (343/886) a Centros Hospitalarios.

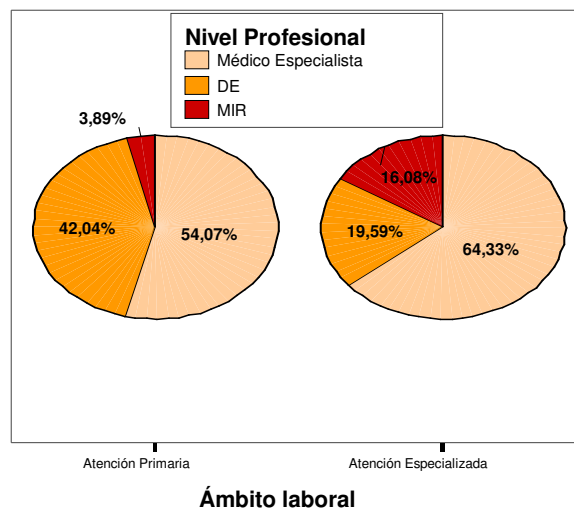
1.3. NIVEL PROFESIONAL

El 66,7% eran Médicos (588/886), de los cuales el 58% (512/886) eran especialistas y 8,6% (76/886) MIR. Un 33,3% (294/886) del total eran DE.

1.4. ÁMBITO LABORAL

Respecto al ámbito, un 61,3% (543/886) pertenecían a Atención Primaria y un 38,7% (343/886) a Especializada. La distribución de los profesionales sanitarios de la muestra se aprecia en la Figura 11.

Figura 11. Relación entre ámbito laboral y nivel profesional.



1.5. ESPECIALIDAD

La distribución por especialidad figura en la Tabla 61. El grupo más numeroso era el de Medicina de Familia con el 61,5%, seguido de Pediatría con el 8,5%, Ginecología con el 5,1%, Medicina Interna con el 5%, y ORL con el 4,5%.

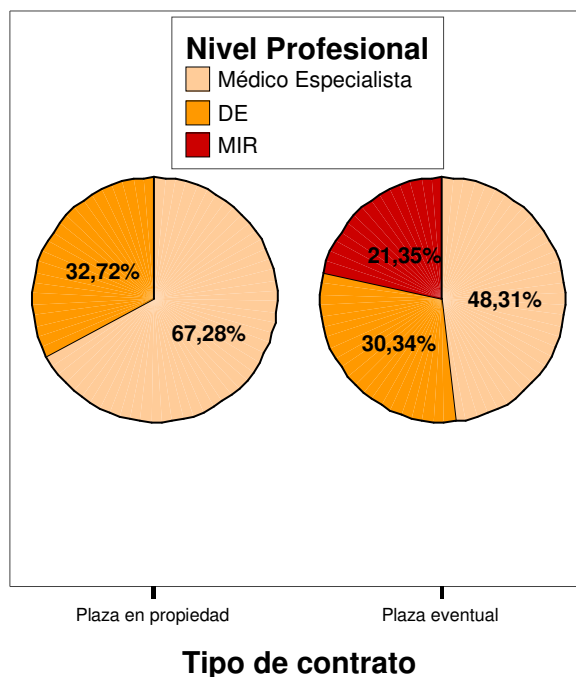
Tabla 61. Distribución de la muestra según especialidad.

Especialidad		
	Frecuencia	Porcentaje
Cardiología	42	4,7
Digestivo	31	3,5
Ginecología	45	5,1
Medicina de Familia	545	61,5
Medicina Interna	44	5,0
Neumología	26	2,9
Neurología	16	1,8
Oncología Médica	11	1,2
ORL	40	4,5
Pediatría	75	8,5
Medicina Preventiva	11	1,2
Total	886	100,0

1.6. TIPO DE CONTRATO

Un 55,1% poseían plaza en propiedad (437/886) y se consideraban eventuales un 44,9% (356/886). Para cada uno de los niveles profesiones la distribución se puede ver en la Figura 12.

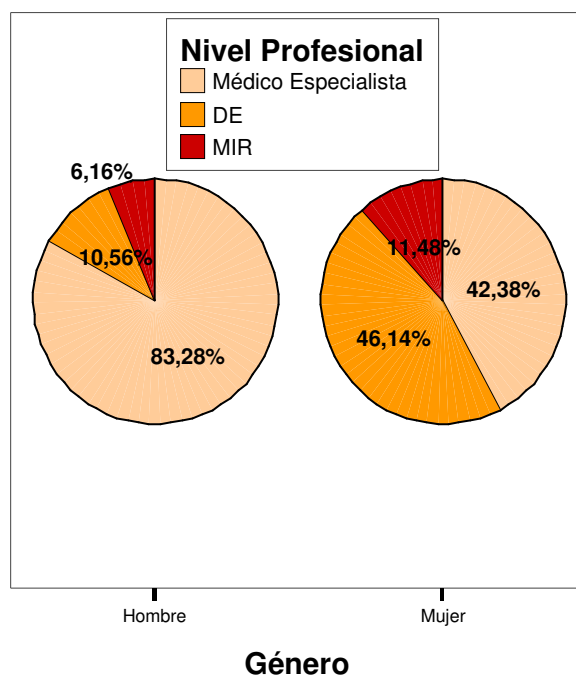
Figura 12. Relación entre tipo de contrato y nivel profesional.



1.7. GÉNERO

En la muestra predominaban los sanitarios mujeres con un 58,6% (482/886). Al considerar cada nivel profesional por separado, excepto en el grupo de Médicos especialistas donde por el contrario predominaban los hombres, en el resto de los niveles, tanto MIR como DE dominaban ampliamente las mujeres (ver Figura 13).

Figura 13. Distribución según género y nivel profesional.



1.8. EDAD

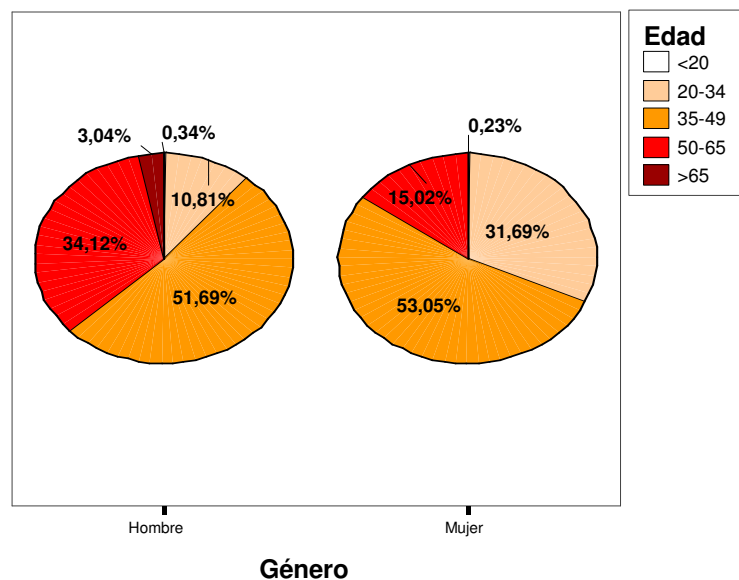
La mediana de edad de la muestra era de 45 años (IQR: 14 años) y por rangos, se observa como la mayor parte de los profesionales sanitarios estaban en el rango comprendido entre los 35 y los 49 años. Ver la distribución en la Tabla 62.

Tabla 62. Distribución de la muestra por rangos de edad.

		Edad	
		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	20-34	169	23,0
	35-49	385	52,3
	50-65	182	24,7
	Total	736	100,0
Perdidos	Sistema	150	
Total		886	

La distribución de los grupos de edad según el género, se puede observar en la Figura 14, en la que destaca el mayor porcentaje de sanitarios mujeres en edades inferiores y de sanitarios hombres en las superiores.

Figura 14. Distribución de la edad según género.



1.9. ESTADO CIVIL

El 70,5% (537/886) estaban casados o vivían en pareja, el 25,3% (193/886) estaba soltero, el 3,1% (24/886) separado y viudo el 1% (8/886). La distribución por profesión se puede ver en la Tabla 63, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=76,131$; $p=0,000$).

Tabla 63. Distribución de los sanitarios según estado civil y profesión.

			Nivel Profesional			Total
			Médico Especialista	DE	MIR	
Estado civil	Soltero	Recuento	78	67	48	193
		%	40,4%	34,7%	24,9%	100,0%
	Casado-Vive en pareja	Recuento	351	165	21	537
		%	65,4%	30,7%	3,9%	100,0%
Separado	Recuento	17	6	1	24	
	%	70,8%	25,0%	4,2%	100,0%	
Viudo	Recuento	5	3		8	
	%	62,5%	37,5%		100,0%	
Total	Recuento	451	241	70	762	
	%	59,2%	31,6%	9,2%	100,0%	

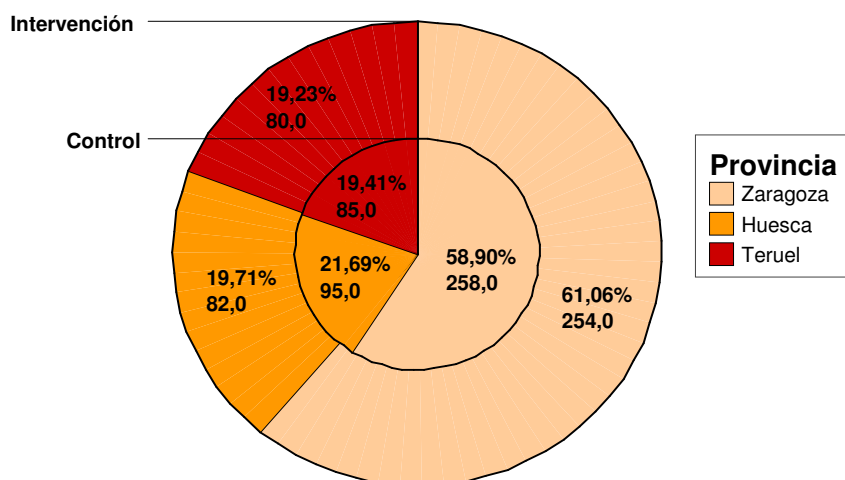
2. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA (GRUPO INTERVENCIÓN Y GRUPO CONTROL).

Ninguna de las características estudiadas se distribuía de forma distinta, estadísticamente significativa, entre el grupo al que se realizó la intervención (416/886) y el grupo control (438/886), como se puede comprobar en cada uno de los apartados siguientes:

2.1. PROVINCIA

En Zaragoza participaron 512 profesionales (254 en el grupo intervención y 258 en el grupo control), en Huesca 177 (82 y 95 respectivamente) y en Teruel 165 (80 y 85 en cada grupo). No había diferencias estadísticamente significativas, $X^2=0,571$; $p=0,752$ (ver Figura 15).

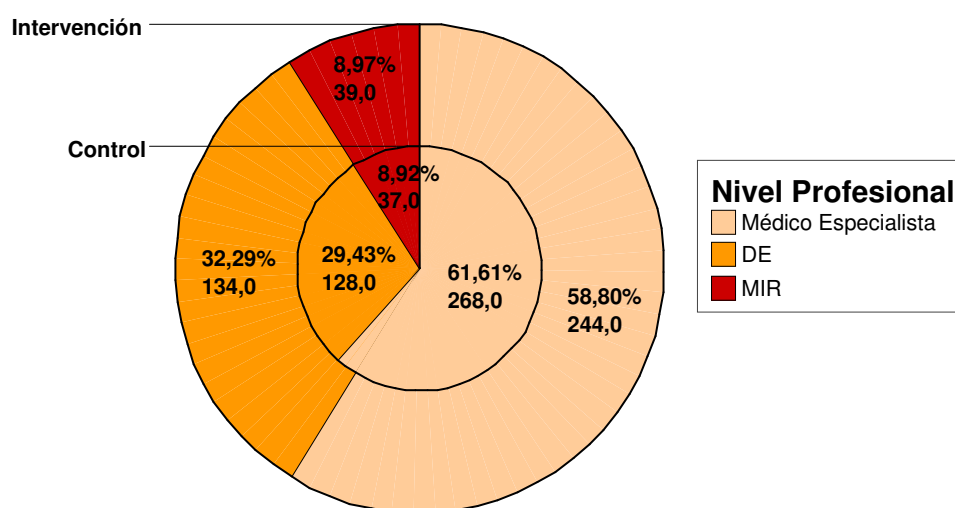
Figura 15. Distribución, según provincia, del grupo intervención y control.



2.2. NIVEL PROFESIONAL

Participaron finalmente 588 Médicos, de los cuales 512 eran especialistas (244 en el grupo intervención y 268 en el control) y 76 MIR (39 y 37 en cada grupo), 262 eran DE (134 y 128 respectivamente). Las diferencias entre los grupos no eran estadísticamente significativas ($X^2=0,845$; $p=0,655$) como se ve en la Figura 16.

Figura 16. Distribución del nivel profesional en el grupo intervención y el control.

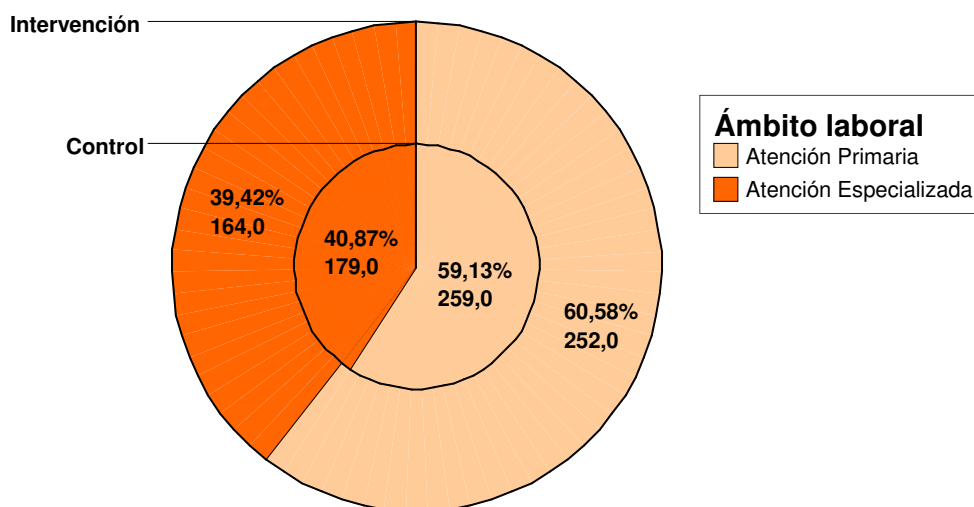


2.3. ÁMBITO LABORAL

Pertenecían a Atención Primaria 511 profesionales de los 886 que contestaron la encuesta (252 en el grupo intervención y 259 en el control) y a Especializada 343 profesionales (164 y 179 respectivamente), no

encontrando diferencias estadísticamente significativas ($X^2=0,185$; $p=0,667$). Ver Figura 17.

Figura 17. **Ámbito laboral de la muestra del grupo intervención y el control.**



2.4. ESPECIALIDAD

Como se observa en la Tabla 64, en la que queda reflejada la distribución por especialidad de los sanitarios que participaron en el estudio, el mayor número correspondía a Medicina de Familia, no siendo las diferencias estadísticamente significativas entre el grupo intervención y control ($X^2=14,253$; $p=0,162$).

Tabla 64. Distribución de la muestra por especialidad.

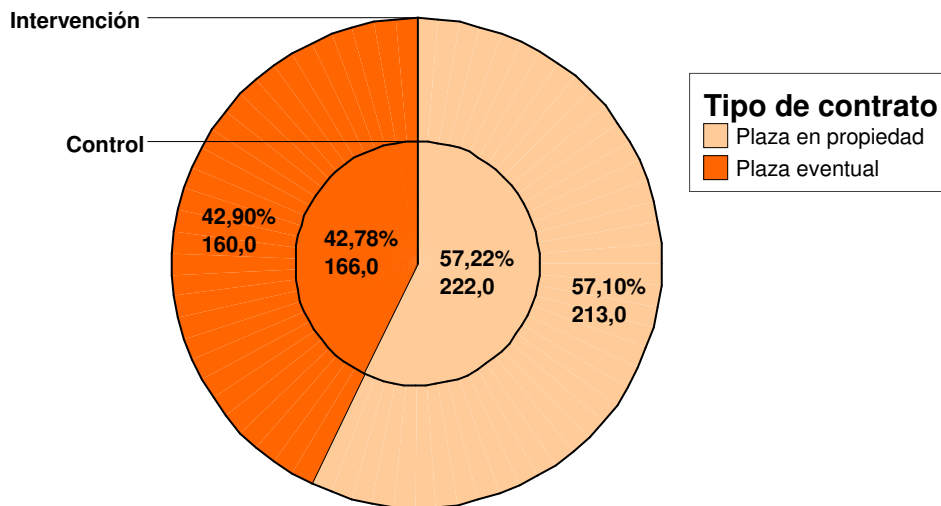
Recuento

	Grupo		Total
	Intervención	Control	
Cardiología	14	28	42
Digestivo	12	19	31
Ginecología	20	25	45
Medicina de Familia	247	266	513
Medicina Interna	25	19	44
Neumología	14	12	26
Neurología	5	11	16
Oncología Médica	5	6	11
ORL	23	17	40
Pediatría	45	30	75
Medicina Preventiva	6	5	11
Total	416	438	854

2.5. TIPO DE CONTRATO

De los profesionales que participaron en el estudio 435 tenían plaza en propiedad, 213 (48,96%) del grupo intervención y 222 (51,04%) del control, y 326 se definieron como eventuales o interinos, 160 (49,08%) y 166 (50,92%) respectivamente, no siendo las diferencias estadísticamente significativas ($X^2= 0,001$; $p=0,975$), como se observa en la Figura 18.

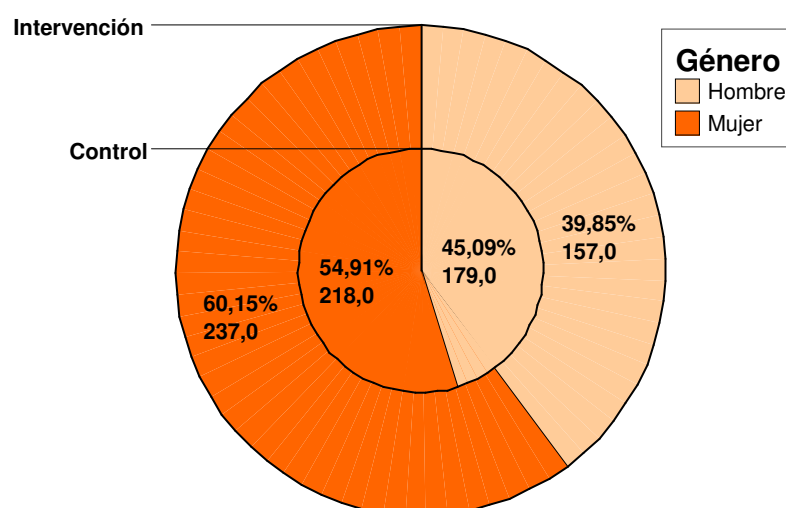
Figura 18. Tipo de contrato del grupo intervención y control.



2.6. GÉNERO

Participaron 455 profesionales sanitarios mujeres, 237 (52,09%) en el grupo intervención y 218 (47,91%) en el control y 336 hombres, 157 (46,73%) y 179 (53,27%) respectivamente, no siendo las diferencias estadísticamente significativas ($X^2=2,223$; $p= 0,136$) como se ve en la Figura 19.

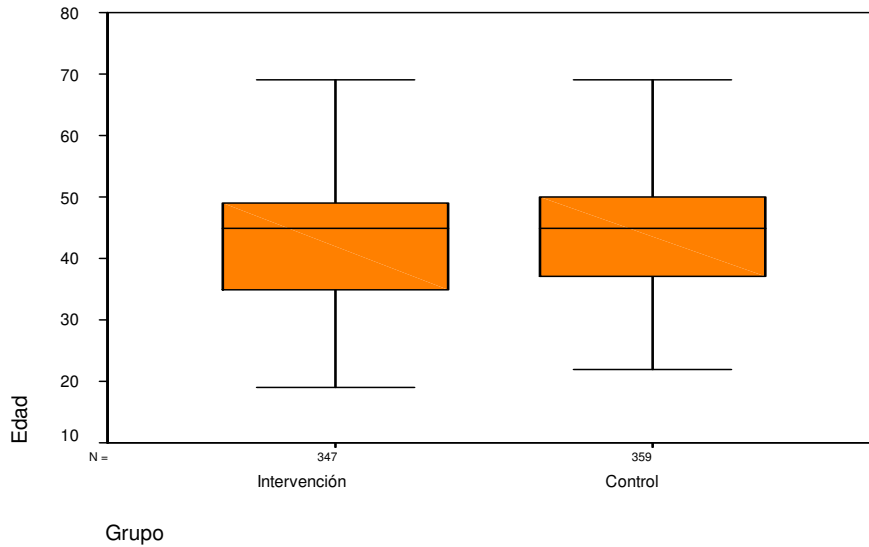
Figura 19. Género del grupo intervención y control.



2.7. EDAD

La media de edad en el grupo intervención era de 42,6 años (DE= 11,573) y en el grupo control de 43 años (DE= 10,623), no siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p=0,521$). Ver Figura 20.

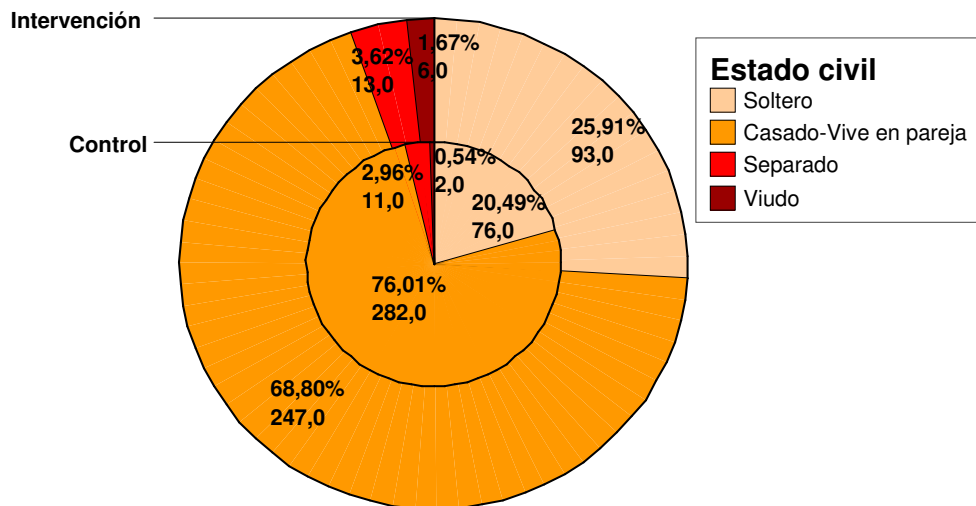
Figura 20. Edad del grupo intervención y control.



2.8. ESTADO CIVIL

De los profesionales sanitarios que accedieron a participar en el estudio, 169 eran solteros, de los cuales 93 (55,03%) eran del grupo intervención y 76 (44,97%) del control, 529 estaban casados o vivían con pareja, de los que pertenecían 247 (46,69%) y 282 (53,31%) respectivamente a cada grupo, 24 estaban separados, 13 (54,17%) y 11 (45,83%) en cada grupo y 8 eran viudos, 6 (75%) y 2 (25%) respectivamente. Las diferencias, como se observa en la Figura 21, no eran estadísticamente significativas ($X^2= 5,997$; $p= 0,112$).

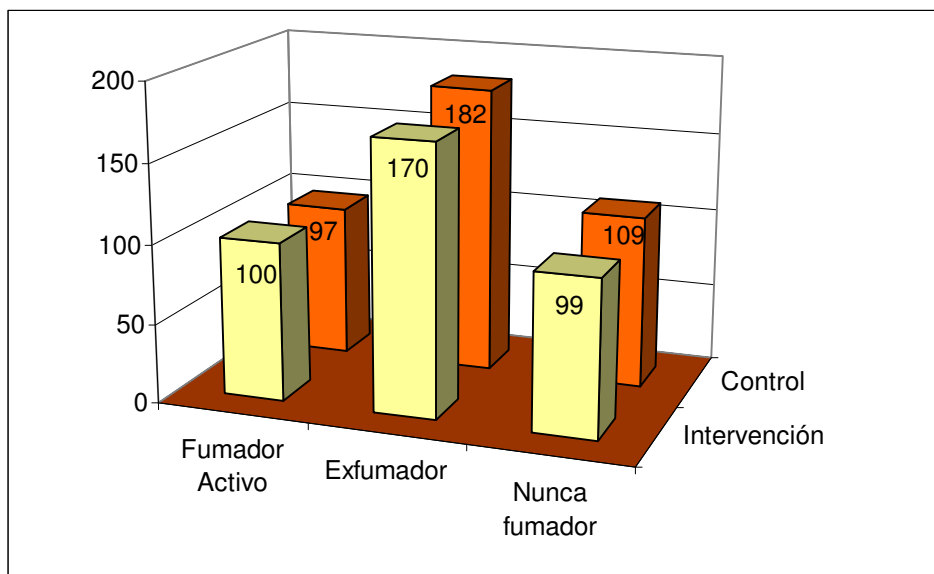
Figura 21. Estado civil del grupo intervención y control.



2.9. TIPO DE HÁBITO.

El tipo de hábito fué dividido en tres tipos, nunca fumador, exfumador actual y fumador activo, cuyos resultados se muestran en la Figura 22.

Figura 22. Tipo de hábito tabáquico de los sanitarios de la muestra comparando grupo intervención y control.



2.9.1. NUNCA FUMADOR.

De los profesionales que participaron en la encuesta nunca han fumado 208 (99/369 en el grupo intervención, 26,8%, y 109/388 en el control, 28,1%), no siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2= 0,459$; $p= 0,795$).

2.9.2. FUMADOR ACTIVO.

De todos los profesionales que participaron en la encuesta eran fumadores activos 197 (100/369 en el grupo intervención, 27,1%, y 97/388 en el control, 25%), no siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2= 0,459$; $p= 0,795$).

2.9.3. EXFUMADOR ACTUAL.

De los profesionales que participaron en la encuesta eran exfumadores en la actualidad, 352 (170/369 en el grupo intervención, 46,1%, y 182/388 en el control, 46,9%), no siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=0,459$; $p=0,795$).

2.10. AÑOS COMO FUMADOR.

En los dos grupos, intervención y control, la mayor parte de los fumadores llevaban de 11 a 20 años con su hábito, como se aprecia en la Tabla 65, no siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=0,626$; $p=0,890$).

Tabla 65. Años como fumador de los sanitarios, en los grupos intervención y control.

			Grupo		Total
			Intervención	Control	
Años que ha fumado	1-10	Recuento	37	35	72
		%	51,4%	48,6%	100,0%
	11-20	Recuento	54	46	100
		%	54,0%	46,0%	100,0%
	21-30	Recuento	43	46	89
		%	48,3%	51,7%	100,0%
	>30	Recuento	13	13	26
		%	50,0%	50,0%	100,0%
Total		Recuento	147	140	287
		%	51,2%	48,8%	100,0%

2.11. NÚMERO DE CONVIVIENTES FUMADORES.

No había diferencias estadísticamente significativas ($X^2=0,138$; $p= 0,710$) en los dos grupos como queda reflejado en la Tabla 66 .

Tabla 66. Número de convivientes fumadores de los sanitarios, en los grupos intervención y control.

			Grupo		Total
			Intervención	Control	
Convivientes fumadores	Sí	Recuento	98	100	198
		%	49,5%	50,5%	100,0%
	No	Recuento	166	181	347
		%	47,8%	52,2%	100,0%
Total		Recuento	264	281	545
		%	48,4%	51,6%	100,0%

2.12. ¿CUÁNTOS SE HAN PLANTEADO DEJAR DE FUMAR?

No había diferencias estadísticamente significativas ($X^2= 0,419$; $p= 0,518$) en los dos grupos como se ve en la Tabla 67.

Tabla 67. Número de sanitarios que se han planteado dejar de fumar, en los grupos intervención y control.

			Grupo		Total
			Intervención	Control	
¿Se ha planteado dejar de fumar?	Sí	Recuento	43	46	89
		%	48,3%	51,7%	100,0%
	No	Recuento	66	59	125
		%	52,8%	47,2%	100,0%
Total		Recuento	109	105	214
		%	50,9%	49,1%	100,0%

2.13. NÚMERO DE INTENTOS PREVIOS.

En los dos grupos la mayor parte de los sanitarios fumadores habían realizado de ninguno a 1 ó 2 intentos previos, como se aprecia en la Tabla 68, no siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2= 4,332$; $p= 0,363$).

Tabla 68. Número de intentos previos de los sanitarios fumadores, en los grupos intervención y control.

			Grupo		Total
			Intervención	Control	
Nº de intentos previos para dejar de fumar	0 veces	Recuento	56	45	101
		%	55,4%	44,6%	100,0%
	1 ó 2 veces	Recuento	56	51	107
		%	52,3%	47,7%	100,0%
	3 ó 4 veces	Recuento	22	21	43
		%	51,2%	48,8%	100,0%
	5 a 10 veces	Recuento	7	10	17
		%	41,2%	58,8%	100,0%
	más de 10 veces	Recuento	4	10	14
		%	28,6%	71,4%	100,0%
Total		Recuento	145	137	282
		%	51,4%	48,6%	100,0%

2.14. MOTIVOS PARA DEJAR DE FUMAR.

No había diferencias estadísticamente significativas ($X^2= 6,786$; $p= 0,237$) en los dos grupos como se observa en la Tabla 69.

Tabla 69. Motivos para dejar de fumar, en los grupos intervención y control.

			Grupo		Total
			Intervención	Control	
Motivo para dejar de fumar	No motivo	Recuento	52	44	96
		%	54,2%	45,8%	100,0%
	Patología	Recuento	52	48	100
		%	52,0%	48,0%	100,0%
	Salud	Recuento	11	15	26
		%	42,3%	57,7%	100,0%
	Independencia	Recuento	4	3	7
	%	57,1%	42,9%	100,0%	
	Ejemplo	Recuento		2	2
		%		100,0%	100,0%
	Cansancio	Recuento	2		2
		%	100,0%		100,0%
Total		Recuento	121	112	233
		%	51,9%	48,1%	100,0%

3. ANÁLISIS DEL HÁBITO TABÁQUICO EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS.

3.1. PREVALENCIA

La prevalencia en la muestra era del 25,5% de fumadores (201/789). Por provincias, el mayor porcentaje de sanitarios fumadores estaba en Teruel (31,3%: 57/182), seguido de Huesca (24,6%: 42/171) y Zaragoza (23,4%: 102/436), no siendo la diferencia significativa ($X^2=4,243$; $p= 0,114$).

La mayor parte de los fumadores eran DE, con un 28,7%, le seguían los Médicos con un 25,8% (MIR 28,6% y especialistas 23%) pero las diferencias entre ellos no eran estadísticamente significativas ($X^2=3,289$; $p= 0,193$). Por especialidades, el mayor número de fumadores se encontraba en ORL (un 38,2% de los sanitarios de ORL fuman), seguidos de Medicina Interna (36,8%), Ginecología (35%) y en cuarto lugar Neurología con un 33,3%, pero las diferencias no eran estadísticamente significativas ($X^2=0,174$; $p= 0,677$). Ver Tabla 70. Los menos fumadores eran los especialistas de Neumología (9,1%), seguidos de Oncología (12,5%) y Medicina Preventiva (14,3%).

La mayor parte de los profesionales sanitarios fumadores se encuentran en Atención Primaria (26,6%, 135/507), respecto a Especializada (23,4%, 66/282), si bien la diferencia no era estadísticamente significativa ($x^2=0,991$; $p= 0,319$).

Tabla 70. Distribución de los fumadores según especialidad.

			Fumador activo		Total
			Sí	No	
Especialidad	Cardiología	Recuento	5	26	31
		%	16,1%	83,9%	100,0%
	Digestivo	Recuento	6	23	29
		%	20,7%	79,3%	100,0%
	Ginecología	Recuento	14	26	40
		%	35,0%	65,0%	100,0%
	Medicina de Familia	Recuento	128	384	512
		%	25,0%	75,0%	100,0%
	Medicina Interna	Recuento	14	24	38
		%	36,8%	63,2%	100,0%
	Neumología	Recuento	2	20	22
		%	9,1%	90,9%	100,0%
	Neurología	Recuento	1	2	3
	%	33,3%	66,7%	100,0%	
Oncología Médica	Recuento	1	7	8	
	%	12,5%	87,5%	100,0%	
ORL	Recuento	13	21	34	
	%	38,2%	61,8%	100,0%	
Pediatría	Recuento	16	49	65	
	%	24,6%	75,4%	100,0%	
Medicina Preventiva	Recuento	1	6	7	
	%	14,3%	85,7%	100,0%	
Total		Recuento	201	588	789
		%	25,5%	74,5%	100,0%

Respecto a la distribución por género, el 25,9% (118/456) de los sanitarios fumadores actuales eran mujeres, respecto al 24,7% de los hombres (78/316), pero la diferencia no era estadísticamente significativa ($X^2=0,140$; $p= 0,708$).

Los profesionales sanitarios que fumaban, tenían de media, dos meses más de edad que los que no fumaban, pero la diferencia no era significativa ($p= 0,812$).

3.2. EXFUMADORES

La prevalencia de exfumadores actuales casi duplicaba a la de fumadores activos, con un 46,6% (368/789). Respecto a la distribución según provincias, era en Zaragoza donde más había con un 51,1% (223/436), seguida de Huesca con un 43,3% (74/171) y Teruel con un 39% (71/182), no siendo las diferencias estadísticamente significativas ($X^2=8,593$; $p= 0,014$).

Según profesión el 51,1% (240/470) eran Médicos especialistas, seguido del 44,1% de DE (109/247) y el 27,1% de MIR (19/70). Las diferencias eran estadísticamente significativas ($X^2=15,004$; $p= 0,001$). Considerando específicamente cada especialidad, donde más exfumadores había era en Neumología (el 81,8% habían dejado de fumar) y Oncología médica (el 62,5%), seguidos de Medicina de Familia (47,7%), Ginecología (47,5%) y Medicina Interna (47,4%). No siendo las diferencias estadísticamente significativas ($X^2=0,604$; $p= 0,437$). Donde menos exfumadores se encontraron fué en Medicina Preventiva (14,3%), seguido de Cardiología (32,3%) y Neurología (33,3%). Ver Tabla 71.

La mayor parte de los sanitarios exfumadores de la muestra se encontraban en Atención Primaria (46,7%, 237/507), respecto a Atención Especializada (46,5%, 131/282), si bien la diferencia no era estadísticamente significativa ($X^2=0,006$; $p= 0,937$).

Tabla 71. Distribución de los exfumadores según especialidad.

			Exfumador actual		Total
			Sí	No	
Especialidad	Cardiología	Recuento	10	21	31
		%	32,3%	67,7%	100,0%
	Digestivo	Recuento	11	18	29
		%	37,9%	62,1%	100,0%
	Ginecología	Recuento	19	21	40
		%	47,5%	52,5%	100,0%
	Medicina de Familia	Recuento	244	268	512
		%	47,7%	52,3%	100,0%
	Medicina Interna	Recuento	18	20	38
		%	47,4%	52,6%	100,0%
	Neumología	Recuento	18	4	22
		%	81,8%	18,2%	100,0%
	Neurología	Recuento	1	2	3
		%	33,3%	66,7%	100,0%
	Oncología Médica	Recuento	5	3	8
		%	62,5%	37,5%	100,0%
	ORL	Recuento	13	21	34
		%	38,2%	61,8%	100,0%
	Pediatría	Recuento	28	37	65
		%	43,1%	56,9%	100,0%
	Medicina Preventiva	Recuento	1	6	7
		%	14,3%	85,7%	100,0%
Total		Recuento	368	421	789
		%	46,6%	53,4%	100,0%

Respecto a la distribución por género, la mayor parte de los sanitarios exfumadores eran hombres, 51% (161/316), respecto al 43,2% (197/456) de las mujeres siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=4,505$; $p=0,034$).

Los profesionales sanitarios exfumadores, tenían de media, cuatro años y medio más que los fumadores, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p=0,000$).

3.3. AÑOS DE FUMADOR

La media de tiempo fumando se situaba en los 19 años (desviación típica de 10).

En las tres provincias la distribución era similar (no había diferencias estadísticamente significativas: $X^2=6,346$; $p= 0,386$), como se observa en la Tabla 72, la mayor parte de los profesionales sanitarios fumadores llevaban entre 11 y 30 años fumando.

Tabla 72. Años como fumador de los profesionales sanitarios en Aragón.

			Provincia			Total
			Zaragoza	Huesca	Teruel	
Años que ha fumado	1-10	Recuento	41	13	22	76
		%	26,6%	21,0%	29,3%	26,1%
	11-20	Recuento	49	20	31	100
		%	31,8%	32,3%	41,3%	34,4%
	21-30	Recuento	48	22	19	89
		%	31,2%	35,5%	25,3%	30,6%
	>30	Recuento	16	7	3	26
		%	10,4%	11,3%	4,0%	8,9%
Total	Recuento	154	62	75	291	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Respecto al nivel profesional eran los Médicos especialistas los que llevaban más tiempo fumando, el 33,7% llevaban entre 21 y 30 años, le seguían DE, donde el 37,9 % llevaba entre 11 y 20 años y por último MIR donde el 65,2% llevaban entre 1 y 10 años, no siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2= 3,861$; $p= 0,277$). Ver Tabla 73. Se estudió el efecto de la edad en este resultado, encontrando que la misma era factor de confusión, no modificadora del efecto, en la relación entre nivel profesional y tiempo fumando ($b=-4,700$ a $b=-1,007$ años, al introducir la variable edad).

Tabla 73. Años como fumador de los sanitarios según nivel profesional.

			Profesión			Total
			Médico Especialista	DE	MIR	
Años que ha fumado	1-10	Recuento	35	26	15	76
		%	21,5%	25,2%	65,2%	26,3%
	11-20	Recuento	52	39	8	99
		%	31,9%	37,9%	34,8%	34,3%
	21-30	Recuento	55	33		88
		%	33,7%	32,0%		30,4%
	>30	Recuento	21	5		26
		%	12,9%	4,9%		9,0%
Total		Recuento	163	103	23	289
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Respecto al ámbito laboral, en Atención Primaria el 42% llevaban entre 11 y 20 años fumando, mientras que en Atención Especializada el 35% llevaban entre 21 y 30 años, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2= 14,273; p=0,003$). Ver Tabla 74. Se estudió el efecto de la edad en este resultado, encontrando que la misma era factor de confusión, no modificadora del efecto, en la relación entre ámbito laboral y tiempo fumando ($b=1,544$ a $b=0,449$ años, al introducir la variable edad).

Tabla 74. Años como fumador de los profesionales sanitarios según ámbito laboral.

			Ámbito laboral		Total
			Atención Primaria	Atención Especializada	
Años como fumador	1-10	Recuento	42	34	76
		%	22,3%	33,0%	26,1%
	11-20	Recuento	79	21	100
		%	42,0%	20,4%	34,4%
	21-30	Recuento	53	36	89
		%	28,2%	35,0%	30,6%
	31-40	Recuento	12	10	22
		%	6,4%	9,7%	7,6%
	>40	Recuento	2	2	4
		%	1,1%	1,9%	1,4%
Total		Recuento	188	103	291
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Según especialidad, se pueden ver los años como fumador en la Tabla 75, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($X^2= 13,398$; $p= 0,005$).

Tabla 75. Años como fumador de los profesionales sanitarios según especialidad.

		Años como fumador				Total
		1-10	11-20	21-30	>30	
Cardiología	Valor	3	3	3		9
	%	33,3%	33,3%	33,3%		100,0%
Digestivo	Valor	5		5		10
	%	50,0%		50,0%		100,0%
Ginecología	Valor	8	2	8	2	20
	%	40,0%	10,0%	40,0%	10,0%	100,0%
Medicina de Familia	Valor	48	75	47	12	182
	%	26,4%	41,2%	25,8%	6,6%	100,0%
Medicina Interna	Valor	5	8	4	3	20
	%	25,0%	40,0%	20,0%	15,0%	100,0%
Neumología	Valor	1	1	3		5
	%	20,0%	20,0%	60,0%		100,0%
Neurología	Valor	1				1
	%	100,0%				100,0%
Oncología Médica	Valor		3			3
	%		100,0%			100,0%
ORL	Valor	1	2	8	6	17
	%	5,9%	11,8%	47,1%	35,3%	100,0%
Pediatría	Valor	3	6	11	3	23
	%	13,0%	26,1%	47,8%	13,0%	100,0%
Medicina Preventiva	Valor	1				1
	%	100,0%				100,0%
Total	Valor	76	100	89	26	291
	%	26,1%	34,4%	30,6%	8,9%	100,0%

Según el tipo de contrato los sanitarios con plaza en propiedad llevaban fumando en un 38,5% de 21 a 30 años, en cambio los que tenían plaza eventual, en un 44,6% llevaban fumando de 1 a 10 años, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2= 43,666$; $p= 0,000$). Ver Tabla 76. Se

estudió el efecto de la edad en este resultado, encontrado que la misma era factor de confusión, no modificadora del efecto, en la relación entre tipo de contrato y tiempo fumando ($b=-8,307$ a $b=-3,029$ años, al introducir la variable edad).

Tabla 76. Años como fumador de los sanitarios según el tipo de contrato.

			Tipo de contrato		Total
			Plaza en propiedad	Plaza eventual	
Años como fumador	1-10	Recuento	25	50	75
		%	14,4%	44,6%	26,2%
	11-20	Recuento	60	39	99
		%	34,5%	34,8%	34,6%
	21-30	Recuento	67	20	87
		%	38,5%	17,9%	30,4%
	>30	Recuento	22	3	25
		%	12,6%	2,7%	8,7%
Total		Recuento	174	112	286
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Los profesionales sanitarios hombres llevaban más tiempo fumando, el 31,7% de 21 a 30 años, respecto a las mujeres que el 40,4% llevan de 11 a 20 años, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2= 21,045$; $p= 0,000$). Ver Tabla 77. Se estudió el efecto de la edad en este resultado, encontrado que la misma era factor de confusión, no modificadora del efecto, en la relación entre género y tiempo fumando ($b=-4,094$ a $b=-0,605$ años, al introducir la variable edad).

Tabla 77. Años como fumador de los profesionales sanitarios según el género.

			Género		Total
			Hombre	Mujer	
Años como fumador	1-10	Recuento	30	45	75
		%	24,4%	28,0%	26,4%
	11-20	Recuento	33	65	98
		%	26,8%	40,4%	34,5%
	21-30	Recuento	39	47	86
		%	31,7%	29,2%	30,3%
	>30	Recuento	21	4	25
		%	17,1%	2,5%	8,8%
Total		Recuento	123	161	284
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Respecto a la edad el grupo más joven, de 20 a 34 años, llevaba menos tiempo fumando, en un 71,7% de 1 a 10 años, le seguía el grupo de edad intermedio, entre 35 y 49 años, con 11 a 20 años de fumador y por último el grupo de mayor edad, de 50 a 65 años, que era el que más tiempo llevaba fumando, el 33,8% de 21 a 30 años, como queda patente en la Tabla 78. La diferencia era estadísticamente significativa ($X^2 = 103,977$; $p = 0,000$).

Tabla 78. Años como fumador de los profesionales sanitarios según grupo de edad.

			Edad			Total
			20-34	35-49	50-65	
Años como fumador	1-10	Recuento	33	27	10	70
		%	71,7%	17,9%	13,0%	25,5%
	11-20	Recuento	12	61	20	93
		%	26,1%	40,4%	26,0%	33,9%
	21-30	Recuento	1	58	26	85
		%	2,2%	38,4%	33,8%	31,0%
	>30	Recuento		5	21	26
		%		3,3%	27,3%	9,5%
Total		Recuento	46	151	77	274
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Según el estado civil (Tabla 79), los sanitarios solteros eran los que menos tiempo llevaban fumando, de 1 a 10 años en un 53,8%, le seguían los que estaban casados o viven en pareja, de 11 a 20 años en un 36,1%, y por último los que estaban separados, de 21 a 30 años en un 40%, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2= 25,576$; $p= 0,000$). Se estudió el efecto de la edad en este resultado, encontrado que la misma era factor de confusión, no modificadora del efecto, en la relación entre estado civil y tiempo fumando ($b=3,012$ a $b=6,951$ años, al introducir la variable edad).

Tabla 79. Años como fumador de los profesionales sanitarios según el estado civil.

			Estado civil				Total
			Soltero	Casado-Vive en pareja	Separado	Viudo	
Años como fumador	1-10	Recuento	35	37	1		73
		%	53,8%	18,0%	10,0%		25,9%
	11-20	Recuento	19	74	3	1	97
		%	29,2%	36,1%	30,0%	50,0%	34,4%
	21-30	Recuento	10	72	4		86
		%	15,4%	35,1%	40,0%		30,5%
	>30	Recuento	1	22	2	1	26
		%	1,5%	10,7%	20,0%	50,0%	9,2%
Total		Recuento	65	205	10	2	282
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100%	100,0%

3.4. CONVIVIENTES FUMADORES

El 35,9% (198/551) de los sanitarios tenían convivientes fumadores. La distribución era similar en las tres provincias, Tabla 80, no encontrando diferencias estadísticamente significativas ($X^2= 0,889$; $p= 0,638$).

Tabla 80. Presencia de convivientes fumadores de los sanitarios en Aragón.

			Provincia			Total
			Zaragoza	Huesca	Teruel	
Convivientes fumadores	Sí	Recuento	106	43	49	198
		%	34,3%	37,1%	38,9%	35,9%
	No	Recuento	203	73	77	353
		%	65,7%	62,9%	61,1%	64,1%
Total		Recuento	309	116	126	551
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

No se encuentran tampoco diferencias estadísticamente significativas según el nivel profesional, Tabla 81, ($X^2 = 5,367$; $p = 0,068$).

Tabla 81. Presencia de convivientes fumadores de los sanitarios según profesión.

			Profesión			Total
			Médico Especialista	DE	MIR	
Convivientes fumadores	Sí	Recuento	113	72	13	198
		%	33,7%	42,9%	28,3%	36,1%
	No	Recuento	222	96	33	351
		%	66,3%	57,1%	71,7%	63,9%
Total		Recuento	335	168	46	549
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

La distribución de convivientes fumadores era similar según el ámbito laboral de los profesionales sanitarios, no encontrando diferencias estadísticamente significativas ($X^2 = 1,180$; $p = 0,277$). Ver Tabla 82.

Tabla 82. Presencia de convivientes fumadores de los sanitarios según ámbito laboral.

			Ámbito laboral		Total
			Atención Primaria	Atención Especializada	
Convivientes fumadores	Sí	Recuento	126	72	198
		%	37,7%	33,2%	35,9%
	No	Recuento	208	145	353
		%	62,3%	66,8%	64,1%
Total		Recuento	334	217	551
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Ginecología con un 57,6% (19/33) y Neumología con un 50% (6/12) eran las especialidades con mayor número de convivientes fumadores, como queda reflejado en la Tabla 83, no siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2 = 0,916$; $p = 0,338$).

Tabla 83. Presencia de convivientes fumadores de los sanitarios según especialidad.

			Convivientes fumadores		Total
			Sí	No	
Especialidad	Cardiología	Recuento	4	15	19
		%	21,1%	78,9%	100,0%
	Digestivo	Recuento	5	18	23
		%	21,7%	78,3%	100,0%
	Ginecología	Recuento	19	14	33
		%	57,6%	42,4%	100,0%
	Medicina de Familia	Recuento	126	210	336
		%	37,5%	62,5%	100,0%
	Medicina Interna	Recuento	6	25	31
		%	19,4%	80,6%	100,0%
	Neumología	Recuento	6	6	12
		%	50,0%	50,0%	100,0%
	Neurología	Recuento	1	2	3
		%	33,3%	66,7%	100,0%
Oncología Médica	Recuento	1	6	7	
	%	14,3%	85,7%	100,0%	
ORL	Recuento	9	20	29	
	%	31,0%	69,0%	100,0%	
Pediatría	Recuento	18	33	51	
	%	35,3%	64,7%	100,0%	
Medicina Preventiva	Recuento	3	4	7	
	%	42,9%	57,1%	100,0%	
Total	Recuento	198	353	551	
	%	35,9%	64,1%	100,0%	

Sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($X^2= 6,322$; $p= 0,012$) respecto al tipo de contrato, como se observa en la Tabla 84. Tenían más convivientes fumadores los sanitarios con plaza en propiedad.

Tabla 84. Presencia de convivientes fumadores de los sanitarios según tipo de contrato.

			Tipo de contrato		Total
			Plaza en propiedad	Plaza eventual	
Convivientes fumadores	Sí	Recuento	124	67	191
		%	39,9%	29,4%	35,4%
	No	Recuento	187	161	348
		%	60,1%	70,6%	64,6%
Total		Recuento	311	228	539
		%	100,0%	100,0%	100,0%

No había diferencias estadísticamente significativas respecto al género y la presencia de convivientes fumadores ($X^2 = 0,356$; $p = 0,551$). Ver Tabla 85.

Tabla 85. Presencia de convivientes fumadores de los sanitarios según género.

			Género		Total
			Hombre	Mujer	
Convivientes fumadores	Sí	Recuento	86	107	193
		%	37,2%	34,7%	35,8%
	No	Recuento	145	201	346
		%	62,8%	65,3%	64,2%
Total		Recuento	231	308	539
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Aumentaba la proporción de convivientes fumadores a medida que aumentaba la edad, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2 = 11,580$; $p = 0,003$) como se refleja en la Tabla 86.

Tabla 86. Presencia de convivientes fumadores de los sanitarios según edad.

			Edad			Total
			20-34	35-49	50-65	
Convivientes fumadores	Sí	Recuento	31	93	65	189
		%	30,4%	33,3%	48,9%	36,8%
	No	Recuento	71	186	68	325
		%	69,6%	66,7%	51,1%	63,2%
Total		Recuento	102	279	133	514
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

El mayor número de convivientes fumadores se daba en los sanitarios que estaban casados o vivían en pareja y en los que estaban viudos (40,5% y 50% respectivamente) siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=10,472$; $p= 0,001$), ver Tabla 87.

Tabla 87. Presencia de convivientes fumadores de los sanitarios según estado civil.

			Estado civil				Total
			Soltero	Casado-Vive en pareja	Separado	Viudo	
Convivientes fumadores	Sí	Recuento	32	156	3	3	194
		%	24,8%	40,5%	21,4%	50,0%	36,3%
	No	Recuento	97	229	11	3	340
		%	75,2%	59,5%	78,6%	50,0%	63,7%
Total		Recuento	129	385	14	6	534
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100%	100,0%

3.5. ¿HA PENSADO DEJAR DE FUMAR?

Se había planteado dejar de fumar el 40,8% (89/218) de los sanitarios fumadores (ver Tabla 88). Los profesionales de Teruel eran los que más habían pensado dejar de fumar con un 43,3%, no siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=0,330$; $p= 0,848$), ver Tabla 88.

Tabla 88. Sanitarios que se han planteado dejar el hábito tabáquico en Aragón.

			Provincia			Total
			Zaragoza	Huesca	Teruel	
¿Se ha planteado dejar de fumar?	Sí	Recuento	46	17	26	89
		%	40,7%	37,8%	43,3%	40,8%
	No	Recuento	67	28	34	129
		%	59,3%	62,2%	56,7%	59,2%
Total		Recuento	113	45	60	218
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Los que menos se habían planteado dejar de fumar eran los DE seguidos de Médicos especialistas con un 66,2% (51/77) y 56,3% (67/119) respectivamente, no siendo la diferencia significativa ($X^2=2,693$; $p= 0,260$), ver Tabla 89.

Tabla 89. Sanitarios que se han planteado dejar el hábito según nivel profesional.

			Profesión			Total
			Médico Especialista	DE	MIR	
¿Se ha planteado dejar de fumar?	Sí	Recuento	52	26	10	88
		%	43,7%	33,8%	50,0%	40,7%
	No	Recuento	67	51	10	128
		%	56,3%	66,2%	50,0%	59,3%
Total		Recuento	119	77	20	216
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Habían pensado dejar el hábito más, los sanitarios de Atención Primaria (44,8%), pero la diferencia no era significativa ($X^2=2,657$; $p= 0,103$), ver Tabla 90.

Tabla 90. Sanitarios que se han planteado dejar el hábito tabáquico según ámbito laboral.

			Ámbito laboral		Total
			Atención Primaria	Atención Especializada	
¿Se ha planteado dejar de fumar?	Sí	Recuento	64	25	89
		%	44,8%	33,3%	40,8%
	No	Recuento	79	50	129
		%	55,2%	66,7%	59,2%
Total		Recuento	143	75	218
		%	100,0%	100,0%	100,0%

No había diferencias significativas ($X^2=1,922$; $p= 0,166$) respecto a la especialidad, como se ve en la Tabla 91.

Tabla 91. Sanitarios que se han planteado dejar el hábito tabáquico según especialidad.

			¿Se ha planteado dejar de fumar?		Total
			Sí	No	
Especialidad	Cardiología	Recuento	2	6	8
		%	25,0%	75,0%	100,0%
	Digestivo	Recuento	3	3	6
		%	50,0%	50,0%	100,0%
	Ginecología	Recuento	3	12	15
		%	20,0%	80,0%	100,0%
	Medicina de Familia	Recuento	60	75	135
		%	44,4%	55,6%	100,0%
	Medicina Interna	Recuento	5	10	15
		%	33,3%	66,7%	100,0%
	Neumología	Recuento	1	2	3
		%	33,3%	66,7%	100,0%
	Neurología	Recuento		1	1
		%		100,0%	100,0%
	Oncología Médica	Recuento		1	1
		%		100,0%	100,0%
	ORL	Recuento	6	8	14
		%	42,9%	57,1%	100,0%
	Pediatría	Recuento	8	11	19
		%	42,1%	57,9%	100,0%
	Medicina Preventiva	Recuento	1		1
		%	100,0%		100,0%
Total		Recuento	89	129	218
		%	40,8%	59,2%	100,0%

Se habían planteado dejar de fumar en mayor número los sanitarios que tienen plaza en propiedad, como se ve en la Tabla 92, pero la diferencia no era significativa ($X^2=0,463$; $p= 0,496$).

Tabla 92. Sanitarios que se han planteado dejar el hábito tabáquico según tipo de contrato.

			Tipo de contrato		Total
			Plaza en propiedad	Plaza eventual	
¿Se ha planteado dejar de fumar?	Sí	Recuento	53	35	88
		%	43,1%	38,5%	41,1%
	No	Recuento	70	56	126
		%	56,9%	61,5%	58,9%
Total		Recuento	123	91	214
		%	100,0%	100,0%	100,0%

No había diferencias estadísticamente significativas ($X^2=1,123$; $p= 0,289$) en cuanto al género como se observa en la Tabla 93.

Tabla 93. Sanitarios que se han planteado dejar el hábito tabáquico según género.

			Género		Total
			Hombre	Mujer	
¿Se ha planteado dejar de fumar?	Sí	Recuento	31	55	86
		%	36,0%	43,3%	40,4%
	No	Recuento	55	72	127
		%	64,0%	56,7%	59,6%
Total		Recuento	86	127	213
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Los que más se habían planteado dejar de fumar eran los sanitarios de menor edad como se ve en la Tabla 94, pero la diferencia no era significativa ($X^2=0,265$; $p= 0,876$).

Tabla 94. Sanitarios que se han planteado dejar el hábito tabáquico según edad.

			Edad			Total
			20-34	35-49	50-65	
¿Se ha planteado dejar de fumar?	Sí	Recuento	17	48	18	83
		%	41,5%	41,7%	37,5%	40,7%
	No	Recuento	24	67	30	121
		%	58,5%	58,3%	62,5%	59,3%
Total		Recuento	41	115	48	204
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Los que menos habían pensado dejar de fumar eran los sanitarios solteros como se refleja en la Tabla 95, no siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=0,493$; $p= 0,482$).

Tabla 95. Sanitarios que se han planteado dejar el hábito tabáquico según estado civil.

			Estado civil				Total
			Soltero	Casado-Vive en pareja	Separado	Viudo	
¿Se ha planteado dejar de fumar?	Sí	Valor	20	61	3	1	85
		%	35,1%	42,1%	50,0%	50,0%	40,5%
	No	Valor	37	84	3	1	125
		%	64,9%	57,9%	50,0%	50,0%	59,5%
Total		Valor	57	145	6	2	210
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100%	100%

3.6. MOTIVO PARA DEJAR DE FUMAR

El principal motivo expuesto por los profesionales sanitarios que fumaban, era la posible patología que puede producir el mantenimiento del hábito tabáquico (42,2%, 100/237) igualado con la ausencia de motivos para dejar de fumar (42,2%, 100/237). El siguiente motivo sería el deseo de salud (11%, 26/237). No había diferencias estadísticamente significativas ($X^2=0,889$; $p= 0,926$) respecto a las diferentes provincias, como se ve en la Tabla 96.

Tabla 96. Motivos para dejar de fumar expuestos por sanitarios fumadores en Aragón.

			Provincia			Total
			Zaragoza	Huesca	Teruel	
Motivo para dejar de fumar	No motivo	Recuento	53	20	27	100
		%	43,4%	39,2%	42,2%	42,2%
	Patología	Recuento	49	25	26	100
		%	40,2%	49,0%	40,6%	42,2%
	Salud	Recuento	14	5	7	26
		%	11,5%	9,8%	10,9%	11,0%
	Independencia	Recuento	5		2	7
	%	4,1%		3,1%	3,0%	
	Ejemplo	Recuento		1	1	2
		%		2,0%	1,6%	,8%
	Cansancio	Recuento	1		1	2
		%	,8%		1,6%	,8%
Total		Recuento	122	51	64	237
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100%

Sí había diferencias significativas ($X^2=8,207$; $p= 0,017$) respecto a los motivos expuestos según el nivel profesional, como se ve en la Tabla 97.

Tabla 97. Motivos para dejar de fumar expuestos por sanitarios según el nivel profesional.

			Profesión			Total
			Médico Especialista	DE	MIR	
Motivo para dejar de fumar	No motivo	Recuento	46	44	9	99
		%	36,5%	50,0%	42,9%	42,1%
	Patología	Recuento	61	26	12	99
		%	48,4%	29,5%	57,1%	42,1%
	Salud	Recuento	14	12		26
		%	11,1%	13,6%		11,1%
	Independencia	Recuento	3	4		7
%		2,4%	4,5%		3,0%	
Ejemplo	Recuento	1	1		2	
	%	,8%	1,1%		,9%	
Cansancio	Recuento	1	1		2	
	%	,8%	1,1%		,9%	
Total		Recuento	126	88	21	235
		%	100,0%	100,0%	100%	100%

No había diferencias estadísticamente significativas ($X^2=0,572$; $p= 0,751$) respecto a los motivos que se exponían según el ámbito laboral, como se ve en la Tabla 98.

Tabla 98. Motivos para dejar de fumar expuestos por sanitarios según el ámbito laboral.

			Ámbito laboral		Total
			Atención Primaria	Atención Especializada	
Motivo para dejar de fumar	No motivo	Recuento	66	34	100
		%	42,0%	42,5%	42,2%
	Patología	Recuento	69	31	100
		%	43,9%	38,8%	42,2%
	Salud	Recuento	16	10	26
		%	10,2%	12,5%	11,0%
	Independencia	Recuento	4	3	7
	%	2,5%	3,8%	3,0%	
	Ejemplo	Recuento	1	1	2
		%	,6%	1,3%	,8%
	Cansancio	Recuento	1	1	2
		%	,6%	1,3%	,8%
Total		Recuento	157	80	237
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Tampoco había diferencias significativas ($X^2=1,849$; $p= 0,397$) respecto a los motivos expuestos según la especialidad, como queda plasmado en la Tabla 99.

Tabla 99. Motivos para dejar de fumar expuestos por sanitarios según especialidad.

		Motivo para dejar de fumar					Total	
		No motivo	Patología	Salud	Independencia	Ejemplo		Can-sancio
Cardiología	valor	5	1	1				7
	%	71,4%	14,3%	14,3%				100,0%
Digestivo	valor	2	2	2	1			7
	%	28,6%	28,6%	28,6%	14,3%			100,0%
Ginecología	valor	7	4	3	1		1	16
	%	43,8%	25,0%	18,8%	6,3%		6,3%	100,0%
Medicina de Familia	valor	60	69	16	3	1	1	150
	%	40,0%	46,0%	10,7%	2,0%	,7%	,7%	100,0%
Medicina Interna	valor	7	7	2		1		17
	%	41,2%	41,2%	11,8%		5,9%		100,0%
Neumología	valor	1	3					4
	%	25,0%	75,0%					100,0%
Neurología	valor	1						1
	%	100%						100,0%
Oncología Médica	valor	1						1
	%	100%						100,0%
ORL	valor	6	7	1	1			15
	%	40,0%	46,7%	6,7%	6,7%			100,0%
Pediatría	valor	10	6	1	1			18
	%	55,6%	33,3%	5,6%	5,6%			100,0%
Medicina Preventiva	valor		1					1
	%		100,0%					100,0%
Total	valor	100	100	26	7	2	2	237
	%	42,2%	42,2%	11,0%	3,0%	,8%	,8%	100,0%

Tampoco se encontraron diferencias significativas ($X^2=3,084$; $p= 0,214$) respecto a los motivos expuestos para dejar de fumar, según el tipo de contrato, como se ve en la Tabla 100.

Tabla 100. Motivos para dejar de fumar expuestos por sanitarios según tipo de contrato.

			Tipo de contrato		Total
			Plaza en propiedad	Plaza eventual	
Motivo para dejar de fumar	No motivo	Recuento	50	47	97
		%	37,0%	48,0%	41,6%
	Patología	Recuento	63	36	99
		%	46,7%	36,7%	42,5%
	Salud	Recuento	16	10	26
		%	11,9%	10,2%	11,2%
	Independencia	Recuento	3	4	7
		%	2,2%	4,1%	3,0%
	Ejemplo	Recuento	2		2
		%	1,5%		,9%
	Cansancio	Recuento	1	1	2
		%	,7%	1,0%	,9%
Total		Recuento	135	98	233
		%	100,0%	100,0%	100,0%

No había diferencias estadísticamente significativas ($X^2=1,076$; $p= 0,584$) respecto a los motivos expuestos según género (Tabla 101).

Tabla 101. Motivos para dejar de fumar expuestos por sanitarios según género.

			Género		Total
			Hombre	Mujer	
Motivo para dejar de fumar	No motivo	Recuento	41	57	98
		%	44,1%	41,3%	42,4%
	Patología	Recuento	39	57	96
		%	41,9%	41,3%	41,6%
	Salud	Recuento	8	18	26
		%	8,6%	13,0%	11,3%
	Independencia	Recuento	2	5	7
		%	2,2%	3,6%	3,0%
	Ejemplo	Recuento	1	1	2
		%	1,1%	,7%	,9%
	Cansancio	Recuento	2		2
		%	2,2%		,9%
Total		Recuento	93	138	231
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Tampoco había diferencias significativas ($X^2=1,836$; $p= 0,847$) respecto a los motivos expuestos según edad, como se ve en la Tabla 102.

Tabla 102. Motivos para dejar de fumar expuestos por sanitarios según edad.

			Edad			Total
			20-34	35-49	50-65	
Motivo para dejar de fumar	No motivo	Recuento	20	52	22	94
		%	45,5%	40,3%	41,5%	41,6%
	Patología	Recuento	17	57	21	95
		%	38,6%	44,2%	39,6%	42,0%
	Salud	Recuento	4	14	8	26
		%	9,1%	10,9%	15,1%	11,5%
	Independencia	Recuento	2	3	2	7
	%	4,5%	2,3%	3,8%	3,1%	
	Ejemplo	Recuento		2		2
		%		1,6%		,9%
	Cansancio	Recuento	1	1		2
		%	2,3%	,8%		,9%
Total		Recuento	44	129	53	226
		%	100%	100%	100%	100%

No había diferencias estadísticamente significativas ($X^2=2,544$; $p=0,280$) respecto a los motivos expuestos según estado civil, como se ve en la Tabla 103.

Tabla 103. Motivos para dejar de fumar expuestos por sanitarios según estado civil.

			Estado civil				Total
			Soltero	Casado-Vive en pareja	Separado	Viudo	
Motivo para dejar de fumar	No motivo	Valor	31	62	2	2	97
		%	52,5%	38,5%	25,0%	100%	42,2%
	Patología	Valor	21	71	5		97
		%	35,6%	44,1%	62,5%		42,2%
	Salud	Valor	5	19	1		25
		%	8,5%	11,8%	12,5%		10,9%
	Independencia	Valor	1	6			7
%		1,7%	3,7%			3,0%	
Ejemplo	Valor		2			2	
	%		1,2%			,9%	
Cansancio	Valor	1	1			2	
	%	1,7%	,6%			,9%	
Total	Valor	59	161	8	2	230	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100%	100%	

3.7. NÚMERO INTENTOS PREVIOS

La mediana era de un intento (IQR de 3) para cada fumador, antes de dejarlo. El número de intentos previos que habían realizado los sanitarios fumadores antes de dejar el hábito era similar en las tres provincias aragonesas, como se ve en la Tabla 104, no siendo las diferencias significativas ($X^2 = 5,913$; $p = 0,433$).

Tabla 104. Número de intentos previos de los sanitarios antes de abandonar el hábito tabáquico en las provincias aragonesas.

			Provincia			Total
			Zaragoza	Huesca	Teruel	
Nº de intentos previos para dejar de fumar	0 veces	Recuento	55	21	28	104
		%	35,9%	35,6%	37,8%	36,4%
	1 ó 2 veces	Recuento	64	20	24	108
		%	41,8%	33,9%	32,4%	37,8%
	3 ó 4 veces	Recuento	20	8	15	43
		%	13,1%	13,6%	20,3%	15,0%
	5 a 10 veces	Recuento	6	6	5	17
		%	3,9%	10,2%	6,8%	5,9%
	más de 10 veces	Recuento	8	4	2	14
		%	5,2%	6,8%	2,7%	4,9%
Total		Recuento	153	59	74	286
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100%

El número de intentos previos que habían realizado los sanitarios fumadores antes de dejar el hábito era similar según el nivel profesional, así los Médicos especialistas en un 41,3% lo habían intentado previamente de 1 a 2 veces, mientras que DE y MIR, no lo habían intentado previamente nunca en un 40,6% y un 52,2% respectivamente, como queda reflejado en la Tabla 105, no siendo las diferencias estadísticamente significativas ($X^2=3,008$; $p=0,390$).

Tabla 105. Número de intentos previos de los sanitarios antes de abandonar el hábito según el nivel profesional.

			Profesión			Total
			Médico Especialista	DE	MIR	
Nº de intentos previos para dejar de fumar	0 veces	Recuento	49	41	12	102
		%	30,6%	40,6%	52,2%	35,9%
	1 ó 2 veces	Recuento	66	35	7	108
		%	41,3%	34,7%	30,4%	38,0%
	3 ó 4 veces	Recuento	24	17	2	43
	%	15,0%	16,8%	8,7%	15,1%	
	5 a 10 veces	Recuento	11	5	1	17
	%	6,9%	5,0%	4,3%	6,0%	
	más de 10 veces	Recuento	10	3	1	14
	%	6,3%	3,0%	4,3%	4,9%	
Total		Recuento	160	101	23	284
		%	100,0%	100%	100,0%	100%

Según el ámbito laboral, Tabla 106, la mayoría de los sanitarios de Atención Especializada habían abandonado el hábito sin intentos previos en la mayor parte de las veces (46,5%) y en cambio los de Atención Primaria después de 1 ó 2 veces (40%), siendo las diferencias significativas ($X^2=8,001$; $p=0,046$).

Tabla 106. Número de intentos previos de los sanitarios antes de abandonar el hábito según ámbito laboral.

			Ámbito laboral		Total
			Atención Primaria	Atención Especializada	
Nº de intentos previos para dejar de fumar	0 veces	Recuento	57	47	104
		%	30,8%	46,5%	36,4%
	1 ó 2 veces	Recuento	74	34	108
		%	40,0%	33,7%	37,8%
	3 ó 4 veces	Recuento	33	10	43
		%	17,8%	9,9%	15,0%
	5 a 10 veces	Recuento	13	4	17
		%	7,0%	4,0%	5,9%
	más de 10 veces	Recuento	8	6	14
		%	4,3%	5,9%	4,9%
Total		Recuento	185	101	286
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Según la especialidad, como se ve en la Tabla 107, hay pequeñas diferencias que no eran estadísticamente significativas ($X^2= 5,847$; $p= 0,119$).

Tabla 107. Número de intentos previos de los sanitarios antes de abandonar el hábito según especialidad.

		Nº de intentos previos para dejar de fumar					Total
		0 veces	1 ó 2 veces	3 ó 4 veces	5 a 10 veces	más de 10 veces	
Cardiología	Valor	4	5				9
	%	44,4%	55,6%				100,0%
Digestivo	Valor	5	4	1		1	11
	%	45,5%	36,4%	9,1%		9,1%	100,0%
Ginecología	Valor	8	9	3	1		21
	%	38,1%	42,9%	14,3%	4,8%		100,0%
Medicina de Familia	Valor	57	70	32	12	9	180
	%	31,7%	38,9%	17,8%	6,7%	5,0%	100,0%
Medicina Interna	Valor	6	9	1	1		17
	%	35,3%	52,9%	5,9%	5,9%		100,0%
Neumología	Valor	3	1			1	5
	%	60,0%	20,0%			20,0%	100,0%
Neurología	Valor	1					1
	%	100%					100,0%
Oncología Médica	Valor		1	2			3
	%		33,3%	66,7%			100,0%
ORL	Valor	10	3	3			16
	%	62,5%	18,8%	18,8%			100,0%
Pediatría	Valor	8	6	1	3	3	21
	%	38,1%	28,6%	4,8%	14,3%	14,3%	100,0%
Medicina Preventiva	Valor	2					2
	%	100%					100,0%
Total	Valor	104	108	43	17	14	286
	%	36,4%	37,8%	15,0%	5,9%	4,9%	100,0%

Respecto al tipo de contrato, Tabla 108, la mayor parte de los sanitarios con plaza en propiedad (36,5%), habían tenido previamente 1 ó 2 intentos, mientras que la mayoría de los eventuales (41,1%), no habían tenido previamente ningún intento, no siendo la diferencia significativa ($X^2=5,880$; $p= 0,208$).

Tabla 108. Número de intentos previos de los sanitarios antes de abandonar el hábito según tipo de contrato.

			Tipo de contrato		Total
			Plaza en propiedad	Plaza eventual	
Nº de intentos previos para dejar de fumar	0 veces	Recuento	55	46	101
		%	32,4%	41,1%	35,8%
	1 ó 2 veces	Recuento	62	45	107
		%	36,5%	40,2%	37,9%
	3 ó 4 veces	Recuento	30	13	43
	%	17,6%	11,6%	15,2%	
	5 a 10 veces	Recuento	13	4	17
		%	7,6%	3,6%	6,0%
	más de 10 veces	Recuento	10	4	14
		%	5,9%	3,6%	5,0%
Total		Recuento	170	112	282
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Los sanitarios hombres, en su mayor parte, no habían realizado intentos previos antes de dejar de fumar (37,8%), por el contrario, la mayoría de la mujeres, habían realizado 1 ó 2 intentos (39%) antes de abandonar el hábito tabáquico, Tabla 109, no siendo la diferencia significativa ($X^2 = 2,442$; $p = 0,655$).

Tabla 109. Número de intentos previos de los sanitarios antes de abandonar el hábito según género.

			Género		Total
			Hombre	Mujer	
Nº de intentos previos para dejar de fumar	0 veces	Recuento	45	57	102
		%	37,8%	35,8%	36,7%
	1 ó 2 veces	Recuento	44	62	106
		%	37,0%	39,0%	38,1%
	3 ó 4 veces	Recuento	15	27	42
		%	12,6%	17,0%	15,1%
	5 a 10 veces	Recuento	9	7	16
		%	7,6%	4,4%	5,8%
	más de 10 veces	Recuento	6	6	12
		%	5,0%	3,8%	4,3%
Total		Recuento	119	159	278
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Tampoco había diferencias significativas respecto al grupo de edad ($X^2=10,752$; $p=0,096$), Tabla 110.

Tabla 110. Número de intentos previos de los sanitarios antes de abandonar el hábito según grupo de edad.

			Edad			Total
			20-34	35-49	50-65	
Nº de intentos previos para dejar de fumar	0 veces	Valor	23	47	28	98
		%	48,9%	31,3%	37,8%	36,2%
	1 ó 2 veces	Valor	18	57	28	103
		%	38,3%	38,0%	37,8%	38,0%
	3 ó 4 veces	Valor	3	31	8	42
		%	6,4%	20,7%	10,8%	15,5%
	5 a 10 veces	Valor	2	9	5	16
		%	4,3%	6,0%	6,8%	5,9%
	más de 10 veces	Valor	1	6	5	12
		%	2,1%	4,0%	6,8%	4,4%
Total		Valor	47	150	74	271
		%	100%	100%	100%	100%

Los sanitarios que estaban solteros no habían realizado ningún intento previo en un 52,4%, mientras que los que estaban casados o vivían en pareja habían realizado de 1 a 2 intentos previos en un 41,4%, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($X^2= 8,033$; $p= 0,045$), como se ve en la Tabla 111.

Tabla 111. Número de intentos previos de los sanitarios antes de abandonar el hábito según estado civil.

			Estado civil				Total
			Soltero	Casado-Vive en pareja	Separado	Viudo	
Nº de intentos previos para dejar de fumar	0 veces	Valor	33	64	3	1	101
		%	52,4%	31,5%	30,0%	50,0%	36,3%
	1 ó 2 veces	Valor	18	84	3		105
		%	28,6%	41,4%	30,0%		37,8%
	3 ó 4 veces	Valor	5	33	3	1	42
		%	7,9%	16,3%	30,0%	50,0%	15,1%
	5 a 10 veces	Valor	3	14			17
		%	4,8%	6,9%			6,1%
	más de 10 veces	Valor	4	8	1		13
		%	6,3%	3,9%	10,0%		4,7%
Total	Valor	63	203	10	2	278	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100%	100%	

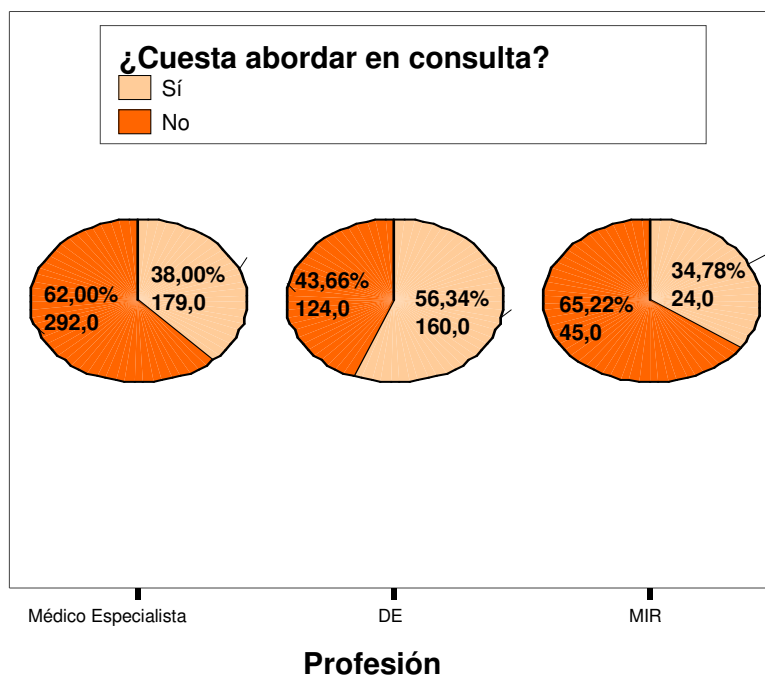
4. ACTUACIÓN DEL PROFESIONAL SANITARIO EN LA CONSULTA.

4.1. COMPLEJIDAD PARA ABORDAR AL FUMADOR Y CAUSAS DE LA MISMA.

Un 55,9% (462/826) de los sanitarios afirmaban que no era un tema que costara abordar en la consulta diaria, no especializada.

Considerando globalmente la profesión, costaba más abordar el tema a DE (al 56,3% les costaba abordar este tema), seguidos de Médicos especialistas (38%) y por último a MIR (34,8%) (ver Figura 23), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2=26,789$; $p= 0,000$).

Figura 23. Distribución de los sanitarios, si les cuesta abordar el tema del tabaquismo en la consulta según profesión.



Aunque la diferencia no era estadísticamente significativa ($\chi^2=0,227$; $p=0,634$), los profesionales sanitarios de Atención Especializada eran los que más reconocían que el tabaquismo era un tema difícil de poner en práctica en la consulta diaria, con un 45,1% (143/317) respecto al 43,4% (221/509) de Atención Primaria.

Por especialidad, los sanitarios con mayor dificultad para abordar este tema en la consulta eran de Neurología (100%: 5/5), seguidos de Oncología (72,7%: 8/11) y Digestivo (46,7%: 14/30) y ORL (46,2%: 18/39). En el otro extremo tendríamos a los profesionales sanitarios que menos les costaba abordar al paciente fumador en la consulta y que eran Medicina Preventiva (100%: 7/7) Neumología (62,5%: 15/24) seguido de Pediatría (58,1%: 43/74) y Medicina de Familia (56,4%: 288/511) (ver Tabla 112). Estas diferencias no eran estadísticamente significativas ($\chi^2=0,100$; $p=0,752$).

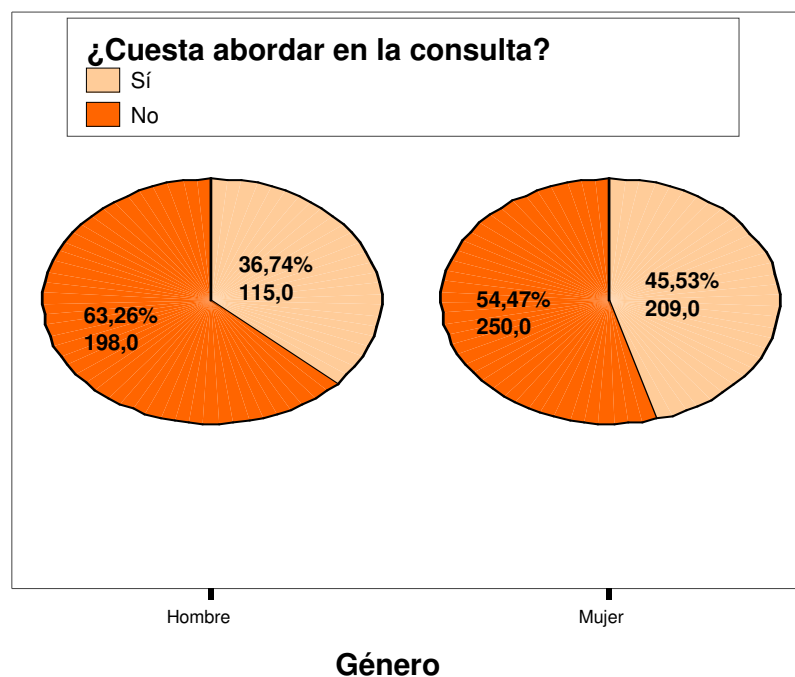
Desglosando estos datos para los distintos niveles profesionales, los Médicos especialistas con mayor dificultad para abordar el tema en la consulta serían los de Neurología (100%), Digestivo (45,3%) y ORL (42,3%), en el otro extremo los que refirieron menor dificultad serían Medicina Preventiva (100%), Oncología (75%) y Neumología (70%), no siendo tampoco las diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=0,116$; $p=0,733$). Los MIR, en cambio, de Pediatría (75%: 6/8) y Ginecología (50%: 1/2) eran los que tenían más dificultades para abordar al fumador y por el contrario los de Medicina Preventiva (100%: 3/3) y Medicina Interna (83,3%: 5/6) los que menos, no siendo las diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=0,116$; $p=0,733$). Tampoco se encontraron diferencias significativas para los DE, $\chi^2=2,792$; $p=0,095$, a los que más les costaba abordar el tema era a los DE de Neurología y Oncología (100%: 3/3 y 7/7 respectivamente) y a los que menos a los de Medicina Preventiva (100%: 1/1) y Pediatría (69,2%: 9/13).

Tabla 112. Distribución de los sanitarios por especialidad y si les cuesta abordar el tema del tabaquismo en la consulta.

			¿ Tema que cuesta abordar en consulta?		Total
			Sí	No	
Especialidad	Cardiología	Recuento %	17 44,7%	21 55,3%	38 100%
	Digestivo	Recuento %	14 46,7%	16 53,3%	30 100%
	Ginecología	Recuento %	20 44,4%	25 55,6%	45 100%
	Medicina de Familia	Recuento %	223 43,6%	288 56,4%	511 100%
	Medicina Interna	Recuento %	19 45,2%	23 54,8%	42 100%
	Neumología	Recuento %	9 37,5%	15 62,5%	24 100%
	Neurología	Recuento %	5 100%		5 100%
	Oncología Médica	Recuento %	8 72,7%	3 27,3%	11 100%
	ORL	Recuento %	18 46,2%	21 53,8%	39 100%
	Pediatría	Recuento %	31 41,9%	43 58,1%	74 100%
	Medicina Preventiva	Recuento %		7 100%	7 100%
	Total	Recuento %	364 44,1%	462 55,9%	826 100%

Les costaba más abordar el tema del tabaquismo a los profesionales sanitarios mujeres con un 45,5% (209/459), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=5,907$; $p= 0,015$), como se puede ver en la Figura 24.

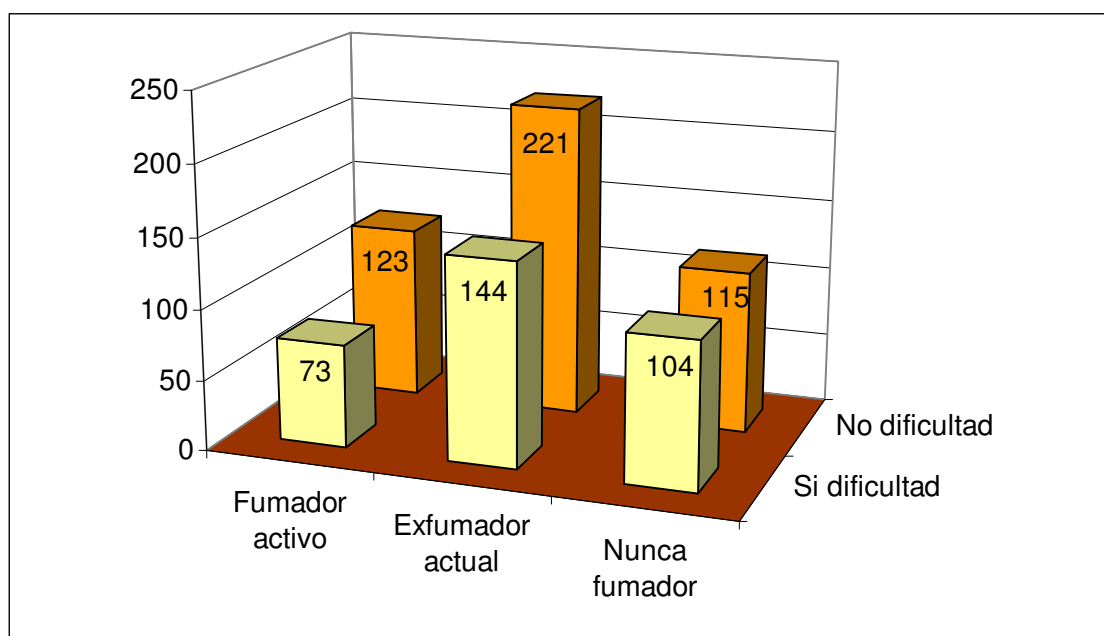
Figura 24. Distribución de los sanitarios por género y si les cuesta o no abordar el tema del tabaquismo en la consulta.



Los sanitarios, a los que no les costaba abordar el tema del tabaquismo en la consulta, tenían de media 3 años más que a los que sí les costaba tratar este tema en la consulta diaria ($p=0,000$).

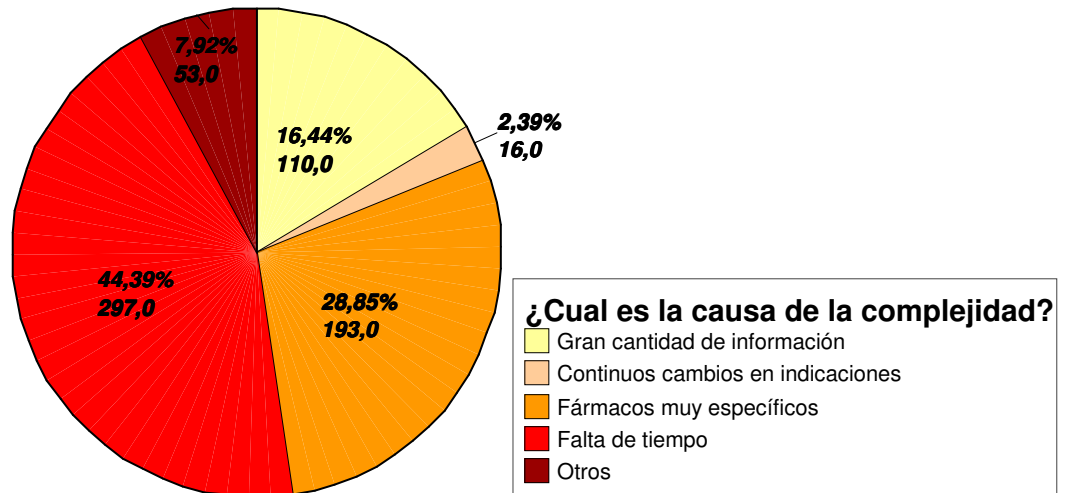
No había diferencias estadísticamente significativas ($X^2=5,302$; $p=0,071$), de la influencia del tipo de hábito tabáquico del sanitario, a la hora de influir para que sea el tabaquismo un tema que cueste o no abordar en la consulta (ver Figura 25).

Figura 25. Distribución de los sanitarios según hábito tabáquico y si les cuesta abordar el tema del tabaquismo en la consulta.



Las causas de la complejidad del abordaje al fumador en la consulta diaria pueden verse en la Figura 26, destacando como la más reseñada por los diferentes sanitarios “la falta de tiempo” con un 44,4% (297/669).

Figura 26. Causas de la complejidad del abordaje al paciente fumador explicadas por los sanitarios.



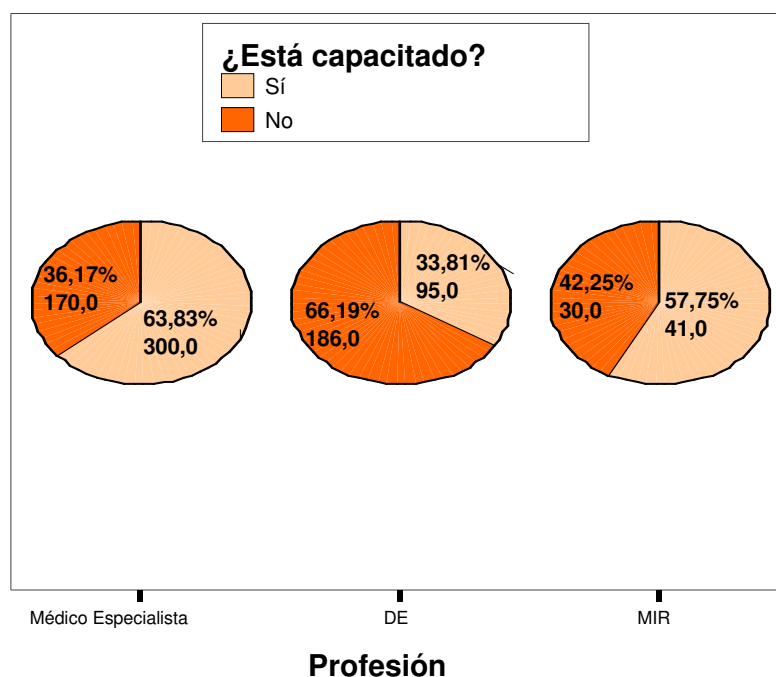
4.2. CAPACITACIÓN DEL PROFESIONAL

Cuando se analiza la capacitación profesional respecto a los diferentes niveles profesionales sanitarios, el 52,9% (436/824) sí se consideraban capacitados para abordar al fumador en la consulta diaria, en relación al 47,1% (388/824) que no se consideraban capacitados para abordar este tema en la consulta.

Considerando globalmente la profesión, se consideraban más capacitados para tratar al fumador los Médicos especialistas (el 63,8% estaban capacitados, 300/470), seguidos de MIR (57,7%, 41/71) y por último

DE (33,8%, 95/281) (ver Figura 27), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2=64,328$; $p= 0,000$).

Figura 27. Distribución de los sanitarios por profesión y si se consideran capacitados para abordar el tema del tabaquismo.



Aunque la diferencia no era estadísticamente significativa ($X^2=3,336$; $p= 0,068$), los profesionales sanitarios de Atención Primaria, en conjunto, eran los que más capacitados se consideraban para abordar al fumador en la consulta diaria, con un 55,4% (281/507) respecto al 48,9% (155/317) de Atención Especializada.

Por especialidad, los sanitarios que se consideraban más capacitados para abordar al fumador eran en primer lugar Medicina Preventiva (100%:

5/5), Neumología (91,7%: 22/24) seguido de Medicina Interna (64,3%: 27/42) y Medicina de Familia (56,7%:289/510). En el otro extremo tendríamos a los sanitarios que menos capacitados se consideraban para abordar al paciente fumador en la consulta y que eran Neurología (100%: 5/5), seguidos de Oncología (81,8%: 9/11) y Cardiología (64,1%: 25/39) (ver Tabla 113). Estas diferencias eran estadísticamente significativas ($X^2=7,570$; $p= 0,006$).

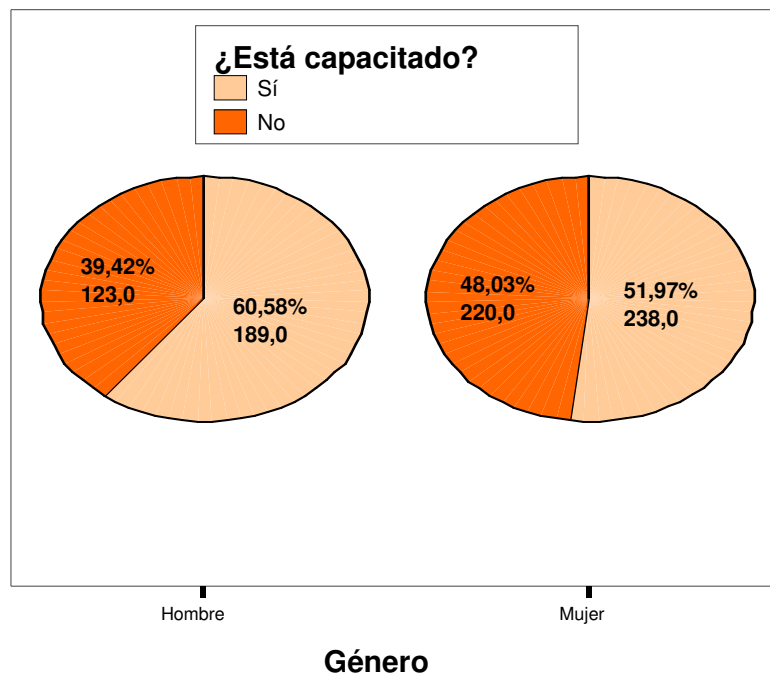
Analizando por separado para cada una de las profesiones, en el caso de los Médicos especialistas, se obtenían porcentajes similares, siendo igualmente la diferencia significativa ($X^2=11,640$; $p= 0,001$). Para los DE cambia la distribución, siendo también estadísticamente significativa, $X^2=6,666$; $p=0,010$, ya que los más capacitados estaban en Neumología (50%: 2/4), Digestivo (40%: 2/5) y Pediatría (38,5%:5/13), y los que menos estaban en Neurología y ORL (100%: 3/3 y 10/10, respectivamente) seguidos de Cardiología (92,3%, 12/13). Respecto a los MIR, eran los de Medicina Interna y Medicina Preventiva los que se consideraban más capacitados, el 100% (6/6, 3/3 respectivamente) y los que menos los de Digestivo (el 100%: 3/3) y Pediatría (el 75%: 6/8), siendo igualmente las diferencias estadísticamente significativas ($X^2=11,640$; $p= 0,001$).

Tabla 113. Distribución de los sanitarios por especialidad y si se consideran capacitados para abordar el tema del tabaquismo.

			¿Está capacitado?		Total
			Sí	No	
Especialidad	Cardiología	Recuento	14	25	39
		%	35,9%	64,1%	100%
	Digestivo	Recuento	11	19	30
		%	36,7%	63,3%	100%
	Ginecología	Recuento	20	24	44
		%	45,5%	54,5%	100%
	Medicina de Familia	Recuento	289	221	510
		%	56,7%	43,3%	100%
	Medicina Interna	Recuento	27	15	42
		%	64,3%	35,7%	100%
	Neumología	Recuento	22	2	24
		%	91,7%	8,3%	100%
	Neurología	Recuento		5	5
		%		100%	100%
	Oncología Médica	Recuento	2	9	11
		%	18,2%	81,8%	100%
	ORL	Recuento	19	21	40
		%	47,5%	52,5%	100%
	Pediatría	Recuento	27	47	74
		%	36,5%	63,5%	100%
	Medicina Preventiva	Recuento	5		5
		%	100%		100%
Total		Recuento	436	388	824
		%	52,9%	47,1%	100%

Se consideraban más capacitados para abordar el tema del tabaquismo los profesionales sanitarios hombres, como se puede ver en la Figura 28, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=5,572$; $p= 0,018$).

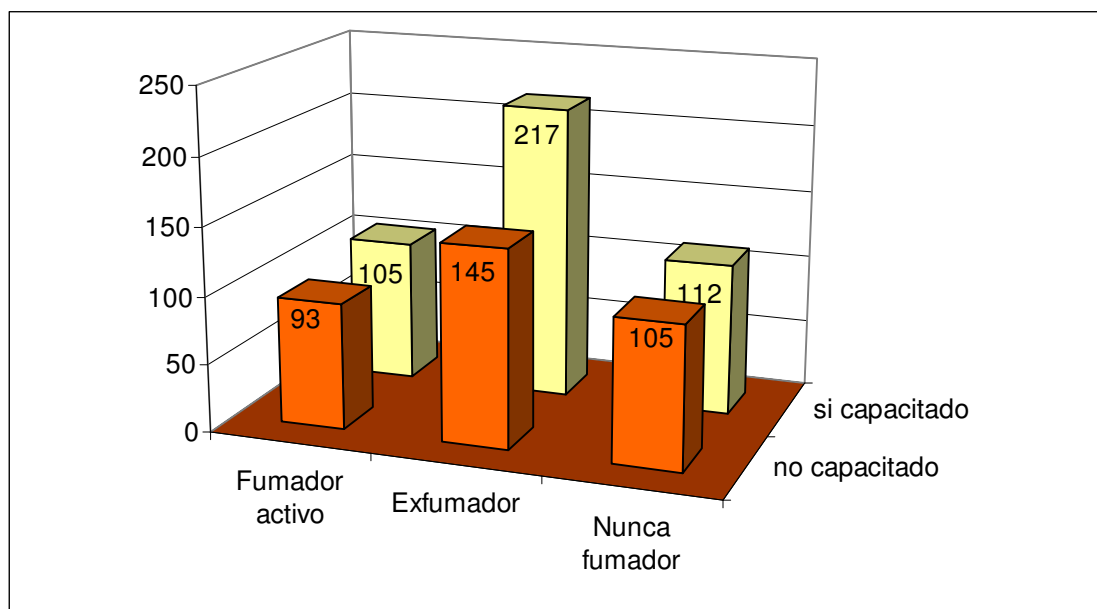
Figura 28. Distribución de los sanitarios por género y se consideran capacitados para abordar el tema del tabaquismo.



Los sanitarios que se consideraban capacitados para abordar el tema del tabaquismo en la consulta, tenían de media 33 meses más que los que no se consideraban capacitados, siendo la diferencia estadísticamente significativa (IC95%: 1,302 a 4,270). Por grupos de edad, a medida que aumenta la edad aumenta la capacitación, así los de edades comprendidas entre 20 y 34 años, se consideraban capacitados en un 48,5% (82/169). El grupo comprendido entre 35 y 49 años, se consideraban capacitados un 57,3% (220/384) y los sanitarios entre 50 y 65 años en un 62,1% (113/182). Siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2 = 6,786$; $p = 0,034$).

No había diferencias estadísticamente significativas ($X^2=4,680$; $p=0,096$), respecto al hábito tabáquico de los sanitarios, a la hora de influir para que se considere capacitado para abordar al fumador en la consulta (ver Figura 29).

Figura 29. Distribución de los sanitarios según hábito tabáquico y si se consideran capacitados para abordar al fumador.



4.3. DETECCIÓN DE FUMADORES EN LA CONSULTA

Cuando se analizó la detección de fumadores en la consulta diaria resultó que la mediana era de 10 pacientes por profesional sanitario y mes (IQR de 30). El 65,2% de los sanitarios preguntaban a los pacientes sobre el consumo de tabaco (571/876).

Estaba relacionada significativamente con el nivel profesional ($X^2=50,099$; $p= 0,000$): preguntaban más los Médicos especialistas (59%), seguidos de DE (32,2%) y por último MIR (7,9%) (ver Tabla 114).

Tabla 114. Distribución de los sanitarios según el rango de pacientes a los que se pregunta por el consumo de tabaco.

			Profesión			Total
			Médico Especialista	DE	MIR	
¿A cuantos ha preguntado si fuman?	0	Recuento	140	131	32	303
		%	27,5%	45,6%	42,1%	34,7%
	1-20	Recuento	213	116	17	346
		%	41,8%	40,4%	22,4%	39,7%
	21-40	Recuento	71	22	15	108
		%	13,9%	7,7%	19,7%	12,4%
	>40	Recuento	85	18	12	115
		%	16,7%	6,3%	15,8%	13,2%
Total		Recuento	509	287	76	872
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

La relación con el ámbito laboral también era significativa ($X^2=83,288$; $p= 0,000$); se preguntaba más en Atención Primaria (73%: 389/533) que en Atención Especializada (53,1%: 182/343).

También había diferencias estadísticamente significativas según la especialidad ($X^2=47,282$; $p=0,000$); los sanitarios que menos preguntaban eran Medicina Preventiva (100%:11/11), Neurología (87,5%: 14/16) y Pediatría (70,7% no preguntaban: 53/75). En el otro extremo los que más preguntaban eran Neumología (80,8% sí preguntaban:21/26), seguidos de Medicina Interna (75%:33/44) y Medicina de Familia (74%:396/535). Ver Tabla 115.

Según profesión, los Médicos especialistas seguían la misma distribución y era también significativa ($X^2=24,061$; $p=0,000$), cambia ligeramente para

DE, ya que eran los de Neumología (80,8%: 3/4) y Medicina Interna (75%: 5/8) los que menos investigaban si el paciente era fumador y los que más lo hacían los de Atención Primaria (68%: 142/209) y Medicina Interna (37,5%: 3/8), siendo también las diferencias significativas ($X^2=57,222$; $p=0,000$). Para los MIR también cambiaba ya que los que más encuestaban al fumador, eran los de Medicina Preventiva y Neurología (100%: 3/3, para ambos) y los que menos los de Digestivo (77,7%: 2/3) y Medicina de Familia (59,5%: 25/42), no siendo en este caso la diferencia significativa ($X^2=0,102$; $p=0,749$).

Tabla 115. Distribución de los sanitarios por especialidad y según el rango de pacientes a los que se pregunta por el consumo.

			¿A cuantos ha preguntado si fuman?				Total
			0	1-20	21-40	>40	
Especialidad	Cardiología	Recuento	17	3	11	11	42
		%	40,5%	7,1%	26,2%	26%	100%
	Digestivo	Recuento	11	6	6	8	31
		%	35,5%	19,4%	19,4%	26%	100%
	Ginecología	Recuento	21	9	8	7	45
		%	46,7%	20,0%	17,8%	16%	100%
	Medicina de Familia	Recuento	139	275	58	63	535
		%	26,0%	51,4%	10,8%	12%	100%
	Medicina Interna	Recuento	11	21	8	4	44
		%	25,0%	47,7%	18,2%	9,1%	100%
	Neumología	Recuento	5	7	4	10	26
		%	19,2%	26,9%	15,4%	38%	100%
	Neurología	Recuento	14	2			16
		%	87,5%	12,5%			100%
	Oncología Médica	Recuento	6	4	1		11
		%	54,5%	36,4%	9,1%		100%
	ORL	Recuento	17	5	6	12	40
		%	42,5%	12,5%	15,0%	30%	100%
	Pediatría	Recuento	53	16	6		75
		%	70,7%	21,3%	8,0%		100%
	Medicina Preventiva	Recuento	11				11
		%	100%				100%
Total		Recuento	305	348	108	115	876
		%	34,8%	39,7%	12,3%	13%	100%

Con respecto al género, preguntaban más los sanitarios hombres con un 70% (238/340), respecto a un 67,5% de las mujeres (320/474), como se puede ver en la Tabla 116, aunque la diferencia no era estadísticamente significativa ($X^2=3,982$; $p=0,263$). Tampoco había diferencias estadísticamente significativas al considerar el género para cada uno de los grupos de edad.

Tabla 116. Distribución de los sanitarios por género según el rango de pacientes a los que se pregunta por el consumo de tabaco.

			Género		Total
			Hombre	Mujer	
¿A cuantos ha preguntado si fuman?	0	Recuento	102	154	256
		%	30,0%	32,5%	31,4%
	1-20	Recuento	135	206	341
		%	39,7%	43,5%	41,9%
	21-40	Recuento	50	54	104
		%	14,7%	11,4%	12,8%
	>40	Recuento	53	60	113
		%	15,6%	12,7%	13,9%
Total		Recuento	340	474	814
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Al analizarlo respecto a rangos de edad, preguntaban más los sanitarios entre 35 y 49 años, como queda reflejado en la Tabla 117, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=32,384$; $p= 0,000$).

Tabla 117. Distribución de los sanitarios por grupo de edad y según el rango de pacientes a los que se pregunta por el consumo de tabaco.

			Edad			Total
			20-34	35-49	50-65	
¿A cuantos ha preguntado si fuman?	0	Recuento	66	76	53	195
		%	39,3%	19,7%	29,3%	26,6%
	1-20	Recuento	56	198	74	328
		%	33,3%	51,4%	40,9%	44,7%
	21-40	Recuento	28	47	30	105
		%	16,7%	12,2%	16,6%	14,3%
	>40	Recuento	18	64	24	106
		%	10,7%	16,6%	13,3%	14,4%
Total	Recuento	168	385	181	734	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Los exfumadores actuales con un 47,9% (272/367), eran los que más interrogaban sobre el hábito tabáquico en la consulta diaria, pero la diferencia no era estadísticamente significativa ($X^2=4,010$; $p=0,675$), ver Tabla 118.

Tabla 118. Distribución de los sanitarios por hábito tabáquico y según el rango de pacientes a los que se pregunta por el consumo.

			hábito tabáquico			Total
			fumador activo	exfumador actual	nunca fumador	
¿A cuantos ha preguntado si fuman?	0	Recuento	59	95	65	219
		%	26,9%	43,4%	29,7%	100,0%
	1-20	Recuento	91	169	86	346
		%	26,3%	48,8%	24,9%	100,0%
	21-40	Recuento	24	49	35	108
		%	22,2%	45,4%	32,4%	100,0%
	>40	Recuento	27	54	33	114
		%	23,7%	47,4%	28,9%	100,0%
Total	Recuento	201	367	219	787	
	%	25,5%	46,6%	27,8%	100,0%	

4.4. ABORDAJE AL FUMADOR

4.4.1 CONSEJO SANITARIO O PRESCRIPCIÓN FACULTATIVA.

Como terapia antitabaco de gran repercusión en la deshabitación tabáquica, se analizó a cuantos fumadores se había ofrecido consejo sanitario. En la muestra se había ofrecido a una mediana de 4 personas por profesional sanitario y mes (IQR de 11). El 61,6% (336/875) de los sanitarios proporcionaban consejo sanitario a los pacientes. Esta relacionado significativamente con el nivel profesional ($X^2=59,017$; $p= 0,000$): daban más consejo los Médicos especialistas (71,4%), seguidos de MIR (48,7%) y DE (48,3%) (ver Tabla 119).

Tabla 119. Distribución de los sanitarios por nivel profesional y según el rango de pacientes a los que se ha dado consejo sanitario.

			Profesión			Total
			Médico Especialista	DE	MIR	
¿A cuantos ha dado consejo?	0	Recuento	145	149	39	333
		%	28,6%	51,7%	51,3%	38,2%
	1-10	Recuento	204	101	24	329
		%	40,2%	35,1%	31,6%	37,8%
	11-20	Recuento	78	22	5	105
		%	15,4%	7,6%	6,6%	12,1%
	>20	Recuento	80	16	8	104
		%	15,8%	5,6%	10,5%	11,9%
Total		Recuento	507	288	76	871
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

La relación con el ámbito también era significativa ($X^2=54,394$; $p= 0,000$): se preguntaba más en Atención Primaria (69,8%: 372/533) que en Atención Especializada (48,8%: 167/342).

También había diferencias estadísticamente significativas según la especialidad ($X^2=64,679$; $p= 0,000$); los sanitarios que menos consejo proporcionaban eran Medicina Preventiva (el 100% no preguntan: 11/11), Neurología (87,5%: 14/16) y Pediatría (68%: 51/75). En el otro extremo los que más consejo proporcionaban eran Neumología (80,8% si preguntan: 21/26), seguidos de Medicina de Familia (70,7%: 378/535). Ver Tabla 120.

Según profesión, para Médicos especialistas la distribución era la misma y también era significativa ($X^2=42,738$; $p=0,000$); para los DE había algún cambio, los que menos habían aconsejado eran los de Medicina Preventiva, Neurología y Cardiología (el 100% no lo hacían) y los que más los de Atención Primaria en un 60% (126/210) y los de Ginecología en un 33,3% (4/12), siendo también la diferencia significativa ($X^2=44,476$; $p= 0,000$); respecto a los MIR los que menos aconsejaban eran los de Medicina Preventiva y Neurología (100%: 3/3) seguidos de Medicina Interna (66,7%: 4/6) y los que más lo hacían serían los de Cardiología (83,3%: 5/6) y Digestivo (66,6%: 2/3), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=42,738$; $p=0,000$).

Tabla 120. Distribución de los sanitarios por especialidad y a cuántos fumadores se ha dado consejo médico.

			¿A cuantos ha dado consejo?				Total
			0	1-10	11-20	>20	
Especialidad	Cardiología	Recuento	21	5	4	12	42
		%	50,0%	11,9%	9,5%	29%	100,0%
	Digestivo	Recuento	15	9	3	4	31
		%	48,4%	29,0%	9,7%	13%	100,0%
	Ginecología	Recuento	23	11	3	7	44
		%	52,3%	25,0%	6,8%	16%	100,0%
	Medicina de Familia	Recuento	157	249	74	55	535
		%	29,3%	46,5%	13,8%	10%	100,0%
	Medicina Interna	Recuento	17	19	5	3	44
		%	38,6%	43,2%	11,4%	6,8%	100,0%
	Neumología	Recuento	5	5	7	9	26
		%	19,2%	19,2%	26,9%	35%	100,0%
	Neurología	Recuento	14	1	1		16
		%	87,5%	6,3%	6,3%		100,0%
	Oncología Médica	Recuento	6	4	1		11
		%	54,5%	36,4%	9,1%		100,0%
	ORL	Recuento	16	6	7	11	40
		%	40,0%	15,0%	17,5%	28%	100,0%
	Pediatría	Recuento	51	21		3	75
		%	68,0%	28,0%		4,0%	100,0%
	Medicina Preventiva	Recuento	11				11
		%	100%				100,0%
Total		Recuento	336	330	105	104	875
		%	38,4%	37,7%	12,0%	12%	100,0%

Según género, aconsejaban más los sanitarios hombres, en un 68% (232/339), respecto a las mujeres, en un 62,4% (296/474), como se puede ver en la Tabla 121, aunque la diferencia no era estadísticamente significativa ($X^2=4,474$; $p= 0,215$).

Tabla 121. Distribución de los sanitarios por género y según el rango de pacientes a los que se ha dado consejo sanitario.

			Género		Total
			Hombre	Mujer	
¿A cuantos ha dado consejo?	0	Recuento	107	178	285
		%	31,6%	37,6%	35,1%
	1-10	Recuento	139	185	324
		%	41,0%	39,0%	39,9%
	11-20	Recuento	43	59	102
		%	12,7%	12,4%	12,5%
	>20	Recuento	50	52	102
		%	14,7%	11,0%	12,5%
Total		Recuento	339	474	813
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Proporcionaban más consejo los sanitarios del grupo de edad entre 35 y 49 años, Tabla 122, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=34,304$; $p= 0,000$).

Tabla 122. Distribución de los sanitarios por grupo de edad según el rango de pacientes a los que se ha dado consejo sanitario.

			Edad			Total
			20-34	35-49	50-65	
¿A cuantos ha dado consejo?	0	Recuento	78	94	47	219
		%	46,7%	24,5%	25,8%	29,9%
	1-10	Recuento	58	172	83	313
		%	34,7%	44,8%	45,6%	42,7%
	11-20	Recuento	14	63	22	99
		%	8,4%	16,4%	12,1%	13,5%
	>20	Recuento	17	55	30	102
		%	10,2%	14,3%	16,5%	13,9%
Total		Recuento	167	384	182	733
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Los exfumadores actuales en un 70% (259/368), seguidos de los nunca fumadores en un 67,3% (146/217), eran los que más proporcionaban consejo sanitario, pero la diferencia no era significativa ($X^2=4,431$; $p= 0,619$) (ver Tabla 123).

Tabla 123. Distribución de los sanitarios por hábito tabáquico y según el rango de pacientes a los que se ha dado consejo sanitario.

			hábito tabáquico			Total
			fumador activo	exfumador actual	nunca fumador	
¿A cuantos ha dado consejo?	0	Recuento	70	109	71	250
		%	34,8%	29,6%	32,7%	31,8%
	1-10	Recuento	86	160	82	328
		%	42,8%	43,5%	37,8%	41,7%
	11-20	Recuento	22	50	33	105
		%	10,9%	13,6%	15,2%	13,4%
	>20	Recuento	23	49	31	103
		%	11,4%	13,3%	14,3%	13,1%
Total	Recuento	201	368	217	786	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

4.4.2 PRECISAR LA ETAPA EN QUE SE ENCUENTRA EL FUMADOR ACTIVO.

Se analizó también si se intentaba conocer la fase en la que estaba el fumador activo. Se había preguntado de mediana a 2 fumadores si querían dejarlo (IQR de 10). El 53% (463/874) de los sanitarios interrogaban al fumador si quería abandonar el hábito tabáquico. Esta relacionada significativamente con el tipo de profesión ($X^2=45,155$; $p= 0,000$): preguntaban más los Médicos especialistas (60,2%), seguidos de DE (43,4%) y por último MIR (42,1%) (ver Tabla 124).

Tabla 124. Distribución de los sanitarios por nivel profesional y rango de fumadores a los que se ha preguntado si quieren dejar de fumar.

			Profesión			Total
			Médico Especialista	DE	MIR	
¿A cuantos ha preguntado si quieren dejarlo?	0	Recuento	202	162	44	408
		%	39,8%	56,6%	57,9%	46,9%
	1-10	Recuento	169	98	19	286
		%	33,3%	34,3%	25,0%	32,9%
	11-20	Recuento	71	17	7	95
		%	14,0%	5,9%	9,2%	10,9%
	>20	Recuento	66	9	6	81
		%	13,0%	3,1%	7,9%	9,3%
Total		Recuento	508	286	76	870
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

La relación con el ámbito laboral también era significativa ($X^2=77,797$; $p=0,000$): se preguntaba más en Atención Primaria (63,7%) que en Atención Especializada (36,3%). Ver Tabla 125.

Tabla 125. Distribución de los sanitarios por ámbito, según el rango de fumadores a los que se ha preguntado si quieren dejar de fumar.

			Ámbito laboral		Total
			Atención Primaria	Atención Especializada	
¿A cuantos ha preguntado si quieren dejarlo?	0	Recuento	193	218	411
		%	36,3%	63,7%	47,0%
	1-10	Recuento	228	59	287
		%	42,9%	17,3%	32,8%
	11-20	Recuento	65	30	95
		%	12,2%	8,8%	10,9%
	>20	Recuento	46	35	81
		%	8,6%	10,2%	9,3%
Total		Recuento	532	342	874
		%	100,0%	100,0%	100,0%

También había diferencias estadísticamente significativas según la especialidad ($X^2=91,649$; $p= 0,000$): los sanitarios que menos preguntaban eran Medicina Preventiva (100% no lo hacía: 11/11), Neurología (87,5%: 14/16) y Pediatría (84%: 63/75). En el otro extremo los que más preguntaban eran Neumología (76% sí preguntaban: 19/25), seguidos de Medicina de Familia (64,6%: 345/534) (ver Tabla 126).

Al analizar por separado según el nivel profesional, los Médicos especialistas seguían una proporción semejante, siendo igualmente las diferencias significativas, $X^2=67,790$; $p= 0,000$, para los DE cambiaba, ya que los que menos encuestaban al fumador sobre la posibilidad de dejar el hábito, eran los de los servicios de Medicina Preventiva, Neurología y Oncología (100% en todos ellos), y los que más los de Medicina de Familia con un 53,4% (111/208), y los de Ginecología con un 33,3% (4/12), siendo las diferencias igualmente significativas, $X^2=31,109$; $p= 0,000$, por último, para los MIR también había variaciones ya que entre los que menos preguntaban estaban Medicina Preventiva, Neurología y Ginecología (el 100% de los encuestados no preguntaban al fumador) y entre los que más, los de ORL, con un 66,7% (2/3), y Medicina de Familia, con un 45,2% de MIR que preguntan al fumador (19/42), no siendo las diferencias en este último caso estadísticamente significativas, $X^2=0,378$; $p= 0,539$.

Tabla 126. Distribución de los sanitarios por especialidad según el rango de fumadores a los que se ha preguntado si quieren dejar de fumar.

			¿A cuantos ha preguntado si quieren dejarlo?				Total
			0	1-10	11-20	>20	
Especialidad	Cardiología	Recuento	20	9	5	8	42
		%	47,6%	21,4%	11,9%	19%	100%
	Digestivo	Recuento	22	7	1	1	31
		%	71,0%	22,6%	3,2%	3,2%	100%
	Ginecología	Recuento	26	8	7	4	45
		%	57,8%	17,8%	15,6%	8,9%	100%
	Medicina de Familia	Recuento	189	233	66	46	534
		%	35,4%	43,6%	12,4%	8,6%	100%
	Medicina Interna	Recuento	25	11	5	3	44
		%	56,8%	25,0%	11,4%	6,8%	100%
	Neumología	Recuento	6	5	6	8	25
		%	24,0%	20,0%	24,0%	32%	100%
	Neurología	Recuento	14	1	1		16
		%	87,5%	6,3%	6,3%		100%
	Oncología Médica	Recuento	8	2	1		11
		%	72,7%	18,2%	9,1%		100%
	ORL	Recuento	27	2	3	8	40
		%	67,5%	5,0%	7,5%	20%	100%
	Pediatría	Recuento	63	9		3	75
		%	84,0%	12,0%		4,0%	100%
	Medicina Preventiva	Recuento	11				11
		%	100%				100%
Total		Recuento	411	287	95	81	874
		%	47,0%	32,8%	10,9%	9,3%	100%

Preguntaban más los sanitarios hombres (57,2%: 194/339) que las mujeres (55%: 260/473), como se ve en la Tabla 127, aunque la diferencia no era estadísticamente significativa ($X^2=1,984$; $p= 0,576$).

Tabla 127. Distribución de los sanitarios por género, según el rango de fumadores a los que se ha preguntado si quieren dejar de fumar.

			Género		Total
			Hombre	Mujer	
¿A cuantos ha preguntado si quieren dejarlo?	0	Recuento	145	213	358
		%	42,8%	45,0%	44,1%
	1-10	Recuento	115	168	283
		%	33,9%	35,5%	34,9%
	11-20	Recuento	41	51	92
		%	12,1%	10,8%	11,3%
	>20	Recuento	38	41	79
		%	11,2%	8,7%	9,7%
Total		Recuento	339	473	812
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Preguntaban más los profesionales sanitarios del grupo de edad entre 35 y 49 años, como se observa en la Tabla 128, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=23,506$; $p= 0,001$).

Tabla 128. Distribución de los sanitarios por grupo de edad, según el rango de fumadores a los que se ha preguntado si quieren dejar de fumar.

			Edad			Total
			20-34	35-49	50-65	
¿A cuantos ha preguntado si quieren dejarlo?	0	Recuento	87	130	78	295
		%	51,8%	33,8%	43,6%	40,3%
	1-10	Recuento	59	156	54	269
		%	35,1%	40,5%	30,2%	36,7%
	11-20	Recuento	10	54	24	88
		%	6,0%	14,0%	13,4%	12,0%
	>20	Recuento	12	45	23	80
		%	7,1%	11,7%	12,8%	10,9%
Total		Recuento	168	385	179	732
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Preguntaban más, si querían dejar el hábito tabáquico, los sanitarios exfumadores actuales (64,8%: 237/366) y los nunca fumadores (57,1%: 125/219) siendo la diferencia significativa ($X^2=15,775$; $p= 0,015$). Ver Tabla 129.

Tabla 129. Distribución de los sanitarios según hábito y según el rango de fumadores a los que se ha preguntado si quieren dejar de fumar.

			hábito tabáquico			Total
			fumador activo	exfumador actual	nunca fumador	
¿A cuantos ha preguntado si quieren dejarlo?	0	Recuento %	102 51,0%	129 35,2%	94 42,9%	325 41,4%
	1-10	Recuento %	64 32,0%	148 40,4%	73 33,3%	285 36,3%
	11-20	Recuento %	16 8,0%	48 13,1%	31 14,2%	95 12,1%
	>20	Recuento %	18 9,0%	41 11,2%	21 9,6%	80 10,2%
Total		Recuento %	200 100,0%	366 100,0%	219 100,0%	785 100,0%

4.4.3 FIJAR UNA FECHA PARA EL CESE TABÁQUICO.

Se analizó también si se animaba al fumador a precisar una fecha definitiva para dejar de fumar. Se preguntaba de mediana a 0 fumadores si querían fijar una fecha (IQR de 0). El 21,7% (190/817) de los sanitarios fijaban fechas para dejar de fumar.

Habían puesto fechas definitivas para dejar de fumar con el paciente fumador, más los Médicos especialistas (30,1%), seguidos de MIR (10,5%) y por último DE (10,1%), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=49,337$; $p= 0,000$) (ver Tabla 130).

Tabla 130. Distribución de los sanitarios por nivel profesional y según el rango de fumadores con los que se ha fijado una fecha definitiva para dejar de fumar.

			Profesión			Total
			Médico Especialista	DE	MIR	
¿Con cuantos ha fijado fecha definitiva para dejarlo?	0	Recuento	356	259	68	683
		%	69,9%	89,9%	89,5%	78,2%
	1-10	Recuento	142	28	7	177
		%	27,9%	9,7%	9,2%	20,3%
	11-20	Recuento	4		1	5
		%	,8%		1,3%	,6%
	>20	Recuento	7	1		8
		%	1,4%	,3%		,9%
Total		Recuento	509	288	76	873
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

La relación con el ámbito también era significativa ($X^2=43,598$; $p= 0,000$): se fijaban más fechas definitivas para dejar de fumar en Atención Primaria (29%, 155/534) que en Atención Especializada (10,2%, 35/343) (ver Tabla 131).

Tabla 131. Distribución de los sanitarios por ámbito laboral según el rango de fumadores con los que se ha fijado una fecha definitiva para dejar de fumar.

			Ámbito laboral		Total
			Atención Primaria	Atención Especializada	
¿Con cuantos ha fijado fecha definitiva para dejarlo?	0	Recuento	379	308	687
		%	71,0%	89,8%	78,3%
	1-10	Recuento	153	24	177
		%	28,7%	7,0%	20,2%
	11-20	Recuento	2	3	5
		%	,4%	,9%	,6%
	>20	Recuento		8	8
		%		2,3%	,9%
Total		Recuento	534	343	877
		%	100,0%	100,0%	100,0%

También había diferencias estadísticamente significativas según la especialidad ($X^2=40,562$; $p=0,000$): los sanitarios que menos fijaban fechas definitivas con el paciente para dejar de fumar eran Medicina Preventiva, Neurología y Oncología (el 100% no fijaban fechas). En el otro extremo los que más fijaban fechas definitivas con el paciente eran Neumología (46,2%: 12/46), seguidos de Medicina de Familia (28,7%: 154/536). Ver Tabla 132.

Al analizar por separado para cada uno de los niveles profesionales estudiados, los Médicos especialistas presentaban una distribución semejante, siendo la diferencia estadísticamente significativa, $X^2=55,288$; $p=0,000$, por el contrario en los DE había cambios en los que más fijaban fechas para dejar de fumar que correspondían a Medicina Interna y Neumología, con un 25% en los dos casos, no siendo las diferencias estadísticamente significativas, $X^2=1,582$; $p=0,209$ respecto a los MIR la distribución por especialidades de los que menos fijan fechas para dejar de fumar con el paciente fumador era también semejante a las anteriores y cambiaban los que más fijaban fechas, que en este caso eran los de Medicina de Familia (16,7%, 7/42) y ORL (33,3%, 1/3), no siendo tampoco las diferencias estadísticamente significativas, $X^2=3,758$; $p=0,053$.

Tabla 132. Número de pacientes fumadores con los que se fija fecha definitiva para dejar de fumar según especialidad.

			¿Con cuantos ha fijado fecha definitiva para dejarlo?				Total
			0	1-10	11-20	>20	
Especialidad	Cardiología	Recuento	40	2			42
		%	95,2%	4,8%			100%
	Digestivo	Recuento	29	2			31
		%	93,5%	6,5%			100%
	Ginecología	Recuento	40	2	1	2	45
		%	88,9%	4,4%	2,2%	4,4%	100%
	Medicina de Familia	Recuento	382	152	2		536
		%	71,3%	28%	,4%		100%
	Medicina Interna	Recuento	34	7	1	2	44
		%	77,3%	16%	2,3%	4,5%	100%
	Neumología	Recuento	14	8	1	3	26
		%	53,8%	31%	3,8%	12%	100%
	Neurología	Recuento	16				16
		%	100%				100%
	Oncología Médica	Recuento	11				11
		%	100%				100%
	ORL	Recuento	36	3		1	40
		%	90,0%	7,5%		2,5%	100%
	Pediatría	Recuento	74	1			75
		%	98,7%	1,3%			100%
	Medicina Preventiva	Recuento	11				11
		%	100%				100%
Total		Recuento	687	177	5	8	877
		%	78,3%	20%	,6%	,9%	100%

Fijaban más fechas definitivas para dejar de fumar con el paciente los sanitarios hombres (93/340: 27,4% del total) como se puede ver en la Tabla 133, respecto al 19,4% (92/475) de las sanitarias mujeres, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=7,200$; $p= 0,007$).

Tabla 133. Distribución de los sanitarios por género según el rango de fumadores con los que se ha fijado una fecha definitiva para dejar de fumar.

			Género		Total
			Hombre	Mujer	
¿Con cuantos ha fijado fecha definitiva para dejarlo?	0	Recuento	247	383	630
		%	72,6%	80,6%	77,3%
	1-10	Recuento	85	87	172
		%	25,0%	18,3%	21,1%
	11-20	Recuento	3	2	5
		%	,9%	,4%	,6%
	>20	Recuento	5	3	8
		%	1,5%	,6%	1,0%
Total		Recuento	340	475	815
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Fijaban más fechas definitivas para dejar de fumar con el paciente los profesionales sanitarios de los grupos de edad superiores, fijando menos fechas en orden descendente a medida que los sanitarios son más jóvenes, así en el grupo de 50 a 65 años fijaron fechas definitivas para dejar de fumar el 30,2% (55/182), seguidos del grupo de 35 a 49, donde lo hicieron un 26,8% (103/385) y por último del grupo de 20 a 34 años con un 14,3% (24/168), ver Tabla 134, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=13,626$; $p= 0,001$).

Tabla 134. Distribución de los sanitarios por grupos de edad y según el rango de fumadores con los que se ha fijado una fecha definitiva para dejar de fumar.

			Edad			Total
			20-34	35-49	50-65	
¿Con cuantos ha fijado fecha definitiva para dejarlo?	0	Recuento	144	282	127	553
		%	85,7%	73,2%	69,8%	75,2%
	1-10	Recuento	22	98	50	170
		%	13,1%	25,5%	27,5%	23,1%
	11-20	Recuento	1	1	2	4
		%	,6%	,3%	1,1%	,5%
	>20	Recuento	1	4	3	8
		%	,6%	1,0%	1,6%	1,1%
Total		Recuento	168	385	182	735
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Precisaban más fechas para dejar el hábito los sanitarios exfumadores actuales (28,3%: 104/368), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=6,930$; $p= 0,031$) (ver Tabla 135).

Tabla 135. Distribución de los sanitarios por hábito y según el rango de fumadores con los que se ha fijado una fecha definitiva para dejar de fumar.

			hábito tabáquico			Total
			fumador activo	exfumador actual	nunca fumador	
¿Con cuantos ha fijado fecha definitiva para dejarlo?	0	Recuento	160	264	175	599
		%	79,6%	71,7%	79,9%	76,0%
	1-10	Recuento	38	97	41	176
		%	18,9%	26,4%	18,7%	22,3%
	11-20	Recuento		2	3	5
		%		,5%	1,4%	,6%
	>20	Recuento	3	5		8
		%	1,5%	1,4%		1,0%
Total		Recuento	201	368	219	788
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

4.4.4 INFORMACIÓN SOBRE LAS DIFERENTES OPCIONES TERAPEUTICAS FARMACOLÓGICAS.

Se había informado a una mediana de 3 fumadores por profesional sanitario y mes (IQR de 1). El 46,2% (408/883) de los sanitarios afirman que informan a sus pacientes sobre los posibles tratamientos empleados en deshabituación tabáquica.

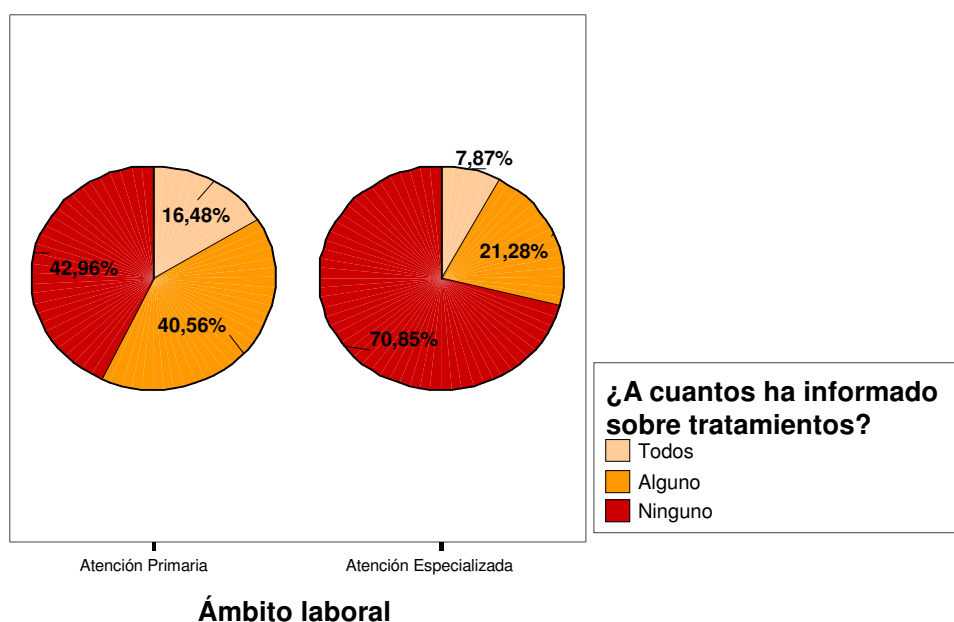
Comentaban más los tratamientos disponibles para ayudar en la deshabituación tabáquica, como se ve en la Tabla 136, los Médicos especialistas seguidos de DE y por último MIR, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2 = 53,053\%$; $p = 0,000$).

Tabla 136. Porcentaje de fumadores que han sido informados sobre los posibles tratamientos en cada una de las profesiones sanitarias.

			¿A cuantos ha informado sobre tratamientos?			Total
			Todos	Alguno	Ninguno	
Profesión	Médico	Recuento	85	203	221	509
	Especialista	%	16,7%	39,9%	43,4%	100,0%
	DE	Recuento	24	74	196	294
		%	8,2%	25,2%	66,7%	100,0%
	MIR	Recuento	7	14	55	76
		%	9,2%	18,4%	72,4%	100,0%
Total		Recuento	116	291	472	879
		%	13,2%	33,1%	53,7%	100,0%

Se informaba sobre los tratamientos empleados en deshabituación fundamentalmente en Atención Primaria (57%, 308/540), respecto a Atención especializada (29,2%, 100/343), ver Figura 30, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=65,712$; $p=0,000$).

Figura 30. Relación entre el ámbito y a cuantos fumadores se informa sobre los tratamientos posibles empleados en deshabituación.



Según especialidad, ver Tabla 137, los sanitarios que informaban más al fumador estaban en Neumología (79,9%: 20/26) seguido de Medicina de Familia (57,9%: 314/542). Donde menos en Medicina Preventiva (100% no informaba a ningún fumador: 11/11), seguido de Pediatría (94,7%: 71/75) y Neurología (93,8%: 15/16), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=77,661\%$; $p=0,000$). Considerando los distintos niveles profesiones, la distribución era la misma para los Médicos especialistas, siendo la diferencia igualmente significativa, $X^2 =82,622\%$; $p= 0,000$, para los DE cambiaba sólo en los que más informaban a los fumadores sobre los tratamientos, que fueron los de Atención Primaria (40,3%, 7/216) y Medicina Interna (37,5%, 3/8), siendo la diferencia igualmente significativa, $X^2 =18,151\%$; $p= 0,000$, y

por último para MIR, también cambiaba sólo en los que más explicaron los tratamientos posibles a los fumadores, que fueron Cardiología (50%, 3/6), seguidos de Medicina de Familia (40,5%, 17/42), siendo, igualmente en este caso, la diferencia estadísticamente significativa, $X^2 = 8,131\%$; $p = 0,017$.

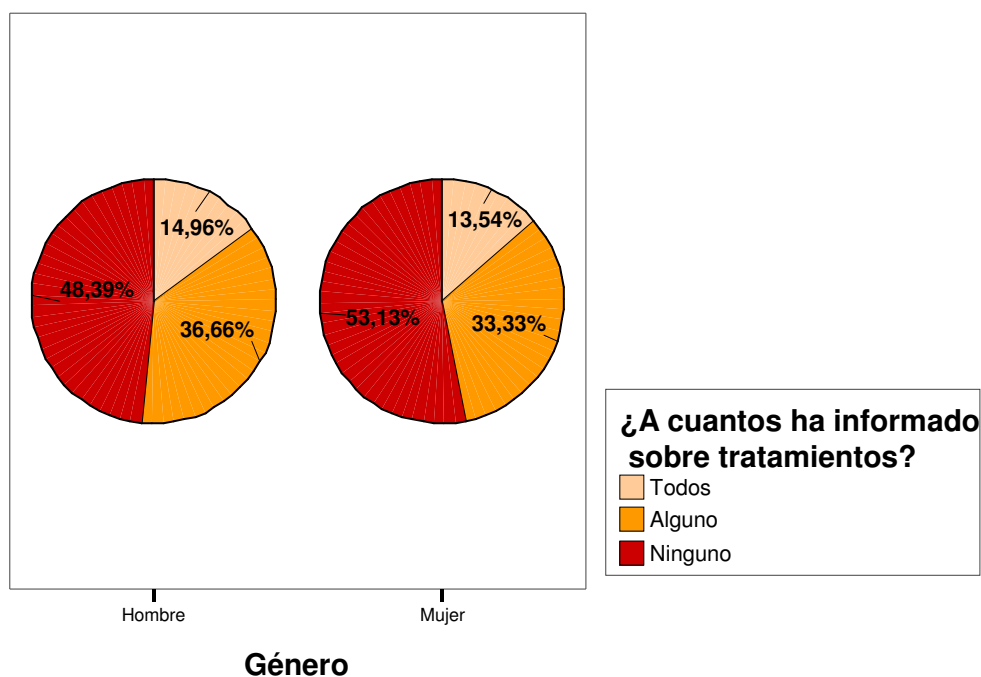
Tabla 137. Porcentaje de fumadores que han sido informados sobre los posibles tratamientos en cada una de las especialidades.

			¿A cuantos ha informado sobre tratamientos?			Total
			Todos	Alguno	Ninguno	
Especialidad	Cardiología	Recuento	4	14	24	42
		%	9,5%	33,3%	57,1%	100%
	Digestivo	Recuento	1	5	25	31
		%	3,2%	16,1%	80,6%	100%
	Ginecología	Recuento	1	9	35	45
		%	2,2%	20,0%	77,8%	100%
	Medicina de Familia	Recuento	89	225	228	542
		%	16,4%	41,5%	42,1%	100%
	Medicina Interna	Recuento	7	13	24	44
		%	15,9%	29,5%	54,5%	100%
	Neumología	Recuento	9	11	6	26
		%	34,6%	42,3%	23,1%	100%
	Neurología	Recuento		1	15	16
		%		6,3%	93,8%	100%
	Oncología Médica	Recuento	1	2	8	11
		%	9,1%	18,2%	72,7%	100%
	ORL	Recuento	3	9	28	40
		%	7,5%	22,5%	70,0%	100%
	Pediatría	Recuento	1	3	71	75
		%	1,3%	4,0%	94,7%	100%
	Medicina Preventiva	Recuento			11	11
		%			100,0%	100%
Total		Recuento	116	292	475	883
		%	13,1%	33,1%	53,8%	100%

Informaban más sobre los posibles tratamientos disponibles para los fumadores, los sanitarios hombres (51,6%, 176/341) que las mujeres

(46,9%: 225/480), ver Figura 31, pero la diferencia no era significativa ($X^2=1,791$; $p=0,408$).

Figura 31. Relación entre el género y a cuantos fumadores se informa sobre los tratamientos posibles empleados en deshabituación.



Informaban más los sanitarios del grupo de edad entre 35 y 49 años, ya que comentaban los posibles tratamientos con los fumadores el 59,2% (228/385), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=24,110$; $p=0,000$).

Aleccionaban más los sanitarios exfumadores actuales (un 55,2%, 203/368) seguidos de los nunca fumadores (un 49,3%: 108/229), sobre los tratamientos de que se dispone en deshabituación, pero la diferencia no era significativa ($X^2=3,923$; $p=0,417$).

4.4.5 APOORTE DE DOCUMENTACIÓN DE AYUDA AL FUMADOR.

Se analizó también si se proporcionaba material de soporte para ayudar al fumador. Se había proporcionado material de ayuda de mediana a 0 fumadores (IQR de 0). Dan algún tipo de soporte el 22,3% de los sanitarios (197/883).

Habían proporcionado material de soporte para la deshabituación tabáquica al paciente fumador, más los Médicos especialistas (30,1%:153/509), seguidos de DE (11,9%: 35/294) y por último MIR (11,8%:9/76) siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=40,666$; $p= 0,000$) (ver Tabla 138).

Tabla 138. Distribución de los sanitarios por nivel profesional y rango de los fumadores a los que se ha proporcionado material de soporte.

			¿A cuantos ha dado material de apoyo?				Total
			0	1-5	6-10	>10	
Profesión	Médico	Recuento	356	100	26	27	509
	Especialista	%	69,9%	19,6%	5,1%	5,3%	100%
	DE	Recuento	259	25	6	4	294
		%	88,1%	8,5%	2,0%	1,4%	100%
	MIR	Recuento	67	5		4	76
		%	88,2%	6,6%		5,3%	100%
Total		Recuento	682	130	32	35	879
		%	77,6%	14,8%	3,6%	4,0%	100%

La relación con el ámbito también era significativa ($X^2=80,154$; $p= 0,000$): se proporcionaba más material en Atención Primaria (32,2%:174/540) que en Atención Especializada (6,7%:23/343) (ver Tabla 139).

Tabla 139. Distribución de los sanitarios por ámbito laboral y rango de los fumadores a los que se ha proporcionado material de soporte.

			¿A cuantos ha dado material de apoyo?				Total
			0	1-5	6-10	>10	
Ambito laboral	Atención Primaria	Recuento	366	118	28	28	540
		%	68%	21,9%	5,2%	5,2%	100,0%
	Atención Especializada	Recuento	320	12	4	7	343
		%	93%	3,5%	1,2%	2,0%	100,0%
Total		Recuento	686	130	32	35	883
		%	78%	14,7%	3,6%	4,0%	100,0%

También había diferencias estadísticamente significativas según la especialidad ($X^2=83,617$; $p=0,000$): los sanitarios que menos material proporcionaban eran Ginecología, Medicina Preventiva, Neurología, ORL y Pediatría (no habían proporcionado material de soporte a ningún fumador). En el otro extremo los que más material de soporte utilizaban eran Neumología (el 40,8% proporcionaban algún tipo de material:8/26), seguidos de Medicina de Familia (el 32,5% proporcionaban material de soporte al fumador:6/44) (ver Tabla 140). Al analizar por nivel profesional, tanto Médicos especialistas como MIR seguían la misma distribución, siendo la diferencia significativa para ambos ($X^2=99,277$; $p=0,000$, $X^2=4,669$; $p=0,031$, respectivamente), por otra parte en los DE cambiaban los porcentajes para los que proporcionaban material de soporte al fumador, siendo los de Neumología (25%, 1/4) y Medicina interna (25%, 2/8), los que en mayor medida los utilizaban, siendo igualmente la diferencia significativa ($X^2=6,574$; $p=0,010$).

Tabla 140. Número de fumadores a los que se proporciona material de soporte según especialidad.

			¿A cuantos ha dado material de apoyo?				Total
			0	1-5	6-10	>10	
Especialidad	Cardiología	Recuento	38	1	1	2	42
		%	90,5%	2,4%	2,4%	4,8%	100,0%
	Digestivo	Recuento	30	1			31
		%	96,8%	3,2%			100,0%
	Ginecología	Recuento	45				45
		%	100%				100,0%
	Medicina de Familia	Recuento	366	119	28	29	542
		%	67,5%	22,0%	5,2%	5,4%	100,0%
	Medicina Interna	Recuento	38	3	1	2	44
		%	86,4%	6,8%	2,3%	4,5%	100,0%
	Neumología	Recuento	18	4	2	2	26
		%	69,2%	15,4%	7,7%	7,7%	100,0%
	Neurología	Recuento	16				16
		%	100%				100,0%
	Oncología Médica	Recuento	9	2			11
		%	81,8%	18,2%			100,0%
	ORL	Recuento	40				40
		%	100%				100,0%
	Pediatría	Recuento	75				75
		%	100%				100,0%
	Medicina Preventiva	Recuento	11				11
		%	100%				100,0%
Total		Recuento	686	130	32	35	883
		%	77,7%	14,7%	3,6%	4,0%	100,0%

Proporcionaban más material de soporte al fumador los sanitarios hombres (26,1%) que las mujeres (21,2%), Tabla 141, no siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=5,308$; $p=0,151$).

Tabla 141. Distribución de los sanitarios por género y rango de los pacientes fumadores a los que se proporciona material de soporte.

			¿A cuantos ha dado material de apoyo?				Total
			0	1-5	6-10	>10	
Género	Hombre	Recuento	252	62	15	12	341
		%	73,9%	18%	4,4%	3,5%	100%
	Mujer	Recuento	378	64	15	23	480
		%	78,8%	13%	3,1%	4,8%	100%
Total		Recuento	630	126	30	35	821
		%	76,7%	15%	3,7%	4,3%	100%

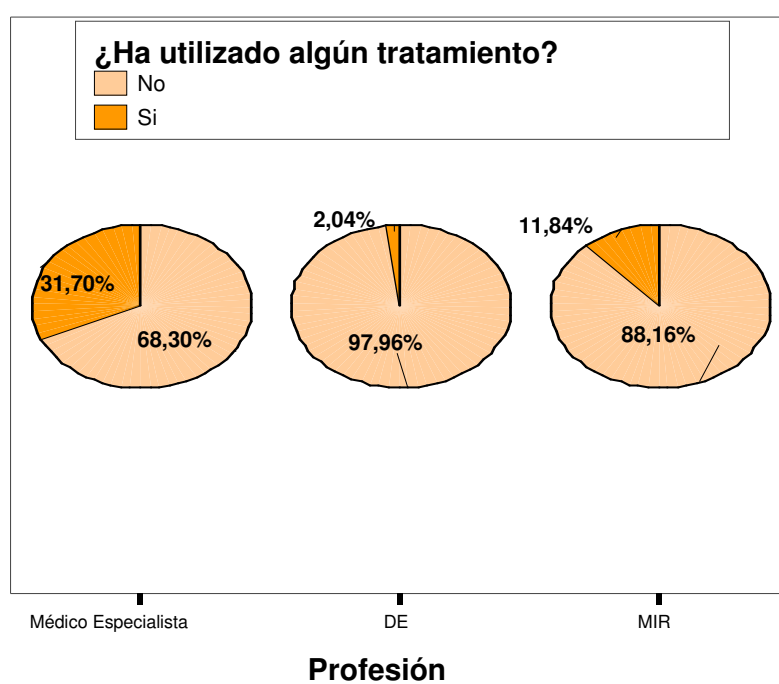
Facilitaban más documentación el grupo de sanitarios con edades comprendidas entre los 35 y los 49 años, un 31,7% (122/385), seguidos de los de 50-65 años, un 23,1% (42/182) y por último los de 20 a 34 años, un 14,3% (24/168), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=23,773$; $p=0,001$).

Proporcionaban más material de soporte al fumador los sanitarios exfumadores actuales (27,7%:102/368) pero la diferencia no era significativa ($X^2=3,766$; $p= 0,152$).

4.4.6 INICIO TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA.

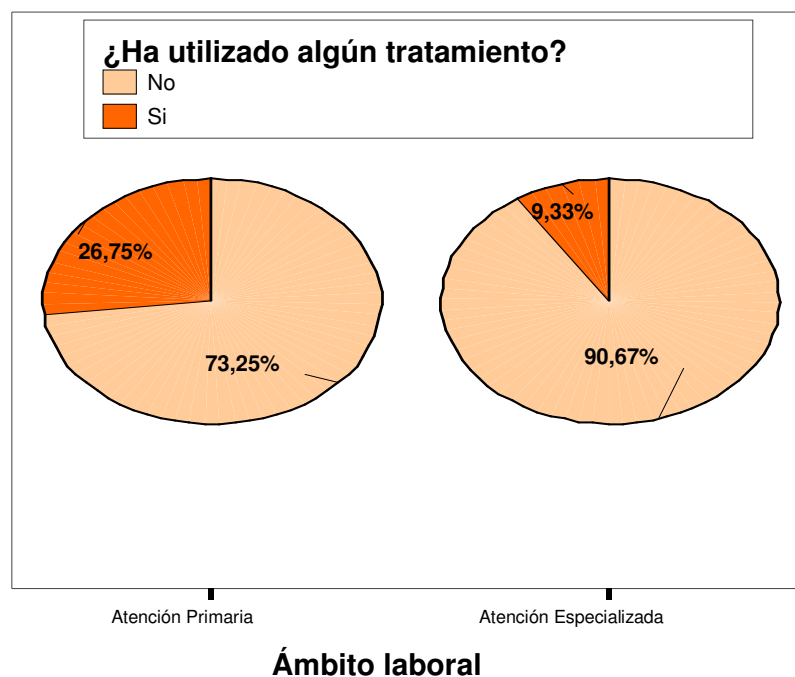
No utilizaban ayuda farmacológica con el paciente fumador más de dos terceras partes de los profesionales sanitarios (80%:708/885). Empleaban más tratamientos farmacológicos, como se observa en la Figura 32, los Médicos especialistas (31,7%, 162/511) seguidos de MIR (11,8%, 9/76) y por último DE (2%, 6/294), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2 = 105,800$; $p= 0,000$).

Figura 32. Porcentaje de fumadores a los que se trata farmacológicamente según nivel profesional.



Se ayudaba farmacológicamente a los fumadores fundamentalmente en Atención Primaria, donde se trataba al 26,8% (145/542) respecto al 9,3% en Atención Especializada (32/343), ver Figura 33, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=39,856$; $p=0,000$).

Figura 33. Porcentaje de fumadores a los que se trata farmacológicamente según ámbito laboral.



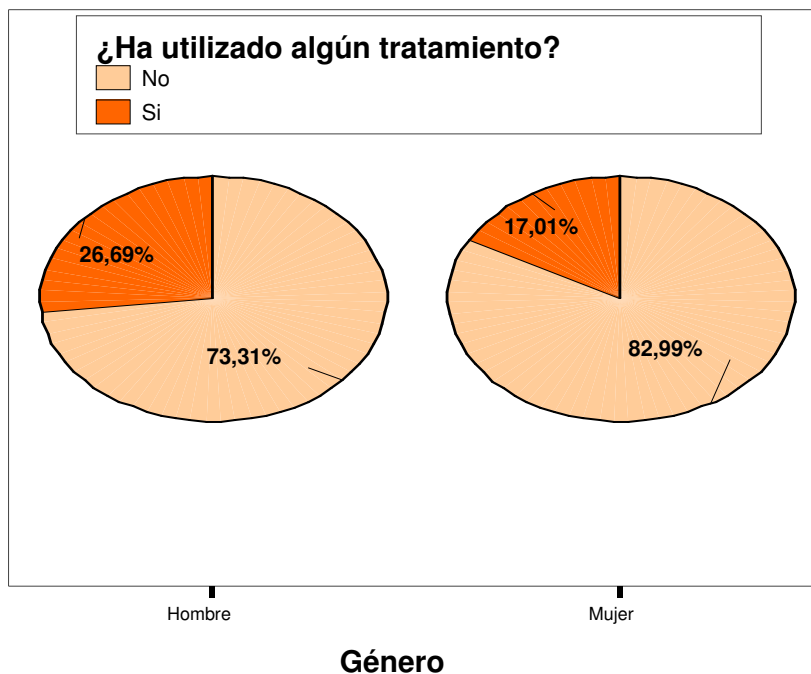
Según especialidad, ver Tabla 142, donde se realizaban más tratamientos por los sanitarios para ayudar al fumador era en Neumología (38,5%:10/26) y Medicina de Familia (27%:147/544), y donde menos en Medicina Preventiva, Neurología y Digestivo (100% no realizaban), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=43,511$; $p=0,000$). Al analizarlo por profesiones, la distribución para Médicos especialistas y DE era la misma que para los sanitarios en general, cambiaba para los MIR que más utilizaban tratamientos farmacológicos para ayudar al paciente fumador y que eran los de Medicina de Familia, el 19% los utilizaba, 8/42, y Medicina Interna, el 16,7%, 1/6, siendo la diferencia estadísticamente significativa (estadístico exacto de Fisher: $p=0,037$).

Tabla 142. Porcentaje de fumadores a los que se trata farmacológicamente en cada una de las especialidades.

			¿Ha utilizado algún tratamiento?		Total
			No	Si	
Especialidad	Cardiología	Recuento	38	4	42
		% de Especialidad	90,5%	9,5%	100,0%
	Digestivo	Recuento	31		31
		% de Especialidad	100,0%		100,0%
	Ginecología	Recuento	44	1	45
		% de Especialidad	97,8%	2,2%	100,0%
	Medicina de Familia	Recuento	397	147	544
		% de Especialidad	73,0%	27,0%	100,0%
	Medicina Interna	Recuento	33	11	44
		% de Especialidad	75,0%	25,0%	100,0%
	Neumología	Recuento	16	10	26
		% de Especialidad	61,5%	38,5%	100,0%
	Neurología	Recuento	16		16
		% de Especialidad	100,0%		100,0%
	Oncología Médica	Recuento	10	1	11
		% de Especialidad	90,9%	9,1%	100,0%
	ORL	Recuento	38	2	40
		% de Especialidad	95,0%	5,0%	100,0%
	Pediatría	Recuento	74	1	75
		% de Especialidad	98,7%	1,3%	100,0%
	Medicina Preventiva	Recuento	11		11
		% de Especialidad	100,0%		100,0%
Total		Recuento	708	177	885
		% de Especialidad	80,0%	20,0%	100,0%

Realizaban más tratamientos farmacológicos a los fumadores para ayudar en la deshabituación, los profesionales sanitarios hombres (26,7%, 91/341) que las mujeres (17%, 82/482), ver Figura 34, siendo la diferencia significativa ($X^2 = 11,257$; $p = 0,001$).

Figura 34. Porcentaje de fumadores a los que se trata farmacológicamente según género.



Utilizaban más los tratamientos farmacológicos el grupo de sanitarios con edades comprendidas entre los 35 y los 65 años, concretamente un 27,8% (107/385) para el grupo de edad entre 35 y 49 años y un 27,5% (50/182) para los de 50-65 años, y por último los de 20 a 34 años, con un 8,3% (14/169), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=27,496$, $p=0,000$).

Realizaban más tratamientos farmacológicos con los fumadores, para ayudar a dejar el hábito, los sanitarios exfumadores actuales (26,4%: 97/368) y los nunca fumadores (20%:44/220), siendo la diferencia significativa ($X^2= 6,939$; $p= 0,031$), ver Tabla 143.

Tabla 143. Tratamientos farmacológicos instaurados por los profesionales sanitarios según hábito tabáquico.

			¿Ha utilizado algún tratamiento?		Total
			No	Si	
hábito tabáquico	fumador activo	Recuento	166	35	201
		%	82,6%	17,4%	100,0%
	exfumador actual	Recuento	271	97	368
		%	73,6%	26,4%	100,0%
	nunca fumador	Recuento	176	44	220
		%	80,0%	20,0%	100,0%
Total		Recuento	613	176	789
		%	77,7%	22,3%	100,0%

4.5. SEGUIMIENTO PERIÓDICO A FUMADORES

Cuando se les preguntaba por el número de fumadores a los cuales se seguía en su proceso de deshabituación, resultó que se estaba realizando seguimiento a una mediana de 0 fumadores por profesional sanitario y mes (IQR de 0). Afirmar realizar seguimiento el 19,5% de los sanitarios (173/886).

Realizaban más seguimientos a fumadores, como se ve en la Tabla 144, los Médicos especialistas (28,3%, 145/512) seguidos de MIR (9,2%, 7/76) y por último DE (7,1%, 21/294), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2 = 58,831\%$; $p = 0,000$).

Tabla 144. Porcentaje de fumadores a los que se realiza seguimiento según nivel profesional.

			¿A cuantos está haciendo seguimiento?				Total
			0	1-10	11-20	>20	
Profesión	Médico	Recuento	367	121	9	11	508
	Especialista	%	72,2%	23,8%	1,8%	2,2%	100%
	DE	Recuento	273	16	3	2	294
		%	92,9%	5,4%	1,0%	,7%	100%
	MIR	Recuento	69	4	2	1	76
		%	90,8%	5,3%	2,6%	1,3%	100%
Total		Recuento	709	141	14	14	878
		%	80,8%	16,1%	1,6%	1,6%	100%

Se seguía a los fumadores fundamentalmente en Atención Primaria (en un 28%, 152/543), respecto a Atención Especializada (6,1%, 21/343), ver Tabla 145, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=63,988$; $p=0,000$).

Tabla 145. Seguimiento que realizan los profesionales sanitarios según ámbito laboral.

			¿A cuantos está haciendo seguimiento?				Total
			0	1-10	11-20	>20	
Ambito laboral	Atención Primaria	Recuento	391	128	14	7	540
		%	72%	23,7%	2,6%	1,3%	100%
	Atención Especializada	Recuento	322	13		7	342
		%	94%	3,8%		2,0%	100%
Total		Recuento	713	141	14	14	882
		%	81%	16,0%	1,6%	1,6%	100%

Según especialidad, ver Tabla 146, los sanitarios que realizaban más seguimientos al fumador eran los de Neumología (28%:7/25) seguido de Medicina de Familia (27,5%:149/542). Donde menos en Medicina Preventiva, Neurología y Digestivo (no realizaban ningún seguimiento, 100%), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=63,042$; $p=0,000$).

Si se analiza por separado cada profesión se comprueba que los Médicos especialistas seguían la misma distribución que los sanitarios en general, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($X^2=79,957$; $p=0,000$), para los DE cambiaban las proporciones en los que realizaban más seguimientos al fumador, que eran los de Medicina Interna (12,5%, 1/8) y Neumología (25%, 1/4), aunque las diferencias no eran estadísticamente significativas, $X^2=3,356$; $p=0,067$, respecto a los MIR, no hacen seguimiento en ninguna especialidad excepto Medicina de Familia, donde un 16,7% (7/42) si lo hace, siendo la diferencia estadísticamente significativa (estadístico exacto de Fisher: $p=0,015$).

Tabla 146. Porcentaje de fumadores que son seguidos según especialidad.

			¿A cuantos está haciendo seguimiento?				Total
			0	1-10	11-20	>20	
Especialidad	Cardiología	Recuento	41			1	42
		%	97,6%			2,4%	100%
	Digestivo	Recuento	31				31
		%	100,0%				100%
	Ginecología	Recuento	43			2	45
		%	95,6%			4,4%	100%
	Medicina de Familia	Recuento	393	128	14	7	542
		%	72,5%	23,6%	2,6%	1,3%	100%
	Medicina Interna	Recuento	38	5		1	44
		%	86,4%	11,4%		2,3%	100%
	Neumología	Recuento	18	5		2	25
		%	72,0%	20,0%		8,0%	100%
	Neurología	Recuento	16				16
		%	100,0%				100%
Oncología Médica	Recuento	10	1			11	
	%	90,9%	9,1%			100%	
ORL	Recuento	39	1			40	
	%	97,5%	2,5%			100%	
Pediatria	Recuento	73	1		1	75	
	%	97,3%	1,3%		1,3%	100%	
Medicina Preventiva	Recuento	11				11	
	%	100,0%				100%	
Total	Recuento	713	141	14	14	882	
	%	80,8%	16,0%	1,6%	1,6%	100%	

Realizaban más seguimiento a los fumadores, los sanitarios hombres (24%, 82/341) que las mujeres (16,9%, 81/479), ver Tabla 147, no siendo la diferencia significativa ($X^2 = 7,197$; $p = 0,066$).

Tabla 147. Seguimiento que realizan los sanitarios según género.

			¿A cuantos está haciendo seguimiento?				Total
			0	1-10	11-20	>20	
Género	Hombre	Recuento	259	70	5	7	341
		%	76,0%	20,5%	1,5%	2,1%	100%
	Mujer	Recuento	398	66	8	7	479
		%	83,1%	13,8%	1,7%	1,5%	100%
Total		Recuento	657	136	13	14	820
		%	80,1%	16,6%	1,6%	1,7%	100%

Pautaban más visitas concertadas el grupo de sanitarios con edades comprendidas entre los 35 y los 49 años (27%, 104/385), seguidos de los de 50-65 años (23,6%, 43/182), y por último, los de 20 a 34 años (9,5%, 16/169), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=21,276$; $p=0,000$).

Realizaban más seguimientos los sanitarios exfumadores actuales (24,7%: 91/368), pero las diferencias no eran significativas ($X^2= 4,234$; $p=0,120$), ver Tabla 148.

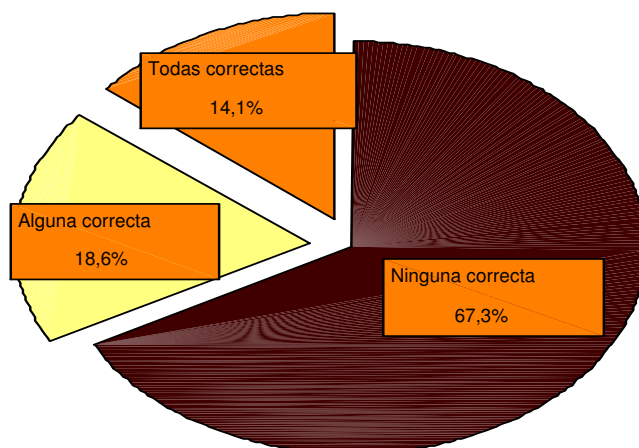
Tabla 148. Seguimiento que realizan los sanitarios según tipo de hábito.

			¿A cuantos está haciendo seguimiento?				Total
			0	1-10	11-20	>20	
hábito tabáquico	fumador activo	Recuento	160	35	3	3	201
		%	79,6%	17,4%	1,5%	1,5%	100%
	exfumador actual	Recuento	277	77	9	5	368
		%	75,3%	20,9%	2,4%	1,4%	100%
	nunca fumador	Recuento	181	29	2	6	218
		%	83,0%	13,3%	,9%	2,8%	100%
Total		Recuento	618	141	14	14	787
		%	78,5%	17,9%	1,8%	1,8%	100%

5. CONOCIMIENTOS SOBRE TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS EMPLEADOS EN DESHABITUACIÓN TABÁQUICA.

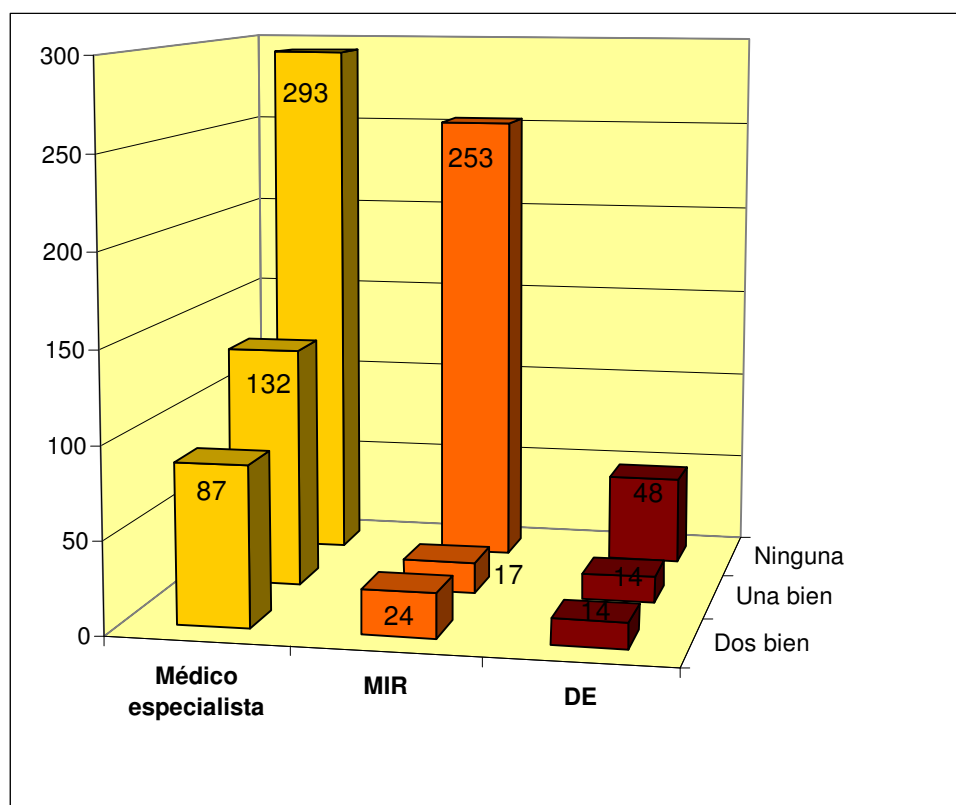
Para analizar los conocimientos sobre los tratamientos farmacológicos empleados en deshabituación tabáquica, se preguntaba a los sanitarios dos cuestiones con respuestas cerradas ¿Cuáles son fármacos de primera elección? y ¿Cuáles de los siguientes son fármacos de segunda elección? (ver ANEXO). Las respuestas se resumieron en tres categorías agrupando los profesionales sanitarios que no respondían correctamente a ninguna de las dos preguntas, los que respondían correctamente a una de ellas o los que lo hacían correctamente a las dos. El 67,3% de los profesionales sanitarios no sabían clasificar correctamente los tratamientos que se utilizan en deshabituación tabáquica en primera y segunda elección (ver Figura 35).

Figura 35. Conocimientos sobre los tratamientos farmacológicos empleados en deshabituación.



Los que mejor respondieron a la clasificación de los fármacos en primera o segunda elección, fueron los Médicos especialistas (42,8%: 219/512), seguidos de MIR (36,8%: 28/76) y por último DE (13,9%: 41/294), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=75,012$; $p=0,000$), ver Figura 36.

Figura 36. Conocimientos sobre los tratamientos farmacológicos empleados en deshabituación según nivel profesional.



Respecto al ámbito, respondían mejor los médicos de Atención Primaria (35,7% respondían alguna o todas correctas, 194/543) que los de Especializada (28%, 96/343), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=6,395$; $p=0,041$), ver Tabla 149.

Tabla 149. Conocimientos sobre los tratamientos farmacológicos empleados en deshabitación según ámbito laboral.

			¿Fármacos de primera o segunda elección?			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
Ambito laboral	Atención Primaria	Recuento	349	107	87	543
		%	64,3%	19,7%	16,0%	100,0%
	Atención Especializada	Recuento	247	58	38	343
		%	72,0%	16,9%	11,1%	100,0%
Total		Recuento	596	165	125	886
		%	67,3%	18,6%	14,1%	100,0%

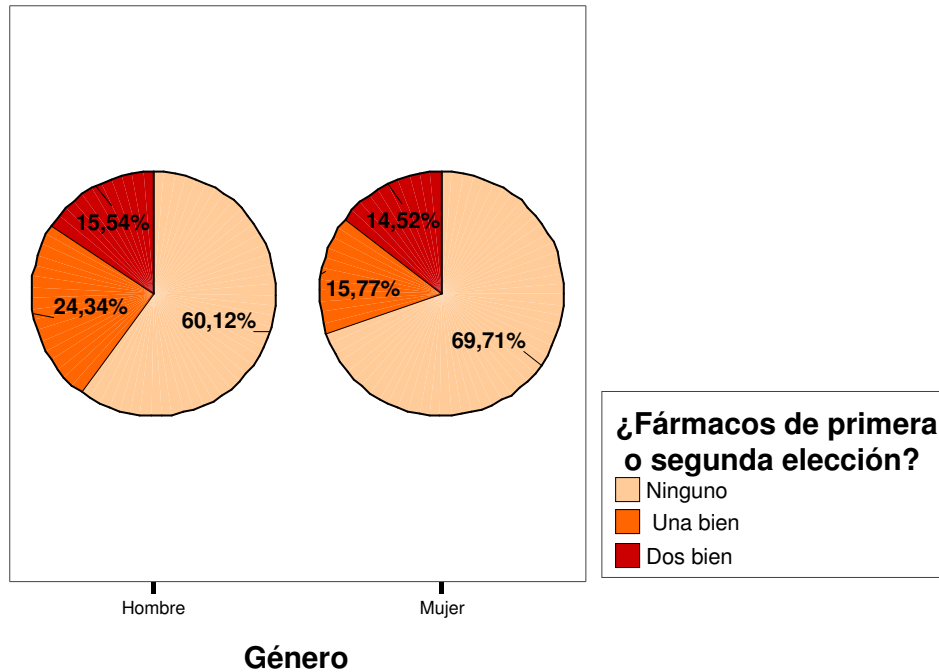
Según la especialidad, los sanitarios que peor respondieron fueron los de Medicina Preventiva (100%, no respondieron a ninguna correctamente: 11/11) y Digestivo (90,3%: 28/31), por el contrario, los de Neumología (57,7% respondieron a todas o alguna pregunta correctamente: 15/26) eran los que mejor porcentaje obtuvieron, seguidos de Medicina de Familia (36,3%: 198/545), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=9,123$; $p=0,000$), (ver Tabla 150). Al analizar por separado para cada nivel profesional, tanto Médicos especialistas como DE seguían la misma distribución, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($X^2=19,467$; $p=0,000$ y $X^2=5,617$; $p=0,060$, respectivamente) cambiaba sólo para los MIR que mejor respondieron y fueron, en este orden, los de Cardiología (66,6%, 4/6) y Medicina de Familia (38%, 16/42), no siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=0,063$; $p=0,969$, respectivamente).

Tabla 150. Conocimientos de los sanitarios sobre los tratamientos farmacológicos empleados en deshabituación según especialidad.

			¿Fármacos de primera o segunda elección?			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
Especialidad	Cardiología	Recuento	30	7	5	42
		%	71,4%	16,7%	11,9%	100,0%
	Digestivo	Recuento	28	2	1	31
		%	90,3%	6,5%	3,2%	100,0%
	Ginecología	Recuento	31	7	7	45
		%	68,9%	15,6%	15,6%	100,0%
	Medicina de Familia	Recuento	347	109	89	545
		%	63,7%	20,0%	16,3%	100,0%
	Medicina Interna	Recuento	29	12	3	44
		%	65,9%	27,3%	6,8%	100,0%
	Neumología	Recuento	11	11	4	26
		%	42,3%	42,3%	15,4%	100,0%
	Neurología	Recuento	14	2		16
		%	87,5%	12,5%		100,0%
	Oncología Médica	Recuento	9	2		11
		%	81,8%	18,2%		100,0%
	ORL	Recuento	29	4	7	40
		%	72,5%	10,0%	17,5%	100,0%
	Pediatría	Recuento	57	9	9	75
		%	76,0%	12,0%	12,0%	100,0%
	Medicina Preventiva	Recuento	11			11
		%	100,0%			100,0%
Total		Recuento	596	165	125	886
		%	67,3%	18,6%	14,1%	100,0%

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto al género ($X^2= 10,531$; $p=0,005$), a favor de los sanitarios hombres (39,9%, 136/341) respecto a las mujeres (30,3%, 146/482), como se ve en la Figura 37.

Figura 37. Conocimientos sobre los tratamientos farmacológicos empleados en deshabituación según género.



La media de edad en los profesionales sanitarios no difería en su conjunto a la hora de contestar ($p=0,808$).

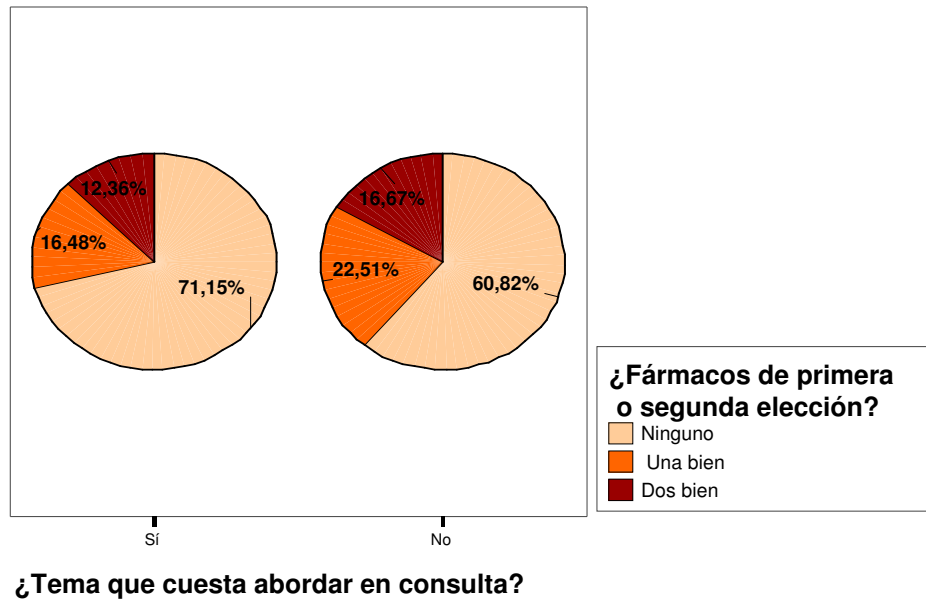
Respondían mejor los sanitarios fumadores activos (37,8%: 76/201) y los nunca fumadores (36,8%: 81/220), no siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=1,175$; $p=0,882$), ver Tabla 151.

Tabla 151. Conocimientos sobre los tratamientos farmacológicos empleados en deshabituación según hábito tabáquico.

			¿Fármacos de primera o segunda elección?			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
hábito tabáquico	fumador activo	Recuento	125	40	36	201
		%	62,2%	19,9%	17,9%	100,0%
	exfumador actual	Recuento	238	75	55	368
		%	64,7%	20,4%	14,9%	100,0%
	nunca fumador	Recuento	139	48	33	220
		%	63,2%	21,8%	15,0%	100,0%
Total		Recuento	502	163	124	789
		%	63,6%	20,7%	15,7%	100,0%

Se estudió la relación entre los conocimientos de los fármacos de deshabituación tabáquica y si el abordaje a los fumadores en la consulta era difícil. Coincidió que los profesionales con menos conocimientos eran aquéllos que reconocían que el abordaje a los fumadores les resultaba difícil, pero la diferencia no era estadísticamente significativa ($X^2=0,415$; $p= 0,813$), ver Figura 38.

Figura 38. Conocimientos sobre los tratamientos farmacológicos empleados en deshabituación según si el abordaje a los fumadores es difícil.



Los sanitarios que más conocimientos tenían se quejaban de falta de tiempo. Los de menos conocimientos se quejaban igualmente de falta de tiempo y además de ser fármacos muy específicos. La diferencia no era significativa ($X^2=1,119$; $p=0,891$), ver Tabla 152.

Tabla 152. Conocimientos sobre los tratamientos farmacológicos de deshabituación según las causas de la complejidad de abordaje al fumador.

			¿Fármacos de primera o segunda elección?			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿Cual es la causa de la complejidad?	Gran cantidad de información	Recuento %	66 60,0%	25 22,7%	19 17,3%	110 100,0%
	Continuos cambios en indicaciones	Recuento %	13 81,3%	1 6,3%	2 12,5%	16 100,0%
	Fármacos muy específicos	Recuento %	120 62,2%	43 22,3%	30 15,5%	193 100,0%
	Falta de tiempo	Recuento %	179 60,3%	74 24,9%	44 14,8%	297 100,0%
	Otros	Recuento %	46 86,8%	2 3,8%	5 9,4%	53 100,0%
Total		Recuento %	424 63,4%	145 21,7%	100 14,9%	669 100,0%

También se consideraban menos capacitados para abordar este tema en la consulta aquellos profesionales sanitarios que respondían peor a las preguntas sobre los conocimientos de los fármacos empleados en deshabituación, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=23,750$; $p=0,000$). Ver Tabla 153.

Tabla 153. Conocimientos sobre los tratamientos farmacológicos empleados en deshabituación según que el sanitario se considere capacitado.

			¿Fármacos de primera o segunda elección?			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿Está capacitado?	Sí	Recuento	250	108	78	436
		%	57,3%	24,8%	17,9%	100,0%
	No	Recuento	285	56	47	388
		%	73,5%	14,4%	12,1%	100,0%
Total		Recuento	535	164	125	824
		%	64,9%	19,9%	15,2%	100,0%

Los sanitarios que más preguntaban a los pacientes de la consulta si fumaban, eran los que respondían mejor. La diferencia era estadísticamente significativa ($X^2= 69,627$; $p=0,000$), ver Tabla 154.

Tabla 154. Conocimientos sobre los tratamientos farmacológicos empleados en deshabituación según a cuantos pacientes preguntan si fuman.

			¿Fármacos de primera o segunda elección?			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿A cuantos ha preguntado si fuman?	0	Recuento	258	21	26	305
		%	84,6%	6,9%	8,5%	100,0%
	1-20	Recuento	211	82	55	348
		%	60,6%	23,6%	15,8%	100,0%
	21-40	Recuento	56	29	23	108
		%	51,9%	26,9%	21,3%	100,0%
	>40	Recuento	64	31	20	115
		%	55,7%	27,0%	17,4%	100,0%
Total		Recuento	589	163	124	876
		%	67,2%	18,6%	14,2%	100,0%

Los profesionales que más preguntaban al fumador si querían dejarlo eran los que conocían mejor los fármacos de primera y segunda elección. Además se vió un incremento exponencial, a medida que aumentan las personas a las que se les ha interrogado sobre el final de su hábito tabáquico, aumentaban los conocimientos sobre los fármacos utilizados en deshabituación, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=68,020$; $p=0,000$), ver Tabla 155.

Tabla 155. Conocimientos sobre los tratamientos farmacológicos de deshabituación según a cuantos fumadores pregunta si quieren dejar el hábito.

			¿Fármacos de primera o segunda elección?			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿A cuantos ha preguntado si quieren dejarlo?	0	Recuento	330	43	38	411
		%	80,3%	10,5%	9,2%	100,0%
	1-10	Recuento	167	66	54	287
		%	58,2%	23,0%	18,8%	100,0%
	11-20	Recuento	51	29	15	95
		%	53,7%	30,5%	15,8%	100,0%
	>20	Recuento	38	25	18	81
		%	46,9%	30,9%	22,2%	100,0%
Total		Recuento	586	163	125	874
		%	67,0%	18,6%	14,3%	100,0%

Los sanitarios que fijaban más fechas definitivas para dejar de fumar con el paciente, son los que conocían mejor los fármacos de primera y segunda elección siendo las diferencias estadísticamente significativas ($X^2=29,478$; $p=0,000$), ver Tabla 156.

Tabla 156. Conocimientos sobre los fármacos de deshabituación según con cuantos fumadores se ha fijado una fecha definitiva para dejar el hábito.

			¿Fármacos de primera o segunda elección?			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿Con cuantos ha fijado fecha definitiva para dejarlo?	0	Recuento	492	107	88	687
		%	71,6%	15,6%	12,8%	100,0%
	1-10	Recuento	91	50	36	177
		%	51,4%	28,2%	20,3%	100,0%
	11-20	Recuento	1	3	1	5
		%	20,0%	60,0%	20,0%	100,0%
	>20	Recuento	5	3		8
		%	62,5%	37,5%		100,0%
Total		Recuento	589	163	125	877
		%	67,2%	18,6%	14,3%	100,0%

Los profesionales que ofrecían consejo sanitario a mayor número de fumadores son los que conocían mejor los fármacos de primera y segunda elección, siendo la diferencia estadísticamente significativa. ($X^2= 78,990$; $p=0,000$), ver Tabla 157.

Tabla 157. Conocimientos sobre tratamientos farmacológicos empleados en deshabituación según a cuantos fumadores se ofrece consejo.

			¿Fármacos de primera o segunda elección?			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿A cuantos ha dado consejo?	0	Recuento	283	23	30	336
		%	84,2%	6,8%	8,9%	100,0%
	1-10	Recuento	195	77	58	330
		%	59,1%	23,3%	17,6%	100,0%
	11-20	Recuento	54	33	18	105
		%	51,4%	31,4%	17,1%	100,0%
	>20	Recuento	56	30	18	104
		%	53,8%	28,8%	17,3%	100,0%
Total		Recuento	588	163	124	875
		%	67,2%	18,6%	14,2%	100,0%

Los sanitarios que informaban más al paciente fumador sobre los tratamientos que se podían emplear en deshabituación eran los que conocían mejor los fármacos de primera y segunda elección, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2= 79,973$; $p=0,000$), ver Tabla 158.

Tabla 158. Conocimientos sobre los fármacos empleados en deshabituación según a cuantos fumadores ha informado sobre tratamiento.

			¿Fármacos de primera o segunda elección?			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿A cuantos ha informado sobre tratamientos?	Todos	Recuento %	53 45,7%	37 31,9%	26 22,4%	116 100,0%
	Alguno	Recuento %	162 55,5%	78 26,7%	52 17,8%	292 100,0%
	Ninguno	Recuento %	380 80,0%	48 10,1%	47 9,9%	475 100,0%
Total		Recuento %	595 67,4%	163 18,5%	125 14,2%	883 100,0%

Los sanitarios que proporcionaban más documentos de autoayuda al fumador en la consulta, eran los que conocían mejor los fármacos de primera y segunda elección, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2= 54,035$; $p=0,000$), ver Tabla 159.

Tabla 159. Conocimientos sobre los fármacos usados en deshabituación según a cuantos fumadores ha dado material de apoyo.

			¿Fármacos de primera o segunda elección?			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿A cuantos ha dado material de apoyo?	0	Recuento	503	96	87	686
		%	73,3%	14,0%	12,7%	100,0%
	1-5	Recuento	62	41	27	130
		%	47,7%	31,5%	20,8%	100,0%
	6-10	Recuento	14	15	3	32
		%	43,8%	46,9%	9,4%	100,0%
	>10	Recuento	16	11	8	35
		%	45,7%	31,4%	22,9%	100,0%
Total		Recuento	595	163	125	883
		%	67,4%	18,5%	14,2%	100,0%

Los profesionales sanitarios que realizaban seguimiento a mayor número de pacientes, eran los que conocían mejor los fármacos de primera y segunda elección, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=66,078$; $p=0,000$), ver Tabla 160.

Tabla 160. Conocimientos sobre los fármacos empleados en deshabituación según a cuantos fumadores realiza seguimiento.

			¿Fármacos de primera o segunda elección?			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿A cuantos está haciendo seguimiento?	0	Recuento	524	103	86	713
		%	73,5%	14,4%	12,1%	100,0%
	1-10	Recuento	56	50	35	141
		%	39,7%	35,5%	24,8%	100,0%
	11-20	Recuento	6	5	3	14
		%	42,9%	35,7%	21,4%	100,0%
	>20	Recuento	9	4	1	14
		%	64,3%	28,6%	7,1%	100,0%
Total		Recuento	595	162	125	882
		%	67,5%	18,4%	14,2%	100,0%

Los profesionales sanitarios que utilizaban tratamientos farmacológicos en deshabituación tabáquica, eran los que mejor conocían los fármacos de primera y segunda elección, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2 = 78,192$; $p=0,000$), ver Tabla 161.

Tabla 161. Conocimientos sobre los fármacos de deshabituación según si utilizan algún tratamiento para ayudar al fumador a dejar de fumar.

			¿Fármacos de primera o segunda elección?			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿Ha utilizado algún tratamiento?	No	Recuento	526	101	81	708
		%	74,3%	14,3%	11,4%	
	Si	Recuento	70	63	44	177
		%	39,5%	35,6%	24,9%	100,0%
Total		Recuento	596	164	125	885
		%	67,3%	18,5%	14,1%	100,0%

5.1. TRATAMIENTO CON NICOTINA

Se estudiaron los conocimientos de los sanitarios sobre el tratamiento con las distintas variedades de nicotina comercializadas actualmente en nuestro país: chicles, parches, comprimidos para chupar y spray nasal, y se analizó la relación con el hábito tabáquico de los profesionales y con la forma de actuar en la consulta.

4.4.7 CHICLES DE NICOTINA

Se empleaban de mediana en 0 fumadores (IQR de una persona). El 4,4% de los sanitarios utilizaban esta forma de tratamiento en deshabituación tabáquica.

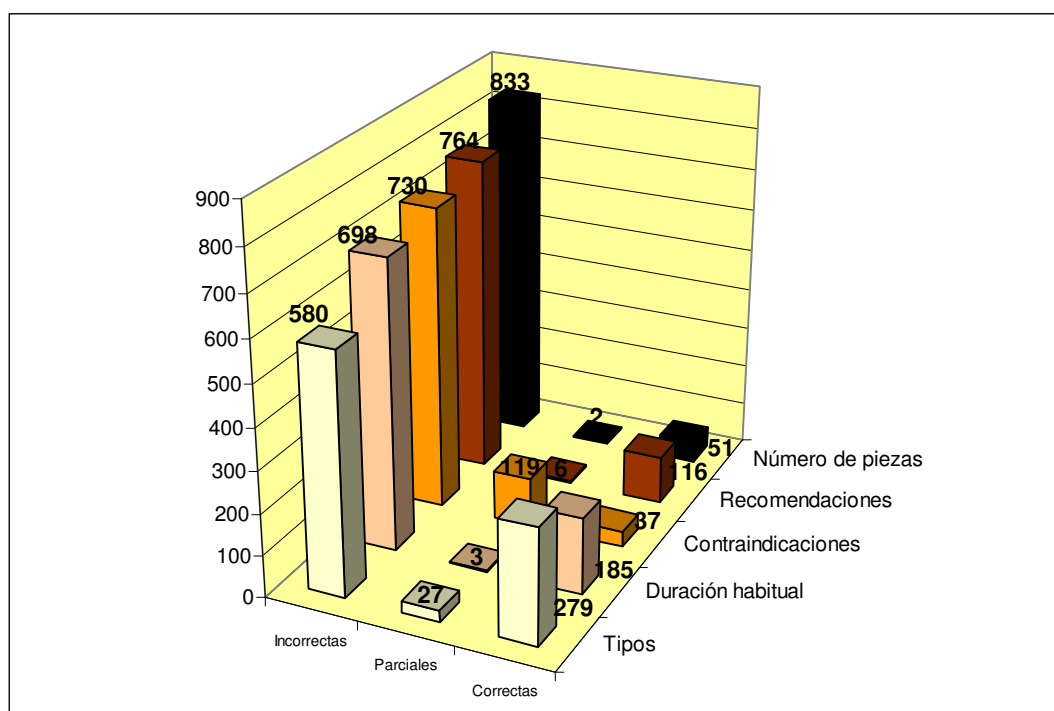
Respecto a los conocimientos de los profesionales sanitarios sobre los chicles, se formularon 5 preguntas para saber si se conocían los tipos de chicles comercializados, las indicaciones, el número de piezas que se utiliza habitualmente de forma diaria, la duración total del tratamiento recomendada actualmente y las contraindicaciones para su uso (ANEXO).

El número de profesionales sanitarios que respondieron correctamente a las preguntas anteriores puede verse en la Tabla 162. En la Figura 39, se presentan las respuestas por separado a cada una de las preguntas.

Tabla 162. Contestaciones de los profesionales sanitarios a las 5 preguntas formuladas sobre el tratamiento con chicles de nicotina.

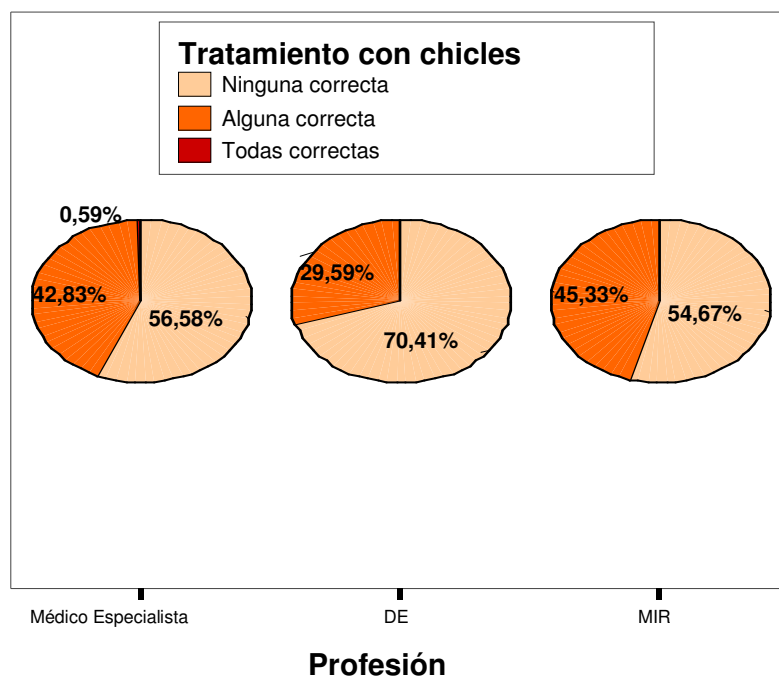
Tratamiento con chicles de nicotina	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna bien	538	60,7
Una bien	123	13,9
Dos bien	128	14,4
Tres bien	75	8,5
Cuatro bien	19	2,1
Cinco bien	3	,3
Total	886	100,0

Figura 39. Respuestas de los sanitarios a las cinco preguntas formuladas sobre tratamientos con chicles de nicotina.



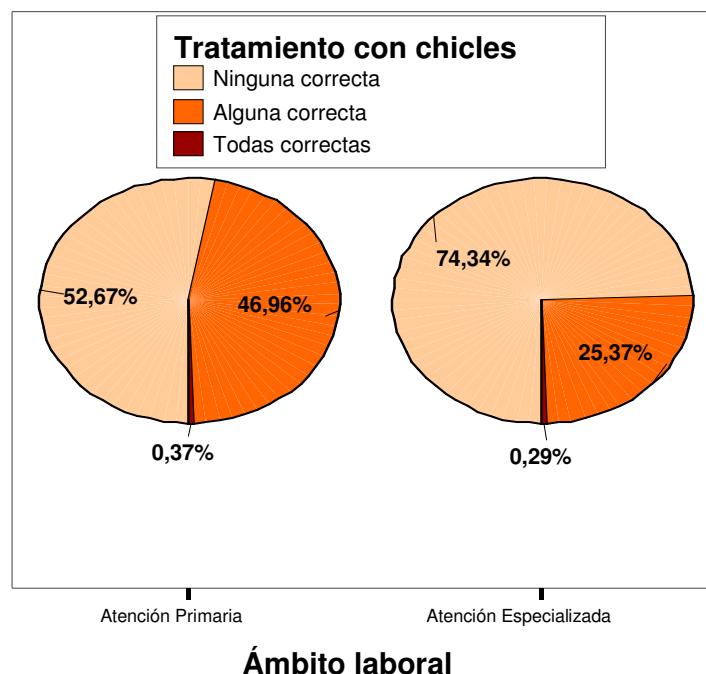
Los profesionales sanitarios que conocían mejor el tratamiento con chicles de nicotina eran los Médicos especialistas (43,4% contestaban alguna pregunta o todas correctas: 221/509) seguidos de MIR (45,3%: 34/75) y por último DE (29,6%: 87/294), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=16,387$; $p=0,000$). Ver Figura 40.

Figura 40. Como responden los distintos sanitarios a las cinco preguntas formuladas sobre el tratamiento con chicles de nicotina.



Según ámbito se conocía mejor el tratamiento con chicles de nicotina en Atención Primaria (el 47,3% respondían correctamente a todas o alguna de las preguntas formuladas sobre chicles de nicotina, 257/543) que en Atención Especializada (el 25,7%, 87/339), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2= 41,180$; $p=0,000$), ver Figura 41.

Figura 41. Como responden los sanitarios, según ámbito, a las cinco preguntas formuladas sobre el tratamiento con chicles de nicotina.



Según la especialidad, los sanitarios que peor conocían el tratamiento con chicles de nicotina eran los de Medicina Preventiva (90,9%:10/11) y Digestivo (93,5%:29/31), en el otro extremo los que mejor eran los de Neumología (76,9% contestaban correctamente alguna o todas las preguntas: 20/26), seguidos de Medicina de Familia (49%: 267/545), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2= 59,819$; $p=0,000$), ver Tabla 163. Al analizar por separado cada uno de los niveles profesionales, los Médicos especialistas y DE tienen la misma distribución, siendo en ambos casos las diferencias estadísticamente significativas, $X^2= 45,051$; $p=0,000$ y $X^2= 33,776$; $p=0,000$, respectivamente, respecto a los MIR, por el contrario, sí se encontraron diferencias, tanto en los que peor conocen los tratamientos farmacológicos, que eran los de Neurología y Digestivo (100%, 3/3, en

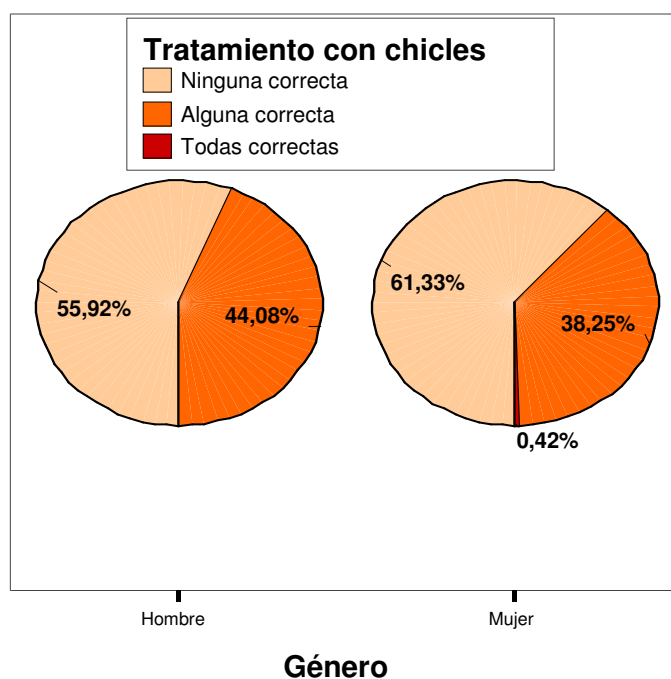
ambos casos), como en los que mejor los conocen, que eran los de Ginecología (100%, 2/2) y Cardiología (80%,4/5), no siendo la diferencia estadísticamente significativa, $X^2= 1,913$; $p=0,167$.

Tabla 163. Como responden los sanitarios, según su especialidad, a las cinco preguntas formuladas sobre el tratamiento con chicles de nicotina.

			Tratamiento con chicles			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
Especialidad	Cardiología	Recuento	29	9		38
		%	76,3%	23,7%		100,0%
	Digestivo	Recuento	29	2		31
		%	93,5%	6,5%		100,0%
	Ginecología	Recuento	34	11		45
		%	75,6%	24,4%		100,0%
	Medicina de Familia	Recuento	278	265	2	545
		%	51,0%	48,6%	,4%	100,0%
	Medicina Interna	Recuento	30	14		44
		%	68,2%	31,8%		100,0%
	Neumología	Recuento	6	19	1	26
		%	23,1%	73,1%	3,8%	100,0%
	Neurología	Recuento	14	2		16
		%	87,5%	12,5%		100,0%
	Oncología Médica	Recuento	7	4		11
		%	63,6%	36,4%		100,0%
	ORL	Recuento	35	5		40
		%	87,5%	12,5%		100,0%
	Pediatría	Recuento	66	9		75
		%	88,0%	12,0%		100,0%
	Medicina Preventiva	Recuento	10	1		11
		%	90,9%	9,1%		100,0%
Total		Recuento	538	341	3	882
		%	61,0%	38,7%	,3%	100,0%

Los profesionales sanitarios hombres (44,1% del total, 149/338, respondían correctamente a todas o alguna de la preguntas formuladas sobre chicles de nicotina) conocían mejor el tratamiento con chicles de nicotina que las sanitarias mujeres (38,7%: 186/481) pero la diferencia no era significativa ($X^2 = 2,407$; $p=0,121$), ver Figura 42.

Figura 42. Como responden los sanitarios, según género, a las cinco preguntas formuladas sobre el tratamiento con chicles de nicotina.



Los sanitarios que conocían el tratamiento con chicles de nicotina eran de media tres años y medio más jóvenes que los que no sabían de éste tipo de tratamiento ($p=0,000$).

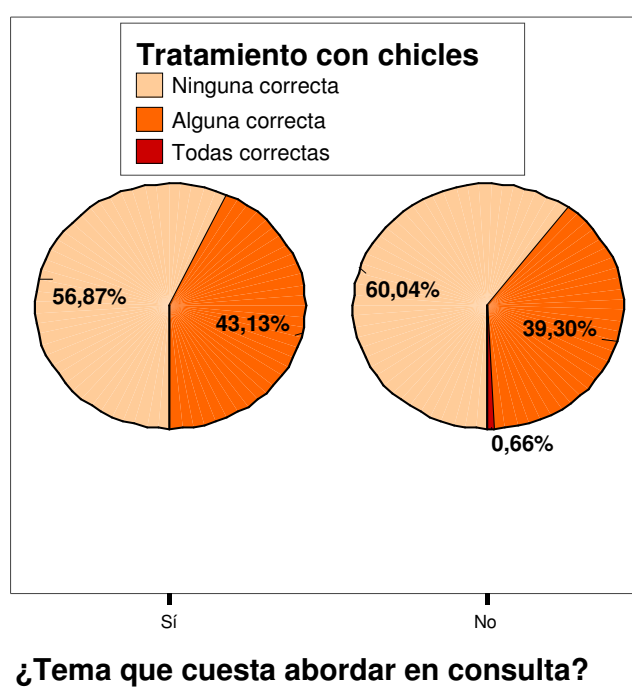
Respecto al hábito tabáquico los exfumadores actuales (47% respondían correctamente a todas o alguna de las preguntas:173/368) eran los que conocían mejor el tratamiento con chicles de nicotina pero la diferencia no era estadísticamente significativa ($X^2= 3,106$; $p=0,212$), ver Tabla 164.

Tabla 164. Como responden los sanitarios, según sean o no fumadores, a las cinco preguntas formuladas sobre el tratamiento con chicles de nicotina.

			Tratamiento con chicles			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
hábito tabáquico	fumador activo	Recuento	118	82		200
		%	59,0%	41,0%		100,0%
	exfumador actual	Recuento	195	171	2	368
		%	53,0%	46,5%	,5%	100,0%
	nunca fumador	Recuento	129	87	1	217
		%	59,4%	40,1%	,5%	100,0%
Total		Recuento	442	340	3	785
		%	56,3%	43,3%	,4%	100,0%

Los profesionales sanitarios que afirmaban que el tabaquismo era un tema que les costaba abordar en la consulta diaria, eran los que mejor conocían el tratamiento con chicles de nicotina, pero la diferencia no era estadísticamente significativa ($X^2= 4,582$; $p=0,101$), ver Figura 43.

Figura 43. Como responden los sanitarios, según que les cueste abordar el tabaquismo, a las preguntas sobre chicles de nicotina.



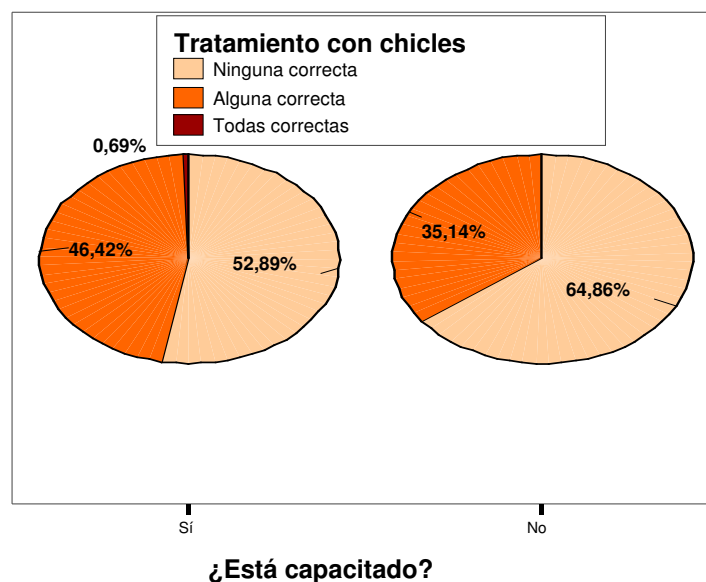
Los profesionales sanitarios que consideraban la falta de tiempo como la causa de la complejidad, tenían más conocimientos sobre el tratamiento con chicles de nicotina que los que consideraban los problemas farmacológicos la causa de la complejidad, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2 = 24,438$; $p = 0,001$), ver Tabla 165.

Tabla 165. Como responden los sanitarios, según las causas que han expuesto de la complejidad del tabaquismo, a las preguntas sobre chicles de nicotina.

			Tratamiento con chicles			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿Cual es la causa de la complejidad?	Gran cantidad de información	Recuento %	71 64,5%	39 35,5%		110 100,0%
	Continuos cambios en indicaciones	Recuento %	8 50,0%	8 50,0%		16 100,0%
	Fármacos muy específicos	Recuento %	99 52,4%	89 47,1%	1 ,5%	189 100,0%
	Falta de tiempo	Recuento %	144 48,5%	151 50,8%	2 ,7%	297 100,0%
	Otros	Recuento %	43 81,1%	10 18,9%		53 100,0%
Total		Recuento %	365 54,9%	297 44,7%	3 ,5%	665 100,0%

Los sanitarios que se consideraban capacitados para abordar el tema del tabaquismo en la consulta, tenían más conocimientos sobre el tratamiento con chicles de nicotina y la diferencia era significativa ($\chi^2= 12,066$; $p=0,001$), ver Figura 44.

Figura 44. Como responden los sanitarios, según se consideren capacitados para abordar el tema del tabaquismo, a las preguntas sobre chicles de nicotina.



Los que menos preguntaban si fumaban o no a los pacientes eran los que menos conocimientos tenían sobre el tratamiento farmacológico con chicles de nicotina y la diferencia era significativa ($X^2= 86,586$; $p=0,000$), ver Tabla 166.

Tabla 166. Como responden los sanitarios, según el número de pacientes a los que preguntan si fuman, a las cuestiones sobre los chicles de nicotina.

			Tratamiento con chicles			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿A cuantos ha preguntado si fuman?	0	Recuento	249	56		305
		%	81,6%	18,4%		100,0%
	1-20	Recuento	165	180	2	347
		%	47,6%	51,9%	,6%	100,0%
	21-40	Recuento	58	50		108
		%	53,7%	46,3%		100,0%
	>40	Recuento	59	52	1	112
		%	52,7%	46,4%	,9%	100,0%
Total		Recuento	531	338	3	872
		%	60,9%	38,8%	,3%	100,0%

Los sanitarios que menos preguntaban si querían dejar el hábito tabáquico a los fumadores en la consulta diaria, eran los que menos conocimientos tenían sobre tratamiento farmacológico con chicles de nicotina y la diferencia era significativa ($X^2 = 84,863$; $p = 0,000$), ver Tabla 167.

Tabla 167. Como responden los sanitarios a las cuestiones sobre chicles de nicotina, según el número de pacientes a los que preguntan si quieren dejar el hábito.

			Tratamiento con chicles			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿A cuantos ha preguntado si quieren dejarlo?	0	Recuento	315	96		411
		%	76,6%	23,4%		100,0%
	1-10	Recuento	126	157	3	286
		%	44,1%	54,9%	1,0%	100,0%
	11-20	Recuento	45	49		94
		%	47,9%	52,1%		100,0%
	>20	Recuento	43	36		79
		%	54,4%	45,6%		100,0%
Total		Recuento	529	338	3	870
		%	60,8%	38,9%	,3%	100,0%

Los profesionales sanitarios que menos fechas definitivas fijaban con los fumadores para dejar de fumar, eran los que menos conocimientos tenían sobre tratamiento farmacológico con chicles de nicotina y la diferencia era significativa ($X^2= 63,879$; $p=0,000$), ver Tabla 168.

Tabla 168. Como responden los sanitarios, según los fumadores con los que fijan fecha definitiva para dejar de fumar, a las preguntas sobre chicles de nicotina.

			Tratamiento con chicles			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿Con cuantos ha fijado fecha definitiva para dejarlo?	0	Recuento	463	218	2	683
		%	67,8%	31,9%	,3%	100,0%
	1-10	Recuento	62	114	1	177
		%	35,0%	64,4%	,6%	100,0%
	11-20	Recuento	1	4		5
		%	20,0%	80,0%		100,0%
	>20	Recuento	5	3		8
		%	62,5%	37,5%		100,0%
Total		Recuento	531	339	3	873
		%	60,8%	38,8%	,3%	100,0%

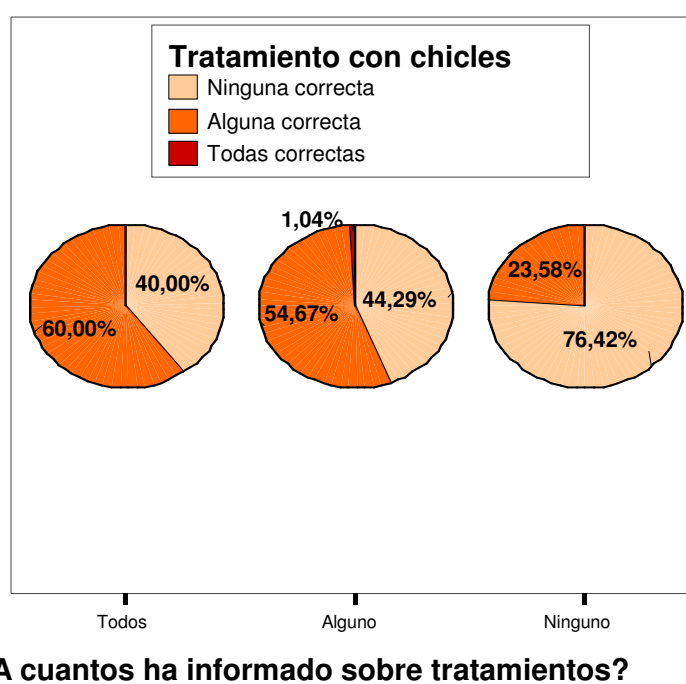
Los que menos consejo daban a los pacientes fumadores, eran los que menos conocimientos tenían sobre el tratamiento farmacológico con chicles de nicotina y la diferencia era significativa ($X^2= 72,658$; $p=0,000$), ver Tabla 169.

Tabla 169. Como responden los sanitarios, según los fumadores a los que dan consejo, a las preguntas formuladas sobre chicles de nicotina.

			Tratamiento con chicles			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿A cuantos ha dado consejo?	0	Recuento	262	74		336
		%	78,0%	22,0%		100,0%
	1-10	Recuento	167	161	2	330
		%	50,6%	48,8%	,6%	100,0%
	11-20	Recuento	43	59	1	103
		%	41,7%	57,3%	1,0%	100,0%
	>20	Recuento	57	45		102
		%	55,9%	44,1%		100,0%
Total		Recuento	529	339	3	871
		%	60,7%	38,9%	,3%	100,0%

Los sanitarios que informaban a mayor número de pacientes sobre los diferentes tipos de tratamientos farmacológicos posibles en deshabituación, eran los que poseían mayor nivel de conocimientos en el tratamiento con chicles de nicotina, siendo la diferencia significativa ($X^2= 102,802$; $p=0,000$), ver Figura 45.

Figura 45. Como responden los sanitarios, según los fumadores a los que informan sobre los tratamientos, a las preguntas sobre chicles de nicotina.



Los profesionales sanitarios que proporcionaban material a menos fumadores, eran los que conocían peor los tratamientos con chicles de nicotina, siendo la diferencia significativa ($X^2= 111,660$; $p=0,000$), ver Tabla 170.

Tabla 170. Como responden los sanitarios, según el número de fumadores a los que proporcionan material de ayuda, a las preguntas sobre chicles de nicotina.

			Tratamiento con chicles			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿A cuantos ha dado material de apoyo?	0	Recuento	480	202	1	683
		%	70,3%	29,6%	,1%	100,0%
	1-5	Recuento	41	87	2	130
		%	31,5%	66,9%	1,5%	100,0%
	6-10	Recuento	5	27		32
		%	15,6%	84,4%		100,0%
	>10	Recuento	11	23		34
		%	32,4%	67,6%		100,0%
Total		Recuento	537	339	3	879
		%	61,1%	38,6%	,3%	100,0%

Los sanitarios que seguían a menor número de fumadores, eran los que conocían peor el tratamiento con chicles de nicotina, siendo la diferencia significativa ($X^2 = 52,121$; $p=0,000$), ver Tabla 171.

Tabla 171. Como responden los sanitarios, según los seguimientos que realizan a fumadores, a las preguntas sobre chicles de nicotina.

			Tratamiento con chicles			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿A cuantos está haciendo seguimiento?	0	Recuento	474	233	2	709
		%	66,9%	32,9%	,3%	100,0%
	1-10	Recuento	52	88	1	141
		%	36,9%	62,4%	,7%	100,0%
	11-20	Recuento	4	10		14
		%	28,6%	71,4%		100,0%
	>20	Recuento	6	8		14
		%	42,9%	57,1%		100,0%
Total		Recuento	536	339	3	878
		%	61,0%	38,6%	,3%	100,0%

Los profesionales que utilizaban tratamientos con nicotina para ayudar en la deshabituación, eran los que más conocimientos tenían sobre tratamientos con chicles de nicotina, siendo la diferencia significativa ($X^2=76,094$; $p=0,000$), ver Tabla 172.

Tabla 172. Como responden los sanitarios, según si utilizan tratamiento farmacológico en deshabituación, a las preguntas sobre chicles de nicotina.

			Tratamiento con chicles			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿Ha utilizado algún tratamiento?	No	Recuento	481	223	1	705
		%	68,2%	31,6%	,1%	100,0%
	Si	Recuento	57	117	2	176
		%	32,4%	66,5%	1,1%	100,0%
Total		Recuento	538	340	3	881
		%	61,1%	38,6%	,3%	100,0%

4.4.8 PARCHES DE NICOTINA

Se empleaban de mediana en 0 fumadores (IQR de una persona). El 9,3% (82/885) de los sanitarios utilizaban este tratamiento en deshabituación tabáquica.

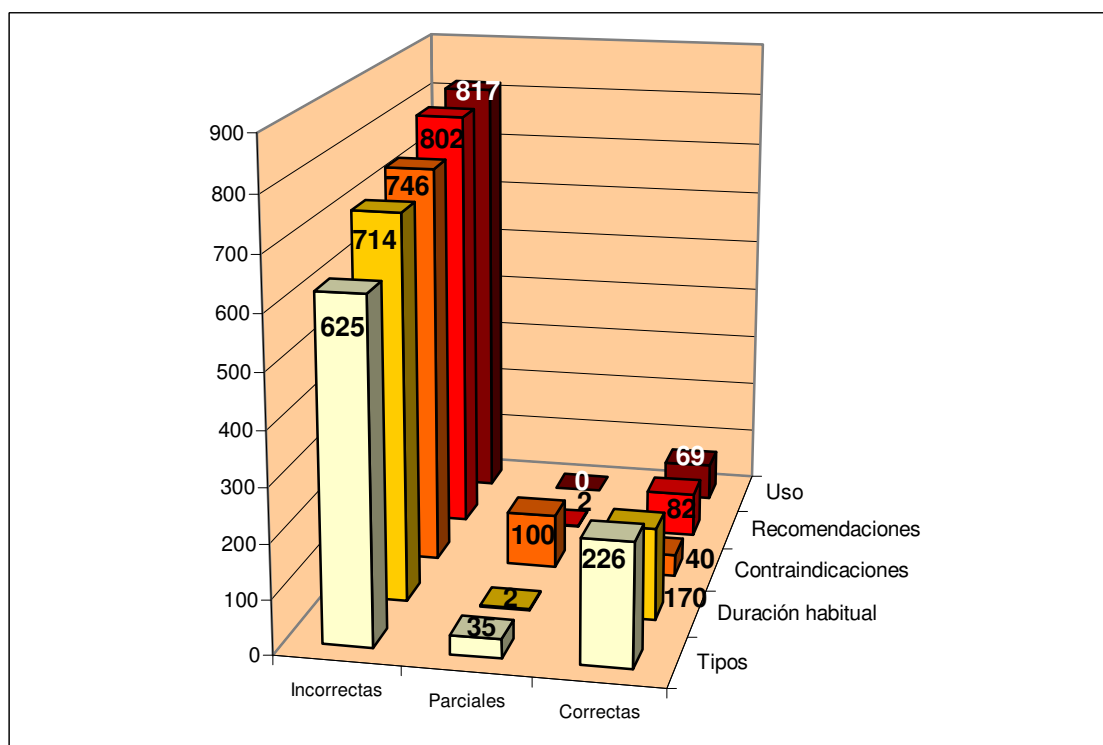
Respecto a los conocimientos de los profesionales sanitarios sobre los parches, se realizaron 5 preguntas para saber si se conocían las distintas formas de parches comercializados en el momento de la intervención, las indicaciones, el tipo de parches que se utilizaban habitualmente de forma diaria, la duración total del tratamiento recomendada y las contraindicaciones para su uso (ver ANEXO).

El número de profesionales sanitarios que respondieron correctamente a las preguntas anteriores puede verse en la Tabla 173. En la Figura 46, se pueden observar las respuestas por separado a cada una de las preguntas.

Tabla 173. Forma en que han contestado los sanitarios a las preguntas sobre el tratamiento con parches de nicotina empleado en deshabituación.

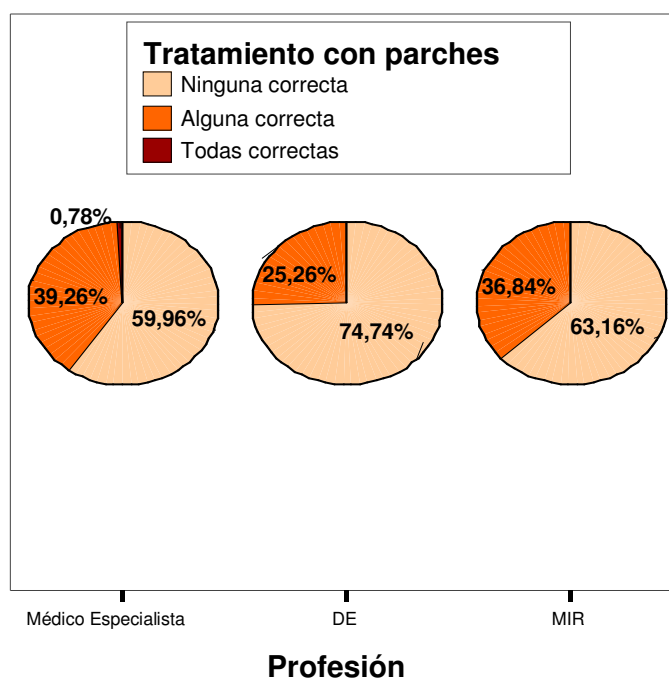
Tratamiento con parches de nicotina	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna bien	577	65,1
Una bien	108	12,2
Dos bien	119	13,4
Tres bien	56	6,3
Cuatro bien	22	2,5
Cinco bien	4	,5
Total	886	100,0

Figura 46. Respuesta de los profesionales sanitarios a las distintas preguntas formuladas sobre los parches de nicotina.



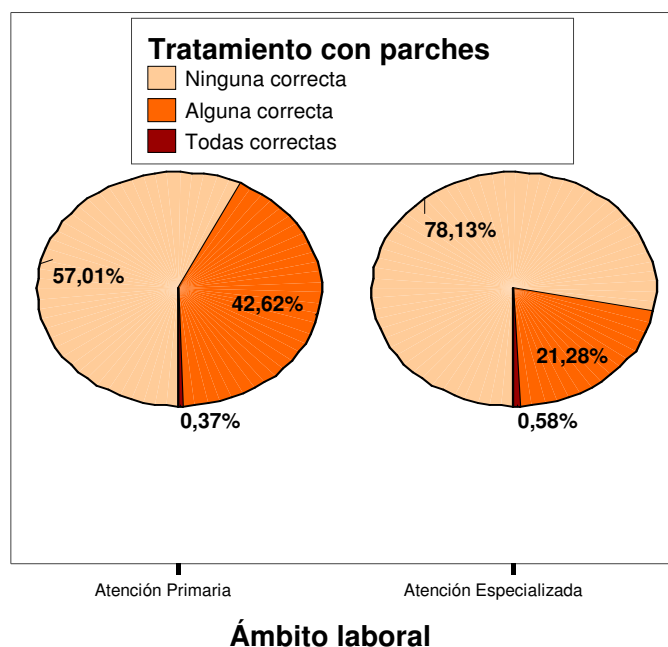
Los profesionales sanitarios que conocían mejor el tratamiento con parches de nicotina eran los Médicos especialistas (40% contestaban alguna pregunta o todas correctas, 205/512) seguidos de MIR (36,8%, 28/76) y por último DE (25,3%, 74/293), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2= 18,084$; $p=0,000$). Ver Figura 47.

Figura 47. Como responden los sanitarios a las cinco preguntas formuladas sobre el tratamiento con parches de nicotina.



Según ámbito se conocía mejor el tratamiento con parches de nicotina en Primaria (43%: 233/542 respondían correctamente a todas o alguna de las preguntas formuladas sobre chicles de nicotina) que en Atención Especializada (21,9%: 75/343), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2= 41,307$; $p=0,000$), ver Figura 48.

Figura 48. Como responden los sanitarios, según ámbito, a las preguntas formuladas sobre parches de nicotina.



Según la especialidad, los sanitarios que mejor conocían el tratamiento con parches de nicotina eran los de Neumología (73,1% contestan correctamente alguna o todas las preguntas:19/26), seguidos de Medicina de Familia (44,3%:241/544), en el otro extremo, los que peor lo sabían eran los de Medicina Preventiva (90,9%:10/11) seguidos de los de Pediatría (90,7%:68/75), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=56,147$; $p=0,000$), ver Tabla 174. Evaluando por separado cada nivel profesional no se encontraron diferencias para los Médicos especialistas, siendo la diferencia estadísticamente significativa, $X^2=37,858$; $p=0,000$, sí había diferencias en los DE, donde se encontró que en todos los servicios no contestaban a ninguna correctamente (100%) excepto en dos: Atención Primaria donde contestaron un 33,5% (72/215) correctamente y Pediatría un

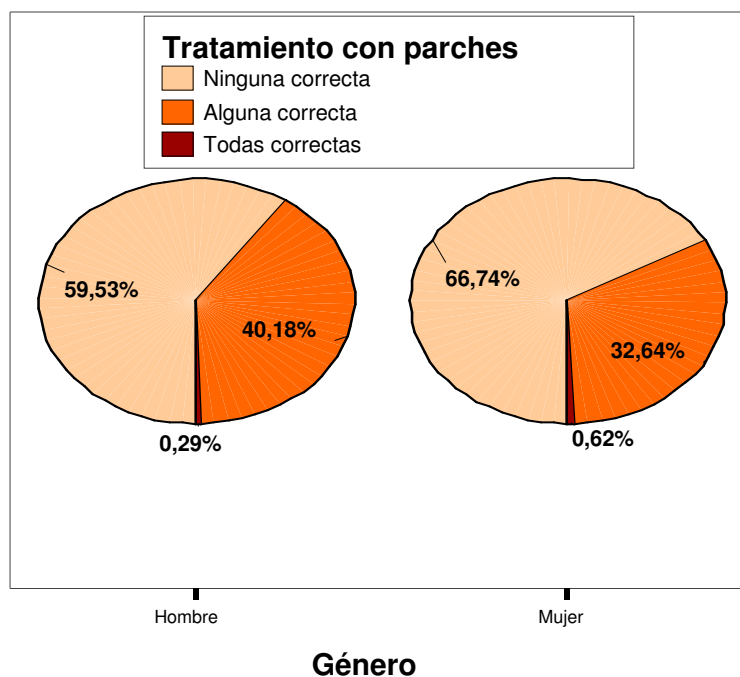
15,4% (2/13), siendo las diferencias también significativas, $X^2= 28,995$; $p=0,000$. Para los MIR también cambiaba la distribución, los que mejor conocían el tratamiento con parches de nicotina eran los de Cardiología (66,7% todas o alguna respuesta correcta, 4/6) y Medicina de Familia (50%, 21/42), y los que peor los de Neurología, ORL, Pediatría y Ginecología (100% ninguna correcta), siendo igualmente la diferencia estadísticamente significativa, $X^2= 6,985$; $p=0,008$.

Tabla 174. Como responden los sanitarios, según su especialidad, a las preguntas sobre parches de nicotina.

			Tratamiento con parches			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
Especialidad	Cardiología	Recuento	30	12		42
		%	71,4%	28,6%		100,0%
	Digestivo	Recuento	28	3		31
		%	90,3%	9,7%		100,0%
	Ginecología	Recuento	42	3		45
		%	93,3%	6,7%		100,0%
	Medicina de Familia	Recuento	303	239	2	544
		%	55,7%	43,9%	,4%	100,0%
	Medicina Interna	Recuento	30	14		44
		%	68,2%	31,8%		100,0%
	Neumología	Recuento	7	17	2	26
		%	26,9%	65,4%	7,7%	100,0%
	Neurología	Recuento	14	2		16
		%	87,5%	12,5%		100,0%
	Oncología Médica	Recuento	8	3		11
		%	72,7%	27,3%		100,0%
	ORL	Recuento	37	3		40
		%	92,5%	7,5%		100,0%
	Pediatría	Recuento	68	7		75
		%	90,7%	9,3%		100,0%
	Medicina Preventiva	Recuento	10	1		11
		%	90,9%	9,1%		100,0%
Total		Recuento	577	304	4	885
		%	65,2%	34,4%	,5%	100,0%

Los profesionales sanitarios hombres (40,5%: 138/341 del total respondían correctamente a todas a alguna de la preguntas formuladas sobre parches de nicotina) conocían mejor el tratamiento con parches de nicotina que las sanitarias mujeres (32,3%:160/481) pero la diferencia no era significativa ($X^2 = 4,482$; $p=0,034$), Figura 49.

Figura 49. Como responden los sanitarios, según género, a las cinco preguntas formuladas sobre parches de nicotina.



La media de edad era de casi tres años más (2,9 años) en el grupo que respondía peor, ninguna correcta, a las preguntas sobre el tratamiento con parches de nicotina, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p=0,000$).

Los profesionales sanitarios exfumadores actuales (41,3% respondían correctamente a todas o alguna de las preguntas, 152/368) y nunca

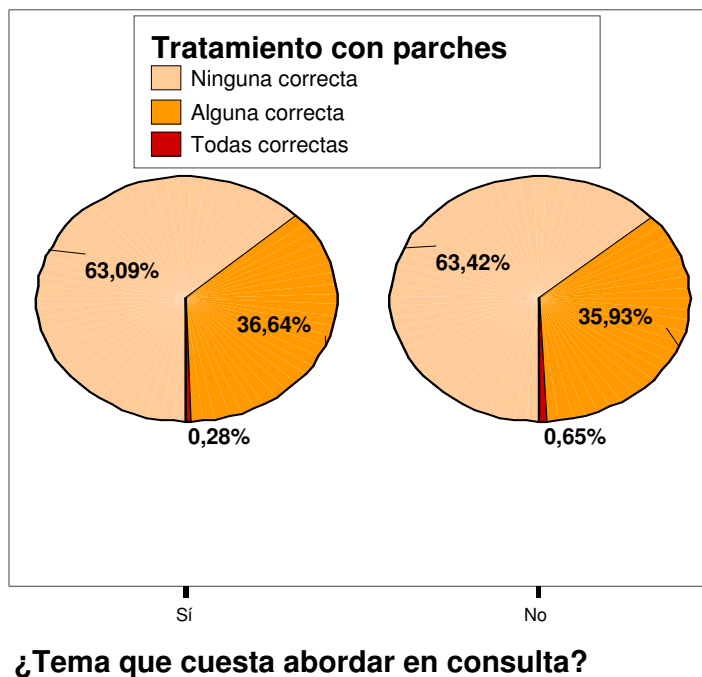
fumadores (37,9% respondían correctamente a todas o alguna de las preguntas, 83/219) eran los que conocían mejor el tratamiento con parches de nicotina pero la diferencia no era estadísticamente significativa ($X^2=2,069$; $p=0,355$), ver Tabla 175.

Tabla 175. Como responden los sanitarios, según sean o no fumadores, a las preguntas formuladas sobre parches de nicotina.

			Tratamiento con parches			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
hábito tabáquico	fumador activo	Recuento	130	71		201
		%	64,7%	35,3%		100,0%
	exfumador actual	Recuento	216	149	3	368
		%	58,7%	40,5%	,8%	100,0%
	nunca fumador	Recuento	136	82	1	219
		%	62,1%	37,4%	,5%	100,0%
Total		Recuento	482	302	4	788
		%	61,2%	38,3%	,5%	100,0%

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($X^2=0,010$; $p=0,921$) al analizar si había diferencias según los conocimientos sobre el tratamiento con parches de nicotina y si el tabaquismo era un tema que costaba abordar en la consulta diaria, Figura 50.

Figura 50. Como responden los sanitarios, según que el tabaquismo sea un tema que les cueste abordar, a las preguntas sobre parches de nicotina.



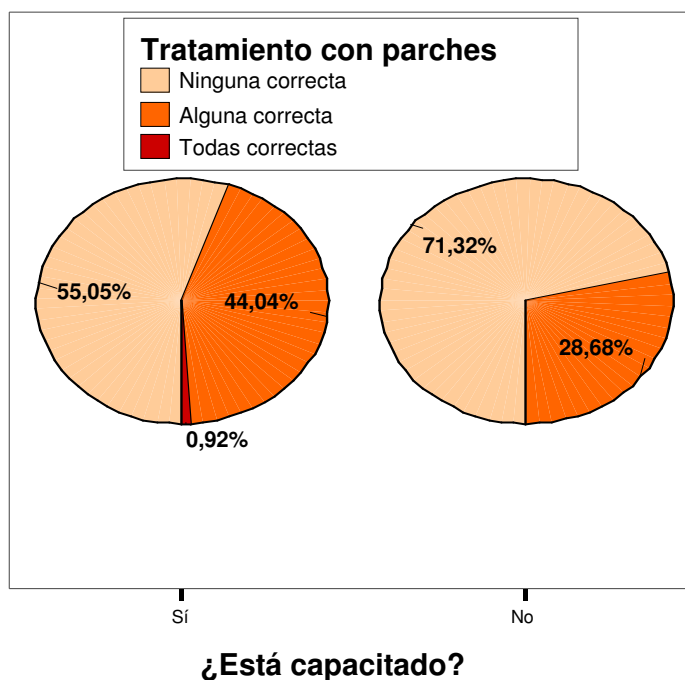
Los profesionales sanitarios que consideraban la falta de tiempo como la causa de la complejidad en el abordaje del tabaquismo, tenían más conocimientos sobre el tratamiento con parches de nicotina (44,8%) que los que consideraban los problemas farmacológicos como la causa de la complejidad (42,6%), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=22,840$; $p=0,001$), ver Tabla 176.

Tabla 176. Como responden los sanitarios, según las causas de complejidad del abordaje del tabaquismo, a las preguntas sobre parches de nicotina.

			Tratamiento con parches			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿Cual es la causa de la complejidad?	Gran cantidad de información	Valor %	79 72,5%	30 27,5%		109 100,0%
	Continuos cambios en indicaciones	Valor %	7 43,8%	8 50,0%	1 6,3%	16 100,0%
	Fármacos muy específicos	Valor %	108 56,0%	84 43,5%	1 ,5%	193 100,0%
	Falta de tiempo	Valor %	164 55,2%	131 44,1%	2 ,7%	297 100,0%
	Otros	Valor %	43 81,1%	10 18,9%		53 100,0%
Total		Valor %	401 60,0%	263 39,4%	4 ,6%	668 100,0%

Los profesionales sanitarios que se consideraban capacitados para abordar el tema del tabaquismo en la consulta, tenían más conocimientos sobre el tratamiento con parches de nicotina (45%, 196/436) que los que no se consideraban capacitados (28,7%, 111/387) y la diferencia era significativa ($X^2= 23,211$; $p=0,000$), ver Figura 51.

Figura 51. Como responden los sanitarios, según se consideren capacitados para abordar el tema del tabaquismo, a las preguntas sobre parches de nicotina.



Los sanitarios que menos preguntaban si fumaban o no a los pacientes eran los que menos conocimientos tenían sobre el tratamiento farmacológico con parches de nicotina (84,6% respondían incorrectamente, 258/305, respecto a 56,3% de los sanitarios que más preguntaban al paciente fumador) y la diferencia es significativa ($X^2=80,025$; $p=0,000$), ver Tabla 177.

Tabla 177. Como responden los sanitarios, según el número de pacientes a los que preguntan si fuman, a las preguntas sobre parches de nicotina.

			Tratamiento con parches			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿A cuantos ha preguntado si fuman?	0	Recuento	258	47		305
		%	84,6%	15,4%		100,0%
	1-20	Recuento	182	164	1	347
		%	52,4%	47,3%	,3%	100,0%
	21-40	Recuento	63	44	1	108
		%	58,3%	40,7%	,9%	100,0%
	>40	Recuento	67	46	2	115
		%	58,3%	40,0%	1,7%	100,0%
Total		Recuento	570	301	4	875
		%	65,1%	34,4%	,5%	100,0%

Los que menos preguntaban si querían dejar el hábito tabáquico a los fumadores en la consulta diaria, eran los que menos conocimientos tenían sobre tratamiento farmacológico con parches de nicotina y la diferencia era significativa ($X^2 = 99,940$; $p = 0,000$), ver Tabla 178.

Tabla 178. Como responden los sanitarios, según los pacientes a los que preguntan si quieren dejar el hábito, a las preguntas sobre parches de nicotina.

			Tratamiento con parches			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿A cuantos ha preguntado si quieren dejarlo?	0	Recuento	337	73		410
		%	82,2%	17,8%		100,0%
	1-10	Recuento	144	142	1	287
		%	50,2%	49,5%	,3%	100,0%
	11-20	Recuento	46	46	3	95
		%	48,4%	48,4%	3,2%	100,0%
	>20	Recuento	41	40		81
		%	50,6%	49,4%		100,0%
Total		Recuento	568	301	4	873
		%	65,1%	34,5%	,5%	100,0%

Los sanitarios que menos fechas definitivas fijaban con los fumadores para dejar de fumar, eran los que menos conocimientos tenían sobre tratamiento farmacológico con parches de nicotina y la diferencia era significativa ($X^2= 69,759$; $p=0,000$), ver Tabla 179.

Tabla 179. Como responden los sanitarios, según los fumadores con los que fijan fecha definitiva para dejar de fumar, a las preguntas sobre parches de nicotina.

			Tratamiento con parches			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿Con cuantos ha fijado fecha definitiva para dejarlo?	0	Recuento	494	190	2	686
		%	72,0%	27,7%	,3%	100,0%
	1-10	Recuento	70	105	2	177
		%	39,5%	59,3%	1,1%	100,0%
	11-20	Recuento	1	4		5
		%	20,0%	80,0%		100,0%
	>20	Recuento	5	3		8
		%	62,5%	37,5%		100,0%
Total		Recuento	570	302	4	876
		%	65,1%	34,5%	,5%	100,0%

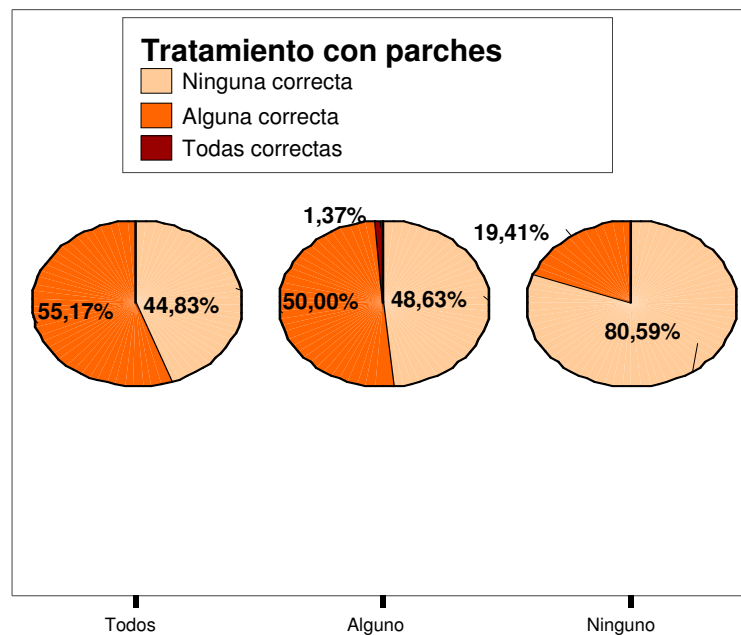
Los sanitarios que menos consejo daban a los pacientes fumadores, eran los que menos conocimientos tenían sobre el tratamiento farmacológico con parches de nicotina y la diferencia era significativa ($X^2=77,926$; $p=0,000$), ver Tabla 180.

Tabla 180. Como responden los sanitarios, según el número de fumadores a los que dan consejo, a las preguntas sobre parches de nicotina.

			Tratamiento con parches			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿A cuantos ha dado consejo?	0	Recuento	278	58		336
		%	82,7%	17,3%		100,0%
	1-10	Recuento	183	145	1	329
		%	55,6%	44,1%	,3%	100,0%
	11-20	Recuento	49	54	2	105
		%	46,7%	51,4%	1,9%	100,0%
	>20	Recuento	59	44	1	104
		%	56,7%	42,3%	1,0%	100,0%
Total		Recuento	569	301	4	874
		%	65,1%	34,4%	,5%	100,0%

Los sanitarios que informaban a mayor número de pacientes sobre los diferentes tratamientos posibles en deshabituación, eran los que poseían mayor nivel de conocimientos en el tratamiento con parches de nicotina, siendo la diferencia significativa ($X^2= 106,184$; $p=0,000$), ver Figura 52.

Figura 52. Como responden los sanitarios, según los fumadores a los que informan sobre tratamientos de deshabituación, a preguntas de parches de nicotina.



¿A cuantos ha informado sobre tratamientos?

Los sanitarios que proporcionaban material a menos fumadores, eran los que conocían peor los tratamientos con parches de nicotina, siendo la diferencia significativa ($X^2 = 101,852$; $p=0,000$), ver Tabla 181.

Tabla 181. Como responden los sanitarios, según los fumadores a los que proporcionan material de ayuda, a las preguntas sobre parches de nicotina.

			Tratamiento con parches			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿A cuantos ha dado material de apoyo?	0	Recuento	506	178	1	685
		%	73,9%	26,0%	,1%	100,0%
	1-5	Recuento	51	77	2	130
		%	39,2%	59,2%	1,5%	100,0%
	6-10	Recuento	8	24		32
		%	25,0%	75,0%		100,0%
	>10	Recuento	11	23	1	35
		%	31,4%	65,7%	2,9%	100,0%
Total		Recuento	576	302	4	882
		%	65,3%	34,2%	,5%	100,0%

Los sanitarios que seguían a un menor número de fumadores, eran los que conocían peor el tratamiento con parches de nicotina, siendo la diferencia significativa ($X^2= 57,946$; $p=0,000$), ver Tabla 182.

Tabla 182. Como responden los sanitarios, según los seguimientos que realizan a fumadores, a las preguntas sobre parches de nicotina.

			Tratamiento con parches			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿A cuantos está haciendo seguimiento?	0	Recuento	506	204	2	712
		%	71,1%	28,7%	,3%	100,0%
	1-10	Recuento	61	78	2	141
		%	43,3%	55,3%	1,4%	100,0%
	11-20	Recuento	3	11		14
		%	21,4%	78,6%		100,0%
	>20	Recuento	5	9		14
		%	35,7%	64,3%		100,0%
Total		Recuento	575	302	4	881
		%	65,3%	34,3%	,5%	100,0%

Los sanitarios que utilizaban tratamientos con nicotina para ayudar en la deshabituación, eran los que más conocimientos tenían sobre tratamientos con parches de nicotina, siendo la diferencia significativa ($X^2=96,098$; $p=0,000$), ver Tabla 183.

Tabla 183. Como responden los sanitarios, según si utilizan tratamiento farmacológico en deshabituación, a las preguntas sobre parches de nicotina.

		Tratamiento con parches			Total
		Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿Ha utilizado algún tratamiento?	No	Recuento 517 73,1%	189 26,7%	1 ,1%	707 100,0%
	Si	Recuento 60 33,9%	114 64,4%	3 1,7%	177 100,0%
Total		Recuento 577 65,3%	303 34,3%	4 ,5%	884 100,0%

4.4.9 SPRAY NASAL DE NICOTINA

Se empleaban de mediana en 0 fumadores (IQR de cero personas). El 0,2% de los sanitarios utilizan esta forma de nicotina, como tratamiento farmacológico para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar.

Respecto a los conocimientos de los profesionales sanitarios sobre el spray, se realizaron 4 preguntas para saber si se conocían las indicaciones, las dosis que se recomiendan diariamente, la duración total del tratamiento recomendada y las contraindicaciones para su uso (ver ANEXO).

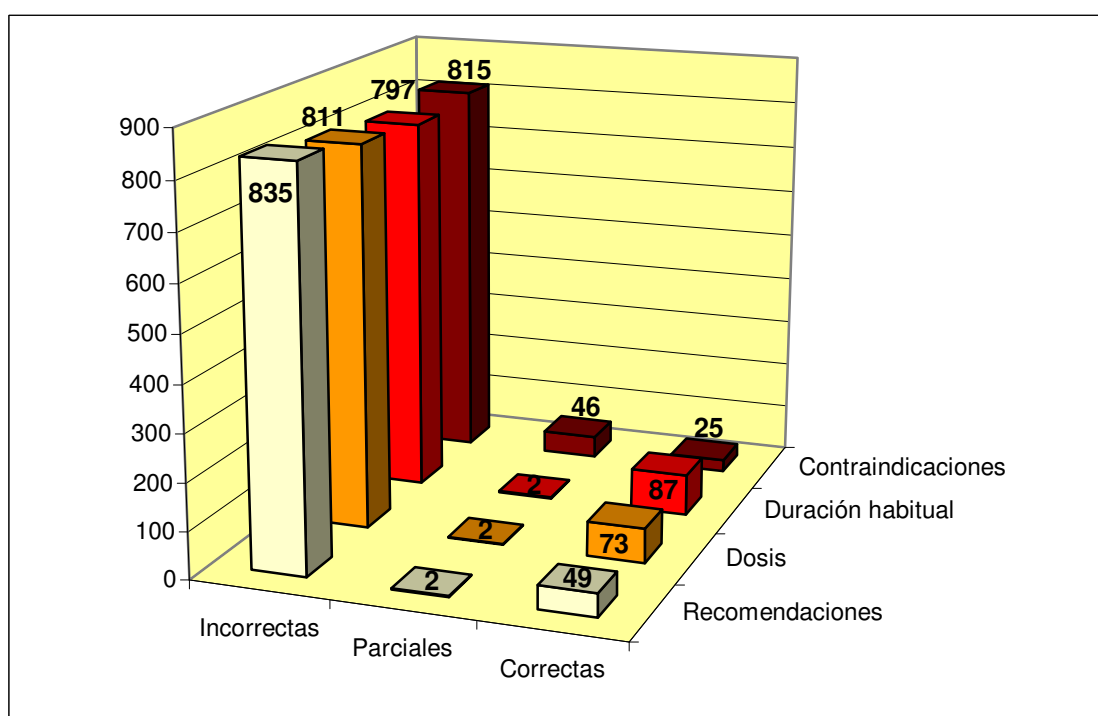
El número de profesionales sanitarios que respondieron correctamente a las preguntas anteriores puede verse en la Tabla 184. En la siguiente figura

(Figura 53) se pueden observar las respuestas por separado a cada una de las preguntas.

Tabla 184. Forma en que han contestado los sanitarios a las preguntas sobre el tratamiento con spray de nicotina.

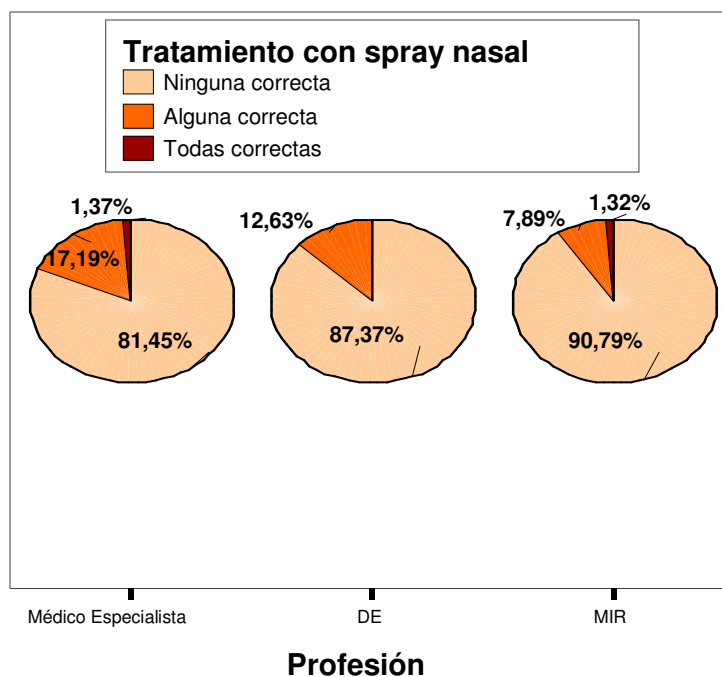
Tratamiento con spray nasal de nicotina	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna bien	744	84,0
Una bien	74	8,4
Dos bien	43	4,9
Tres bien	17	1,9
Cuatro bien	8	,9
Total	886	100,0

Figura 53. Respuesta de los sanitarios a las preguntas formuladas sobre el tratamiento con spray nasal de nicotina.



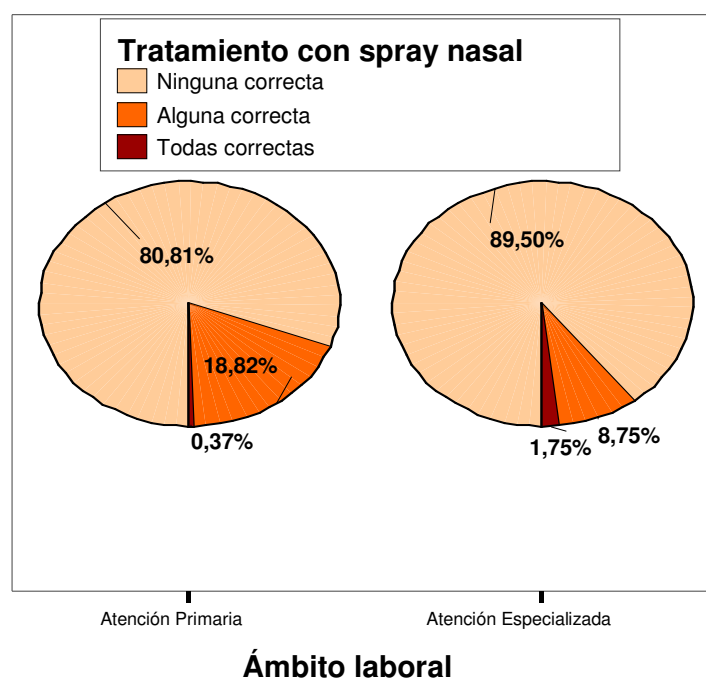
Los sanitarios que conocían mejor el tratamiento con spray nasal de nicotina eran los Médicos especialistas (18,6%, 95/512) contestaban alguna pregunta o todas correctas) seguidos de DE (12,6%, 37/293) y por último MIR (9,2%, 7/76), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=7,625$; $p=0,022$). Ver Figura 54.

Figura 54. Como responden los sanitarios a las preguntas sobre el tratamiento con spray nasal de nicotina, según nivel profesional.



Según ámbito laboral se conocía mejor el tratamiento con spray nasal de nicotina en Atención Primaria (el 19,2%: 104/542 respondían correctamente a todas o alguna de las preguntas formuladas sobre spray de nicotina) que en Atención Especializada (el 10,5%: 36/343), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=11,919$; $p=0,001$), ver Figura 55.

Figura 55. Como responden los sanitarios, según ámbito laboral, a las cuatro preguntas sobre el tratamiento con spray nasal de nicotina.



Según la especialidad, los que mejor conocían el tratamiento con spray nasal de nicotina eran Neumología (38,5% contestaban correctamente alguna o todas las preguntas:10/26), seguidos de Medicina de Familia (19,3%:105/544), en el otro extremo, los que peor lo conocían eran Medicina Preventiva y ORL (100% no conocían) siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=12,856$; $p=0,000$), ver Tabla 185. Al estudiar por separado cada uno de los niveles profesionales, la distribución para los Médicos especialistas era similar, siendo igualmente la diferencia significativa, $X^2=10,440$; $p=0,001$, para los DE, en cambio, en todos los servicios contestaron incorrectamente un 100% excepto en Atención Primaria, donde un 17,2% contestaron correctamente alguna de las preguntas sobre spray nasal, siendo la diferencia también significativa, $X^2=15,363$; $p=0,000$, para

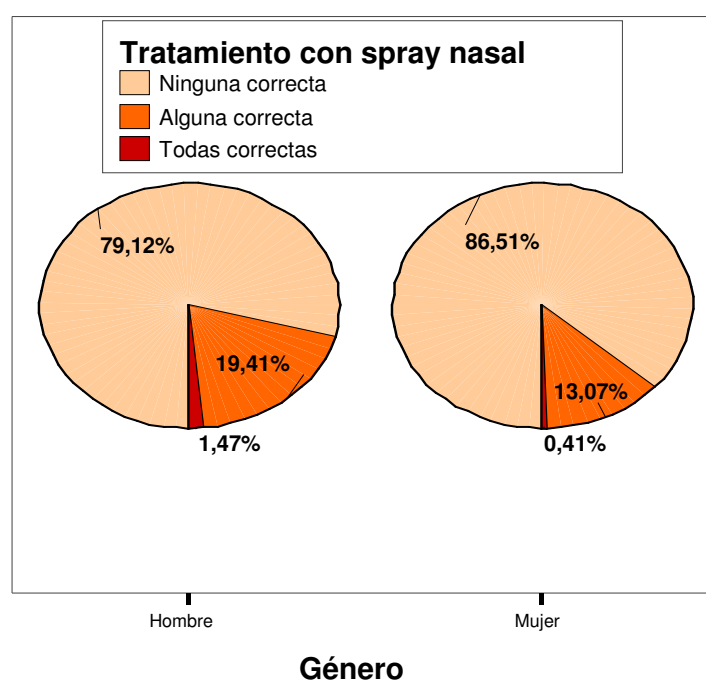
los MIR, los que contestaron peor seguían una distribución similar a la explicada para los sanitarios en general, pero cambiaba para los que respondieron correctamente, que en este caso, fueron los de Ginecología (50%, 1/2), siendo la diferencia significativa (Estadístico exacto de Fisher: $p=0,041$).

Tabla 185. Como responden los sanitarios, según su especialidad, a las preguntas sobre el tratamiento con spray nasal de nicotina.

			Tratamiento con spray nasal			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
Especialidad	Cardiología	Recuento	34	5	3	42
		%	81,0%	11,9%	7,1%	100,0%
	Digestivo	Recuento	30	1		31
		%	96,8%	3,2%		100,0%
	Ginecología	Recuento	42	3		45
		%	93,3%	6,7%		100,0%
	Medicina de Familia	Recuento	439	103	2	544
		%	80,7%	18,9%	,4%	100,0%
	Medicina Interna	Recuento	37	7		44
		%	84,1%	15,9%		100,0%
	Neumología	Recuento	16	9	1	26
		%	61,5%	34,6%	3,8%	100,0%
	Neurología	Recuento	14	1	1	16
		%	87,5%	6,3%	6,3%	100,0%
	Oncología Médica	Recuento	9	1	1	11
		%	81,8%	9,1%	9,1%	100,0%
	ORL	Recuento	40			40
		%	100,0%			100,0%
	Pediatría	Recuento	73	2		75
		%	97,3%	2,7%		100,0%
	Medicina Preventiva	Recuento	11			11
		%	100,0%			100,0%
Total		Recuento	745	132	8	885
		%	84,2%	14,9%	,9%	100,0%

Los sanitarios hombres (20,9% respondían correctamente a todas o alguna de la preguntas formuladas:71/340) conocían mejor el tratamiento con spray nasal de nicotina que las sanitarias mujeres (13,5%:65:482) y la diferencia es significativa ($X^2= 7,900$; $p=0,005$), ver Figura 56.

Figura 56. Como responden los sanitarios, según género, a las preguntas formuladas sobre el tratamiento con spray nasal de nicotina.



Los que respondieron peor a las preguntas sobre spray nasal de nicotina tenían de media más de 4 años (4,2 años) que los que respondieron mejor, siendo la diferencia significativa (IC95%: 2,227-6,146 años).

Los sanitarios nunca fumadores (18,6% respondían correctamente a todas o alguna de las preguntas:41/220) y los exfumadores actuales (19,9% respondían correctamente a todas o alguna de las preguntas:73/367) eran los que conocían mejor el tratamiento con spray nasal de nicotina no siendo

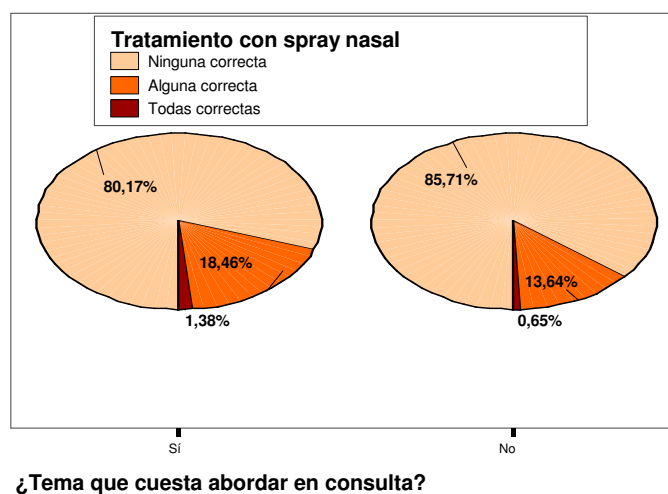
las diferencias estadísticamente significativas ($X^2= 5,175$; $p=0,075$), ver Tabla 186.

Tabla 186. Como responden los sanitarios, según sean o no fumadores, a las preguntas sobre el tratamiento con spray nasal de nicotina.

			Tratamiento con spray nasal			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
hábito tabáquico	fumador activo	Recuento	176	25		201
		%	87,6%	12,4%		100,0%
	exfumador actual	Recuento	294	72	1	367
		%	80,1%	19,6%	,3%	100,0%
	nunca fumador	Recuento	179	34	7	220
		%	81,4%	15,5%	3,2%	100,0%
Total		Recuento	649	131	8	788
		%	82,4%	16,6%	1,0%	100,0%

Los sanitarios que afirmaban que el tabaquismo era un tema que les costaba abordar en la consulta diaria, eran los que mejor conocían el tratamiento con spray nasal de nicotina, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=4,494$; $p=0,034$), ver Figura 57.

Figura 57. Como responden los sanitarios, según que el tabaquismo sea un tema que les cueste abordar, a las preguntas sobre el spray nasal de nicotina.



Los sanitarios que consideraban la falta de tiempo como la causa de la complejidad, tenían menos conocimientos sobre el tratamiento con spray nasal de nicotina (19,6%:58/296) que los que consideraban como causa de complejidad los problemas farmacológicos (gran cantidad de información, continuos cambios en las indicaciones o fármacos muy específicos) (24,7%:67/319), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=17,637$; $p=0,001$), ver Tabla 187.

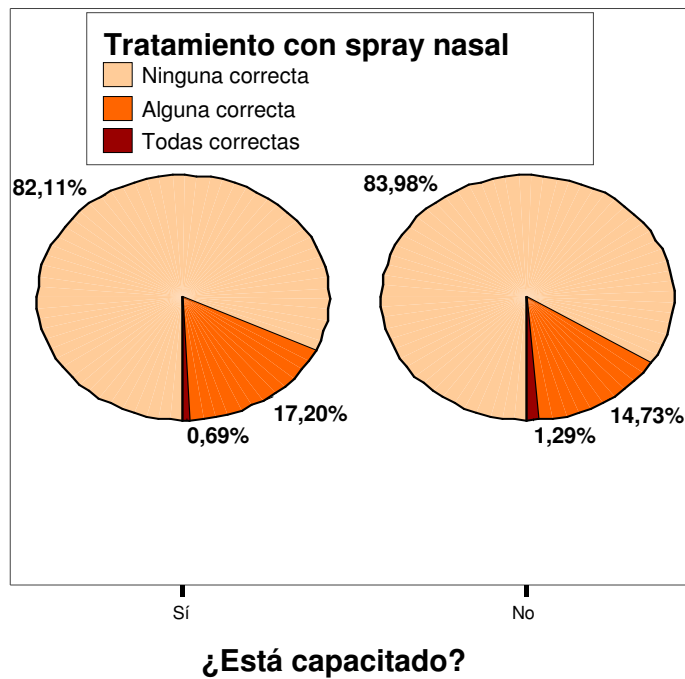
Tabla 187. Como responden los sanitarios, según las causas de complejidad del abordaje del tabaquismo, a las preguntas sobre el spray nasal de nicotina.

			Tratamiento con spray nasal			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿Cual es la causa de la complejidad?	Gran cantidad de información	Valor %	97 88,2%	13 11,8%		110 100,0%
	Continuos cambios en indicaciones	Valor %	10 62,5%	3 18,8%	3 18,8%	16 100,0%
	Fármacos muy específicos	Valor %	145 75,1%	45 23,3%	3 1,6%	193 100,0%
	Falta de tiempo	Valor %	238 80,4%	57 19,3%	1 ,3%	296 100,0%
	Otros	Valor %	50 94,3%	2 3,8%	1 1,9%	53 100,0%
Total	Valor %	540 80,8%	120 18,0%	8 1,2%	668 100,0%	

Los que se consideraban capacitados para abordar el tema del tabaquismo en la consulta, tenían más conocimientos sobre el tratamiento con spray nasal de nicotina (17,9%, 78/436) respecto a los que no se

consideraban capacitados (16%, 62/387) pero la diferencia no era significativa ($X^2=0,507$; $p=0,476$), ver Figura 58.

Figura 58. Como responden los sanitarios, según se consideren capacitados para abordar el tema del tabaquismo, a las preguntas sobre el spray nasal de nicotina.



Los sanitarios que menos preguntaban si fumaban o no a los pacientes eran los que menos conocimientos tenían sobre el tratamiento farmacológico con spray nasal de nicotina y la diferencia era significativa ($X^2=25,771$, $p=0,000$), ver Tabla 188.

Tabla 188. Como responden los sanitarios, según los pacientes a los que preguntan si fuman, a las preguntas sobre el spray nasal de nicotina.

			Tratamiento con spray nasal			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿A cuantos ha preguntado si fuman?	0	Recuento	281	22	1	304
		%	92,4%	7,2%	,3%	100,0%
	1-20	Recuento	273	71	4	348
		%	78,4%	20,4%	1,1%	100,0%
	21-40	Recuento	86	20	2	108
		%	79,6%	18,5%	1,9%	100,0%
	>40	Recuento	95	19	1	115
		%	82,6%	16,5%	,9%	100,0%
Total		Recuento	735	132	8	875
		%	84,0%	15,1%	,9%	100,0%

Los sanitarios que menos preguntaban si querían dejar el hábito tabáquico a los fumadores en la consulta diaria, eran los que menos conocimientos tenían sobre tratamiento farmacológico con spray nasal de nicotina y la diferencia era significativa ($X^2=32,506$; $p=0,000$), ver Tabla 189.

Tabla 189. Como responden los sanitarios, según los pacientes a los que preguntan si quieren dejar el hábito, a las preguntas sobre el spray nasal de nicotina.

			Tratamiento con spray nasal			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿A cuantos ha preguntado si quieren dejarlo?	0	Recuento	375	34	1	410
		%	91,5%	8,3%	,2%	100,0%
	1-10	Recuento	223	61	3	287
		%	77,7%	21,3%	1,0%	100,0%
	11-20	Recuento	71	20	4	95
		%	74,7%	21,1%	4,2%	100,0%
	>20	Recuento	65	16		81
		%	80,2%	19,8%		100,0%
Total		Recuento	734	131	8	873
		%	84,1%	15,0%	,9%	100,0%

Los sanitarios que menos fechas definitivas fijaban con los fumadores para dejar de fumar, eran los que menos conocimientos tenían sobre tratamiento farmacológico con spray nasal de nicotina y la diferencia era significativa ($X^2 = 12,306$; $p=0,006$), ver Tabla 190.

Tabla 190. Como responden los sanitarios, según los fumadores con los que fijan una fecha para dejar de fumar, a las preguntas sobre spray nasal de nicotina.

			Tratamiento con spray nasal			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿Con cuantos ha fijado fecha definitiva para dejarlo?	0	Recuento	592	88	6	686
		%	86,3%	12,8%	,9%	100,0%
	1-10	Recuento	134	41	2	177
		%	75,7%	23,2%	1,1%	100,0%
	11-20	Recuento	4	1		5
		%	80,0%	20,0%		100,0%
	>20	Recuento	6	2		8
		%	75,0%	25,0%		100,0%
Total		Recuento	736	132	8	876
		%	84,0%	15,1%	,9%	100,0%

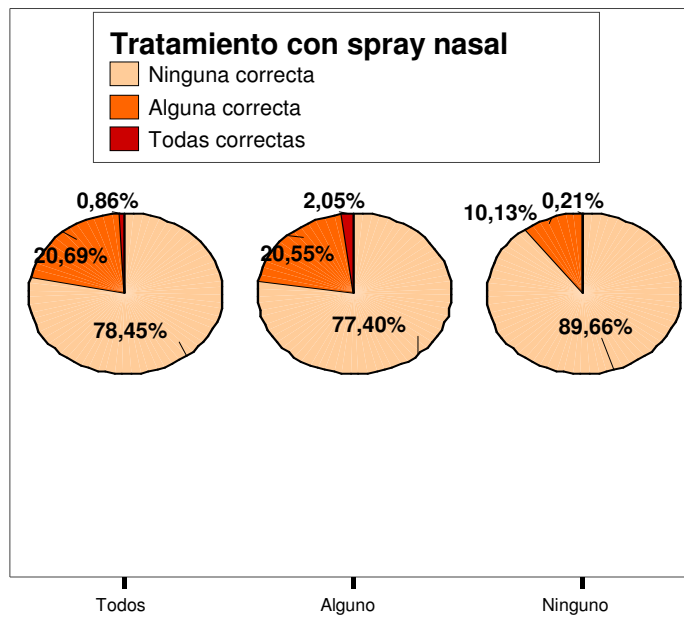
Los sanitarios que menos consejo daban a los pacientes fumadores, eran los que menos conocimientos tenían sobre el tratamiento farmacológico con spray nasal de nicotina y la diferencia era significativa ($X^2 = 20,619$; $p=0,000$), ver Tabla 191.

Tabla 191. Como responden los sanitarios, según los fumadores a los que dan consejo, a las preguntas sobre spray nasal de nicotina.

			Tratamiento con spray nasal			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿A cuantos ha dado consejo?	0	Recuento	300	34	1	335
		%	89,6%	10,1%	,3%	100,0%
	1-10	Recuento	268	59	3	330
		%	81,2%	17,9%	,9%	100,0%
	11-20	Recuento	76	25	4	105
		%	72,4%	23,8%	3,8%	100,0%
	>20	Recuento	90	14		104
		%	86,5%	13,5%		100,0%
Total		Recuento	734	132	8	874
		%	84,0%	15,1%	,9%	100,0%

Los sanitarios que informaban a mayor número de pacientes sobre los tratamientos posibles que existían en deshabituación, eran los que poseían mayor nivel de conocimientos en el tratamiento con spray nasal de nicotina, 22,1% (91/408) respecto al 10,3% (49/474), siendo la diferencia significativa ($X^2= 23,581$; $p=0,000$), ver Figura 59.

Figura 59. Como responden los sanitarios, según los fumadores a los que informan sobre deshabituación, a las preguntas sobre spray nasal.



¿A cuantos ha informado sobre tratamientos?

Los sanitarios que proporcionaban material a menos fumadores, eran los que conocían peor los tratamientos con spray nasal de nicotina, siendo la diferencia significativa ($X^2 = 42,431$; $p = 0,000$), ver Tabla 192.

Tabla 192. Como responden los sanitarios, según los fumadores a los que proporcionan material de ayuda, a las preguntas sobre spray nasal de nicotina.

			Tratamiento con spray nasal			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿A cuantos ha dado material de apoyo?	0	Recuento	599	82	4	685
		%	87,4%	12,0%	,6%	100,0%
	1-5	Recuento	97	29	4	130
		%	74,6%	22,3%	3,1%	100,0%
	6-10	Recuento	16	16		32
		%	50,0%	50,0%		100,0%
	>10	Recuento	30	5		35
		%	85,7%	14,3%		100,0%
Total		Recuento	742	132	8	882
		%	84,1%	15,0%	,9%	100,0%

Los sanitarios que seguían a un menor número de fumadores, eran los que conocían peor el tratamiento con spray nasal de nicotina, siendo la diferencia significativa ($X^2= 10,577$; $p=0,014$), ver Tabla 193.

Tabla 193. Como responden los sanitarios, según los seguimientos que realizan a fumadores, a las preguntas sobre spray nasal de nicotina.

			Tratamiento con spray nasal			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿A cuantos está haciendo seguimiento?	0	Recuento	611	94	7	712
		%	85,8%	13,2%	1,0%	100,0%
	1-10	Recuento	109	32		141
		%	77,3%	22,7%		100,0%
	11-20	Recuento	12	2		14
		%	85,7%	14,3%		100,0%
	>20	Recuento	9	4	1	14
		%	64,3%	28,6%	7,1%	100,0%
Total		Recuento	741	132	8	881
		%	84,1%	15,0%	,9%	100,0%

Los sanitarios que utilizaban tratamientos con nicotina para ayudar en deshabituación, eran los que más conocimientos tenían sobre el tratamiento con spray nasal de nicotina, siendo la diferencia significativa ($X^2= 17,111$; $p=0,000$), ver Tabla 194.

Tabla 194. Como responden los sanitarios, según si utilizan tratamiento farmacológico en deshabituación, a las preguntas sobre spray nasal de nicotina.

			Tratamiento con spray nasal			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿Ha utilizado algún tratamiento?	No	Recuento	613	89	5	707
		%	86,7%	12,6%	,7%	100,0%
	Si	Recuento	131	43	3	177
		%	74,0%	24,3%	1,7%	100,0%
Total		Recuento	744	132	8	884
		%	84,2%	14,9%	,9%	100,0%

5.1.4 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR DE NICOTINA

Se empleaban de mediana en 0 fumadores (IQR de cero personas). Los utilizaban el 1,4% de los sanitarios como terapia en la deshabituación tabáquica.

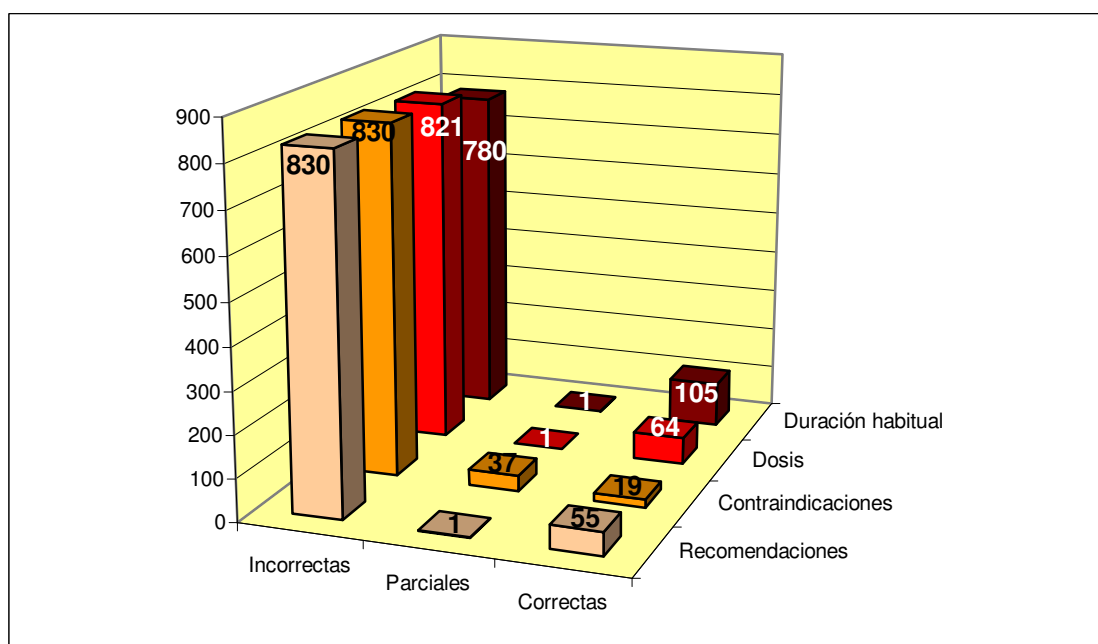
Respecto a los conocimientos de los profesionales sanitarios sobre los chicles, se realizaron 4 preguntas para saber si se conocían las indicaciones, cuantos comprimidos se utilizan habitualmente de forma diaria, la duración total del tratamiento recomendada actualmente y las contraindicaciones para su uso (ver ANEXO).

El número de profesionales sanitarios que respondieron correctamente a las preguntas anteriores puede verse en la Tabla 195. En la siguiente figura (Figura 60) se pueden observar las respuestas por separado a cada una de las preguntas.

Tabla 195. Forma en que han contestado los sanitarios a las preguntas sobre el tratamiento con comprimidos de nicotina.

Tratamiento con comprimidos para chupar	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna bien	739	83,4
Una bien	73	8,2
Dos bien	49	5,5
Tres bien	17	1,9
Cuatro bien	8	,9
Total	886	100,0

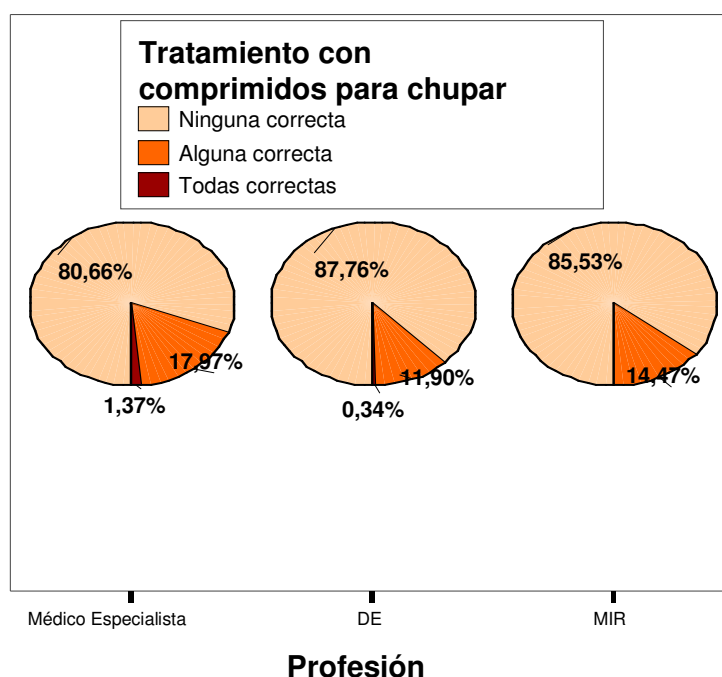
Figura 60. Respuesta de los sanitarios a las preguntas formuladas sobre los comprimidos para chupar de nicotina.



Los sanitarios que conocían mejor el tratamiento con comprimidos de nicotina eran los Médicos especialistas (19,3% contestaban alguna pregunta

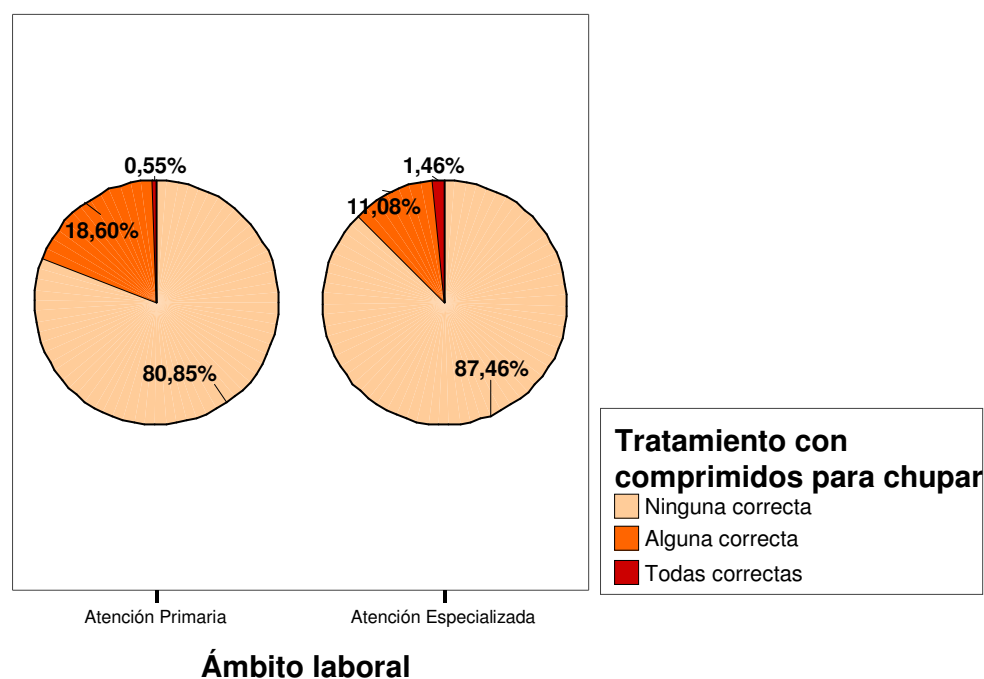
o todas correctas, 99/512) seguidos de MIR (14,5%, 11/76) y por último DE (12,2%, 36/294), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=7,059$; $p=0,029$). Ver Figura 61.

Figura 61. Como responden los sanitarios a las preguntas sobre el tratamiento con comprimidos de nicotina.



Según ámbito laboral se conocía mejor el tratamiento con comprimidos para chupar de nicotina en Atención Primaria (el 19,2% respondían correctamente a todas o alguna de las preguntas formuladas sobre comprimidos de nicotina, 104/543) que en Atención Especializada (el 12,5%, 43/343), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=6,650$; $p=0,010$), ver Figura 62.

Figura 62. Como responden los sanitarios, según ámbito laboral, a las preguntas sobre el tratamiento con comprimidos de nicotina.



Según la especialidad, los que mejor conocían el tratamiento con comprimidos de nicotina eran Neumología (53,8% contestaban correctamente alguna o todas las preguntas:14/26), seguidos de Cardiología (24,8%:10/42), y los que peor, Medicina Preventiva y ORL (100% contestaban incorrectamente), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=10,643$; $p=0,000$), ver Tabla 196. Al analizar por separado para cada nivel profesional, los Médicos especialistas presentaron una distribución semejante, siendo la diferencia igualmente significativa, $X^2=4,012$; $p=0,045$, los DE, en cambio, respondieron incorrectamente los de todas las especialidades, excepto en Atención Primaria donde contestaron correctamente el 16,7% (36/216), no siendo la diferencia significativa, $X^2=14,814$; $p=0,000$, respecto a los MIR, los que respondieron incorrectamente pertenecían a los mismos servicios ya comentados para

sanitarios en general y cambiaban los resultados para los que respondieron mejor, que en este caso fueron los de las especialidades de Medicina de Familia (19%, 8/42) y Cardiología (16,7%, 1/6), no siendo las diferencias estadísticamente significativas (Estadístico exacto de Fisher: $p=0,327$).

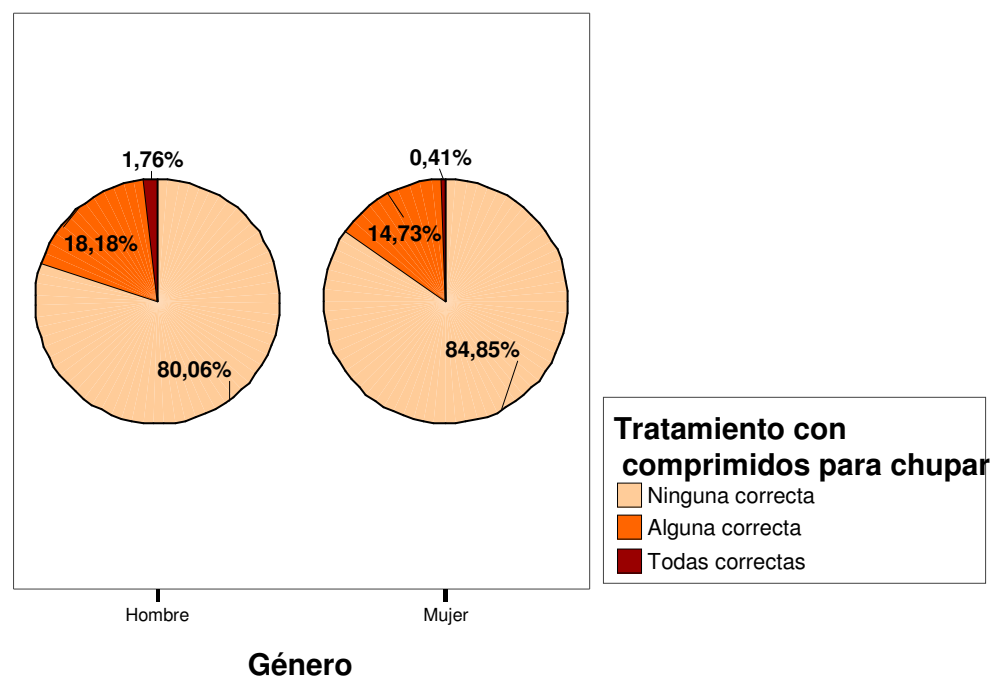
Tabla 196. Como responden los sanitarios, según su especialidad, a las preguntas sobre el tratamiento con comprimidos de nicotina.

			Tratamiento con comprimidos para chupar			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
Especialidad	Cardiología	Recuento	32	7	3	42
		%	76,2%	16,7%	7,1%	100,0%
	Digestivo	Recuento	30	1		31
		%	96,8%	3,2%		100,0%
	Ginecología	Recuento	42	3		45
		%	93,3%	6,7%		100,0%
	Medicina de Familia	Recuento	437	105	3	545
		%	80,2%	19,3%	,6%	100,0%
	Medicina Interna	Recuento	39	5		44
		%	88,6%	11,4%		100,0%
	Neumología	Recuento	12	14		26
		%	46,2%	53,8%		100,0%
	Neurología	Recuento	14	1	1	16
		%	87,5%	6,3%	6,3%	100,0%
	Oncología Médica	Recuento	9	1	1	11
		%	81,8%	9,1%	9,1%	100,0%
	ORL	Recuento	40			40
		%	100,0%			100,0%
	Pediatría	Recuento	73	2		75
		%	97,3%	2,7%		100,0%
	Medicina Preventiva	Recuento	11			11
		%	100,0%			100,0%
Total		Recuento	739	139	8	886
		%	83,4%	15,7%	,9%	100,0%

Los sanitarios hombres (19,9% del total respondían correctamente a todas o alguna de la preguntas formuladas sobre comprimidos de nicotina, 68/341) conocían mejor el tratamiento con comprimidos para chupar de

nicotina, respecto a las sanitarias mujeres (15,1%, 73/482), pero la diferencia no era significativa ($X^2= 3,236$; $p=0,072$), ver Figura 63.

Figura 63. Como responden los sanitarios, según género, a las preguntas formuladas sobre el tratamiento con comprimidos de nicotina.



Los sanitarios que peor conocían el tratamiento con comprimidos para chupar de nicotina eran de media cuatro años y medio (concretamente 4,6 años) más mayores que los que mejor contestaban, siendo la diferencia significativa (IC95%: 2,679 a 6,497 años).

Los sanitarios nunca fumadores (20% respondían correctamente a todas o alguna de las preguntas:44/220) y los exfumadores (20,1% respondían correctamente a todas o alguna de las preguntas:74/368) eran los que conocían mejor el tratamiento con comprimidos para chupar de nicotina no

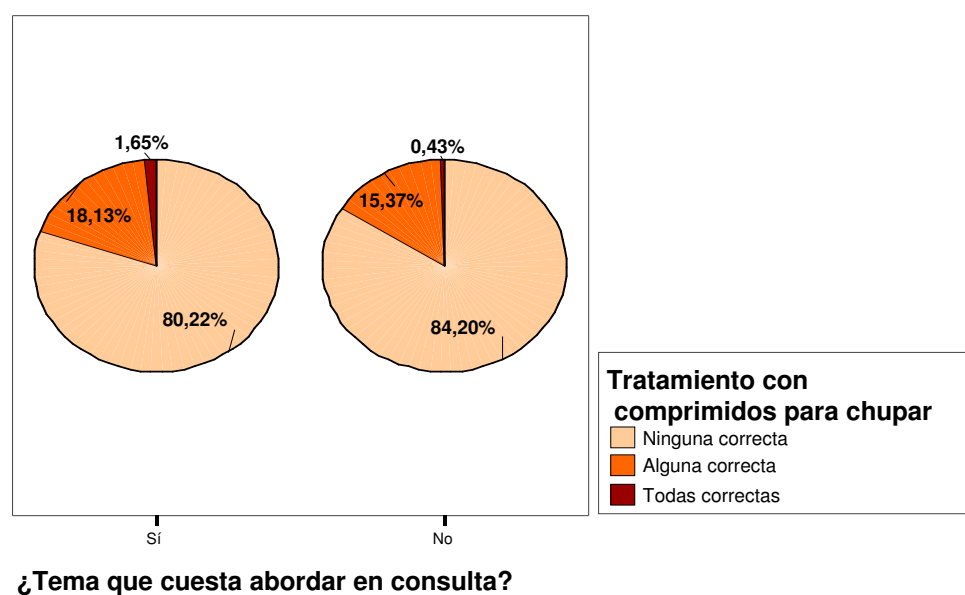
siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=3,743$; $p=0,152$), ver Tabla 197.

Tabla 197. Como responden los sanitarios, según sean o no fumadores, a las preguntas sobre el tratamiento con comprimidos de nicotina.

			tto con comprimidos agrupada		Total
			Ninguna correcta	Alguna o todas correctas	
hábito tabáquico	fumador activo	Recuento	173	28	201
		%	86,1%	13,9%	100,0%
	exfumador actual	Recuento	294	74	368
		%	79,9%	20,1%	100,0%
	nunca fumador	Recuento	176	44	220
		%	80,0%	20,0%	100,0%
Total		Recuento	643	146	789
		%	81,5%	18,5%	100,0%

Los sanitarios que afirmaban que el tabaquismo era un tema que les costaba abordar en la consulta diaria, eran los que mejor conocían el tratamiento con comprimidos de nicotina, pero la diferencia no era estadísticamente significativa ($X^2=2,228$; $p=0,136$), ver Figura 64.

Figura 64. Como responden los sanitarios, según que el tabaquismo sea un tema que les cueste abordar, a las preguntas sobre comprimidos de nicotina.



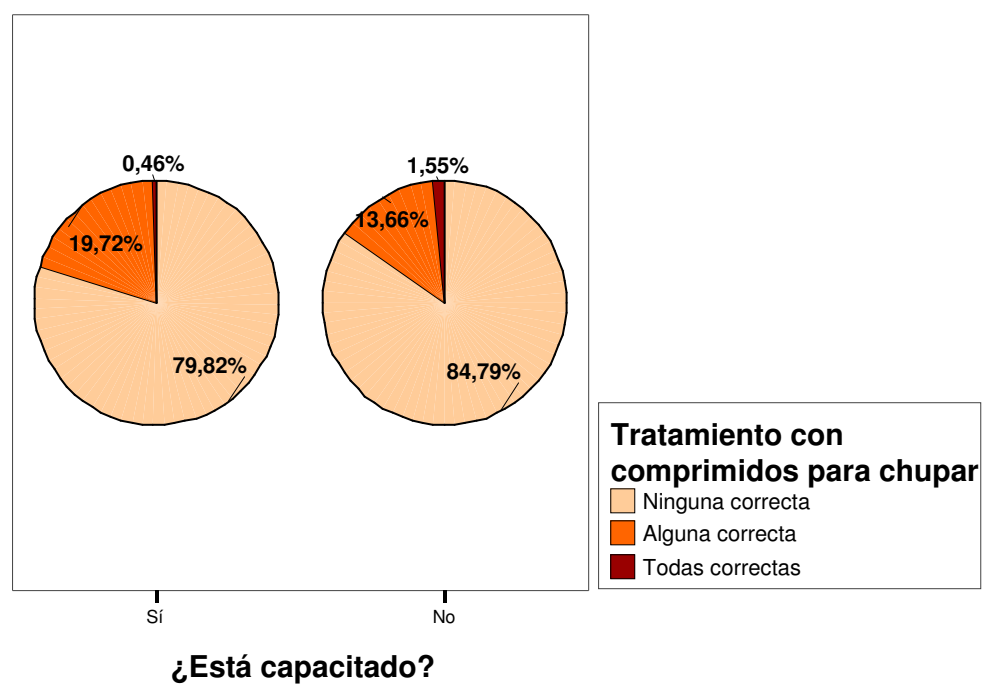
Los sanitarios que consideraban la falta de tiempo como la causa de la complejidad, tenían más conocimientos sobre el tratamiento con comprimidos de nicotina (22,2%:66/297) que los que consideraban los problemas farmacológicos como la causa de la complejidad (20,4%:65/319), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=11,340$; $p=0,023$), ver Tabla 198.

Tabla 198. Como responden los sanitarios, según las causas que han expuesto de complejidad del tabaquismo, a las preguntas sobre los comprimidos de nicotina.

			Tratamiento con comprimidos para chupar			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿Cual es la causa de la complejidad?	Gran cantidad de información	Recuento %	95 86,4%	15 13,6%		110 100,0%
	Continuos cambios en indicaciones	Recuento %	11 68,8%	1 6,3%	4 25,0%	16 100,0%
	Fármacos muy específicos	Recuento %	148 76,7%	42 21,8%	3 1,6%	193 100,0%
	Falta de tiempo	Recuento %	231 77,8%	65 21,9%	1 ,3%	297 100,0%
	Otros	Recuento %	49 92,5%	4 7,5%		53 100,0%
Total		Recuento %	534 79,8%	127 19,0%	8 1,2%	669 100,0%

Los sanitarios que se consideraban capacitados para abordar el tema del tabaquismo en la consulta, tenían más conocimientos sobre el tratamiento con comprimidos de nicotina pero la diferencia no era significativa ($X^2=3,470$; $p=0,062$), ver Figura 65.

Figura 65. Como responden los sanitarios, según se consideren capacitados para abordar el tema del tabaquismo, a las preguntas sobre comprimidos de nicotina.



Los sanitarios que menos preguntaban si fumaban o no a los pacientes eran los que menos conocimientos tenían sobre el tratamiento farmacológico con comprimidos de nicotina y la diferencia era significativa ($X^2=32,509$; $p=0,000$), ver Tabla 199.

Tabla 199. Como responden los sanitarios, según el número de pacientes a los que preguntan si fuman, a las preguntas sobre comprimidos de nicotina.

			Tratamiento con comprimidos para chupar			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿A cuantos ha preguntado si fuman?	0	Recuento	283	20	2	305
		%	92,8%	6,6%	,7%	100,0%
	1-20	Recuento	276	70	2	348
		%	79,3%	20,1%	,6%	100,0%
	21-40	Recuento	85	21	2	108
		%	78,7%	19,4%	1,9%	100,0%
	>40	Recuento	85	28	2	115
		%	73,9%	24,3%	1,7%	100,0%
Total		Recuento	729	139	8	876
		%	83,2%	15,9%	,9%	100,0%

Los sanitarios que menos preguntaban si quieren dejar el hábito tabáquico a los fumadores en la consulta diaria, eran los que menos conocimientos tenían sobre el tratamiento farmacológico con comprimidos de nicotina y la diferencia era significativa ($X^2 = 45,398$; $p = 0,000$), Tabla 200.

Tabla 200. Como responden los sanitarios, según los pacientes a los que preguntan si quieren dejar el hábito, a las preguntas sobre comprimidos de nicotina.

			Tratamiento con comprimidos para chupar			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿A cuantos ha preguntado si quieren dejarlo?	0	Recuento	378	31	2	411
		%	92,0%	7,5%	,5%	100,0%
	1-10	Recuento	224	62	1	287
		%	78,0%	21,6%	,3%	100,0%
	11-20	Recuento	69	21	5	95
		%	72,6%	22,1%	5,3%	100,0%
	>20	Recuento	57	24		81
		%	70,4%	29,6%		100,0%
Total		Recuento	728	138	8	874
		%	83,3%	15,8%	,9%	100,0%

Los sanitarios que menos fechas definitivas fijaban con los fumadores para dejar de fumar, eran los que menos conocimientos tenían sobre el tratamiento farmacológico con comprimidos de nicotina y la diferencia era significativa ($X^2= 35,504$; $p=0,000$), ver Tabla 201.

Tabla 201. Como responden los sanitarios, según los fumadores con los que fijan una fecha para dejar de fumar, a las preguntas sobre comprimidos de nicotina.

			Tratamiento con comprimidos para chupar			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿Con cuantos ha fijado fecha definitiva para dejarlo?	0	Recuento	599	82	6	687
		%	87,2%	11,9%	,9%	100,0%
	1-10	Recuento	123	52	2	177
		%	69,5%	29,4%	1,1%	100,0%
	11-20	Recuento	3	2		5
		%	60,0%	40,0%		100,0%
	>20	Recuento	5	3		8
		%	62,5%	37,5%		100,0%
Total		Recuento	730	139	8	877
		%	83,2%	15,8%	,9%	100,0%

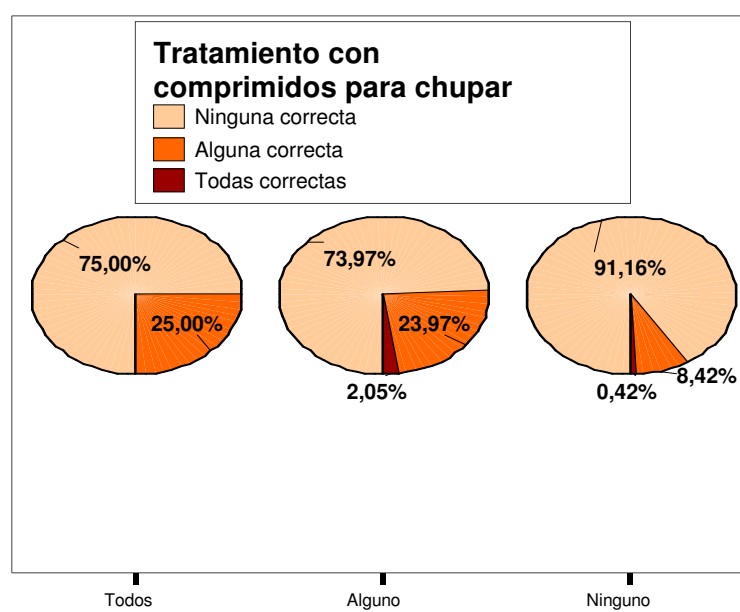
Los sanitarios que menos consejo daban a los pacientes fumadores, eran los que menos conocimientos tenían sobre el tratamiento farmacológico con comprimidos de nicotina y la diferencia es significativa ($X^2=26,421$; $p=0,000$), ver Tabla 202.

Tabla 202. Como responden los sanitarios, según el número de fumadores a los que dan consejo, a las preguntas sobre comprimidos de nicotina.

			Tratamiento con comprimidos para chupar			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿A cuantos ha dado consejo?	0	Recuento	303	31	2	336
		%	90,2%	9,2%	,6%	100,0%
	1-10	Recuento	270	58	2	330
		%	81,8%	17,6%	,6%	100,0%
	11-20	Recuento	74	28	3	105
		%	70,5%	26,7%	2,9%	100,0%
	>20	Recuento	81	22	1	104
		%	77,9%	21,2%	1,0%	100,0%
Total		Recuento	728	139	8	875
		%	83,2%	15,9%	,9%	100,0%

Los sanitarios que informaban a mayor número de pacientes sobre los tratamientos posibles que existían en deshabituación, eran los que poseían mayor nivel de conocimientos en el tratamiento con comprimidos de nicotina, siendo la diferencia significativa ($X^2=45,201$; $p=0,000$), ver Figura 66.

Figura 66. Como responden los sanitarios, según los fumadores a los que informan sobre los tratamientos, a las preguntas de comprimidos de nicotina.



¿A cuantos ha informado sobre tratamientos?

Los sanitarios que proporcionaban material a menos fumadores, eran los que conocían peor los tratamientos con comprimidos de nicotina, siendo la diferencia significativa ($X^2=50,014$; $p=0,000$), ver Tabla 203.

Tabla 203. Como responden los sanitarios, según los fumadores a los que proporcionan material de ayuda, a las preguntas sobre comprimidos de nicotina.

			Tratamiento con comprimidos para chupar			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿A cuantos ha dado material de apoyo?	0	Recuento	601	81	4	686
		%	87,6%	11,8%	,6%	100,0%
	1-5	Recuento	95	32	3	130
		%	73,1%	24,6%	2,3%	100,0%
	6-10	Recuento	16	16		32
		%	50,0%	50,0%		100,0%
	>10	Recuento	24	10	1	35
		%	68,6%	28,6%	2,9%	100,0%
Total		Recuento	736	139	8	883
		%	83,4%	15,7%	,9%	100,0%

Los sanitarios que seguían a menor número de fumadores, eran los que conocían peor el tratamiento con comprimidos de nicotina, siendo la diferencia significativa ($X^2=23,541$; $p=0,000$), ver Tabla 204.

Tabla 204. Como responden los sanitarios, según los seguimientos que realizan a fumadores, a las preguntas sobre comprimidos de nicotina.

			Tratamiento con comprimidos para chupar			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿A cuantos está haciendo seguimiento?	0	Recuento	616	90	7	713
		%	86,4%	12,6%	1,0%	100,0%
	1-10	Recuento	104	36	1	141
		%	73,8%	25,5%	,7%	100,0%
	11-20	Recuento	6	8		14
		%	42,9%	57,1%		100,0%
	>20	Recuento	9	5		14
		%	64,3%	35,7%		100,0%
Total		Recuento	735	139	8	882
		%	83,3%	15,8%	,9%	100,0%

Los sanitarios que utilizaban tratamientos con nicotina para ayudar en la deshabituación, eran los que más conocimientos tenían sobre tratamientos con comprimidos de nicotina, siendo la diferencia significativa ($X^2=36,076$; $p=0,000$), ver Tabla 205.

Tabla 205. Como responden los sanitarios, según si utilizan tratamiento farmacológico en deshabituación, a las preguntas sobre comprimidos de nicotina.

			Tratamiento con comprimidos para chupar			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿Ha utilizado algún tratamiento?	No	Recuento %	617 87,1%	86 12,1%	5 ,7%	708 100,0%
	Si	Recuento %	121 68,4%	53 29,9%	3 1,7%	177 100,0%
Total		Recuento %	738 83,4%	139 15,7%	8 ,9%	885 100,0%

5.2. TRATAMIENTO CON BUPROPION

Se empleaban de mediana en 0 fumadores (IQR de una persona). El 15,4% de los sanitarios lo utilizan como tratamiento de la deshabituación tabáquica (136/885).

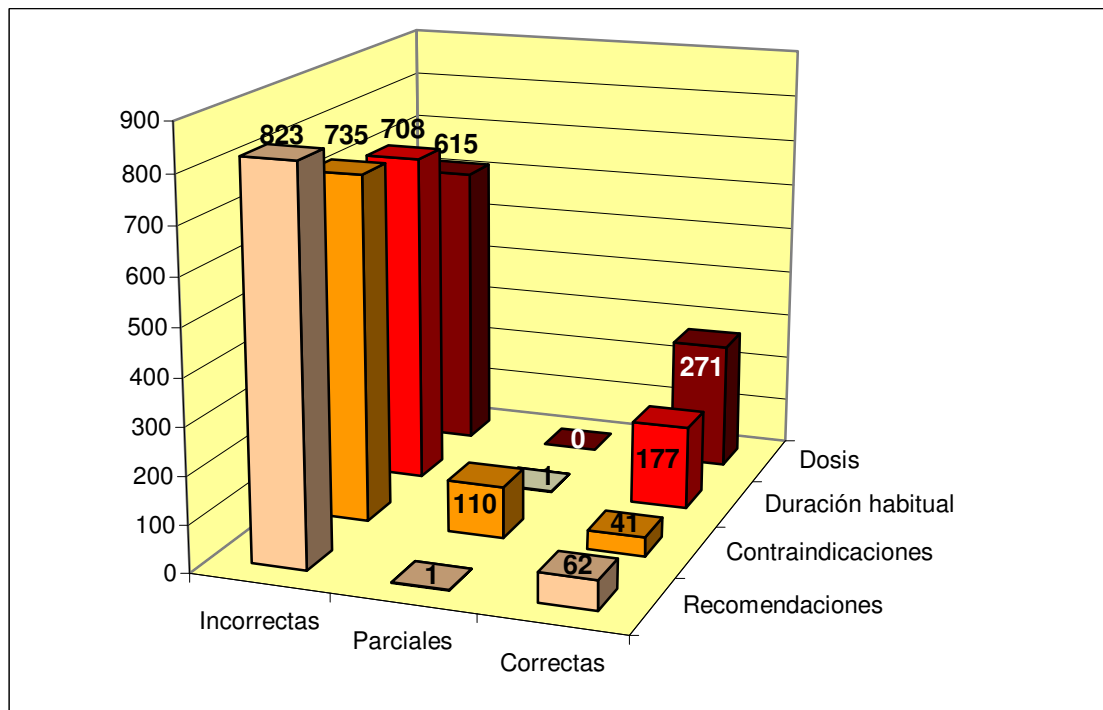
Respecto a los conocimientos de sanitarios sobre el tratamiento con bupropion, se realizaron 4 preguntas para saber si se conocían las indicaciones, las dosis que se utilizan habitualmente de forma diaria, la duración total del tratamiento recomendada actualmente y las contraindicaciones para su uso (Ver ANEXO).

El número de sanitarios que respondieron correctamente a las preguntas anteriores puede verse en la Tabla 206. En la Figura 67, se detallan las respuestas por separado a cada una de las preguntas.

Tabla 206. Forma en que han contestado los sanitarios a las preguntas sobre el tratamiento con comprimidos de bupropion.

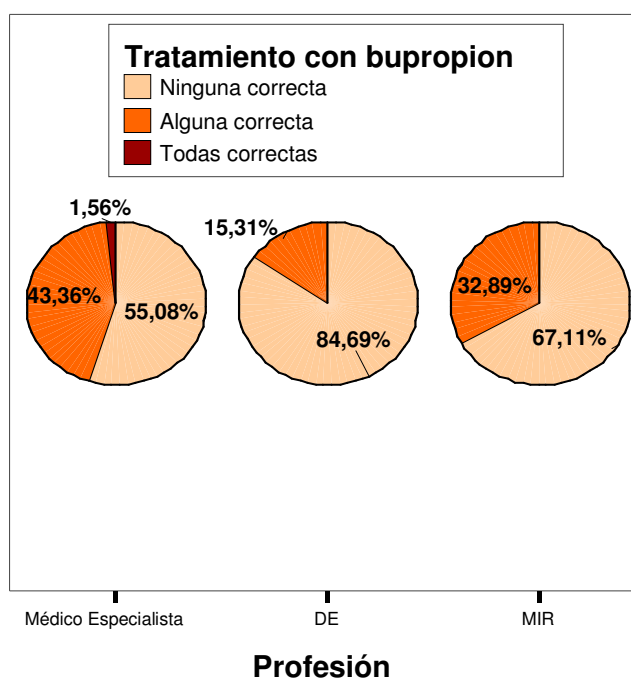
Tratamiento con bupropion	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna bien	585	66,0
Una bien	106	12,0
Dos bien	141	15,9
Tres bien	46	5,2
Cuatro bien	8	,9
Total	886	100,0

Figura 67. Respuesta de los sanitarios a las preguntas sobre el uso de bupropion, en deshabituación tabáquica.



Los sanitarios que conocían mejor el tratamiento con bupropion son los Médicos especialistas (44,9% contestaban alguna pregunta o todas correctas, 230/512) seguidos de los MIR (32,9%, 25/76) y por último DE (15,3%, 45/294), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=73,029$; $p=0,000$). Ver Figura 68.

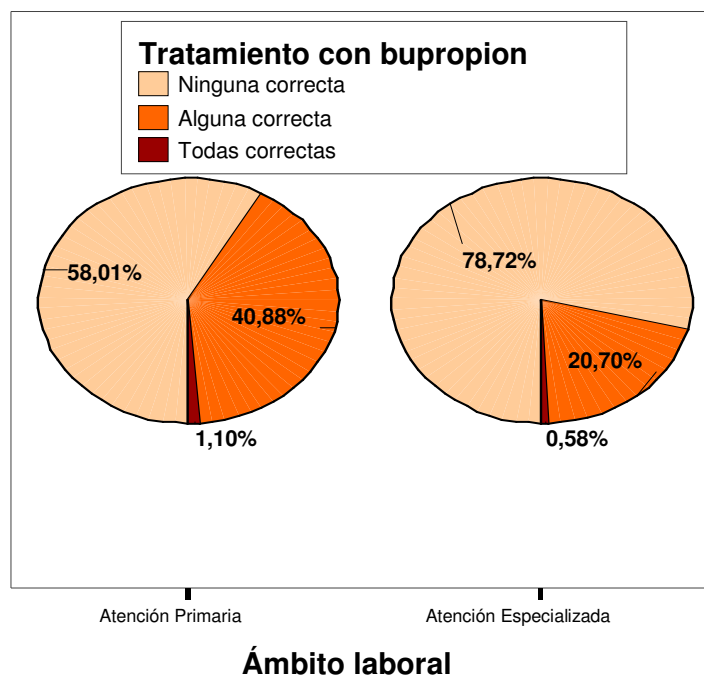
Figura 68. Como responden los distintos sanitarios a las preguntas formuladas sobre el tratamiento con bupropion.



Según ámbito se conocía mejor el tratamiento con bupropion en Atención Primaria (el 42% responden correctamente a todas o alguna de las preguntas formuladas sobre bupropion, 228/543) que en Atención

Especializada (el 21,3%, 73/343), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2= 40,179$; $p=0,000$), ver Figura 69.

Figura 69. Como responden los sanitarios, según ámbito laboral, a las preguntas formuladas sobre el tratamiento con bupropion.



Según la especialidad, los que mejor conocían el tratamiento con bupropion eran Neumología (65,3% contestaban correctamente alguna o todas las preguntas:17/26), seguidos de Medicina de Familia (43,5%:237/345), los que menos Medicina Preventiva (100%:11/11) y Ginecología (95,6%:2/45) siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2=57,133$; $p=0,000$), ver Tabla 207. Al estudiar las posibles diferencias según nivel profesional, tanto para los Médicos especialistas como para los MIR, la distribución era semejante a la explicada para los sanitarios en

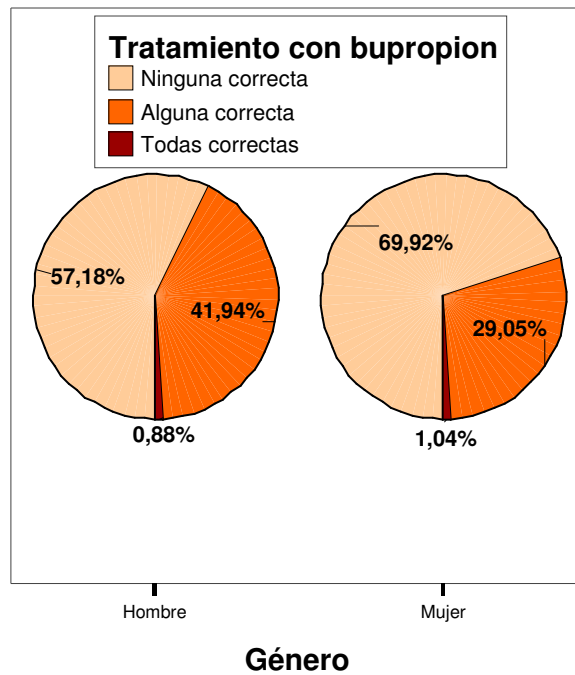
general, siendo la diferencia estadísticamente significativa sólo para ambos, $X^2=67,602$; $p=0,000$ y $X^2=6,480$; $p=0,011$, respectivamente, para los DE por el contrario si se encontró una distribución diferente ya que en todas las especialidades se respondió de forma incorrecta en el 100% de los casos excepto en Atención Primaria (20,4% respondían correctamente a todas o alguna de las cuestiones planteadas sobre el tratamiento con bupropion, 44/216) y en Pediatría (7,7%, 1/13), siendo la diferencia significativa ($X^2=16,107$; $p=0,000$).

Tabla 207. Como responden los sanitarios, según su especialidad, a las preguntas sobre el tratamiento con bupropion.

			Tratamiento con bupropion			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
Especialidad	Cardiología	Recuento	30	11	1	42
		%	71,4%	26,2%	2,4%	100,0%
	Digestivo	Recuento	26	5		31
		%	83,9%	16,1%		100,0%
	Ginecología	Recuento	43	2		45
		%	95,6%	4,4%		100,0%
	Medicina de Familia	Recuento	308	231	6	545
		%	56,5%	42,4%	1,1%	100,0%
	Medicina Interna	Recuento	27	17		44
		%	61,4%	38,6%		100,0%
	Neumología	Recuento	9	16	1	26
		%	34,6%	61,5%	3,8%	100,0%
	Neurología	Recuento	14	2		16
		%	87,5%	12,5%		100,0%
	Oncología Médica	Recuento	8	3		11
		%	72,7%	27,3%		100,0%
	ORL	Recuento	38	2		40
		%	95,0%	5,0%		100,0%
	Pediatría	Recuento	71	4		75
		%	94,7%	5,3%		100,0%
	Medicina Preventiva	Recuento	11			11
		%	100,0%			100,0%
Total		Recuento	585	293	8	886
		%	66,0%	33,1%	,9%	100,0%

Los sanitarios hombres (42,8% del total respondían correctamente a todas a alguna de la preguntas formuladas sobre bupropion, 146/341) conocían mejor el tratamiento con bupropion que las sanitarios mujeres (30,1%:145/482) y la diferencia era significativa ($X^2=14,165$; $p=0,000$), ver Figura 70.

Figura 70. Como responden los sanitarios, según género, a las preguntas formuladas sobre el tratamiento con bupropion.



Los profesionales sanitarios que no conocían el tratamiento con bupropion tenían de media casi un año (0,97 años) más que los que lo conocían, no siendo la diferencia significativa (IC95%: -0,480 a 2,430 años).

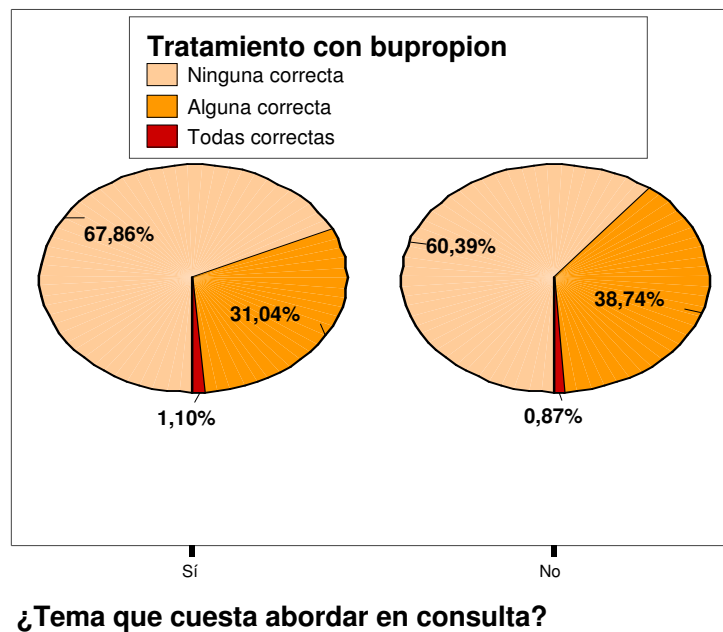
Los sanitarios nunca fumadores (34,5% respondían correctamente a todas o alguna de las preguntas:76/220) y los exfumadores actuales (42,1% responden correctamente a todas o alguna de las preguntas:155/368) eran los que conocían mejor el tratamiento con bupropion pero la diferencia no era estadísticamente significativa ($X^2= 4,914$; $p=0,086$), ver Tabla 208.

Tabla 208. Como responden los sanitarios, según sean o no fumadores, a las preguntas formuladas sobre el tratamiento con bupropion.

			Tratamiento con bupropion			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
hábito tabáquico	fumador activo	Recuento	132	69		201
		%	65,7%	34,3%		100,0%
	exfumador actual	Recuento	213	150	5	368
		%	57,9%	40,8%	1,4%	100,0%
	nunca fumador	Recuento	144	73	3	220
		%	65,5%	33,2%	1,4%	100,0%
Total		Recuento	489	292	8	789
		%	62,0%	37,0%	1,0%	100,0%

Los sanitarios que afirmaban que el tabaquismo no era un tema que les costase abordar en la consulta diaria, eran los que mejor conocían el tratamiento con bupropion, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2= 4,909$; $p=0,027$), ver Figura 71.

Figura 71. Como responden los sanitarios, según que el tabaquismo sea un tema que les cueste abordar, a las preguntas sobre el tratamiento con bupropion.



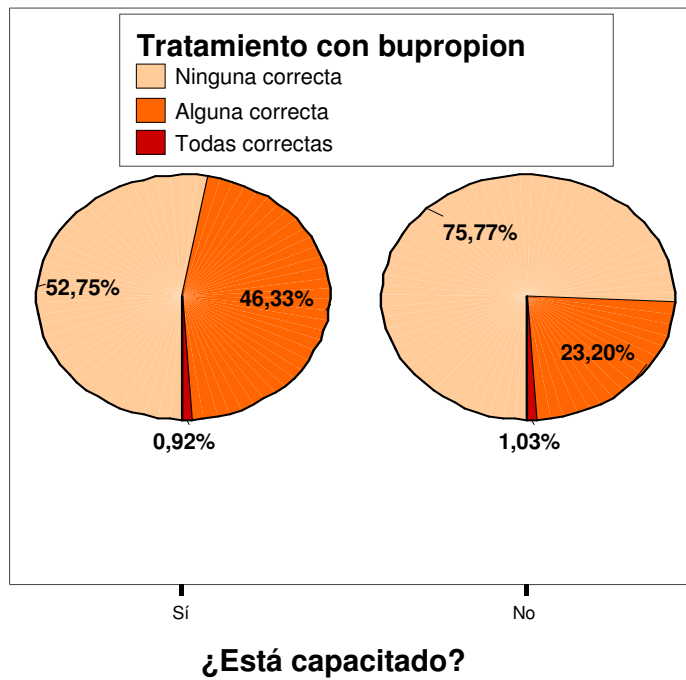
Los sanitarios que consideraban la falta de tiempo como la causa de la complejidad, tenían más conocimientos sobre el tratamiento con bupropion que los que consideraban los problemas farmacológicos como la causa de la complejidad, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($X^2 = 20,017$; $p = 0,000$), ver Tabla 209.

Tabla 209. Como responden los sanitarios, según las causas de complejidad del abordaje del tabaquismo, a las preguntas sobre bupropion.

			Tratamiento con bupropion			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿Cual es la causa de la complejidad?	Gran cantidad de información	Recuento %	78 70,9%	31 28,2%	1 ,9%	110 100,0%
	Continuos cambios en indicaciones	Recuento %	11 68,8%	3 18,8%	2 12,5%	16 100,0%
	Fármacos muy específicos	Recuento %	111 57,5%	80 41,5%	2 1,0%	193 100,0%
	Falta de tiempo	Recuento %	162 54,5%	132 44,4%	3 1,0%	297 100,0%
	Otros	Recuento %	43 81,1%	10 18,9%		53 100,0%
Total	Recuento %	405 60,5%	256 38,3%	8 1,2%	669 100,0%	

Los sanitarios que se consideraban capacitados para abordar el tema del tabaquismo en la consulta, tenían más conocimientos sobre el tratamiento con bupropion y la diferencia era significativa ($X^2= 46,993$; $p=0,000$), ver Figura 72.

Figura 72. Como responden los sanitarios, según se consideren capacitados para abordar el tabaquismo, a las preguntas sobre bupropion.



Los sanitarios que menos preguntaban si fumaban o no a los pacientes eran los que menos conocimientos tenían sobre el tratamiento farmacológico con bupropion y la diferencia era significativa ($X^2= 119,488$; $p=0,000$), ver Tabla 210.

Tabla 210. Como responden los sanitarios, según los pacientes a los que preguntan si fuman, a las preguntas sobre bupropion.

			Tratamiento con bupropion			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿A cuantos ha preguntado si fuman?	0	Recuento	273	30	2	305
		%	89,5%	9,8%	,7%	100,0%
	1-20	Recuento	177	168	3	348
		%	50,9%	48,3%	,9%	100,0%
	21-40	Recuento	63	43	2	108
		%	58,3%	39,8%	1,9%	100,0%
	>40	Recuento	63	51	1	115
		%	54,8%	44,3%	,9%	100,0%
Total		Recuento	576	292	8	876
		%	65,8%	33,3%	,9%	100,0%

Los sanitarios que menos preguntaban si querían dejar el hábito tabáquico a los fumadores en la consulta diaria, eran los que menos conocimientos tenían sobre tratamiento farmacológico con bupropion y la diferencia era significativa ($X^2= 140,468$; $p=0,000$), ver Tabla 211.

Tabla 211. Como responden los sanitarios, según los pacientes a los que preguntan si quieren dejar el hábito, a las preguntas sobre bupropion.

			Tratamiento con bupropion			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿A cuantos ha preguntado si quieren dejarlo?	0	Recuento	353	56	2	411
		%	85,9%	13,6%	,5%	100,0%
	1-10	Recuento	141	143	3	287
		%	49,1%	49,8%	1,0%	100,0%
	11-20	Recuento	41	52	2	95
		%	43,2%	54,7%	2,1%	100,0%
	>20	Recuento	40	40	1	81
		%	49,4%	49,4%	1,2%	100,0%
Total		Recuento	575	291	8	874
		%	65,8%	33,3%	,9%	100,0%

Los sanitarios que menos fechas definitivas fijaban con los fumadores para dejar de fumar, eran los que menos conocimientos tenían sobre tratamiento farmacológico con bupropion y la diferencia era significativa ($X^2=87,070$; $p=0,000$), ver Tabla 212.

Tabla 212. Como responden los sanitarios, según los fumadores con los que fijan una fecha para dejar de fumar, a las preguntas sobre bupropion.

			Tratamiento con bupropion			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿Con cuantos ha fijado fecha definitiva para dejarlo?	0	Recuento	506	175	6	687
		%	73,7%	25,5%	,9%	100,0%
	1-10	Recuento	63	112	2	177
		%	35,6%	63,3%	1,1%	100,0%
	11-20	Recuento	2	3		5
		%	40,0%	60,0%		100,0%
	>20	Recuento	6	2		8
		%	75,0%	25,0%		100,0%
Total		Recuento	577	292	8	877
		%	65,8%	33,3%	,9%	100,0%

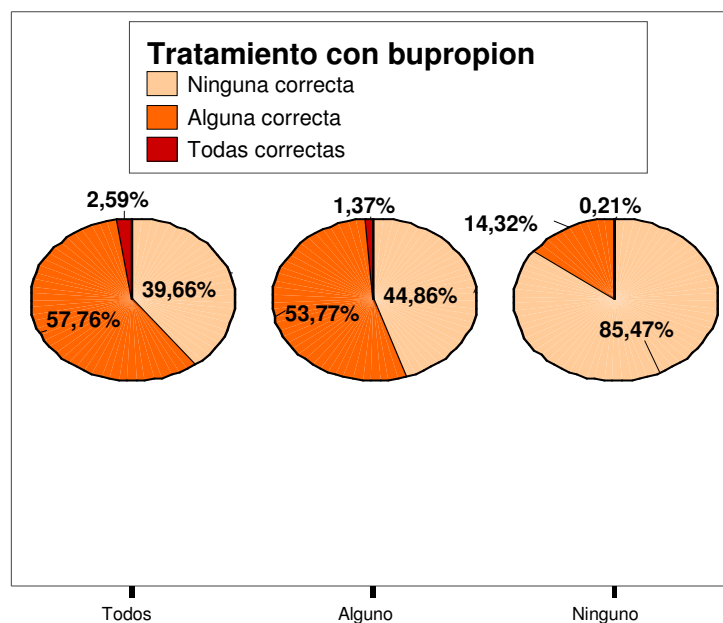
Los sanitarios que menos consejo daban a los pacientes fumadores, eran los que menos conocimientos tenían sobre el tratamiento farmacológico con bupropion y la diferencia era significativa ($X^2=122,138$; $p=0,000$), ver Tabla 213.

Tabla 213. Como responden los sanitarios, según los fumadores a los que dan consejo, a las preguntas sobre el tratamiento con bupropion.

			Tratamiento con bupropion			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿A cuantos ha dado consejo?	0	Recuento	295	40	1	336
		%	87,8%	11,9%	,3%	100,0%
	1-10	Recuento	178	147	5	330
		%	53,9%	44,5%	1,5%	100,0%
	11-20	Recuento	45	59	1	105
		%	42,9%	56,2%	1,0%	100,0%
	>20	Recuento	58	45	1	104
		%	55,8%	43,3%	1,0%	100,0%
Total		Recuento	576	291	8	875
		%	65,8%	33,3%	,9%	100,0%

Los sanitarios que informaban a mayor número de pacientes sobre los tratamientos posibles que existían en deshabituación, eran los que poseían mayor nivel de conocimientos en el tratamiento con bupropion, siendo la diferencia significativa ($X^2= 174,348$; $p=0,000$), ver Figura 73.

Figura 73. Como responden los sanitarios, según los fumadores a los que informan sobre tratamientos de deshabituación, a las preguntas sobre bupropion.



¿A cuantos ha informado sobre tratamientos?

Los sanitarios que proporcionaban material a menos fumadores, eran los que conocían peor el tratamiento con bupropion, siendo la diferencia significativa ($X^2 = 139,262$; $p = 0,000$), ver Tabla 214.

Tabla 214. Como responden los sanitarios, según los fumadores a los que proporcionan material de ayuda, a las preguntas sobre bupropion.

			Tratamiento con bupropion			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿A cuantos ha dado material de apoyo?	0	Recuento	522	161	3	686
		%	76,1%	23,5%	,4%	100,0%
	1-5	Recuento	42	84	4	130
		%	32,3%	64,6%	3,1%	100,0%
	6-10	Recuento	9	23		32
		%	28,1%	71,9%		100,0%
	>10	Recuento	10	24	1	35
		%	28,6%	68,6%	2,9%	100,0%
Total		Recuento	583	292	8	883
		%	66,0%	33,1%	,9%	100,0%

Los sanitarios que seguían a menor número de fumadores, eran los que conocían peor el tratamiento con bupropion, siendo la diferencia significativa ($X^2=101,235$; $p=0,000$), ver Tabla 215.

Tabla 215. Como responden los sanitarios, según los seguimientos que realizan a fumadores, a las preguntas sobre bupropion.

			Tratamiento con bupropion			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿A cuantos está haciendo seguimiento?	0	Recuento	527	182	4	713
		%	73,9%	25,5%	,6%	100,0%
	1-10	Recuento	46	91	4	141
		%	32,6%	64,5%	2,8%	100,0%
	11-20	Recuento	3	11		14
		%	21,4%	78,6%		100,0%
	>20	Recuento	6	8		14
		%	42,9%	57,1%		100,0%
Total		Recuento	582	292	8	882
		%	66,0%	33,1%	,9%	100,0%

Los sanitarios que utilizaban tratamientos para ayudar en deshabituación, eran los que más conocimientos tenían sobre tratamiento con bupropion, siendo la diferencia significativa ($X^2 = 196,698$; $p=0,000$), ver Tabla 216.

Tabla 216. Como responden los sanitarios, según si utilizan tratamiento farmacológico en deshabituación, a las preguntas sobre bupropion.

			Tratamiento con bupropion			Total
			Ninguna correcta	Alguna correcta	Todas correctas	
¿Ha utilizado algún tratamiento?	No	Recuento %	547 77,3%	157 22,2%	4 ,6%	708 100,0%
	Si	Recuento %	38 21,5%	135 76,3%	4 2,3%	177 100,0%
Total		Recuento %	585 66,1%	292 33,0%	8 ,9%	885 100,0%

6. ESTUDIO DEL IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN.

Tras la intervención, se envió un cuestionario por correo interno a los participantes en el estudio, solicitando la devolución del mismo una vez cumplimentado. Tan sólo se recibieron 11,3% (100/886).

6.1. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA (GRUPO INTERVENCIÓN Y GRUPO CONTROL).

Se analizó la distribución de la muestra que contestó la segunda encuesta, en los dos grupos, intervención (72/100) y control (28/100), para saber si eran comparables, se encontraron sólo diferencias en dos variables, ámbito laboral y especialidad, ya que en Atención Primaria, ver Tabla 217, contestaron más sanitarios la segunda encuesta en el grupo al que se realizó la intervención (62/78) que en el grupo control (16/78), y respecto a especialidad, ver Tabla 218, contestaron también más los Médicos de Familia a los que se había realizado intervención (59/75) que los controles (16/75), siendo ambas estadísticamente significativas, $X^2=9,859$; $p=0,002$ y $X^2= 12,174$; $p=0,03$, respectivamente.

Tabla 217. Distribución según ámbito laboral de los sanitarios que contestaron la segunda encuesta, en los grupos intervención y control.

Recuento		Grupo		Total
		Intervención	Control	
Ambito laboral	Atención Primaria	62	16	78
	Atención Especializada	10	12	22
Total		72	28	100

Tabla 218. Distribución según especialidad de los sanitarios que contestaron la segunda encuesta, en los grupos intervención y control.

Recuento		Grupo		Total
		Intervención	Control	
Especialidad	Cardiología	2		2
	Digestivo	1		1
	Medicina de Familia	59	16	75
	Medicina Interna	1		1
	ORL	4	5	9
	Pediatría	5	7	12
Total		72	28	100

Para el resto de variables no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, intervención y control (provincia: $X^2=3,1$; $p=0,217$, profesión: $X^2=0,4$; $p=0,829$, tipo de contrato: $X^2=0,008$; $p=0,929$, género: $X^2=1,351$; $p=0,245$, estado civil: $X^2=0,133$; $p=0,715$, fumador: $X^2=0,211$; $p=0,646$, exfumador: $X^2=0,737$; $p=0,390$, años como fumador: $X^2=4,623$; $p=0,328$, convivientes: $X^2=0,574$; $p=0,449$, ¿se ha planteado dejar de fumar?: $X^2=1,915$; $p=0,166$).

6.2. EFECTO DE LA INTERVENCIÓN EN LA MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS PREVIOS

Respecto a los conocimientos sobre fármacos usados en deshabituación tabáquica, los resultados indicaban que en el grupo en que se realizó la intervención, ver Tabla 219, se había producido un incremento en los conocimientos respecto a la clasificación global en primera y segunda elección, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p=0,000$): había aumentado de media en medio punto (IC95%: -0,85 a -0,29).

Tabla 219. Cambios en los conocimientos respecto a la clasificación global en primera y segunda elección, tras la intervención, en el grupo intervención.

RESULTADOS CUESTIONARIO	NINGUNA CORRECTA	ALGUNA BIEN	TODAS BIEN
ANTES	46	11	15
DESPUES	27	20	25

Mejoraron, tras el estudio, los conocimientos en Atención Primaria, pero la diferencia no era significativa, $p=0,302$, ver Tabla 220.

Tabla 220. Cambios en los conocimientos respecto a la clasificación global en primera y segunda elección, tras la intervención, en Atención Primaria.

RESULTADOS CUESTIONARIO	NINGUNA CORRECTA	ALGUNA BIEN	TODAS BIEN
ANTES	43	14	17
DESPUES	36	22	20

Respecto a especialidad, respondió mejor el segundo cuestionario Medicina de Familia, ver Tabla 221, pero la diferencia no era significativa ($p=0,291$).

Tabla 221. Cambios en los conocimientos respecto a la clasificación global en primera y segunda elección, tras la intervención, en Medicina de Familia.

RESULTADOS CUESTIONARIO	NINGUNA CORRECTA	ALGUNA BIEN	TODAS BIEN
ANTES	45	14	16
DESPUES	34	22	19

No había diferencias estadísticamente significativas respecto al género ($p=0,424$ en hombres y $p=0,345$ en mujeres), sí en la edad, mejorando más el grupo entre 20 y 34 años ($p=0,021$).

Tampoco se encontraron diferencias según el hábito tabáquico de los sanitarios ($p=0,302$ en fumadores activos, $p=0,511$ en nunca fumadores y $p=1$ en exfumadores actuales).

No se detectaron diferencias según la presencia o no de convivientes fumadores ($p=0,227$ y $p=0,210$ respectivamente) o si el sanitario se había planteado o no dejar de fumar ($p=0,289$ y $p=1$ respectivamente).

Los conocimientos sobre los tratamientos habían aumentado en el grupo intervención, no sólo respecto a la clasificación global, sino también de cada uno de los fármacos de forma individual (sus dosis, indicaciones, contraindicaciones y duración del tratamiento), siendo la diferencia estadísticamente significativa para todos ellos ($p=0,000$): habían aumentado los conocimientos sobre:

Chicles de nicotina de media en punto y medio (IC 95%: -2,2 a -0,98).

Parches transdérmicos de nicotina de media en dos puntos (IC 95%: -2,31 a -1,35).

Spray nasal de nicotina de media en punto y medio (IC 95%: -1,7 a -0,96).

Comprimidos para chupar de nicotina de media en punto y medio (IC 95%: -1,7 a -0,88).

Bupropion de media en punto y medio (IC 95%: -1,8 a -0,99).

Tras la intervención mejoraron más los conocimientos sobre los distintos fármacos utilizados en deshabituación tabáquica en los Médicos especialistas (ver Tabla 222), en Atención Primaria (Tabla 223), y, según especialidad, en Medicina de Familia (ver Tabla 224), siendo las diferencias estadísticamente significativas para todos los fármacos de deshabituación tabáquica estudiados.

Tabla 222. Resultados comparativos entre la primera y segunda encuesta (postintervención) a las preguntas sobre los distintos fármacos, en Médicos especialistas.

	RESULTADOS CUESTIONARIO	NINGUNA CORRECTA	ALGUNA BIEN	TODAS BIEN	p
CHICLES	ANTES	35	26	1	0,000
	DESPUES	15	37	10	
PARCHES	ANTES	37	24	1	0,000
	DESPUES	15	38	9	
SPRAY NASAL	ANTES	49	12	1	0,000
	DESPUES	20	32	10	
COMPRIMIDOS	ANTES	49	12	1	0,000
	DESPUES	20	31	11	
BUPROPION	ANTES	30	29	2	0,000
	DESPUES	13	36	12	

Tabla 223. Resultados comparativos entre la primera y segunda encuesta (postintervención) a las preguntas sobre los distintos fármacos, en Atención Primaria.

	RESULTADOS CUESTIONARIO	NINGUNA CORRECTA	ALGUNA BIEN	TODAS BIEN	p
CHICLES	ANTES	43	34	1	0,000
	DESPUES	18	53	7	
PARCHES	ANTES	48	29	1	0,000
	DESPUES	18	52	8	
SPRAY NASAL	ANTES	62	15	1	0,000
	DESPUES	27	42	9	
COMPRIMIDOS	ANTES	62	15	1	0,000
	DESPUES	26	42	10	
BUPROPION	ANTES	40	35	2	0,000
	DESPUES	18	47	12	

Tabla 224. Resultados comparativos entre la primera y segunda encuesta (postintervención) a las preguntas sobre los distintos fármacos, en Medicina de Familia.

	RESULTADOS CUESTIONARIO	NINGUNA CORRECTA	ALGUNA BIEN	TODAS BIEN	p
CHICLES	ANTES	41	33	1	0,000
	DESPUES	17	51	7	
PARCHES	ANTES	46	28	1	0,000
	DESPUES	17	50	8	
SPRAY NASAL	ANTES	60	14	1	0,000
	DESPUES	25	41	9	
COMPRIMIDOS	ANTES	59	15	1	0,000
	DESPUES	24	41	10	
BUPROPION	ANTES	38	34	2	0,000
	DESPUES	16	46	12	

Se observó también una mejora tras la intervención en las sanitarias mujeres, ver Tabla 225, y en el grupo de edad entre 35 y 49 años, ver Tabla 226.

Tabla 225. Resultados comparativos entre la primera y segunda encuesta (postintervención) a las preguntas sobre los distintos fármacos, en sanitarias mujeres

	RESULTADOS CUESTIONARIO	NINGUNA CORRECTA	ALGUNA BIEN	TODAS BIEN	p
CHICLES	ANTES	39	17	1	0,000
	DESPUES	22	29	6	
PARCHES	ANTES	41	15	1	0,000
	DESPUES	22	28	7	
SPRAY NASAL	ANTES	50	6	1	0,000
	DESPUES	26	25	6	
COMPRIMIDOS	ANTES	47	8	1	0,000
	DESPUES	25	23	8	
BUPROPION	ANTES	38	17	1	0,000
	DESPUES	22	26	8	

Tabla 226. Resultados comparativos entre la primera y segunda encuesta (postintervención) a las preguntas sobre los distintos fármacos, en el grupo de edad 35-49 años.

	RESULTADOS CUESTIONARIO	NINGUNA CORRECTA	ALGUNA BIEN	TODAS BIEN	p
CHICLES	ANTES	30	19	1	0,001
	DESPUES	13	31	6	
PARCHES	ANTES	32	17	1	0,000
	DESPUES	14	29	7	
SPRAY NASAL	ANTES	40	9	1	0,000
	DESPUES	17	25	8	
COMPRIMIDOS	ANTES	41	8	1	0,000
	DESPUES	19	21	10	
BUPROPION	ANTES	28	20	2	0,000
	DESPUES	15	25	10	

Respecto al hábito tabáquico mejoraron más los sanitarios nunca fumadores, Tabla 227, y los que no tenían convivientes fumadores, ver Tabla 228, siendo las diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 227. Resultados comparativos entre la primera y segunda encuesta (postintervención) a las preguntas sobre los distintos fármacos, en sanitarios nunca fumadores.

	RESULTADOS CUESTIONARIO	NINGUNA CORRECTA	ALGUNA BIEN	TODAS BIEN	p
CHICLES	ANTES	39	28	1	0,000
	DESPUES	20	41	7	
PARCHES	ANTES	41	26	1	0,000
	DESPUES	20	41	7	
SPRAY NASAL	ANTES	54	13	1	0,000
	DESPUES	24	36	8	
COMPRIMIDOS	ANTES	53	14	1	0,000
	DESPUES	23	36	9	
BUPROPION	ANTES	36	29	2	0,000
	DESPUES	19	37	11	

Tabla 228. Resultados comparativos entre la primera y segunda encuesta (postintervención) a las preguntas sobre los distintos fármacos, en los sanitarios que no tienen convivientes fumadores.

	RESULTADOS CUESTIONARIO	NINGUNA CORRECTA	ALGUNA BIEN	TODAS BIEN	p
CHICLES	ANTES	33	10	1	0,000
	DESPUES	17	19	8	
PARCHES	ANTES	34	9	1	0,000
	DESPUES	18	19	7	
SPRAY NASAL	ANTES	39	4	1	0,003
	DESPUES	24	15	5	
COMPRIMIDOS	ANTES	39	3	1	0,000
	DESPUES	21	16	6	
BUPROPION	ANTES	31	11	1	0,00
	DESPUES	19	16	8	

Mejoraron más los sanitarios que no habían realizado previamente algún curso o trabajo relacionado con el tema de deshabituación tabáquica, ver Tabla 229, siendo la diferencia significativa.

Tabla 229. Resultados comparativos entre la primera y segunda encuesta (postintervención) a las preguntas sobre los distintos fármacos, en sanitarios que no habían realizado previamente ningún curso.

	RESULTADOS CUESTIONARIO	NINGUNA CORRECTA	ALGUNA BIEN	TODAS BIEN	p
CHICLES	ANTES	62	26	1	0,000
	DESPUES	27	53	9	
PARCHES	ANTES	65	20	1	0,000
	DESPUES	29	52	8	
SPRAY NASAL	ANTES	77	11	1	0,000
	DESPUES	37	43	9	
COMPRIMIDOS	ANTES	79	8	1	0,000
	DESPUES	36	42	10	
BUPROPION	ANTES	59	27	2	0,000
	DESPUES	30	47	11	

La mayor mejora se encontró en los sanitarios a los que no les costaba abordar el tema en la consulta diaria. Ver Tabla 230.

Tabla 230. Resultados comparativos entre la primera y segunda encuesta (postintervención) a las preguntas sobre los distintos fármacos, a los sanitarios que no les cuesta abordar el tema.

	RESULTADOS CUESTIONARIO	NINGUNA CORRECTA	ALGUNA BIEN	TODAS BIEN	p
PARCHES	ANTES	50	20	1	0,000
	DESPUES	20	42	9	
SPRAY NASAL	ANTES	60	10	1	0,000
	DESPUES	24	37	10	
COMPRIMIDOS	ANTES	59	10	1	0,000
	DESPUES	24	34	12	
BUPROPION	ANTES	44	24	2	0,000
	DESPUES	22	36	12	

6.3. EFECTO DE LA INTERVENCIÓN EN LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

Había disminuido el número de pacientes a los que se había preguntado si fumaban, pero la diferencia no era significativa ($F= 3,851$; $p= 0,053$).

Los resultados indicaban que en los dos grupos, tanto en los controles como en el de intervención:

- Se había producido un descenso en los pacientes a los que se realizaba intervención (se había preguntado si fumaban) en la consulta, más en los controles, en el grupo intervención de media a -5 personas (± 9 personas), y en el control a -33 (± 35 personas), pero la diferencia no era significativa ($p= 0,289$): habían descendido los pacientes a los que se había preguntado si fumaban más en los controles, de media en 28 personas (IC 95%: -24 a 79).

- Por el contrario, se observó en los controles un incremento en los fumadores a los que se había preguntado si querían dejarlo, de media a 2 personas más (± 7 personas), respecto al grupo intervención donde se había preguntado por el cese del hábito tabáquico de media a 5 personas menos (± 5 personas), pero la diferencia no era significativa ($p=0,435$): había aumentado de media en 7 fumadores, en el grupo control, a los que se había preguntado si querían dejar el hábito (IC 95%: -25 a 11).
- También se produjo un descenso en los fumadores con los que se fijaba una fecha definitiva para dejar de fumar en el grupo control, ya que de media lo hicieron a 2 fumadores menos, (± 2 fumadores), mientras que en el grupo intervención se había mantenido la misma actuación que se realizaba antes del taller, (media a 0 fumadores, ± 1 fumador), pero la diferencia no era significativa ($p= 0,487$): había descendido de media en un fumador, en el grupo control, los fumadores con los que se había fijado una fecha definitiva para dejar de fumar (IC 95%: -3 a 5).
- Se observó un descenso en los fumadores a los que se había dado consejo en la consulta, más en el grupo intervención, de media a 3 fumadores menos (± 5 fumadores), que en el control a 5 fumadores menos (± 9 fumadores), pero la diferencia no era significativa ($p= 0,866$): había descendido el consejo proporcionado por el grupo intervención, de media en 2 pacientes fumadores menos en el grupo intervención que en el control (IC 95%= -17 a 20).
- Habían aumentado los pacientes a los que se había dado material en la consulta, tanto en el grupo intervención como en el control, de media a 1 fumador (± 1 fumador) en ambos casos, la diferencia no era significativa ($p= 0,752$): se había dado material de apoyo de

media a media persona más en el grupo intervención que en el control (0,5 personas. IC95%: -4 a 3).

- Se había producido un descenso en los fumadores a los que se hacía seguimiento en los dos grupos (en ambos casos de media a 1 fumador menos (± 1 fumador), no siendo la diferencia significativa ($p= 0,995$): el seguimiento a los fumadores era igual en los dos grupos, de media una diferencia de 0 fumadores entre los dos (IC95%: -3 a 3).

Respecto a los tratamientos utilizados en deshabituación tabáquica, los resultados indicaban que en los dos grupos, tanto en los controles como en el de intervención:

- Había habido un descenso de los parches de nicotina empleados, en ambos grupos de media de un fumador menos (± 1 fumador), no siendo la diferencia significativa ($p=0,879$): el uso de parches de nicotina era igual en los dos grupos, de media una diferencia de 0 fumadores entre los dos (IC 95%: -1 a 1).
- Se había constatado un mantenimiento en la utilización de chicles de nicotina. En ambos grupos, tras el estudio, se había constatado una variación media de 0 fumadores (± 0 fumadores), no siendo la diferencia significativa ($p=0,960$): la utilización de chicles era igual en los dos grupos, de media una diferencia de 0 fumadores entre los dos (IC 95%: -0,3 a 0,3).
- También se había mantenido el uso de los comprimidos para chupar de nicotina. En los dos grupos, intervención y control, se había producido un cambio tras la intervención en la utilización de

comprimidos para chupar de media de 0 fumadores (± 0 fumadores), no siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p=0,614$): el cambio, en el uso de comprimidos era igual en los dos grupos, de media una diferencia de 0 fumadores entre los dos (IC 95%: -0,1 a 0,1).

- No se pudo analizar la diferencia tras la intervención respecto a la utilización del spray nasal de nicotina dado el poco uso tanto antes como después de la intervención, siendo con diferencia el tratamiento menos utilizado de todos.
- Se produjo un mantenimiento de los comprimidos de bupropion empleados en el grupo control. Tras la intervención había variado de media en 0 fumadores (± 0 fumadores) y había descendido en un fumador menos en el grupo intervención (± 1 fumador), no siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p= 0,09$): había descendido la utilización de comprimidos de bupropion de media en medio fumador en el grupo intervención (0,5 fumadores. IC 95%: -1 a 0,1).
- Hubo un mantenimiento de la nortriptilina utilizada. En ambos grupos había cambiado tras la intervención de media en 0 fumadores (± 0 fumadores) no siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p= 0,536$): el cambio en el uso de nortriptilina era igual en los dos grupos, de media una diferencia de 0 fumadores entre los dos (IC 95%: -0,03 a 0,06).
- Los ansiolíticos empleados eran semejantes a los que se utilizaban antes del estudio en el grupo intervención, se había cambiado de media en 0 fumadores (± 0 fumadores) y, en cambio, en el grupo control había descendido en un fumador menos (± 1 fumador), no siendo la diferencia significativa ($p= 0,409$): el cambio

en el uso de ansiolíticos era igual en los dos grupos, de media una diferencia de 0 fumadores entre los dos (IC 95%: -0,5 a 1).

- Se recogió una utilización similar de métodos alternativos en el grupo intervención tras la charla, había variado de media en 0 fumadores (± 0 fumadores) y en el grupo control había descendido en un fumador menos (± 1 fumador), no siendo la diferencia significativa ($p= 0,385$): el cambio en el uso de comprimidos era igual en los dos grupos, de media una diferencia de 0 fumadores entre los dos (IC 95%: -0,2 a 0,4).

DISCUSIÓN

Desde la frase con la que concluía el primer estudio realizado por Doll y Hill en 1950¹²⁴, "...Llegamos, por tanto, a la conclusión de que el tabaquismo es un factor, y un factor importante, en la producción del carcinoma de pulmón..." hasta nuestros días ha habido un extraordinario progreso en la prevención de factores de riesgo, entre ellos el tabaco. Sin embargo, tradicionalmente el consumo de tabaco seguía siendo superior entre los sanitarios respecto a la población general^{125,171}.

1. ANÁLISIS DEL HÁBITO TABÁQUICO EN LOS SANITARIOS.

Los profesionales sanitarios en general, constituyen para la sociedad un patrón de referencia respecto de todo aquello que se considera contribuye a alcanzar una vida saludable, por lo que sus actitudes suelen trascender del ámbito personal y profesional¹²⁶. Otra profesión que puede influir sobre el hábito tabáquico, fundamentalmente de los jóvenes, sería Ciencias de la Educación, así en un estudio realizado por Barrueco¹²⁷, se demostró, que la actitud de este colectivo con el tabaco estaba relacionada con la de sus alumnos y que por tanto resultaba fundamental el papel modélico que pudiesen representar.

Es de destacar que en la muestra estudiada de profesionales sanitarios, contestaron sobre su hábito tabáquico el 89%, con una proporción de nunca fumadores del 27,9%, exfumadores actuales del 46,6% y fumadores activos del 25,5%. Distribución que a pesar de no haber sido confirmada con marcadores biológicos como el monóxido de carbono en aire espirado, se consideró acertada dado el tamaño de la muestra y la presencia de estudios multicéntricos recientes, como el de Barrueco¹²⁸, realizado en el 2005, que

han demostrado la fiabilidad de las respuestas de fumadores como criterio para medir abstinencia y que por tanto no es esencial la confirmación con medidas físicas.

1.1. NUNCA FUMADORES

En el tabaquismo la prevención es el punto más importante. La prevención primaria tiene como objetivo evitar la incorporación de nuevos fumadores y disminuir así la incidencia³⁵. La población diana a la que van dirigidas estas medidas son básicamente los jóvenes y adolescentes, puesto que es en estas edades donde se inicia el consumo¹²⁹. Los datos relativos a las edades en las que se está produciendo el primer contacto con el tabaco son realmente preocupantes dado que éste se está produciendo a edades cada vez más tempranas.

Para Flay¹³⁰, el proceso de adquisición del hábito tabaquico de los adolescentes consta de 4 etapas diferentes, muchas veces solapadas entre sí, como son la preparación, probar, experimentar, y finalmente la del uso habitual del tabaco. Algunos autores como Pascual¹³¹ o Altet¹³², afirman que la edad de comienzo de la experimentación o contacto con el tabaco se podría establecer entre los 9 y los 11 años, comenzando los niños a edades más tempranas que las niñas. Sin embargo otros autores como Prieto¹³³ o Perula¹³⁴ establecen la edad entre los 11 y los 15 años (siendo la edad media de inicio 13 años). Resaltar los datos aportados por las Encuestas Nacionales sobre Drogas en Población Escolar¹³⁵, según las cuales la edad media de experimentación ha disminuido de los 13,2 años en el año 2000 (chicos 13 y chicas 13,3 años) a los 13,1 años en la del año 2002 (chicos 13 y chicas 13,1 años) a expensas del descenso en la edad de inicio de las chicas. Pero sorprende la afirmación del último estudio Nacional, la ENS del 2001 en población adulta, en el cual la edad de comienzo en el consumo de

tabaco se situaba entorno a los 16,9 años³⁷ edad similar a la detectada en la población adulta andaluza, con una media de 16 años¹³⁶. Esta disparidad de edades puede ser debida al denominado efecto "memoria reciente" en el que cuanto menor edad tienen los encuestados, menor es la edad media de inicio. Con respecto a la edad media en que se convierten en fumadores diarios o habituales, ésta se ha mantenido en los 14,5 años en el año 2000 (chicos 14,5 y chicas 14,4 años) y en el año 2002, con 14,4 años (chicos 14,4 y los 14,3 años)¹³⁵.

Las diferencias entre la edad de inicio entre chicos y chicas, y su posterior paso a fumador diario, cada vez se hace más pequeña, aunque todavía comienzan a fumar antes los chicos. Del mismo modo, Mora¹³⁷ no encuentra diferencias en la prevalencia entre adolescentes fumadores del medio rural con respecto al urbano, aunque sí fuman más cantidad de cigarrillos los del medio rural y de acuerdo con los hallazgos de Casas¹³⁸ comienzan a fumar antes los niños no escolarizados que los escolarizados. Mendoza¹³⁹ afirma que a los 13 años declaran fumar diariamente el 15% de los chicos y el 19% de las chicas, y a los 17 años lo hacen un 24% y 29% respectivamente. Habiendo un 30% de fumadores diarios entorno a los 16-17 años siendo su consumo medio de 6-10 cigarrillos diarios.

Conforme aumentan en edad los adolescentes, se detecta un incremento progresivo del número de fumadores regulares y de jóvenes que han probado el tabaco alguna vez, como se confirma con los trabajos de Pérez Trullén¹⁴⁰, pudiendo concluir que la prevalencia de consumo de tabaco durante la adolescencia lleva una velocidad de crecimiento o aumento proporcional a la edad, así se estima que por cada incremento de 2 años en la edad del adolescente, la prevalencia de consumo aumenta un 10%.

Las medidas de prevención primaria, bien actuarán sobre la protección de la salud y son responsabilidad de los gobiernos, o bien van dirigidas a proporcionar una correcta información sobre las patologías relacionadas con

el tabaco y los beneficios del cese, debiendo ser proporcionadas por los profesionales de la salud, de la enseñanza y de los medios de comunicación⁷⁵.

La importancia por tanto, de conocer la evaluación de la prevalencia de nunca fumadores, es entre otras causas, porque permite evaluar las actuaciones anteriores de forma indirecta. En la muestra estudiada fué del 27,9%, muy inferior al 51,1% encontrado para la población general según la ENS de 2003¹⁶².

Para Serrat¹⁴¹ la actuación en este colectivo se basaría en la prevención del inicio en el consumo y en protegerles de los efectos nocivos del humo del tabaco de convivientes fumadores. Estas ideas han sido recogidas recientemente en un plan de prevención del inicio del consumo realizado por la consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid¹⁴².

Resulta por tanto necesario conocer las características de los nunca fumadores para saber a quienes deben ir dirigidas este tipo de intervenciones en el colectivo de los sanitarios. Respecto a la distribución de los nunca fumadores por provincias se encontró un 25% en Zaragoza, un 29,7% en Teruel y un 32,1% en Huesca, resultados muy inferiores a los encontrados para la población general en la ENS de 2001¹⁶¹, ya que, según el tamaño de los municipios, en Zaragoza había un 46,8% de nunca fumadores similar al 46,6% de Huesca y al 46,7% de Teruel. El gran descenso de la prevalencia de nunca fumadores en las tres provincias de forma similar se podría explicar como un fracaso de las medidas de prevención primaria comentadas y estaría acorde con la alta prevalencia de consumo de tabaco entre los escolares de Zaragoza, encontrada por Marrón¹⁴³ y Pérez Trullén¹⁴⁴ en 2002.

Según profesión los MIR nunca fumadores eran un 44,3%, seguidos de DE con un 27,1% y de Médicos especialistas con un 25,5%. Estos porcentajes encontrados en la muestra son inferiores a los obtenidos por Gil

López¹⁷¹ en 1998 a nivel nacional, con un 34,4% para personal médico y un 30,9% para DE o por Fernández¹⁴⁵, realizado exclusivamente en DE de Atención Primaria de Bilbao, que encontró que el 37% de los encuestados se declaraba no fumador. Sin embargo pondría de manifiesto la eficacia de las intervenciones realizadas en población general a nivel de gente joven, ya que precisamente el colectivo sanitario de menor edad, los MIR, eran los que presentaban mayor número de nunca fumadores lo que abre un camino para la esperanza de cara al futuro.

Los sanitarios nunca fumadores se encontraron en mayor número en Atención Especializada, 29,8% respecto al 26,4% de Atención Primaria. Datos ligeramente inferiores al 32,7% de Gil¹⁷¹ o al 36,9% de Romero¹⁷⁶ para Atención Especializada y al 29,9% encontrado por Martínez¹⁵⁵ o al 29,4% de Viera¹⁵⁶ para Atención Primaria, si bien, persiste la tónica observada en los anteriores estudios, de mayores porcentajes encontrados en general en Atención Especializada que en Primaria.

La distribución según género encontrada en la muestra fué de un 56,9% para las mujeres sanitarias y de un 23,7% para los hombres. Proporción ligeramente inferior a la encontrada para la población general en la ENS de 2003¹⁶², con un 65,3% para las mujeres y un 36,2% para los hombres. Lo que indica que a pesar de la señal de alarma por el incremento de la mujer en el hábito del tabaquismo, debido a la incorporación masiva de las mujeres al hábito desde finales de la década de los sesenta e inicio de los setenta¹⁴⁶, se ha realizado una escasa intervención sobre este colectivo, o bien ha tenido poco impacto entre la población femenina, ya que las cifras de nunca fumadores de momento no sólo no se mantienen, sino que han descendido.

La edad media de los nunca fumadores encontrada en la muestra era de 38 años y medio. Según la ENS de 2003¹⁶², para la población general, el mayor número de no fumadores se encontraba en el estrato de 65 a 74 años de edad, no obstante hay que tener en cuenta que en este estrato se

consideraron como no fumadores tanto a los nunca fumadores como a los exfumadores actuales. Por otro lado, en la muestra estudiada, dicho estrato estaba escasamente representado ya que se realizó sobre sanitarios en activo, lo que podría explicar la diferencia encontrada.

1.2. EXFUMADORES ACTUALES

La lucha contra el tabaco se ha convertido en una de las prioridades de todos los sistemas sanitarios^{147,148,149}. Una de las estrategias de control del tabaquismo que ha demostrado ser eficaz, es la intervención de los profesionales de la salud en la prevención y en el tratamiento de los fumadores²⁶⁷.

El hecho de que aumenten globalmente los exfumadores es un dato que habla a favor de la prevención secundaria realizada, por un lado mediante intervenciones desde distintos organismos con el fin de conseguir la concienciación de los peligros del tabaquismo tanto a nivel de población fumadora en general como de determinados colectivos considerados como influyentes para la opinión pública como el de los sanitarios. En segundo lugar nos habla de la adquisición de un papel modélico por parte de los sanitarios. En el estudio, la prevalencia de exfumadores, con un 46,6%, era muy superior al 22,9% de la encuesta de la SEPAR de 1985¹⁷⁰ y al 30% encontrado en el CIS de 1985¹⁶⁹ y claramente superior al 16,8% de la población general, según la ENS de 2001¹⁶¹ y al 17,7% de la ENS de 2003¹⁶².

En la muestra estudiada en Aragón, el 51,1% de los Médicos especialistas eran exfumadores, porcentaje muy superior al 30,7% encontrado por Insalud en 1998¹⁷¹, seguido de DE con un 44,1%, en proporción superior al 25,8% encontrada por Insalud en 1998¹⁷¹ o al 33% del estudio de Fernández¹⁴⁵ y por último MIR con un 27,1%, similar al 26,7%

encontrado por Arévalo¹⁷² y superior al 13,1% encontrado por Ruiz¹⁷⁵, si bien éste último incluyó sólo MIR de Neumología y Cirugía Torácica. La alta tasa de Médicos especialistas exfumadores podría interpretarse como un reflejo de que este grupo asume su papel modélico y ejemplar. Por el contrario las cifras encontradas resultan alarmantes en los MIR, ya que corresponden con los sanitarios de menor edad, lo que podría reflejar la deficiente formación que se imparte todavía en la actualidad, sobre el tema del tabaquismo, tanto durante el período de pregrado y postgrado en la Facultad de Medicina como posteriormente durante la especialización, no sólo en nuestro país, sino también en las escuelas médicas de EEUU¹⁵⁰, y de otros países europeos¹⁵¹. Sin embargo no se han encontrado estudios que demuestren que la inclusión de dichas habilidades en los planes de estudio se traduciría, a largo plazo, en médicos que realizan mayor número de intervenciones^{152,153,154}.

Considerando globalmente las especialidades, donde más exfumadores había era en Neumología, el 81,8% habían dejado de fumar, y Oncología médica con el 62,5%, seguidos de Medicina de Familia con el 47,7%, Ginecología con el 47,5% y Medicina Interna con el 47,4%. Resultados muy superiores, pero en las mismas especialidades, a los que se encontraron en la encuesta de Cataluña de 1996, donde los Neumólogos con un 16% y los Médicos de Familia con un 21% presentaban los mejores resultados¹⁸¹. Igualmente es muy superior al 39,8% de exfumadores que se obtuvieron en el estudio de Romero¹⁷⁶ entre miembros de la SEPAR.

Por tanto, según ámbito, el 46,7% de los sanitarios de Atención Primaria eran exfumadores, resultado muy superior a los encontrados en estudios previos realizados en Primaria como el 25,4% en el de Martínez¹⁵⁵ o el 11,8% en el de Viera¹⁵⁶. Lo que podría significar el cambio positivo en los últimos años en Atención Primaria respecto a adquirir la función ejemplarizante de no fumar por parte de los sanitarios. Así, el papel de la Atención Primaria se recalca también como parte fundamental de la

promoción de la salud, en el tema del tabaquismo, en los países en vías de desarrollo¹⁵⁷.

Respecto a la distribución por género, la mayor parte de los sanitarios exfumadores eran hombres con un 51%, al igual que los resultados del CIS de 1985¹⁶⁹, donde predominaban los sanitarios exfumadores hombres con un 31%, sobre las mujeres con un 23%, y de los resultados encontrados en la población general, donde, según los resultados provisionales de la ENS de 2003¹⁶², habría un 25,1% de hombres exfumadores y un 10,6% de mujeres. Posiblemente la causa sea que hace 30-40 años, predominaban los sanitarios hombres y además el mayor consumo de tabaco se daba en ellos y ha sido posteriormente cuando se incorporó masivamente la mujer a la sanidad y al hábito tabáquico.

Los sanitarios exfumadores, tenían de media cuatro años y medio más, tendencia similar a la encontrada para la población general en la encuesta del CIS de 1985¹⁶⁹, donde los exfumadores aumentaban claramente con la edad de un 19% en el grupo de menos de 30 años a un 48% en el de mayores de 60, y se mantiene en los resultados provisionales de la ENS de 2003¹⁶², donde se pasaba de un 10% en el grupo de 25 a 34 años a un 24,7% en el de 65 a 74 años.

Conviene resaltar que a pesar del aumento de sanitarios exfumadores detectado en la muestra y dado que según Scott¹⁵⁸, se ha observado que una disminución de sanitarios fumadores, precede a menudo a un descenso de la prevalencia de tabaquismo en la población general, y que además, según Josseran¹⁵⁹, son los médicos exfumadores los que más intervienen sobre el paciente fumador; tanto por la función modélica, como por la mayor intervención en la población general, es necesario insistir en la importancia del cese del hábito tabáquico por parte del personal sanitario.

1.3. PREVALENCIA DE FUMADORES

Es necesario un cambio de actitud de los sanitarios hacia el tabaco, posiblemente como apunta Hamann¹⁶⁰, el problema es que tradicionalmente se ha considerado como un factor de riesgo, distante, de muchas enfermedades y no como un problema médico primario, que, como todos los demás, requiere diagnóstico y tratamiento. La prevalencia de fumadores activos en la muestra era de 25,5%, inferior a la de la población general de 16 y más años encontrada en la ENS de 2001¹⁶¹, que alcanzaba la cifra de 34,5% y a los datos provisionales presentados de la ENS de 2003¹⁶², donde la prevalencia descendió a un 28,1%. También fué inferior al 31,6% encontrada para la población con estudios superiores y ligeramente inferior al 29,4% para la población general de Aragón, según los resultados de la ENS del 2001¹⁶¹. Los resultados obtenidos en la muestra confirman la disminución de la prevalencia del consumo diario de tabaco entre los sanitarios, paralela a la tendencia encontrada por Nebot¹⁶³ para la población general de Barcelona, y, como destaca Camarelles¹⁶⁴, el porcentaje de población que ha dejado de fumar es mayor en los niveles educativos más altos.

En el contexto de los países de la Unión Europea¹⁶⁵, la cifra obtenida de sanitarios fumadores activos en Aragón, respecto a la de la población general, ocupa una posición intermedia-baja, inferior al 38% de la Griega y al 35,7% de la Española, que son las más altas, pero a distancia de Portugal, que tenía una de las más bajas con un 18,7%, aunque por debajo de la media europea con un 30,7%. A nivel internacional, la cifra también es superior al 23,6% encontrado en el 2002 en EEUU¹⁶⁵.

Comparando la prevalencia obtenida en la muestra de sanitarios de Aragón, con las de otros sanitarios, en el contexto europeo¹⁶⁶, era una de las más elevadas, inferior a la Española, 34,7%, pero a mucha distancia del 10% de Reino Unido, que tenía una de las más bajas, aunque por debajo del

30% de la media europea. Respecto al 3,3% de EEUU seguimos teniendo un porcentaje muy elevado de sanitarios fumadores¹⁶⁷.

Por provincias, el mayor porcentaje de sanitarios fumadores estaba en Teruel con un 31,3%, seguido de Huesca con un 24,6% y Zaragoza con un 23,9%. Todas ellas eran inferiores a las obtenidas para la población general en la ENS de 2001¹⁶¹, ya que según el tamaño de los municipios, Teruel presentaba una prevalencia del 33%, ligeramente superior al 29,1% encontrada en el estudio de Prieto¹⁶⁸ realizado en Teruel, Huesca del 33,4% y Zaragoza del 32,9%. Es conocido que hay variaciones geográficas del consumo de tabaco en España, siendo Aragón una de las que presenta una prevalencia menor junto con Castilla-La Mancha y Baleares, por el contrario Cantabria y Murcia serían las que presentan mayor prevalencia³⁸.

Para poder comparar los resultados sobre prevalencia del hábito tabáquico en los sanitarios, se dió el problema de no poder contar con ningún registro reciente a nivel nacional, como existía para la población general. Por ésto se utilizaron diversas fuentes, básicamente, estudios de ámbito nacional (el más actual de INSALUD de 1998) y estudios transversales de comunidades autónomas o centros hospitalarios, realizados con distintas metodologías, con los problemas metodológicos que conlleva (diferentes definiciones de fumador/exfumador, cuestionarios distintos y poblaciones de características dispares).

En la muestra la mayor parte de los fumadores eran DE con un 28,7%, seguidos de Médicos con un 25,8% (MIR 28,6%, especialistas 23%). Las cifras para los Médicos especialistas eran inferiores a las encontradas en la literatura, como el 54% del estudio CIS de 1985¹⁶⁹, o el 49,2% del estudio SEPAR de 1985¹⁷⁰ ó el 34,7% del estudio de Insalud de 1998¹⁷¹. Al igual que la prevalencia en DE que era también inferior en la muestra respecto al 43,2% hallado en el de Insalud de 1998¹⁷¹ ó al 47,6% en el trabajo de Arévalo¹⁷², pero sin embargo ligeramente superior al 22% encontrado por

Fernández¹⁴⁵ más recientemente, concretamente en 2003, lo que muestra una clara tendencia descendente, en este colectivo, en los últimos 8 años. Por el contrario, en un estudio realizado en la Comunidad de Madrid en 2003 a Médicos y DE, pero sólo mujeres, encontró una prevalencia global del 37,7%¹⁷³. Para MIR la prevalencia obtenida en Aragón es inferior a la encontrada en estudios hospitalarios como el de Steen¹⁷⁴ de 1993 con un 31%, donde se incluyeron distintas especialidades, pero superior a las encontradas en el de Ruiz¹⁷⁵ de 1995 con un 28,5%, Romero¹⁷⁶ de 2000 con un 23,4% o Arévalo¹⁷² de 1997 con un 21,1%, si bien sólo se incluyeron distintas especialidades en el último, siendo los otros dos exclusivamente de MIR especialistas en Neumología, lo que podría explicar las diferencias encontradas. No obstante sigue siendo una prevalencia elevada reflejo de la que la mayor parte de los estudiantes no está recibiendo la formación básica sobre los riesgos del tabaco¹⁷⁷. Otra causa que podría justificar este resultado, es que los MIR, se hicieron antes fumadores que médicos, lo cual implica que la mayor parte de ellos ya tienen una dependencia nicotínica, dependencia que para superarla y dejar de fumar precisa una alta motivación que por desgracia en un alto porcentaje de casos no se alcanza exclusivamente con el conocimiento de las enfermedades provocadas por el tabaco, sino que requiere de un abordaje multifactorial, al que en muchas ocasiones se llega al interaccionar con el individuo, a lo largo del tiempo, diversos factores individuales, políticos y psicológicos, entre otros muchos.

La mayor prevalencia en DE, seguida de MIR está en la línea de estudios previos encontrados, tanto de EEUU, como el de Ashwin¹⁷⁸ o europeos como el de Melani¹⁷⁹, donde el mayor número de fumadores se daba entre los estudiantes de enfermería respecto a los de medicina, y además no hayó modificación de los hábitos tabáquicos de ambos durante el pregrado. Los peores resultados entre DE harían pensar en la necesidad de intensificar los esfuerzos respecto a la prevención del tabaquismo en sanitarios fundamentalmente en esta población.

En algunas especialidades, como Neumología, Romero¹⁷⁶ detectó una distribución semejante según nivel profesional, con un 25,8% en DE, le seguían los MIR con un 23,4% y por último los Médicos especialistas con un 10,9%. En el estudio de Prieto¹⁶⁸, realizado a nivel Hospitalario, por el contrario, la mayor prevalencia se dió en Médicos con un 31,4%, seguido de DE con un 25,4%, posiblemente la causa de la diferencia sea la edad, puesto que la mayor parte de los fumadores tenían de 36 a 50 años de edad y generalmente el colectivo de DE es más joven.

Los resultados obtenidos en el análisis de la variable especialidad, indican que los que más fumaban eran ORL, donde un 38,2% de los especialistas lo hacían, seguidos de Medicina Interna con un 36,8%, Ginecología con un 35% y en cuarto lugar Neurología con un 33,3%. Por el contrario, en los resultados de Insalud en 1998¹⁷¹, eran fumadores el 39,8% de los Médicos de Familia y el 30,5% de los Ginecólogos, Cardiólogos y Neumólogos, si bien posteriormente en un estudio realizado por Romero¹⁷⁶ entre miembros de la SEPAR (Neumología y Cirugía Torácica), la prevalencia encontrada era menor, un 15,1% y en el de López¹²⁵, realizado en Cardiólogos, de un 8,7%. Por lo que la cifra obtenida en los resultados de Insalud podría estar incrementada bien por el mayor consumo de las tres especialidades que ha ido descendiendo hasta nuestros días, o bien exclusivamente por el de Ginecología que es superior a los otros dos.

Por tanto, la mayor parte de los sanitarios fumadores, 63,5%, se encontraban en Atención Primaria, cifra semejante a la encontrada en el estudio realizado por la SEPAR en 1985¹⁷⁰, donde el 61% de los fumadores trabajaba en ambulatorios. Considerando globalmente cada especialidad, el 26,6% de fumadores de Atención Primaria es sólo ligeramente superior al 23,4% encontrado en Atención Especializada. Resultado inferior, pero en la misma línea, que el publicado anteriormente por Gil¹⁷¹, donde la mayor prevalencia estaba en Atención Primaria con un 40,3% respecto a Especializada con un 35,9% y también inferior a estudios previos realizados

en Primaria como el 38,2% encontrado por Martínez¹⁵⁵ o el 58,8% de Viera¹⁵⁶.

Respecto a la distribución por género, la mayor parte de los profesionales sanitarios fumadores eran mujeres con un 25,9%, resultado coherente con la evolución del consumo observada, ya que excepto en la encuesta del CIS de 1985¹⁶⁹, que predominaban los sanitarios fumadores hombres, en todas las encontradas posteriormente, desde 1985 hasta la actualidad^{170,171,180,181,182}, ha predominado en mayor o menor medida el consumo de tabaco en las sanitarias mujeres. Por el contrario, en la población general hay más fumadores hombres con un 40,1%, que mujeres con un 30,1%, según la EDD de 2001¹⁸³, resultados que se mantienen en la ENS de 2003¹⁶² con el 35,1% de hombres y el 21,5% de mujeres y de lo que ocurría en la Comunidad Autónoma de Aragón donde había un 38,6% de hombres fumadores y un 20,9% de mujeres fumadoras, según la ENS de 2001¹⁶¹.

Conviene resaltar el hecho de que en la población general, si bien esta disminuyendo la prevalencia entre las mujeres de algunos países desarrollados como Australia, Canadá, Reino Unido o EE.UU, esta tendencia no se encuentra en todos, así, tanto en Europa del sur, como central y oriental o está aumentando todavía o no ha mostrado declive, según World Health Organization¹⁸⁴. Resultados coherentes con el modelo de difusión de la epidemia de tabaquismo en España, así, según el estudio de Nebot¹⁶³, aparece una disminución marcada del tabaquismo entre los hombres, y, por el contrario, un aumento de la prevalencia en las mujeres, que se mantiene estable desde 1992.

Los profesionales sanitarios que fumaban, tenían de media, dos meses más de edad que los que no fumaban, tendencia contraria a la hallada tanto en el CIS de 1985¹⁶⁹, donde fumaban el 65% de los médicos menores de 30 años y sólo lo hacían el 35% de los mayores de 60 años, como también en el estudio realizado por la SEPAR en 1985¹⁷⁰, donde los menores de 35

años fumaban en un 53,5%, mientras que los mayores de 50 años lo hacían en el 37,7%. La mayor parte de los sanitarios fumadores está en el rango comprendido entre los 20 y los 45 años, al igual que en la población general, donde el grupo entre 20 y 40 años es el que presentaba mayor proporción de fumadores diarios, según los datos de la EDD de 2001¹⁸³ y entre 25 y 44 años según la ENS de 2003¹⁶². Estos datos concordaban con los obtenidos en estudios realizados por Nerín, donde llamaba la atención que el 32% de los alumnos de Medicina fumadores habían empezado a hacerlo durante la carrera de Medicina^{185,186}, o que se pasaba de un 20% en primer curso a un 31% al comienzo de tercer curso¹⁸⁷, pudiendo ser un reflejo de la poca importancia con que se trata el tema del tabaquismo durante el período de formación de pregrado; o bien con el trabajo de Ferry¹⁸⁸, de resultados similares, obtenidos en facultades de medicina americanas. Ambos resultados contrastan con los obtenidos por Fréour¹⁸⁹, en una encuesta realizada a médicos franceses, que observó una prevalencia menor en médicos jóvenes, quizás por una mejor educación antitabáquica en otras facultades de medicina europeas. Estos resultados confirman la necesidad de diseñar intervenciones específicas antitabaco, que incluyan tanto prevención como tratamiento, en las Facultades de Medicina y en las Escuelas Universitarias de Enfermería.

Es destacable, por las implicaciones para el futuro, el hecho de que sean los sanitarios más jóvenes los más fumadores, al igual que en la población general, donde Nebot¹⁶³, encontró que para los jóvenes de 15 a 24 años la tendencia general ha sido un aumento de la prevalencia desde 1993 hasta el 2000.

En cuanto a la distribución de los grupos de edad según el género, era similar a la población general, según los resultados de la ENS de 2001¹⁶¹ y previas, en las que los hombres presentaban prevalencias de consumo más altas en los grupos de edad superiores. Así, en la muestra, las mujeres sanitarias fumadoras predominaban en el grupo de menos de 19 años y de

20 a 45 años, mientras que los hombres lo hacían en los grupos de más de 46 años. Los datos obtenidos y los de la ENS tanto del año 2001¹⁶¹ como del 2003¹⁶² eran similares, no tanto en cifras de prevalencia, que variaban ligeramente, al referirse a rangos de edad diferentes, sino en las características y patrones generales de este consumo por edad y género.

1.4. CONVIVIENTES FUMADORES

El tabaquismo pasivo o involuntario, consiste en la exposición de no fumadores a los productos de la combustión del tabaco en espacios cerrados¹⁹⁰. Esta circunstancia produce la inhalación de una cantidad de humo que llega a ser la tercera causa de muerte evitable en los países desarrollados, tras el tabaquismo activo y el alcoholismo¹⁹⁰. En estudios publicados recientemente como el de Vineis¹⁹¹, McGhee¹⁹², Whincup¹⁹³ o Hill¹⁹⁴, se ha encontrado relación con cáncer de faringe, laringe y pulmón, EPOC, enfisema, accidente cerebro-vascular, cardiopatía isquémica y mortalidad general.

Con estos datos, es fácil entender que el establecimiento de lugares libres de humo es un punto importante en la reducción de la mortalidad y morbilidad evitables en la población. Dada la importancia de conocer la exposición al humo ambiental del tabaco (HAT), se investigó esta circunstancia en la muestra encontrando que la mayor parte de los sanitarios no tenían convivientes fumadores (domicilio o ámbito laboral), pero aún lo presentaban el 35,9%. Cifra francamente inferior a la encontrada en otros estudios, para población general, como los de Janson¹⁹⁵ o Nebot¹⁹⁶ que la situaban entorno al 60% y Twose¹⁹⁷ que encontró que el 66,2% estuvieron expuestos al HAT.

La distribución de sanitarios con convivientes fumadores era similar en las tres provincias. Según especialidad, eran Ginecología y Neumología las

que tenían mayor número de convivientes fumadores con un 57,6% y 50% respectivamente. En la muestra, Ginecología era una de las especialidades con mayor prevalencia de fumadores, por lo que no sorprende que sea también de las que más convivientes fumadores presentaban. Concordante con estudios previos donde el 30% se consideraban fumadores pasivos en el trabajo y un 12-16% en el ámbito doméstico¹⁹⁸. Por el contrario llama la atención que sea Neumología otra de las especialidades con más convivientes, siendo que es una de las que menor consumo presentaban entre los profesionales, por lo que los convivientes estaban mayoritariamente en el hogar, quizá no ha pasado tiempo suficiente desde su cambio de actitud frente al tabaquismo como para que se refleje su efecto ejemplarizante en los convivientes. Resultado similar al encontrado por He¹⁹⁹, donde, en términos de riesgo relativo, se encontró que era superior si se valoraba sólo la exposición en los hogares, con un 1,17 (IC95%: 1,11-1,24), que en el trabajo, con un 1,11 (IC95%: 1-1,23).

Respecto al tipo de contrato, tenían más convivientes fumadores los sanitarios con plaza en propiedad, aspecto que podría ser únicamente el reflejo de que tanto los sanitarios con plaza en propiedad como sus convivientes con hábito tabáquico tienen mayor edad, lo que coincide con la mayor prevalencia de fumadores en la población general entre 25 y 44 años según la ENS de 2003¹⁶².

En el estudio no se encontraron diferencias significativas respecto al género, y aumentaba la proporción de convivientes fumadores a medida que aumentaba la edad. Por el contrario en la literatura revisada, en la población general, sí se encontraban diferencias respecto al género, un 30% para los hombres respecto a un 32,1% en las mujeres y por otro lado, la proporción de convivientes fumadores disminuía con la edad¹⁹⁸. Posiblemente la causa sea que en los estudios previos había diferencias en cuanto al género, siendo superiores las mujeres convivientes fumadoras como reflejo de la alta prevalencia de tabaquismo entre los hombres, por el contrario, en la muestra

estudiada actualmente ya no hay diferencias en cuanto al género, en los convivientes fumadores, como un reflejo de la alta prevalencia de mujeres fumadoras²⁰⁰, resultado de campañas publicitarias destinadas al consumo de tabaco en la mujer²⁰¹. En esta misma línea estarían los resultados encontrados por Towse¹⁹⁷ donde incluso ya se invertían los resultados, como en la muestra estudiada, siendo los hombres los que más estuvieron expuestos al HAT (69,5% los hombres y 62,9% las mujeres).

El mayor número de convivientes fumadores se daba en los sanitarios que estaban casados o vivían en pareja y en los que estaban viudos con un 40,5% y 50% respectivamente, aspecto que como hemos comentado previamente podría ser simplemente el reflejo de la mayor prevalencia de tabaquismo en la población general en las personas entre 25 y 44 años¹⁶². En un metaanálisis realizado por Hachshaw²⁰², se concluyó que estar casado con un fumador/a aumentaba el riesgo de cáncer de pulmón en un 26% (IC95%: 8-49) y que había una correlación según el número de años de convivencia.

Dado que el tabaquismo pasivo es un problema de salud pública relevante en nuestro país⁴¹, se impone el establecer medidas encaminadas a la concienciación de los riesgos y a impulsar la legislación en defensa del derecho a la salud de los no fumadores mediante la regulación de “espacios sin humo”²⁰³. Considerando además que las intervenciones sobre tabaquismo en el medio laboral han demostrado su eficacia^{204,205}, sería necesario plantear nuevas medidas encaminadas a disminuir la prevalencia de fumadores entre los sanitarios.

1.5. AÑOS COMO FUMADOR

Es conocido que existe una relación entre el número de años de fumador y la posibilidad de dejar de fumar. Así, cuánto más tiempo lleva un fumador

con el hábito, más dificultad experimenta ante un intento de abandono y, por tanto, tiene menos posibilidades de dejar de fumar²⁰⁶.

El tiempo medio que llevaban fumando los sanitarios se situaba en los 19 años, tendencia similar a la detectada por Sánchez¹⁷⁰, en la encuesta de la SEPAR de 1985, donde el 27,2% habían abandonado el hábito después de los 40 años. Se sabe que el inicio en el consumo de tabaco se realiza en nuestro contexto sociocultural en edad escolar^{176,207}. Según el trabajo de Ariza²⁰⁸, a la edad de 20 años llegan a la fase de consolidación anualmente el 42% de las chicas adolescentes y el 22.7% de los chicos, después de uno o dos años de experimentación. Esta tendencia es semejante a la hallada en el resto de Europa, donde según la European Bureau for Action on Smoking Prevention²⁰⁹, más del 90% de los fumadores comienzan antes de los 20 años. Al analizarlo por provincias, en las tres se mantenía una distribución parecida, la mayor parte de los sanitarios fumadores llevaban entre 11 y 30 años fumando.

Respecto al nivel profesional, eran los Médicos especialistas los que llevaban más tiempo fumando, el 33,7% llevaban entre 21 y 30 años, le seguían los DE, donde el 37,9% llevaba entre 11 y 20 años y por último los MIR donde el 65,2% llevaban entre 1 y 10 años. Esta tendencia se explica por la diferencia de edad, ya que se detectó que la misma era un factor de confusión no modificadora del efecto. Se han encontrado resultados semejantes para sanitarios en el estudio de Gil¹⁷¹, donde la edad media de inicio del consumo era de 18 años, o en el de Fernández¹⁴⁵ donde igualmente se encontró una edad media de comienzo de 18 años para los DE. Respecto a MIR en el estudio realizado por Ruiz¹⁶², el 61,5% de los fumadores se había iniciado en el consumo antes de comenzar su formación universitaria.

En cuanto al ámbito laboral, en los centros de Atención Primaria el 42% llevaban entre 11 y 20 años fumando, mientras que en Atención

Especializada el 35% llevaban entre 21 y 30 años. Éste resultado podría explicarse por la diferencia de edad, ya que como se ha comentado, se encontró que era factor de confusión no modificadora del efecto, y concuerda con los resultados encontrados en estudios previos, donde se observaba una prevalencia elevada del tabaquismo entre niños y adolescentes²⁰⁰ que ha ido en aumento en los últimos años¹⁶³, por lo que los datos obtenidos podrían ser debidos a la menor edad de los sanitarios de Atención Primaria.

Según el tipo de contrato, los sanitarios con plaza en propiedad llevaban fumando en un 38,5% de 21 a 30 años, en cambio los que tenían plaza eventual, en un 44,6% llevaban fumando de 1 a 10 años. Igualmente se podría deber este resultado a la diferencia de edad, ya que en el análisis aparecía como factor de confusión no modificadora del efecto. El resultado concuerda con la literatura, donde el mayor número de fumadores se da entre los grupos de menor edad y en este caso el grupo de menor edad es el que no tiene todavía plaza en propiedad y pertenecen al grupo con plaza eventual²⁰⁰.

Los sanitarios hombres llevaban más tiempo fumando, el 31,7% de 21 a 30 años, respecto a las mujeres que el 40% llevaban de 11 a 20 años. Tendencia que se explica también por la diferencia de edad, que en este caso, una vez más, era factor de confusión no modificadora del efecto. Como se observaba en resultados, los sanitarios de mayor edad son fundamentalmente hombres, y no ha sido hasta las últimas promociones, tanto para Médicos (especialistas o MIR) como para DE, donde se ha producido un giro predominando las mujeres. Esta diferencia en la distribución de los sanitarios en cuanto al género y edad, predominando los hombres en el grupo de edad superior y las mujeres en los inferiores, explicaría la diferencia encontrada en cuanto al tiempo de fumador según género²¹⁰.

En relación con la edad, el grupo más joven llevaba menos tiempo fumando, de 1 a 10 años en un 100% para los menores de 20 años, y en un 71,1% para los de 20 a 34 años, le sigue el grupo intermedio, de 11 a 20 años en un 40,4% para los de edades comprendidas entre 35 y 49 años y en un 34,2% para los de 50 a 65 años, y por último el grupo de mayor edad, de 31 a 40 años fumando en un 100%. Resultado compatible con un hábito que suele comenzar en edades tempranas de la vida, por lo que el grupo más joven, recién iniciado en el consumo de tabaco, lleva menos tiempo fumando que el grupo de mayor edad, que se inició como fumador igualmente en la adolescencia²¹¹.

Otro aspecto a considerar en este sentido son las exitosas técnicas desarrolladas por la industria tabacalera, cuya táctica principal ha sido presentar el tabaco unido a una serie de valores positivos atractivos para la juventud, según un estudio efectuado por el Instituto de Salud Carlos III de Madrid²¹². Posiblemente la prevención que se ha realizado hasta ahora sea menos efectiva que el esfuerzo que ha realizado la industria en pro del tabaco²¹³.

En la muestra estudiada, según el estado civil, los sanitarios solteros eran los que menos tiempo llevaban fumando, de 1 a 10 años en un 53,8%, le seguían los casados o que viven en pareja, de 11 a 20 años en un 36,1%, y por último los que estaban separados, de 21 a 30 años en un 40%. Ésta diferencia se explica igualmente por la diferencia de edad ya que se encontró que era factor de confusión no modificadora del efecto. Así, los solteros eran los de menor edad, le seguían los casados o que vivían en pareja y por último, los de mayor edad que corresponderían al grupo de los separados²⁰⁰.

1.6. INTENCIÓN DE DEJAR EL HÁBITO TABÁQUICO

El abandono del tabaco es la decisión más saludable que puede tomar un fumador. En la muestra estudiada, se había planteado dejar de fumar el 40,8% de los sanitarios fumadores, cifra inferior al 54% encontrado en el estudio del CIS de 1985¹⁶⁹ o al 66,8% de un estudio realizado a sanitarios posteriormente, en 1997²²⁵, y similar al 40,5%, hallado por Arévalo¹⁷², también en 1997. Trabajos más actuales como el de Esteves²¹⁴ del 2003, sitúan esta cifra en torno al 70%.

Por provincias, los sanitarios que más se habían planteado dejar de fumar eran los de Teruel con un 43,3% y según ámbito laboral, los sanitarios de centros de Atención Primaria con un 44,8%. Posiblemente el hecho de ser los principales receptores e intermediarios de numerosas intervenciones realizadas sobre la población general (campañas institucionales, hospitales sin humo, semana sin humo²¹⁵, etc), haya influido en este colectivo para plantearse en mayor número el cese del hábito.

Los que menos se habían planteado dejar de fumar eran DE con un 66,2% según nivel profesional, y, respecto al tipo de contrato, los sanitarios que tenían plaza eventual con un 44,4%. Ambos casos, tanto DE como los sanitarios que no tenían plaza fija, eran grupos donde se encontraban los sanitarios de menor edad, y según los resultados encontrados en la literatura era precisamente el grupo de menor edad, el que menos se planteaba dejar el hábito tabáquico^{225,219}. Resulta curioso destacar que, a pesar de no ser la diferencia significativa, eran los MIR los que más contestaban que se habían planteado dejar el hábito tabáquico en la muestra, a pesar de ser los sanitarios de menor edad, resultado además coherente con los previos encontrados, como el de Ruiz¹⁷⁵ donde un 79,4% de los MIR de Neumología o el de Arévalo¹⁷², con el 75% de MIR de todas las especialidades, habían pensado abandonar el hábito tabáquico. Sin embargo, esta intención no se traduce en un aumento de exfumadores en la muestra, como se ha

analizado en un apartado anterior, lo que nos obligaría a incidir activamente con distintas medidas en este grupo, para aprovechar el cambio de actitud respecto al hábito de este colectivo y conseguir disminuir la prevalencia de médicos jóvenes fumadores.

Estos resultados serían también coherentes con estudios previos como el de Ashwin¹⁷⁸ en EEUU, que encontró que sólo el 25% de los estudiantes de DE consideraban la cesación tabáquica de los sanitarios como realmente efectiva para influir en el hábito tabáquico de los pacientes fumadores, mientras que el porcentaje entre los estudiantes de medicina era muy superior, o el de Melani¹⁷⁹ en Europa, donde igualmente eran los estudiantes de DE los menos conscientes de su responsabilidad médica. Por el contrario en los resultados encontrados por Fernández¹⁴⁵ en DE, al 77% le gustaría bastante o mucho dejar de fumar y el 69% refiere haberlo intentado alguna vez, pero sólo han solicitado ayuda para intentar dejar de fumar el 14% y menos de la mitad, el 48%, prevé que dentro de 2 años habrá abandonado el hábito.

No había diferencias significativas en cuanto al género, lo cual contrastaba con la literatura donde sí las había a favor de los sanitarios hombres^{172,225}. Desde estos estudios previos, realizados en 1997, hasta nuestros días, se ha producido la señal de alarma respecto al aumento de consumo de tabaco por parte de la mujer²¹⁶ y las consiguientes campañas de información dirigidas específicamente para ellas, lo que posiblemente haya hecho aumentar el porcentaje de las que se plantean abandonar el hábito tabáquico hasta igualarse o incluso ser superior al de los hombres, como se encontró en la muestra. Destacar en este sentido un estudio con resultados poco alentadores de Martínez Frías²¹⁷ sobre el consumo de tabaco en mujeres embarazadas, donde halló que no sólo no ha disminuído la prevalencia de mujeres fumadoras durante la gestación sino que además las más fumadoras son las de menor edad. Y además como afirma Villalbí²¹⁸

muchas de las mujeres que sí lo dejan durante el embarazo, reinician el consumo apenas culminado el parto.

Respecto a la edad, los que más se habían planteado dejar de fumar eran los sanitarios de edades intermedias, al igual que en el estudio del CIS de 1985¹⁶⁹ o el de Arévalo¹⁷², y en contra del estudio de 1997²²⁵, donde la mayor frecuencia se daba a partir de los 45 años.

Los sanitarios solteros eran los que menos habían pensado cambiar de actitud respecto a su hábito tabáquico, resultado que concuerda con estudios previos, puesto que los solteros eran el grupo de menor edad y como se ha comentado previamente diversos estudios han concluido que en las edades más jóvenes era donde menos se planteaba abandonar el hábito de fumador^{225,219}.

1.7. MOTIVO PARA DEJAR DE FUMAR

Los profesionales sanitarios desempeñan un importante papel modélico, social, de apoyo y educador en la sociedad²²⁰. Además conocen todos los riesgos que conlleva el hábito tabáquico, por ello, conocer las causas que motivarían el cambio de actitud necesario para dejar de fumar se consideró como prioritario para poder realizar intervenciones futuras en este colectivo. El principal motivo expuesto por los sanitarios que fumaban para plantearse el cese del hábito, era con un 42,2% la posible patología que puede producir el mantenimiento del hábito tabáquico, igualado con la ausencia de motivos para dejar de fumar. El siguiente motivo sería el deseo de salud con un 11%. Según el nivel profesional, los resultados obtenidos indicaban que los MIR en un 57,1% consideraban como principal causa para propiciar un cambio de actitud respecto al hábito tabáquico las enfermedades derivadas del consumo de tabaco. Resultados similares a los hallados en el estudio de Ruiz¹⁷⁵, donde la prevención de las futuras enfermedades era la principal

razón expuesta por los MIR para dejar el hábito en un 82,5% o en el estudio de Fernández¹⁴⁵, donde la mayor parte de los DE, el 54%, referían como principal motivo para la abstención el aumento de preocupación por los efectos nocivos del tabaco. En el mismo estudio de Fernández¹⁴⁵, las presiones del entorno cercano en un 17%, ningún motivo en especial en el 16%, embarazo en el 12% y deseo de dar buen ejemplo a los pacientes en el 10% también fueron citados, aunque en menor porcentaje por los DE. Es destacable el hecho de que en la muestra se encontrara también un bajo porcentaje de sanitarios que esgrimiesen la función modélica como motivo para el abandono del hábito, así ningún MIR y sólo el 0,8% ó el 1,1% respectivamente de los Médicos especialistas y DE lo señalaron como causa que les indujese un cambio de actitud. Por el contrario, en la población general predominaban como principales motivos las molestias producidas por el tabaco con un 19,8% y la influencia del consejo médico con un 18,2%, más que la preocupación por los efectos nocivos que con un 14,4% aparecía en tercer lugar, según los resultados de la ENS 2001¹⁶¹.

No había diferencias respecto a los motivos expuestos por los sanitarios en las diferentes provincias, ni en el ámbito laboral. Tampoco había diferencias en los motivos expuestos según especialidad, tipo de contrato, ni según género, edad, ni estado civil. Por el contrario en la ENS de 2001 sí había diferencias según género en la población general, para los hombres el consejo médico era el primero con un 22,8% y para las mujeres las molestias derivadas del consumo con un 15,2%¹⁶¹.

Por ello, en base a los resultados obtenidos, las actividades dirigidas a profesionales sanitarios fumadores, de características similares a las de la muestra, para inducir un cambio de actitud respecto a su hábito, deberían diseñarse sobre la base de las patologías relacionadas con el hábito tabáquico, y dirigirse a todos ellos, no siendo necesario diferenciar según ninguno de los aspectos laborales o sociodemográficos estudiados en la muestra.

1.8. NÚMERO DE INTENTOS PREVIOS

De todos los fumadores que intentan dejar el hábito del tabaco, lo consiguen anualmente de un 0,3% cuando lo hacen espontáneamente²⁶⁷ a un 41,9% cuando se utilizan programas específicos para ayudar a dejar de fumar, como el Programa para dejar de fumar del Ayuntamiento de Madrid²²¹. La tasa de abandono general entre los fumadores que son ayudados con terapia de reemplazamiento con nicotina, independientemente del tipo de ésta, se estima próxima al 1,5% anual, según publicó Mola²²², y ligeramente superior para los que son ayudados con bupropion según Carnero²²³, ambos basados en los resultados de metaanálisis realizados por la Colaboración Cochrane. La mayoría de los fumadores cuando acuden a los profesionales sanitarios en demanda de ayuda para dejar de fumar comentan que han fracasado anteriormente en el abandono, generalmente han efectuado más de un intento previo²²⁴. En la muestra de sanitarios, la mediana era de un intento para cada fumador, antes de dejarlo, resultado inferior a los datos encontrados en la literatura, como el estudio de Hasper²²⁵, donde hasta el 72,5% de los fumadores lo habían intentado más de una vez.

El número de intentos previos que habían realizado los sanitarios fumadores antes de dejar el hábito era similar en las tres provincias aragonesas. También era semejante según el nivel profesional, así los Médicos especialistas en un 41,3% lo habían intentado previamente de 1 a 2 veces, mientras que los DE y MIR, no lo habían intentado previamente nunca en un 40,6% y un 52,2% respectivamente, similar al estudio de Ruiz¹⁷⁵ donde la mayor parte de los MIR de Neumología fumadores no lo había intentado dejar nunca. Resultado curioso si se tiene en cuenta que en un apartado anterior, en el que se analizaba la intención de abandonar el hábito, eran precisamente los MIR los que más contestaban que habían

pensado dejar de fumar, si bien son los que en la práctica menos lo habían intentado seriamente.

Respecto al ámbito laboral, la mayor parte de los sanitarios de Atención Especializada, concretamente el 46,5%, habían abandonado el hábito sin intentos previos la mayor parte de las veces, y en cambio, los de centros de Atención Primaria, después de 1 ó 2 intentos en un 40%. Resultado que contrasta con estudios previos como el de Romero¹⁷⁶, donde el 70%, de los miembros de la SEPAR fumadores habían intentado dejarlo al menos una vez.

Según el tipo de contrato, el 36,5% de los sanitarios con plaza en propiedad, habían tenido previamente 1 ó 2 intentos previos, mientras que el 41,1% de los eventuales no habían hecho previamente ningún intento. Posiblemente las diferencias encontradas en este resultado puedan ser explicadas por la diferencia de género y edad en ambos grupos²⁰⁰.

Los sanitarios hombres en el 37,8%, no habían realizado intentos previos, en cambio las sanitarias mujeres, en el 39%, habían realizado 1 ó 2 intentos antes de abandonar definitivamente el hábito tabáquico. Las diferencias en cuanto a las características de la deshabituación tabáquica en la mujer podrían explicar este resultado, al encontrar éstas más dificultad o menor motivación²²⁶. No había diferencias significativas respecto al grupo de edad.

Los resultados obtenidos indican que los sanitarios solteros no habían realizado ningún intento previo en un 52,4%, mientras que los casados o que vivían en pareja habían realizado de 1 a 2 intentos previos en un 41,4%. El hecho ya comentado de que los sanitarios solteros eran los de menor edad, podría ser la causa de que fuesen los que menos se habían planteado dejar de fumar y podría explicar la diferencia encontrada²⁰⁰. Por otro lado es de destacar el hecho de que fuesen los sanitarios que tenían convivientes

fumadores los que reconocieron no haber intentado previamente dejar de fumar.

No se debe olvidar que la existencia de intentos fallidos previos puede ser un indicativo de la dependencia al hábito tabáquico, por lo que el análisis de los motivos de recaída puede ser de gran importancia para diseñar el plan de actuación al fumador con mayores probabilidades de éxito²²⁷.

2. ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO EN LA CONSULTA DIARIA.

Según la Oficina Regional Europea de la OMS⁴¹, la reducción del consumo de tabaco es la más importante medida de Salud Pública que los países pueden adoptar en beneficio de su salud y economía. De este modo, como remarca Clemente²²⁸, argumentos justificantes de una baja intervención, como la falta de tiempo, incompetencia y la percepción de que los porcentajes de éxito son bajos, no deberían ser válidos ya que implicaría considerar al tabaquismo como un problema de “mínima prioridad”. Además desde la ratificación por parte del Gobierno Español del Convenio Marco de la OMS, que entrará en vigor el 27 de febrero de 2005²²⁹, y que supone un claro intento de regular este producto, comienza un nuevo capítulo en el que la protección de la salud debe prevalecer²³⁰.

2.1. CAPACITACIÓN DEL PROFESIONAL

Aunque muchos sanitarios puedan creer que no están capacitados para abordar el tratamiento del tabaquismo, evidencias científicas sugieren que todos los profesionales de la salud pueden ayudar a los fumadores^{166,231}.

Cuando se analizó la capacitación profesional en la muestra, el 52,9% sí se consideraban con las habilidades suficientes, frente al 47,1% que pensaban no tenerlas. Porcentaje superior al encontrado en estudios previos como los de O'Loughlin²³² o Noble²³³, donde de media solo un 35,7% se consideraban capacitados o con las habilidades necesarias.

Considerando globalmente la profesión, se consideraban más capacitados los Médicos especialistas con un 63,8%, seguidos de MIR con un 57,7% y por último DE con un 33,8%, reflejo posiblemente de las diferencias de formación académica. Fernández¹⁴⁵ aún encontró una proporción inferior entre DE, concretamente sólo el 12% decía tener conocimientos suficientes para llevar programas de deshabituación.

Uno de los elementos de análisis fué la percepción subjetiva sobre las habilidades del profesional para abordar al fumador en la consulta diaria. Estudiada esta variable respecto a las diferentes especialidades resultó que, los sanitarios con más habilidades para abordar al fumador eran en primer lugar Medicina Preventiva con un 100%, Neumología con un 91,7%, seguido de Medicina Interna con un 64,3% y Medicina de Familia con un 56,7%. En el otro extremo estarían los sanitarios que menos capacitados se consideran para abordar al paciente fumador en la consulta y que eran los especialistas de Neurología con un 100%, seguidos de Oncología con un 81,8% y Cardiología con un 64,1%. Los sanitarios trabajadores de centros de Atención Primaria, en conjunto, eran los que más capacitados se consideran para abordar al fumador en la consulta diaria, 55,4% respecto al 48,9% de Especializada. En los estudios previos encontrados se mantenía esta proporción con un 40,9%²³² de sanitarios de Atención Primaria que se consideraban con habilidades suficientes para ayudar al fumador, respecto al 30,5% de Atención Especializada²³³. El hecho de que se consideren más capacitados los sanitarios de centros de Atención Primaria es importante en el abordaje del tabaquismo ya que posee unas características intrínsecas que le facilitan y le obligan a tener un papel más activo en el abordaje del

tabaquismo, en prevención primaria y mediante consultas de intervención mínima o básica. Más del 75% de la población pasa anualmente por las consultas de Atención Primaria y el 90% lo hace en 5 años²³⁴. Lo que proporciona una oportunidad única de poder intervenir inicialmente en el paciente fumador. Además estudios realizados comparando los resultados obtenidos por Atención Primaria y Especializada, como el prospectivo realizado por Torrecilla²³⁵, aconsejaban el tratamiento del tabaquismo de forma global en el marco de Atención Primaria, bien mediante intervención mínima sistematizada o terapia farmacológica con nicotina.

Se consideraban más capacitados los sanitarios hombres. Respecto a la edad, tenían de media 33 meses más los que se consideraban capacitados y a medida que aumentaba la edad lo hacía la capacitación, los de edades comprendidas entre 20 y 34 años, se consideraban capacitados en un 48,5 %, los de 35 a 49 años en un 57,3% y los de 50 a 65 años en un 62,1%. Posiblemente, una de las razones para explicar este resultado es que la mayor parte de los Médicos y DE tenían escasos conocimientos ya que no fueron instruidos durante sus estudios sobre los métodos para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar, y es a posteriori cuando van adquiriendo las habilidades necesarias. Posiblemente si se potenciara la inclusión de temas de Tabaquismo en el programa curricular de pregrado de los estudiantes de Medicina y en las Escuelas de Enfermería, este resultado se invertiría^{303,304}.

Se encontraron diferencias, aunque no significativas, respecto al hábito tabáquico, siendo los sanitarios exfumadores los que se consideraban más capacitados. Resultados que coinciden con los estudios previos por los que se sabe que los médicos fumadores con menor frecuencia tomaban un rol activo³⁰⁷.

Otro aspecto a considerar y que no se analizó en la muestra, es el efecto del Síndrome de estrés del sanitario, ya que en el estudio de Josseran¹⁵⁹ se encontró que los médicos que estaban descontentos con su trabajo se

consideraban menos capacitados para abordar al paciente fumador (OR=0.75; IC95%: 0.60–0.92).

2.2. DETECCIÓN DE FUMADORES EN LA CONSULTA

Aunque el registro del hábito tabáquico debería estar totalmente integrado en la práctica asistencial habitual, la situación real dista aún mucho de la ideal. Cuando se analizó la detección de fumadores en la consulta diaria resultó que se realizaba prácticamente a un 1,7% de los pacientes. Resultados en la línea de los obtenidos por Sobradillo²³⁶ en el estudio IBERPOC, donde encontró una mayor prevalencia de EPOC entre los fumadores e igualmente un índice muy bajo de diagnóstico, sólo el 21% de los casos detectados lo habían sido previamente. Masa²³⁷ calculó también el coste anual de la EPOC, estimándose en 238,82 millones de euros, por lo que serían necesarias actuaciones que optimicen los recursos, prestando especialmente interés a la detección del paciente fumador.

En la muestra, el 65,2% de los sanitarios contestaron realizar este tipo de intervención. Resultado inferior respecto a estudios previos desarrollados en Atención Primaria, donde el registro de hábitos tóxicos oscilaba entre el 50% de Sánchez²³⁸, el 78,6% de la evaluación PAPPS de 1998²³⁹ y el 92,4% de Izquierdo²⁴⁰. Además si lo comparamos con otros países europeos, en el estudio realizado por Ewen²⁴¹, en Reino Unido y publicado en 2001, el 99% de los sanitarios de Atención Primaria registraban en sus historias la existencia de hábito tabáquico, resultado muy superior al obtenido en la muestra, si bien sólo un 57% lo actualizaban periódicamente, porcentaje inferior al encontrado en Aragón.

La identificación de fumadores estaba relacionada significativamente con el nivel profesional: preguntaban más los Médicos especialistas, concretamente un 59%, seguidos de los DE, con un 32,2% y por último los

MIR con un 7,9%. La mayor parte de los DE de Atención Especializada estudiados en la muestra se quejaba de la falta de consulta propia, lo que le impedía realizar cualquier tipo de actividad sobre el fumador de forma independiente a la consulta médica diaria, donde tampoco podía intervenir. Estos resultados son muy inferiores a los encontrados en estudios previos como el de Gorin²⁴², donde el 76% de los DE realizaban esta intervención, o al de Fernández¹⁴⁵, donde el 64% refirieron preguntar “siempre o habitualmente” en la primera consulta y el 29% en ocasiones “concretas”. Además teniendo en cuenta que son el colectivo sanitario de mayor número, y con más proximidad al paciente, se esta perdiendo una gran oportunidad de intervenir en el paciente fumador. Destacar que en un estudio sobre MIR realizado por Gómez²⁴³, se encontró que el 82% decía que registraba este dato siempre en las historias, resultado muy superior al encontrado en el presente estudio.

También había diferencias según la especialidad; los que menos preguntaban eran Medicina Preventiva, donde un 100% no lo hacían, Neurología con un 87,5% y Pediatría con un 70,7%. En el otro extremo los que más lo hacían eran Neumología, donde el 80,8% sí preguntaban, seguidos de Medicina Interna, con un 75%, y Medicina de Familia, con un 74%. La relación con el ámbito laboral también era significativa; en la muestra se preguntaba más en Atención Primaria, 73%. Según los datos del Ministerio de Sanidad, los porcentajes de personal médico que preguntaba a los pacientes sobre sus hábitos de consumo de tabaco eran también superiores en sanitarios de centros de Atención Primaria con un 85,8%, cifra superior a la obtenida en la muestra y, aunque inferiores a Primaria, se encontraban porcentajes más elevados que los hallados en la muestra en el grupo de Ginecólogos, Cardiólogos y Neumólogos con un 84,3%, pero no así en otras especialidades, donde las cifras eran sensiblemente inferiores^{244,261}. Un elemento de controversia respecto al análisis realizado en el apartado anterior, era que los profesionales que se consideraban con

más habilidades para abordar al fumador, Medicina Preventiva, fueron sin embargo los que menor intervención realizaban. Decir que el hecho de no manejar enfermos y de que su ámbito de trabajo consista en la actividad preventiva o de salud laboral de los trabajadores sanitarios podría haber modificado los resultados de la respuesta. Por el contrario los resultados obtenidos, tanto en Neurología como en Pediatría si son concordantes con estudios previos al considerar la menor capacitación por parte de Neurología y el difícil abordaje por parte de Pediatría a adolescentes en presencia de sus progenitores o por la falta de habilidades en este tema. Resultado compatible con estudios previos como el de Kaplan²⁴⁵ dónde hasta el 86,4% de los pediatras pensaban que los niños proporcionarían respuestas inexactas por la presencia de los padres y el 75,1% carecían de las habilidades necesarias. No obstante y desde la Sociedad Española de Neumología Pediátrica se insiste en el papel fundamental que debería ejercer el pediatra no sólo como cuidador de la salud de los niños sino también como educador sanitario de la familia y muy especialmente en cuanto al tabaquismo²⁴⁶. En este sentido el hecho de que el 60% de los fumadores haya comenzado a hacerlo hacia los 13 años justifica el abordaje desde Atención Primaria y concretamente desde la consulta de Pediatría. Si ampliamos el intervalo de edad a los 20 años, por el hecho de que el 90% de los fumadores ya lo son a esta edad²⁰⁹, hace que tanto Pediatría como Medicina de Familia tengan un papel primordial en cuanto a prevención del tabaquismo²⁴⁷.

El hecho de que se pregunte más en Atención Primaria estaría en la línea de las propuestas realizadas por distintos autores como García²⁴⁸, que recomiendan que el inicio de la intervención al fumador se realice en los centros de Atención Primaria. Según Córdoba²⁴⁹ todos los colectivos profesionales deberían conocer e implementar el espectro completo de los tratamientos efectivos. En los servicios de apoyo deberían estar

profesionales formados en tabaquismo que se dediquen específicamente, a tiempo completo o durante una serie de horas semanales²⁵⁰.

Los sanitarios hombres y en general, los sanitarios de edades comprendidas entre 35 y 49 años, preguntaban más, sin encontrar diferencias al considerar el género para cada uno de los grupos de edad. Resultado preocupante por las implicaciones respecto a la escasa formación o motivación de los sanitarios más jóvenes.

Los exfumadores actuales eran los que más interrogaban sobre el hábito tabáquico en la consulta diaria. Se encontraron igualmente diferencias en el estudio europeo realizado por Josseran¹⁵⁹ en Médicos de Familia franceses (OR=1.51; IC95%: 1.24-1.83), donde la intervención que realizaban los sanitarios exfumadores sobre el paciente con hábito tabáquico era superior a la que proporcionaban los médicos fumadores. Por el contrario, esta tendencia encontrada en los países desarrollados, no se repite en los que están en vías de desarrollo, así, en el estudio realizado por Sánchez²³⁸ en Sudamérica, no había diferencias en la condición de fumador o no fumador del sanitario, posiblemente debido al diferente estadio de la epidemia tabáquica.

2.3. MÉTODOS DE ABORDAJE AL FUMADOR PARA SU DESHABITUACIÓN.

Se conoce que ciertos fumadores dejan de fumar por sí solos, pero se sabe que el consejo, los materiales con información, el seguimiento y la ayuda farmacológica para dejar de fumar incrementan el número de los que lo hacen con éxito²⁵¹.

En un estudio realizado por de la Peña²⁵² para conocer los pacientes con riesgo cardiovascular elevado que tienen controlados los factores de riesgo

mayores, se encontró que el 31,1% eran fumadores y que el control de todos los factores de riesgo de forma global fue escasamente del 6,9%, entre las causas propuestas destaca la actitud poco intervencionista por parte del médico.

Otro aspecto a considerar, es que se están desarrollando diferentes estudios en los que se intenta encontrar una asociación entre variantes (polimorfismos) de genes que codifican proteínas implicadas en el metabolismo de la nicotina o en los mecanismos de neurotransmisión y la aparición y mantenimiento del hábito tabáquico²⁵³. Este será posiblemente el futuro del abordaje al fumador, pero en la actualidad se cuenta con una serie de medidas efectivas dentro de los distintos métodos de ayuda en deshabituación que se analizaron en la muestra y se estudian a continuación.

2.3.1 CONSEJO SANITARIO.

El consejo sanitario es una intervención que ha sido estudiada ampliamente en la literatura. Según los resultados de un metaanálisis reciente realizado por la Colaboración Cochrane²⁵⁴, comparando la eficacia del consejo médico respecto a la atención habitual, sin asesoramiento, se conseguía una diferencia absoluta en la tasa de abandono de aproximadamente el 2,5%. Según resultados de un ensayo clínico realizado por Torrecilla²⁵⁵ se conseguía una abstinencia puntual al año de la intervención del 11%.

El médico es el responsable de informar al paciente acerca de los riesgos que para la salud supone el consumo de tabaco²⁵⁶, además según metaanálisis recientes como el de Gorin²⁵⁷ o Rice²³¹ donde estudiaban la eficacia del consejo administrado por sanitarios o sólo DE respectivamente, concluyeron que este tipo de intervenciones incrementan las posibilidades

de dejar de fumar. Como terapia antitabaco de gran repercusión en la deshabituación tabáquica²⁵⁸, se analizó a cuantos fumadores se había proporcionado consejo sanitario. En la muestra estudiada se había ofrecido de media a un 0,7% de los pacientes, inferior al encontrado en estudios previos, desde el 32,8% ofrecido por Médicos de Familia en la evaluación PAPPS²³⁹, al 52% por Médicos especialistas en la encuesta CIS de 1985¹⁶⁹, o el 64,4% igualmente por Médicos especialistas en el estudio realizado en Madrid en 1995¹⁸⁰ o el 70,1% por sanitarios (Médicos y DE) en la encuesta de Cataluña en 1996¹⁸¹. Sin embargo también se han encontrado otros estudios más en consonancia con el realizado, que revelaban que un alto porcentaje de fumadores no recibían sistemáticamente el consejo antitabaco^{207,259,260} y que sólo del 33%²⁶¹ al 40%²⁶² de las historias reflejaban el ofrecimiento de un consejo sanitario para dejar de fumar. En un estudio realizado por Borguetti²⁶³ el 10% de los fumadores habían abandonado el hábito después de haber recibido este consejo. El porcentaje de sanitarios que afirmaban utilizar este recurso en la muestra estudiada era del 61,6%, superior al 50% encontrado en estudios previos²⁶².

Es destacable la baja proporción de fumadores a los que se había ofrecido consejo en la muestra, según los sanitarios encuestados sólo a un 0,7% de media, como se ha comentado en el párrafo anterior, lo que contrasta con el aumento de la proporción de fumadores que declaraban haber sido aconsejados para dejar de fumar por su médico, según los resultados obtenidos por Nebot¹⁶³, si bien en el estudio realizado por Shelley²⁶⁴, sólo el 16,4% de los estudiantes que fumaban recibieron consejo médico el último año. El hecho de incluir en la muestra a población de todas las edades, incluídos estudiantes, posiblemente sea una causa del porcentaje tan bajo encontrado de consejo ofrecido. Además, resulta contradictorio este dato comparado con el porcentaje de sanitarios que afirmaban utilizar este recurso y que ascendía en la muestra al 61,6%, como se ha analizado anteriormente. Posiblemente parte de la diferencia hallada

sea debida a que en la muestra se estudiaban globalmente los sanitarios de todos los niveles profesionales y de todas las especialidades, lo que hizo bajar la media encontrada. Otra causa apuntada por Litaker²⁶⁵, es que las actitudes de los médicos en el campo de la prevención son todavía insuficientes, siendo necesario insistir en este tema, mediante la formación continuada dirigida específicamente a los profesionales de la salud, para intentar conseguir una mayor provisión de servicios preventivos.

No obstante, esta intervención resulta insuficiente, ya que se sabe que hasta el 70% de las personas fumadoras consultan a su médico cada año²⁶⁶, y que Russell²⁶⁷ demostró que frente al 0,3% de abandonos espontáneos del tabaquismo, un 5,1% conseguían un año de abstinencia después de un mensaje explícito y breve, acompañado de un documento explicativo y posterior seguimiento. Destacar que este método de deshabituación tabáquica presenta pues una excelente relación coste-efectividad²⁶⁸.

En relación con el nivel profesional, daban más consejo los Médicos especialistas con un 71,4%, seguidos de los MIR con un 48,7% y por último los DE con un 48,3%. Tendencia semejante a la encontrada en la literatura, donde del 59,1% al 37% de los Médicos y del 29,5% al 14% de los DE incorporaban el consejo antitabaco en la práctica asistencial diaria^{239,269,270}. Además según encontró Ashwin¹⁷⁸ en un estudio previo, más del 60% de los estudiantes de DE consideraban que el consejo sanitario no era efectivo para dejar de fumar. Por el contrario en el estudio de Fernandez¹⁴⁵, hasta el 77% de los DE afirmaba aconsejar siempre el abandono del hábito a los fumadores y además el 21% lo hacían en algunas situaciones concretas, lo que podría interpretarse como un cambio positivo de actitud en este colectivo, en los últimos años y en España. Teoría que se refuerza por el hecho de que el 94% de los DE encuestados en el trabajo de Fernández¹⁴⁵ estarían interesados en formarse más en este campo, sumado al hecho que el 99% contestaron que los profesionales sanitarios nunca deberían fumar delante de los pacientes para dar un buen ejemplo, por lo que el cambio de

actitud adoptado implica también la aceptación del rol ejemplarizante, y que hasta el 86% opinase que los consejos sanitarios son muy importantes para ayudar a convencer a una persona para que deje de fumar.

También había diferencias según la especialidad; los que menos consejo proporcionaban eran Medicina Preventiva, donde un 100% no lo ofrecían, Neurología con un 87,5% y Pediatría con un 68%. En el caso de pediatría se han encontrado estudios previos en concordancia con este resultado, donde se proponen como causas del mismo la falta de concienciación por parte de los sanitarios de Pediatría y el hecho de que el tabaquismo no sea un problema demandado a estas edades²⁷¹. En el otro extremo los que más consejo proporcionaban eran los especialistas de Neumología, donde el 80,8% si lo hacían, seguidos de Medicina de Familia con un 70,7%. Comparando con estudios previos, habría disminuido tanto la actuación de los Médicos de Familia (85,8%)¹⁷¹ como la de los Neumólogos (84,3%¹⁷¹ ó 87,1%¹⁷⁶).

El consejo oportunista para dejar de fumar, se considera, como se ha comentado previamente, una de las intervenciones más eficientes²⁶⁸, y el mínimo ético que hay que administrar siempre a todos los pacientes fumadores²⁷² debiendo constituir una práctica rutinaria generalizada en el ámbito de la Atención Primaria de salud^{210,273}. Por ello se estudió en la muestra la relación con el ámbito, encontrando diferencias significativas, se preguntaba más en Atención Primaria con un 69,8%. Este porcentaje es inferior al 79,6% encontrado en otros estudios españoles, como el del Insalud de 1998¹⁷¹, sin embargo la actuación era superior a la encontrada en otros países europeos, como Reino Unido, con un 50%²⁴¹. Según los datos del Ministerio de Sanidad¹⁷¹, la atención a fumadores a los que se les ofrece consejo sanitario para dejar de fumar era muy superior en Atención Primaria con un 79,6% respecto a Atención Especializada con un 63%. En el estudio de López¹²⁵ el 90,6% de los Cardiólogos aconsejaba siempre a sus pacientes dejar de fumar. Una vez más llama la atención que son los

médicos que se consideran más capacitados para la deshabituación tabáquica los que menos consejo proporcionan, Medicina Preventiva, resultado concordante con el hallado en el apartado anterior, de no realizar despistaje del paciente fumador, ya que si no se identifica a los fumadores no se les puede ofrecer consejo.

Proporcionaban más consejo los sanitarios hombres, y los del grupo de edad entre 35 y 49 años, en contra de estudios previos donde no había diferencias en cuanto al género¹⁷¹, y a medida que aumentaba la edad del profesional disminuía la actuación sobre tabaquismo¹⁷¹. Posiblemente la causa de la mayor actuación de los sanitarios hombres sea la diferencia en la distribución de los fumadores por sexo, como se ha comentado previamente en otros apartados, en la muestra estudiada, había más exfumadores sanitarios hombres que mujeres, y, por el contrario, predominaban las fumadoras sobre los sanitarios fumadores, lo cual, unido al hecho conocido de la menor intervención de los fumadores¹⁷⁶, podría explicar la diferencia encontrada en la muestra, a favor de una mayor actuación por parte de los sanitarios hombres. Destacar que el hecho de que proporcione más consejo el grupo intermedio de edad estaría en consonancia con los resultados previos analizados en la muestra ya que eran los que más fumadores detectaban. Una vez más llama la atención la escasa actuación de los sanitarios de menor edad y en teoría con menor desgaste profesional²⁷⁴.

Es conocido que el número y la calidad del consejo está influenciado por los propios hábitos del profesional sanitario. Por ello, se analizó también en la muestra el hábito tabáquico de los profesionales de la salud, encontrando²⁷⁵ un mayor asesoramiento al fumador por parte de los sanitarios exfumadores actuales con un 70,4%, y de los nunca fumadores con un 67,3 % del total. Resultado similar a los de estudios previos, como los de Romero¹⁷⁶ o Sánchez²³⁸, donde siempre existía un gradiente descendiente según sea nunca fumador, exfumador actual o fumador activo

y motivo para que se busque sobre todo reducir el número de médicos fumadores y no informadores sobre los peligros para la salud que conlleva el fumar cigarrillos²⁷⁶.

2.3.2 DETERMINACIÓN DE LA ETAPA EN QUE SE ENCUENTRA EL FUMADOR ACTIVO.

Siguiendo el modelo definido por Prochaska y DiClemente²⁷⁷, que permite explicar la evolución de todo fumador desde que se produce el cambio de actitud hasta que consigue el abandono del tabaco, se analizó también si se intentaba conocer la fase en la que estaba el fumador activo, interrogando a cuantos fumadores había preguntado si querían dejarlo. Se había preguntado sólo al 0,3% de los fumadores, y el 53,3% de los sanitarios contestaron que sí precisaban la etapa en que se encontraba el paciente fumador. Según el nivel profesional, preguntaban más los Médicos especialistas con un 60,2%, seguidos de DE con un 43,4% y por último MIR con un 42,1%. Este resultado sería coherente con el encontrado por Fernández¹⁴⁵, ya que, en su estudio, la actitud de los DE se limitaba a ofrecer consejo médico y recomendar al fumador que entrara en un programa de deshabituación tabáquica.

El objetivo de los sanitarios no sólo es conseguir que las personas dejen de fumar, sino, desde un punto de vista más realista, el cambio de estadio dentro de todo el proceso de abandono del tabaquismo comentado²⁷⁸. En la muestra se preguntaba más en Atención Primaria con un 63,7%, situación posiblemente propiciada por la demostrada efectividad de la intervención mínima desde Atención Primaria, teniendo una de las mejores relaciones coste-efectividad de entre todas las actividades preventivas²⁷⁹.

Según la especialidad, los que menos preguntaban eran Medicina Preventiva, el 100% no lo hacían, Neurología con el 87,5% y Pediatría con el

84%. En el otro extremo, los que más preguntaban eran Neumología, donde el 76% sí lo hacían, seguidos de Medicina de Familia con un 64,6%. Como se puede apreciar, la distribución por especialidades era idéntica a la del apartado anterior, lo que significaría que aquellos profesionales que no incluyen en su práctica habitual el consejo sanitario antitabaco, no realizan tampoco el siguiente paso que sería identificar la fase en la que se encuentra ese fumador.

Preguntaban más los sanitarios hombres, el grupo de edad entre 35 y 49 años y respecto al hábito tabáquico, los sanitarios exfumadores actuales con un 64,8%, seguidos de los nunca fumadores con un 57,1%. Resultado compatible con los de los apartados anteriores, dónde se mantiene la tónica de baja actuación por parte de los profesionales mujeres, los más jóvenes y por parte de los sanitarios fumadores.

Conviene destacar que en un estudio realizado por Jiménez-Ruiz²⁸⁰ el 3,6% de los fumadores de la población general, estaban dispuestos a realizar un intento serio por dejar de serlo en el próximo mes, por lo que se debe incidir más en saber la fase en la que se encuentra el fumador para detectar los que quieren dejar de fumar e intentar fijar con ellos una fecha definitiva para abandonar el tabaco.

2.3.3 ACORDAR Y FIJAR UNA FECHA PARA EL CESE TABÁQUICO.

Se analizó también si se animaba al fumador a proponer una fecha definitiva para dejar el hábito hallándose una muy baja actuación en este aspecto por parte de los sanitarios, ya que sólo fijaban fechas con el fumador para abandonar el tabaco el 21,7% de los sanitarios estudiados.

Habían fijado fechas definitivas para dejar de fumar con el paciente fumador, más los Médicos especialistas con un 30,1%, seguidos de MIR con un 10,5% y por último DE con un 10,1%. En estudios previos se ha encontrado una media de 36,6% de sanitarios que fijaban fechas con sus pacientes, tanto a nivel nacional como internacional^{232,233,281}.

También había diferencias según la especialidad; los que menos fijaban fechas definitivas con el paciente para dejar de fumar eran Medicina Preventiva, Neurología y Oncología, el 100% no lo hacían. En el otro extremo los que más acordaban fechas para abandonar el hábito con el paciente eran Neumología con un 46,2%, seguida de Medicina de Familia con un 28,7%. La relación con el ámbito también era significativa; se fijaban más fechas definitivas para dejar de fumar en Atención Primaria, 29%, que en Especializada, 10,2%. Una vez más se pone de manifiesto que las especialidades que no realizan un correcto despistaje del paciente fumador son las que menos intervenciones realizan posteriormente, en este caso fijar una fecha con el fumador para el cese del hábito tabáquico. Estos resultados coincidían con los de estudios previos siendo en Atención Primaria donde se fijaban más fechas definitivas con el paciente fumador, un 61,9%²³², respecto a un 19,9% en Atención Especializada²³³, sin embargo las cifras obtenidas en la muestra, sobre todo en Primaria, eran muy inferiores a las encontradas en este estudio. Posiblemente influyese el hecho de que en el trabajo realizado por O'Loughlin²³² los sanitarios estudiados eran adiestrados previamente y en cambio en la muestra estudiada, no se realizó entrenamiento previo, para de este modo poder conocer la situación real de la que se partía.

Fijaban más fechas definitivas para dejar de fumar con el paciente los sanitarios hombres, lo hacían un 27,4% del total, y los de mayor rango de edad, fijando menos fechas en orden descendente a medida que los sanitarios son más jóvenes y habitualmente más fumadores. Respecto al hábito tabáquico de los sanitarios, fijaban más fechas definitivas para dejar

de fumar los exfumadores actuales, con un 28,3%. Resultados que coinciden con los estudios previos, como el de Villalbí³⁰⁷, en los que los médicos fumadores no suelen tomar un rol activo en el proceso de deshabituación tabáquica de sus pacientes. Es destacable el hecho de que nuevamente son los sanitarios mujeres, los de menor edad y los fumadores activos los que desempeñan un papel menos intervencionista en el proceso de deshabituación tabáquica del paciente fumador.

2.3.4 INFORMACIÓN SOBRE LAS DIFERENTES OPCIONES TERAPEÚTICAS FARMACOLÓGICAS.

El tratamiento farmacológico es considerado como un complemento del apoyo motivacional, especialmente útil en las primeras fases de la intervención para afrontar los síntomas de abstinencia y el deseo de fumar. Por ello numerosos autores como Camaralles³⁰¹, consideran que la administración sanitaria los debería incluir en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Comentar respecto a esta proposición, que en algunas Comunidades Autónomas como Navarra, desde el 2003, parte de los tratamientos de primera línea están parcialmente financiados, concretamente bupropion y dos de las formas de nicotina, chicles y parches²⁸².

Dada su gran relevancia, se analizó la información farmacológica proporcionada al fumador, encontrando en la muestra que sólo se había dado aproximadamente al 0,5% de los fumadores. El 46,2% de los sanitarios afirmaron proporcionar este tipo de información. Resultados intermedios respecto a los previos hallados en la literatura, donde desde un 16% a un 70% de los sanitarios contestaron administrar este tipo de ayuda^{283, 232}.

Comentaban más los tratamientos disponibles para ayudar en la deshabituación tabáquica, los Médicos especialistas, seguidos de DE y por

último MIR, progresión semejante a la encontrada en otros estudios como el de Martínez²⁸⁴ en España o el de McEwen²⁴¹ en Reino Unido, dónde igualmente informaban más sobre los posibles tratamientos los Médicos especialistas que los DE.

Según especialidad, donde se había informado más al fumador era en Neumología con un 79,9%, seguido de Medicina de Familia con un 57,9% y donde menos en Medicina Preventiva, donde el 100% no lo hacían, seguido de Pediatría con un 94,7% y Neurología con un 93,8%. En el caso concreto de los pediatras, todos coincidieron durante la encuesta en que no proporcionaban este tipo de información por considerar que todos ellos estaban contraindicados en menores de 18 años, por lo que no los iban a utilizar, esta falta de formación en deshabituación es compatible con la encontrada en estudios previos como el de Kaplan²⁴⁵. En conjunto, se informaba sobre los tratamientos empleados en deshabituación, fundamentalmente en Atención Primaria, resultado similar a los de estudios previos, ya que frente al 85,7% de sanitarios que informaban sobre los tratamientos posibles y discutían estrategias con el fumador en Atención Primaria²³², en Especializada solo lo hacían un 54,4%²³³.

Es destacable el hecho de que, al igual que en las intervenciones analizadas previamente en la muestra, informaran más los sanitarios hombres con un 51,6%, según la edad el grupo entre 35 y 49 años y respecto al hábito tabáquico de los sanitarios, aleccionaban más sobre los tratamientos de que se dispone en deshabituación, los sanitarios exfumadores actuales con un 55,2%. Resultados compatibles con trabajos anteriores donde el no tabaquismo de los sanitarios se relacionaba con una mejor información al paciente fumador²⁸⁴.

Recordar que dado que el tratamiento farmacológico del tabaquismo permite obtener buenos resultados de abstinencia puntual y combinada,

como recientemente demostró Barrueco²⁸⁵ en un estudio multicéntrico, es importante informar sobre el mismo al paciente fumador.

2.3.5 INICIO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA.

En la actualidad existen dos modalidades farmacológicas de primera línea por las evidencias encontradas sobre su efectividad, el tratamiento sustitutivo con nicotina y el bupropion^{88,95}. Además existen otros fármacos cuya utilidad ha sido ensayada con mayor o menor éxito y que constituirían el tratamiento de segunda línea^{286,287}. Como ya se ha comentado, salvo circunstancias especiales, a todos los fumadores se les debería recomendar un tratamiento de primera línea para ayudar en la deshabituación tabáquica^{288,289}.

En la muestra, el 80% de los profesionales sanitarios no utilizaban tratamiento farmacológico para ayudar al paciente fumador, resultado inferior al encontrado en estudios previos, donde casi la mitad de los sanitarios, un 46,7%, los empleaban^{232,233}.

Esta actitud resulta insuficiente ya que estudios controlados como el de Silagy²⁹⁰, han demostrado que la eficacia de las recomendaciones es mayor cuando se usa el tratamiento farmacológico como terapia coadyuvante en el caso de fumadores motivados.

Conviene resaltar que utilizaban más tratamientos farmacológicos, los Médicos especialistas con un 31,7%, seguidos de los MIR con un 11,8% y por último los DE con un 2%, la causa podría ser la diferente formación respecto a prescripción farmacológica, puesto que muchos DE añadieron en la encuesta que no los utilizaban porque no los podían recetar. Este resultado es similar al encontrado por McEwen²⁴¹, donde los que más

utilizaban este recurso eran los Médicos seguidos de los DE, pero además encontró que eran también los médicos los que más creían que realmente el tratamiento era eficaz para ayudar en deshabituación tabáquica, 86% respecto al 79%, y que merecía la pena el costo que conllevaban este tipo de tratamientos, el 47% respecto al 42%.

Respecto a la especialidad, donde se realizaban más tratamientos para ayudar al fumador era en Neumología con un 38,5% y Medicina de Familia con un 27%. Se trataba farmacológicamente a los fumadores fundamentalmente en Atención Primaria, al 26,8% respecto al 9,3% en Atención Especializada. En estudios previos, llevados a cabo en sanitarios de medio hospitalario, el porcentaje de intervención era superior, ya que de media, un 17% contestó realizar intervención farmacológica^{283,233}, lo que supone un porcentaje muy superior al encontrado en el estudio, casi el doble. Por lo que respecta a Atención Primaria la intervención farmacológica encontrada en publicaciones previas era también superior a la que se realiza desde Especializada y muy superior a la hallada en la muestra, ya que se han encontrado actuaciones apoyadas con tratamientos farmacológicos en pacientes fumadores hasta del 75,2%²³² o del 83%²⁴¹. La gran diferencia de resultados podría explicarse, en parte, por tratarse de sanitarios entrenados en el tema del tabaquismo, al contrario de lo que ocurrió en la muestra, donde nadie recibió previamente ningún curso para mejorar habilidades.

Como se aprecia en los resultados de la muestra, y en concordancia con los obtenidos en apartados anteriores de análisis del abordaje al fumador, realizaban más tratamientos farmacológicos a los fumadores para ayudar en la deshabituación, los sanitarios hombres, el grupo con edades comprendidas entre los 35 y 65 años y respecto al hábito tabáquico de los sanitarios, más los nunca fumadores y los exfumadores actuales con un 20% y 26,4% del total respectivamente. Resultados que coinciden con los estudios previos en los que queda reflejada la menor intervención en tabaquismo de los médicos fumadores³⁰⁷.

Finalmente y siguiendo las normas del National Institute for Clinical Excellence (NICE)²⁹¹ en la actualidad no existe evidencia suficiente para recomendar los tratamientos sustitutivos de nicotina sobre bupropion y biceversa. Además se indica que tras un intento fallido de deshabituación se debe esperar un mínimo de seis meses para plantear un nuevo abandono, a no ser que exista un factor externo justificante del inicio del mismo. Antes de prescribir el tratamiento para un nuevo intento de deshabituación se deben considerar los fármacos recibidos por el paciente previamente. Si con anterioridad se había utilizado alguna forma de nicotina habría que considerar el uso de bupropion. Tratamientos previos con Bupropion no son inconveniente para su reutilización en nuevos intentos²⁹².

Una estrategia nueva con finalidad curativa y preventiva es la administración de vacunas que produzcan anticuerpos antinicotina, pero se encuentran aún en fase de investigación clínica²⁹³.

2.3.6 APOORTE DE DOCUMENTACIÓN DE AYUDA AL FUMADOR.

Los manuales de autoayuda son considerados una cointervención eficaz en el manejo del paciente fumador, como refiere tanto el informe de Surgeon General de 2000²⁹⁴, como el Grupo de Adicción al Tabaco de la Cochrane Collaboration²⁹⁵.

En el estudio realizado se analizó si se proporcionaba material de soporte para ayudar al fumador, encontrando una utilización de esta intervención en sólo el 22,3% de los sanitarios de la muestra. En otros estudios previos el porcentaje de fumadores a los que se entregaba material de soporte (documento informativo) era del 12%²⁹⁶. Esta intervención resulta insuficiente, ya que diversos autores como Russell²⁶⁷ han demostrado la importancia de acompañar con un soporte explicativo el consejo sanitario, ya que ambas intervenciones sumadas conseguían, hasta un 5,1% de

abstinencias al año, frente al 0,3% de abandonos espontáneos del tabaquismo. Estudios más recientes incrementan la cifra de abstinencia conforme aumenta el número de actividades asociadas (consejo, documentación, seguimiento, aporte farmacológico).

En la muestra estudiada, habían proporcionado documentación al fumador, más los Médicos especialistas con un 30,1%, seguidos de DE con un 11,9% y por último MIR con un 11,8%. Considerados globalmente, suponía que un 18,3% de los sanitarios habían proporcionado un soporte al fumador, resultados ligeramente superiores a los encontrados en la evaluación PAPPS, donde un 16,9% utilizaba habitualmente este tipo de recurso en la consulta²³⁹.

También había diferencias según la especialidad, los que menos material de ayuda al fumador proporcionaban eran Ginecología, Medicina Preventiva, Neurología, ORL y Pediatría, que no habían suministrado material de soporte a ningún fumador. En el otro extremo, los que más habían utilizado este recurso eran Neumología, donde el 40,8% proporcionaban algún tipo de material, seguidos de Medicina de Familia con un 32,5%. Este resultado concuerda con las opiniones recogidas durante la realización del estudio ya que en todas las especialidades que no lo utilizaban se objetivó que no recibían ningún tipo de material por parte de administración, instituciones, etc, para ayudar al paciente fumador en la consulta. Por el contrario tanto Neumología como Medicina de Familia sí recibían periódicamente material de soporte para acompañar en la consulta al consejo sanitario. Ya que se trata de un tema de gran impacto social sería deseable que la administración y sociedades científicas tomaran nota y suministraran material de soporte no sólo a las especialidades más directamente implicadas, sino también al resto.

La relación con el ámbito también era significativa; se proporcionaba más material en Atención Primaria con un 32,2% que en Atención Especializada

con un 6,7%. Resultado inferior al 41,8% encontrado por Alonso-Gordo²⁹⁷ sobre la utilización de folletos de información sobre el tabaco para los pacientes en comunidades no transferidas como era en aquel momento Aragón. Destacar que se mantiene en este resultado la línea previa observada, confirmando que la ausencia de despistaje realizada por algunas especialidades dificulta todo tipo de intervención posterior.

Proporcionaban más material de soporte al fumador los sanitarios hombres con un 26,1% del total, los de edades comprendidas entre los 35 y los 49 años y los sanitarios exfumadores actuales con un 27,7%, resultados semejantes a los encontrados en apartados anteriores en los que se ha analizado el abordaje al fumador en la muestra. También coincidía con los resultados de estudios previos por los que se sabía que los médicos fumadores no solían tomar un rol activo³⁰⁷.

2.4. SEGUIMIENTO PERIÓDICO A FUMADORES

No basta con haber integrado el consejo mínimo en la consulta clínica diaria, sino que se hace necesario ampliar la intervención con ayuda y seguimiento a los fumadores³⁰¹. Las intervenciones para prevenir las recaídas son especialmente importantes al inicio del abandono puesto que la mayor parte de las mismas se producen en las primeras dos o tres semanas después de dejar de fumar²⁹⁸. En la muestra analizada resultó que realizaban seguimiento sólo el 19,5% de los sanitarios estudiados, según nivel profesional, más los Médicos especialistas con un 28,3% seguidos de los MIR con un 9,2% y por último los DE con un 7,1%.

Según especialidad, donde se realizaban más seguimientos al fumador era en Neumología con un 28% y Medicina de Familia con un 27,5%. Donde menos en Medicina Preventiva, Neurología y Digestivo, que no hacían ninguno. Se seguía más a los fumadores en Atención Primaria, en un 28%,

resultados ligeramente inferiores a los encontrados en la evaluación PAPPS²³⁹, donde se encontró que un 39,9% realizaba esta actividad en el paciente fumador. Se puede observar como persiste la falta de intervención al fumador en las especialidades que no identifican al mismo.

El seguimiento era realizado en su mayor parte por sanitarios hombres, de edades comprendidas entre 35 y 49 años y según el hábito tabáquico de los sanitarios, por los exfumadores actuales con un 24,7% del total. Este resultado es coherente tanto con los previos obtenidos en la muestra, como con los de publicaciones anteriores, como el estudio de Villalbi³⁰⁷, siendo los médicos fumadores los que realizan menos intervenciones sobre el paciente fumador.

Recalcar la importancia del seguimiento a los pacientes que quieren dejar el hábito tabáquico y a los que lo consiguen, pues en un estudio reciente de Marcos²⁹⁹, después de 7 años de funcionamiento de una Unidad de Cesación Tabáquica, el 40% de las personas que iniciaban tratamiento no alcanzaban el objetivo de permanecer abstinentes, y, de los que lo lograban, hasta un 60% recaía antes de 3 años. Lo más indicado sería programar una serie de visitas con el paciente fumador desde que se detecta que éste se encuentra en fase de preparación^{298,300}.

2.5. COMPLEJIDAD DEL ABORDAJE AL FUMADOR.

Finalmente es de destacar la complejidad y dificultades con que se encuentran los sanitarios para abordar el tratamiento del fumador. Así, numerosas organizaciones profesionales y científicas sanitarias, han realizado importantes actividades de control del tabaquismo, entre las cuales, uno de los puntos destacados consiste en reforzar la motivación e implicación de los sanitarios³⁰¹.

En la muestra estudiada, un 55,9% de los sanitarios afirmaban que no era un tema que costaba abordar en la consulta diaria. Porcentaje inferior al 49,2%, de sanitarios que consideraban, en otros estudios, el abordaje al fumador como un tema difícil²³³.

Considerando globalmente la profesión, costaba más abordar el tema a los DE, donde un 56,3% refirieron que la intervención al fumador les resultaba difícil, seguidos de los MIR con un 34,8% y por último los Médicos especialistas con un 38%. Posiblemente, la causa de este resultado, sea debida a que los DE de consultas externas de los centros de Atención Especializada estudiados, carecen de consulta propia, por lo que el abordaje al fumador es prácticamente nulo. Por el contrario, es conocido que en Atención Primaria existe una mayor facilidad del paciente para acceder a enfermería, lo que sitúa a éste colectivo en una posición privilegiada a la hora de tratar al fumador³⁰². Los sanitarios de centros de Atención Especializada eran los que más reconocían que el tabaquismo era un tema difícil de poner en práctica en la consulta diaria con un 45,1% respecto al 43,4% de Atención Primaria. En estudios previos, como el de Noble²³³, el porcentaje de sanitarios de Atención Especializada que consideraban el tema del tabaquismo como difícil era ligeramente superior con un 49,2%.

Por especialidad, a los sanitarios que más les costaba abordar este tema en la consulta era a Neurología con un 100%, seguidos de Oncología con un 72,7% y Digestivo y ORL con poco más del 46% respectivamente. En el otro extremo, tendríamos a los profesionales con menos dificultad para tratar al paciente fumador, que fueron, Medicina Preventiva con un 100% de sanitarios que afirmaban que no les resultaba complicado, Neumología con un 62,5% y Medicina de Familia con un 56,4%. En este resultado podrían influir las diferencias en formación entre las distintas especialidades, ya que aquellas que recibían más cursos de postgrado sobre tabaquismo, Medicina Preventiva, Neumología y Medicina de Familia, eran las que consideraban el abordaje del paciente fumador menos difícil.

Les costaba menos abordar el tema del tabaquismo a los sanitarios hombres y que tenían de media 3 años más que a los que sí les costaba. Una de las razones para explicar este resultado es que muchos Médicos y DE tienen escasos conocimientos ya que no fueron instruidos durante sus estudios sobre los métodos para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar. Posiblemente si se potenciara la inclusión de temas de Tabaquismo en el programa curricular de pregrado de los estudiantes de Medicina y en las Escuelas de Enfermería, este resultado se invertiría^{303,304}. Otro aspecto a considerar sería el desarrollo del proceso formativo de los futuros especialistas, que actualmente recae fundamentalmente en los tutores de los hospitales o centros de salud docentes³⁰⁵, los cuales cuentan con los programas docentes de cada especialidad³⁰⁶, muchos de los cuales no incluyen este tema. Conviene resaltar la concordancia de resultados con los obtenidos previamente al analizar los diferentes aspectos del abordaje del tabaquismo, ya que los que consideraron el tema como más complejo fueron los que menos intervinieron en el paciente fumador.

Resulta curioso destacar que no había diferencias significativas, respecto al hábito tabáquico del sanitario, a la hora de influir para que sea un tema que costara o no abordar en la consulta. Sin embargo sabemos por estudios previos, como el de Villalbi³⁰⁷ que los médicos fumadores no suelen tomar un rol activo.

La causa más reseñada de la complejidad del abordaje al fumador en la consulta diaria por los sanitarios había sido la falta de tiempo. En otros estudios, como el de Minervini²⁸³, la mayor parte de los sanitarios adujeron como causa de la complejidad no haber recibido entrenamiento de pre o postgrado en tabaco. En el informe SESPAS³⁰⁷ del 2002 se recogían como causas de la deficiente actuación de los sanitarios en este campo la falta de tiempo, habilidades o motivación para hacer este esfuerzo.

3. CONOCIMIENTOS SOBRE TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS EMPLEADOS EN DESHABITUACIÓN TABÁQUICA.

Dada la elevada incidencia de adicción al tabaco resulta prioritario ofrecer la atención sanitaria adecuada a toda la población afectada, lo cual requerirá que se adecuen los recursos a las necesidades de los ciudadanos y que tanto el Ministerio de Sanidad como las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas impulsen los tratamientos de deshabituación tabáquica³⁰⁸.

En la actualidad existen dos modalidades farmacológicas consideradas de primera línea en el tratamiento del tabaquismo, el tratamiento sustitutivo con nicotina y el bupropion¹⁰⁶. En la muestra estudiada el 67,3% de los sanitarios no sabían clasificar correctamente los tratamientos que se utilizaban en deshabituación tabáquica en primera y segunda elección. Contrastaba enormemente con estudios previos en los que los médicos que consideraban que en general tenían conocimientos suficientes como base para aconsejar a los pacientes que querían dejar de fumar oscilaban entre un 87%¹⁸¹ y un 96%¹⁸⁰. La gran diferencia podría deberse a que en los estudios previos referidos era solo una apreciación subjetiva lo que se valoraba y no cuantificada objetivamente como se hizo en la muestra. Esta teoría podría avalarse por el estudio realizado por Hernández³⁰⁹ en un servicio de medicina interna, donde se preguntaba si se conocía la fórmula de cálculo del índice paquetes/año y se planteaba después un caso práctico para aplicarla, el 48% decían conocerla pero sólo fue aplicada correctamente por el 19%.

Los que mejor parecían conocer la clasificación de los fármacos en primera o segunda elección, habían sido los Médicos, especialistas y MIR,

seguidos de DE. Según la especialidad, los médicos de Neumología y Medicina de Familia, y, respecto al ámbito, los médicos de Atención Primaria. Estos resultados concuerdan con estudios previos donde en general hay una baja participación en deshabituación tabáquica por parte de DE³¹⁸, a pesar de las recomendaciones actuales^{319,320}, así como en Atención Especializada, donde con la excepción de Neumología, los profesionales eran menos autoexigentes y más permisivos en el tema del tabaquismo³¹⁰.

También hubo diferencias en cuanto al género, los mejores porcentajes se obtuvieron entre los sanitarios hombres. La media de edad por el contrario no difería en conjunto a la hora de contestar. Sí parecían tener mayores conocimientos los fumadores activos y los exfumadores actuales, resultados coincidentes con estudios previos, como el de Pardell³¹⁰ donde el hábito tabáquico del sanitario es la variable más condicionante ante el tabaquismo o el de Josseran³¹¹, realizado en Francia, donde además del hábito tabáquico de los sanitarios, el efecto bournout del profesional, condicionaba la actitud de éste en deshabituación tabáquica.

Los sanitarios que más conocimientos tenían, reconocían que el abordaje al fumador les resultaba menos difícil, y expresaban como causa de esa dificultad la falta de tiempo. Los que tenían menos conocimientos se quejaban tanto de falta de tiempo como de ser fármacos muy específicos. Ya se ha visto previamente que los principales motivos expuestos por los sanitarios sobre la complejidad del abordaje eran tanto la falta de tiempo³⁰⁷ como de conocimientos²⁸³.

Los resultados indican que los profesionales que mejor conocían los fármacos empleados en deshabituación eran los que se consideraban más capacitados para abordar este tema, ofrecían consejo a mayor número de fumadores, eran los que más preguntaban a los pacientes de la consulta si fumaban, y al fumador si quería dejarlo. Igualmente eran los que fijaban más fechas definitivas para dejar de fumar, informaban más al paciente fumador

sobre los tratamientos que se pueden emplear en deshabituación y realizaban seguimiento a mayor número de pacientes. También eran los que utilizaban más material de apoyo y tratamientos en deshabituación tabáquica. Resultado coherente con el de Viera¹⁵⁶, donde los sanitarios respondían que era más probable que realizasen intervención si se conocían métodos eficaces de deshabituación en un 84%. Es destacable la excepción de Medicina Preventiva donde se produce la paradoja de considerarse preparados y ser los que menos conocimientos mostraron en las preguntas sobre tratamientos farmacológicos y además, como se ha analizado previamente, los resultados obtenidos en la muestra indicaban que se trataba de una de las especialidades con más baja intervención sobre el paciente fumador. Resultado controvertido, cuyas causas posiblemente deberían ser analizadas en estudios posteriores.

Este resultado sería concordante con los encontrados en la literatura, donde los médicos aducían su falta de conocimientos como una barrera significativa frente a la intervención sobre los pacientes fumadores^{312,313,314,315}.

3.1. TRATAMIENTO CON NICOTINA

Diversos estudios han demostrado que cualquiera de las formas de administración de nicotina comercializadas actualmente resultan eficaces para ayudar al paciente fumador a dejar el hábito^{87,88,316}, por lo que está recomendado, en cualquiera de sus formas, como tratamiento de primera línea^{79,80,82,83,89}.

En la muestra se estudió tanto la prescripción por parte de los facultivos de todas las formas de nicotina, como los conocimientos que se tenían sobre las mismas. Se encontró una baja utilización de todos los tipos comercializados de nicotina, el menos empleado era la forma en spray nasal,

sólo un 0,2% de los sanitarios lo prescriben, le siguen los comprimidos para chupar con un 1,4%, los chicles con un 4,4% y los más empleados fueron los parches con un 9,3%. Sorprende la escasa utilización por parte de los sanitarios de un método ampliamente recomendado para ayudar en deshabituación, si bien, estos resultados coinciden con previos, como el de Vila³¹⁷, quien encontró que sólo un 8,3% de los fumadores habían utilizado en la tentativa exitosa algún sustitutivo de la nicotina.

Respecto a los conocimientos de los sanitarios sobre el tratamiento con nicotina, los que mejor lo conocían eran los Médicos especialistas (43,4% contestaban alguna pregunta o todas correctas sobre chicles, 40% sobre parches, 18,6% sobre spray y 19,3% sobre comprimidos para chupar), seguidos de MIR (45,3% para chicles, 36,8% para parches, 9,2% para spray y 14,5% para comprimidos) y por último DE (25,3% para chicles, 17,6% para parches, 12,6% para spray y 12,2% para comprimidos para chupar). Como se observa, las formas más conocidas para todos los sanitarios eran las que más tiempo llevaban comercializadas, chicles y parches de nicotina, por el contrario las que llevaban menos tiempo, el spray nasal y los comprimidos para chupar, eran las menos conocidas por todos. Se mantiene además la tendencia general encontrada, respecto a menor grado de conocimiento en materia de tabaquismo por parte de los DE³¹⁸. Desde hace años, recomendaciones de diferentes agencias como CDC en el 2000³¹⁹ y WHO en el 2001³²⁰, indicaban la necesidad de incorporar en la intervención a todos los profesionales sanitarios y no sólo al personal médico.

Según el ámbito laboral, se conocía mejor el tratamiento con nicotina en Atención Primaria (el 47,3% respondían correctamente a todas o alguna de las preguntas formuladas sobre chicles de nicotina, el 43% sobre parches y el 19,2% sobre spray nasal y comprimidos para chupar) que en Atención Especializada (el 25,7% sobre chicles, 21,9% sobre parches, el 10,5% sobre spray nasal y el 12,5% sobre comprimidos para chupar). Posiblemente la causa sea la actividad desarrollada desde hace años para que el tratamiento

de adicción a la nicotina forme parte de la cartera de servicios de Atención Primaria³⁰¹ y el esfuerzo realizado por la SEMFyC, su Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud y el Grupo de Abordaje al Tabaquismo³⁰¹.

En relación con la especialidad, los que mejor conocían los tratamientos con nicotina eran Neumología (76,9% contestan correctamente alguna o todas las preguntas para chicles, 76,9% para parches, 38,5% para spray nasal y 53,8% para comprimidos), seguidos de Medicina de Familia (49% para chicles, 49% para parches, 19,3% para spray nasal y 19,9% para comprimidos). Como se ha comentado, las especialidades que mejor conocían las distintas formas comercializadas de nicotina eran las que más cursos de postgrado recibían sobre el tema y además habían formado distintas organizaciones que desarrollan actividades de control del tabaquismo, Neumología⁸² y Medicina de Familia³⁰¹. Lo que induce a pensar que sería conveniente incluir el tema del tabaquismo dentro del currículo tanto de Medicina como de DE, para que desde todas las especialidades se pudiese intervenir de igual modo sobre el paciente fumador y no ocurriese como actualmente donde la formación en este tema queda reducida a unas pocas especialidades, o incluso, aisladamente, al interés personal de algunos profesionales.

Los sanitarios hombres (44,1% del total responden correctamente a todas a alguna de la preguntas formuladas sobre chicles de nicotina, 40,5% sobre parches, 20,9% sobre spray nasal y 19,9% sobre comprimidos para chupar) conocían mejor el tratamiento con todas las formas de nicotina comercializadas actualmente. La media de edad era inferior entre los sanitarios que conocían el tratamiento con chicles de nicotina (tres años y medio más jóvenes), parches (casi tres años), spray nasal (más de 4 años) y comprimidos para chupar (cuatro años y medio), resultado contrario a los previos como el de Montero²²⁰, ya que eran los sanitarios de menor edad los que menos formación tenían sobre deshabituación tabáquica. Tampoco

concuera con los resultados previos obtenidos en la muestra estudiada, ya que eran los sanitarios de menor edad los que menos capacitados se consideraban, y más les costaba tratar este tema en la consulta diaria. Teniendo en cuenta el tamaño muestral y la ausencia de factores de confusión que modifiquen este resultado, sería este hallazgo parcialmente esperanzador al aumentar en los sanitarios más jóvenes el nivel de formación sobre tabaquismo.

En cuanto al hábito tabáquico los sanitarios nunca fumadores (40,6% respondían correctamente a todas o alguna de las preguntas de chicles de nicotina, 37,9% de parches, 18,6% del spray nasal y 20% de comprimidos) y/o los exfumadores actuales (47% respondían correctamente a todas o alguna de las preguntas de los chicles, 41,3% de los parches, 19,9% del spray nasal y 20,1% de los comprimidos) eran los que conocían mejor el tratamiento con todas las formas comercializadas actualmente de nicotina. Como ya se ha comentado, estos resultados coinciden con estudios anteriores³⁰⁷.

Llama la atención el hecho de que los sanitarios que afirmaban que el tabaquismo era un tema que les costaba abordar en la consulta diaria, eran los que mejor conocían el tratamiento con nicotina, tanto chicles, como parches, spray nasal y comprimidos para chupar. Quizá la causa de esta aparente paradoja sea que el mayor conocimiento del tratamiento del tabaquismo, como terapia multicomponente, si se quiere aplicar correctamente, requiere una dedicación en tiempo superior a los 3-7 minutos de los que se dispone habitualmente por paciente en la consulta diaria, lo que motiva que a dichos profesionales les cueste abordar el tema en la consulta. Teoría que se confirmó parcialmente al comprobar que los sanitarios que consideraban la falta de tiempo como la causa de la complejidad, tenían más conocimientos sobre el tratamiento con chicles, parches, y comprimidos para chupar de nicotina y en cambio, menos sobre spray nasal, que los que consideraban los problemas farmacológicos (gran

cantidad de información, continuos cambios en las indicaciones o fármacos muy específicos) como la causa de la complejidad.

Los que se consideraban capacitados para abordar el tema del tabaquismo en la consulta, tenían más conocimientos sobre el tratamiento con chicles de nicotina, parches de nicotina, spray nasal y comprimidos para chupar, excepto Medicina Preventiva.

Los sanitarios que realizaban menos intervenciones al fumador (preguntaban si fumaban a los pacientes, investigaban el hábito tabáquico y ofrecían consejo sanitario, fijaban fechas definitivas con los fumadores para dejar de fumar, informaban a los fumadores sobre los tratamientos empleados en deshabituación y proporcionaban material de ayuda, seguían al fumador) eran los que menos conocimientos tenían de las distintas variedades de nicotina.

Los profesionales que utilizaban tratamientos con nicotina para ayudar en la deshabituación, eran los que más conocimientos tenían sobre todas las formas comercializadas de nicotina, tanto chicles, como parches, spray nasal y comprimidos para chupar, siendo éste un argumento más para incluir el tabaquismo dentro del currículo de los profesionales sanitarios.

3.2. TRATAMIENTO CON BUPROPION

El hidrocloreuro de bupropion es un antidepresivo de segunda generación. Actúa sobre el sistema Nervioso Central como un inhibidor selectivo de la recaptación de dopamina y noradrenalina, aumentando sus concentraciones a nivel del núcleo accumbens y locus ceruleus⁹⁰.

Numerosos estudios han puesto de manifiesto que el empleo de este fármaco resulta eficaz para ayudar al paciente fumador a dejar el hábito⁹⁵,

por lo que está recomendado, al igual que cualquiera de las formas de administración de nicotina, como tratamiento de primera línea^{96,98}.

En la muestra se analizó tanto la prescripción por parte de los facultativos de este tipo de fármaco, como los conocimientos que se tenían sobre el mismo. Se encontró, al igual que para las formas de nicotina, una muy baja utilización de bupropion, sólo lo prescribían el 15,4% de los sanitarios de la muestra.

Respecto a los conocimientos de los profesionales sobre el tratamiento con bupropion, los que mejor lo conocían eran los Médicos especialistas, donde un 44,9% contestaban alguna pregunta o todas correctas, seguidos de los MIR con un 32,9% y por último DE con un 15,3%. Tendencia igual a la encontrada en el apartado anterior, para las variedades de nicotina, con un mayor desconocimiento por parte del colectivo de DE, y en la literatura revisada³¹⁸. Insistir en la importancia de aumentar la implicación en el abordaje del tabaquismo no sólo por parte del colectivo médico, sino del resto de sanitarios^{319,320}. Según los resultados obtenidos en la muestra estudiada, se está desaprovechando en la actualidad la valiosa colaboración de DE en la deshabituación tabáquica, pues existe la evidencia de que la actuación conjunta, de medicina y enfermería, en deshabituación tabáquica, obtiene mejores resultados y mayor porcentaje de exfumadores³²¹

En cuanto al ámbito se conocía mejor el tratamiento con bupropion en Atención Primaria, el 42% respondían correctamente a todas o alguna de las preguntas formuladas frente al 21,3% de Atención Especializada. Este resultado también coincide con el hallado para las distintas formas comercializadas de nicotina³⁰¹.

Según la especialidad, los que mejor conocían el tratamiento con bupropion eran Neumología, un 65,3% contestaban correctamente alguna o todas las preguntas, seguidos de Medicina de Familia con un 43,5%. Porcentajes similares a los encontrados sobre la deshabituación con

nicotina, ya que las especialidades que mejor conocían el tratamiento con bupropion eran las que más cursos de postgrado recibían sobre el tema, así como las que más se han organizado, creando distintas asociaciones para luchar contra el tabaquismo, Neumología⁸² y Medicina de Familia³⁰¹.

Los sanitarios hombres, en un 42,8% del total respondían correctamente a todas o alguna de las preguntas, y los de menor edad, con casi un año menos de media, conocían mejor el tratamiento con bupropion. Al igual que ocurría al estudiar los conceptos sobre terapia de sustitución con nicotina, eran los sanitarios de menor edad los que más conocimientos tenían sobre farmacología en deshabituación.

Los profesionales nunca fumadores y los exfumadores actuales con un 34,5% y 42,1% de respuestas correctas respectivamente, eran los que conocían mejor el tratamiento con bupropion. Como ya se ha comentado, estos resultados coincidían con los obtenidos en el tratamiento con nicotina y con estudios previos, en los que se ha observado una menor tendencia a actuar en tabaquismo entre los sanitarios fumadores³⁰⁷.

Afirmaban que el tabaquismo no era un tema que les costase abordar en la consulta diaria, los que mejor conocían el tratamiento con bupropion. Este hecho podría ser debido a que era Neumología la que mayor nivel de conocimientos tenía sobre bupropion y al tener más tiempo por paciente en la consulta podría abordarlo con menor dificultad. Teoría que se refuerza con el resultado hallado de que además los que consideraban la falta de tiempo como la causa de la complejidad, tenían más conocimientos sobre el tratamiento con bupropion que los que consideraban los problemas farmacológicos como la causa de la complejidad.

Los sanitarios que se consideraban capacitados para abordar el tema del tabaquismo en la consulta, tenían más conocimientos sobre el tratamiento con bupropion, excepto Medicina Preventiva, resultado coherente, para esta especialidad, con los obtenidos en todo el estudio.

Los resultados obtenidos indicaban que los que menor intervención realizaban (preguntaban menos si fumaban a los pacientes, si quieren dejar el hábito tabáquico y que menos fechas definitivas fijaban con los fumadores para dejar de fumar, daban menos consejo sanitario, informaban menos sobre los tratamientos posibles en deshabituación, proporcionaban menos material de soporte y efectuaban menos seguimientos a fumadores) eran los que menos conocimientos tenían sobre el tratamiento farmacológico con bupropion.

En la muestra estudiada, los sanitarios que utilizaban tratamientos para ayudar en la deshabituación, como era de esperar, eran los que más conocimientos tenían sobre el tratamiento con bupropion, al igual que ocurría con todas las formas de nicotina.

Conviene resaltar que con estos resultados, tanto para nicotina como para bupropion, cabría pensar que si aumentáramos los conocimientos de los sanitarios en deshabituación tabáquica, conseguiríamos aumentar tanto la intervención sobre el fumador, en número y calidad, como la satisfacción de los sanitarios en este tema, ya que disminuiríamos la complejidad que supone para ellos abordar al paciente fumador en la consulta.

4. ESTUDIO DEL IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN.

Tan sólo se analizó en el 11,3% de la muestra, debido a la baja participación en el segundo cuestionario, por lo que la mayoría de los resultados obtenidos en esta parte del estudio no tendrán el tamaño suficiente como para hacer inferencia a toda la población, pudiendo todos ellos ser, eso sí, orientativos de posibles investigaciones futuras. Además, como se refleja en el apartado de resultados, al analizar la comparabilidad de los grupos intervención y control, las variables ámbito laboral y especialidad no se distribuían de forma similar entre ambos, sino que contestaron más los sanitarios de Atención Primaria, y los especialistas de Cardiología, Digestivo, Medicina Interna y Medicina de Familia a los que se había realizado intervención que los controles, hecho que podría también modificar los resultados al analizar el impacto de la intervención.

4.1. EFECTO DE LA INTERVENCIÓN EN LA MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS PREVIOS

Algunos autores como Izquierdo²⁴⁰ han sugerido que una de las causas de la baja intervención en el paciente fumador es la escasa formación recibida por los sanitarios en el abordaje terapéutico del tabaquismo. Por ello se estudió en la muestra la modificación conseguida de los conocimientos de los fármacos usados en deshabituación tabáquica, como una vía para aumentar la actuación del sanitario sobre el fumador.

Los resultados indicaban que en el grupo en que se realizó la intervención se había producido un incremento de medio punto, en los conocimientos respecto a la clasificación global en primera y segunda elección. En estudios previos igualmente los sanitarios formados en

tabaquismo tenían actitudes mas positivas, si bien la diferencia no era significativa²⁴¹

Tras la intervención, se observó en el segundo cuestionario una mejora en los conocimientos en Atención Primaria, posiblemente la causa sea un colectivo más interesado en el tema por el esfuerzo realizado por la SEMFyC, su Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud y el Grupo de Abordaje al Tabaquismo³⁰¹ y por la inminente inclusión del tratamiento de adicción a la nicotina en la cartera de servicios de Atención Primaria³⁰¹. No obstante este resultado debe interpretarse con cautela puesto que la mayor parte de cuestionarios recibidos de esta especialidad son del grupo al que se realizó intervención.

No se encontraron diferencias en cuanto al género de los sanitarios, pero sí llama la atención, respecto a la edad, que el mayor cambio se diese en el grupo más joven, entre 20 y 34 años. La explicación podría ser el hecho de que al no estar el tabaquismo incluido en los estudios universitarios, es este grupo, el menor preparado y por ello el que más ha mejorado tras la intervención. En este sentido Cuervas-Mons³²² considera que conviene reorientar la formación inicial para dotar a los licenciados de habilidades que favorezcan intervenciones relacionadas con salud pública y que sería necesario reconsiderar los planes de estudio y los recursos docentes.

Tampoco hubo diferencias a la hora de estudiar el cambio tras la intervención según el hábito tabáquico de los sanitarios, ni la presencia de convivientes fumadores. Lo que resulta curioso en el caso de los fumadores actuales, pues se sabe que cuesta mucho más inducirles un cambio de conocimientos o actitud en este tema³⁰⁷.

Los conocimientos sobre los tratamientos, han aumentado en el grupo intervención, no sólo respecto a la clasificación global, sino también de cada uno de los fármacos de forma individual (sus dosis, indicaciones, contraindicaciones y duración del tratamiento). Se ha encontrado un

incremento de punto y medio en las preguntas formuladas sobre bupropion y todas las formas comercializadas actualmente de nicotina, excepto para los parches de nicotina donde aumentaron dos puntos.

Los resultados obtenidos indican que tras la intervención mejoraron más los conocimientos sobre los distintos fármacos utilizados en deshabituación tabáquica en los Médicos Especialistas, Atención Primaria y según especialidad, en Medicina de Familia. Resultado que, como se ha comentado, podría estar modificado por la mayor participación del grupo intervención en este colectivo, o bien debido al cambio de motivación tanto por las actividades de prevención y promoción de salud desarrolladas como por la inclusión de la atención al paciente con dependencia del tabaco en la cartera de servicios³²³.

En este caso, sí se encontraron diferencias respecto a género, encontrando más respuestas correctas en el segundo cuestionario, en las sanitarias mujeres y en el grupo de edad de 35 a 49 años, colectivos donde se encuentra el mayor número de fumadores actuales de los sanitarios, que eran los que previamente menos motivados y menos conocimientos tenían sobre el tema. Resultado interesante puesto que si en trabajos previos se había encontrado un cambio de actitud tras una intervención aumentando los conocimientos sobre tabaquismo²⁴¹, como hemos comentado previamente es precisamente en este grupo, el de los fumadores actuales, en el que más difícil es propiciar un cambio positivo³⁰⁷.

Respecto al hábito tabáquico, por el contrario, mejoraron más los sanitarios nunca fumadores y los que no tenían convivientes fumadores, posiblemente por ser los que menos conocimientos previos tenían sobre el tema y el colectivo al que resulta más fácil modificar conocimientos en el tema de la deshabituación tabáquica³⁰⁷.

También se encontró un mayor aumento, en los sanitarios que no habían realizado previamente algún curso o trabajo relacionado sobre el tema de

deshabitación tabáquica. Situación coherente, ya que habrían aumentado más los conocimientos en aquellos sanitarios que previamente tenían un mayor desconocimiento sobre el tema, que aquellos que ya partían de una base.

Un resultado curioso es que mejorasen más los sanitarios a los que no les costaba abordar el tema en la consulta, ya que eran los que más conocimientos previos tenían. Hecho que podría explicarse por la deficiente aleatorización debida al escaso tamaño muestral o por la mayor motivación presente en este grupo.

4.2. EFECTO DE LA INTERVENCIÓN EN LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

Según Chapman³²⁴ y desde la perspectiva de la salud pública, aunque la efectividad de la ayuda para dejar el hábito ofrecida por los sanitarios a los fumadores es relativamente pequeña, si un gran número de profesionales ofrecieran asesoramiento, el efecto sobre la reducción de las tasas de tabaco podría ser sustancial. Desde entonces, ha habido numerosos intentos para conseguir que los sanitarios identifiquen a los fumadores y les proporcionen asesoramiento para el abandono del hábito³²⁵.

En un estudio realizado por Jiménez³²⁶, tras un curso sobre tabaquismo, el 99% de los sanitarios manifestaban que, tenían una mayor motivación para intervenir sobre la población fumadora, resultados semejantes a los proporcionados por Cornuz³²⁷ en Suiza, en un ensayo clínico en el que se pasaba un cuestionario tras realizar un taller para aumentar las habilidades. Por el contrario en la muestra estudiada, tras la intervención, había disminuido el número de pacientes a los que se realizaba abordaje, se había preguntado si fumaban, superior en los controles. El resultado obtenido coincide con la literatura, ya que numerosos autores afirman que la

intervención mínima sobre el tabaquismo en la actualidad sigue siendo deficiente. Causas como la escasa formación en el abordaje preventivo, diagnóstico y terapéutico del tabaquismo, han sido propuestas por algunos autores como Izquierdo²⁴⁰. Respecto a la gran diferencia de resultados con el estudio de Jiménez³²⁶, quizá la causa sea que realizaron el cuestionario para conocer los resultados inmediatamente después de la finalización del curso, y no se dejó transcurrir un tiempo entre uno y otro, o que exclusivamente se les preguntaba por la motivación y no se valoraba si se producía en la práctica realmente un cambio de actuación.

Por el contrario, se ha observado en los controles un incremento de media en 7 fumadores (IC 95%: -25 a 11) a los que se ha preguntado si quieren dejarlo. En estudios previos como el de Cummings³²⁸ o Kottke³³⁰ aumentaba tanto en el grupo control (un 11,1% ó $25,5 \pm 12,9$, respectivamente) como en el de intervención (un 37,6% ó $27,6 \pm 14,5$, respectivamente).

Se ha producido un descenso en los fumadores con los que se fija una fecha definitiva para dejar de fumar, de media en un fumador, en el grupo control. En los resultados encontrados en los estudios referidos previamente, realizados en el ámbito de Atención Primaria^{328,330}, aumentaban tanto en el grupo control (5,4% ó $9,6 \pm 19,5$, respectivamente) como en el que se realizó la intervención (24,7% ó $18,5 \pm 14,9$, respectivamente). Por el contrario en el de Lennox³²⁹ no se encontraron diferencias entre ambos grupos.

También ha disminuido el consejo proporcionado, de media en 2 pacientes fumadores menos, pero, en este caso, por el grupo intervención. Por el contrario han aumentado los pacientes a los que se ha dado material en la consulta, de media a media persona más en el grupo intervención que en el control. En el ensayo de Kottke³³⁰ aumentaban en los dos grupos de forma semejante ($36,9 \pm 16,9$ en el intervención y $36,4 \pm 15,7$ en el control) y

en el de Strecher³³¹ por el contrario aumentaba en el grupo intervención y disminuía en el control.

En la muestra estudiada, se ha producido un descenso en los fumadores a los que se hace seguimiento igual en los dos grupos. En los ensayos realizados por Cummings³²⁸ y Kottke³³⁰, por el contrario, aumentaban en los dos grupos (5% ó $6,9 \pm 10,1$ en el control y 15,2% ó $10,3 \pm 12,7$ en el que se realiza intervención).

Llama la atención el hecho de que tras la intervención hayan disminuído la mayor parte de las actuaciones sobre el fumador (menor número de fumadores detectados, se han fijado menos fechas definitivas para dejar de fumar, se ha dado menos consejo sanitario y se han hecho menos seguimientos) y que sobretodo lo hayan hecho en el grupo control que era al que precisamente se le enseñaban todas estas habilidades. En estudios realizados anteriormente, en cambio, los sanitarios previamente formados en tabaquismo tenían actitudes más positivas y realizaban más intervenciones a sus pacientes, si bien la diferencia no era significativa²⁴¹. Posiblemente otros factores como motivación, incentiación, tiempo de asistencia, frecuentación, y organización, sean en la práctica más determinantes que los conocimientos en sí²⁴¹.

Resulta curioso que sólo haya aumentado en el grupo intervención el aporte de material al fumador, y en el grupo control dos actuaciones, detectar la fase en la que se encuentra el fumador e igualmente dar soporte de ayuda, a pesar de ser el grupo control el que se entrenó en el manejo no farmacológico del fumador. Una de las causas posibles de este descenso podría ser la fecha en la que se realizó la intervención, meses de Mayo y Junio, por lo que el cuestionario postintervención se cumplimentó en Julio y Agosto, fechas de menor actividad en la consulta, además de poder coincidir con período vacacional de muchos de los sanitarios estudiados, por lo que

disminuiría el tiempo en que pudieron ponerse en práctica los conocimientos adquiridos.

Otro hecho destacable es que el grupo intervención, al que no se explicaron el resto de actividades, ya que sólo se perfeccionaba el uso de los tratamientos farmacológicos, haya realizado una actuación tan similar al grupo control, aumentando por ejemplo ambos el aporte de material de soporte proporcionado al fumador, excepto en la detección de fumadores que disminuyó mucho más en el grupo control. El aumento del despistaje podría ser debido a que para realizar una posterior intervención en el paciente fumador primero hay que detectarle en la consulta; otro posible motivo pudo ser el aumento de material proporcionado y la mayor disponibilidad del mismo, al coincidir en el tiempo el estudio con documentación recientemente enviada a los sanitarios con motivo de la celebración de la semana sin humo.

Respecto a las causas por las que tras la intervención sólo han aumentado 2 de las 6 habilidades estudiadas para comprobar los resultados de la intervención, hemos encontrado, además de las ya explicadas como la coincidencia posible con período vacacional, sobretudo la baja motivación, que se tradujo en una baja participación de los sanitarios, ya que sólo un 11,3 % cumplimentaron el segundo cuestionario, el que se realizaba tras la intervención para medir los cambios. Es conocido que factores como la motivación determinan finalmente el éxito de cualquier intervención preventiva o de promoción de la salud³³².

En relación con los tratamientos empleados en deshabituación tabáquica, los resultados mostraron que, tras la intervención, se seguían prescribiendo de forma semejante, en los dos grupos, tanto los chicles como los comprimidos de nicotina y la nortriptilina. Por el contrario se produjo un descenso en el uso de parches de nicotina, semejante en los grupos, y en el de bupropion que fue superior en el grupo intervención. Se objetivó también

un descenso en la utilización de ansiolíticos y métodos alternativos, superior en el grupo control.

No se ha podido analizar la diferencia tras la intervención respecto a la utilización del spray nasal de nicotina dado el poco uso tanto antes como después de la intervención, siendo con diferencia el tratamiento menos utilizado de todos.

Sí que aumentaron los conocimientos sobre los fármacos de primera y segunda elección y fundamentalmente en el grupo al que se realizó la intervención, en cambio, a la hora de poner estos conocimientos adquiridos en práctica, no se ha correspondido con un aumento en la utilización de las distintas formas de nicotina, sino que se ha encontrado un mantenimiento (en los chicles y comprimidos para chupar) o un descenso (en los parches de nicotina). Tampoco se ha constatado una mayor utilización de los comprimidos de bupropion, ni de nortriptilina o ansiolíticos. Posiblemente al aumentar los conocimientos en el resto de las opciones farmacológicas, y sobretodo indicaciones, contraindicaciones y forma de uso, se han empezado a utilizar de una manera más protocolizada todas ellas.

Por otra parte en el grupo control, en el que solo se perfeccionaban habilidades no farmacológicas, también se ha producido la misma tendencia que la encontrada en el grupo intervención, aunque en menor proporción. Posiblemente la causa sea que al aumentar las habilidades en el manejo, los sanitarios para completar la ayuda al fumador hayan buscado en otras fuentes de información como realizar de una forma protocolizada la ayuda farmacológica. Esta misma tendencia la hemos encontrado en ensayos previos como el de Cummings³²⁸, donde encontraron que aumentaba la prescripción de formas de nicotina tanto en el grupo control (10,4%) como en el intervención (10,2%).

Por tanto, ya sea mejorando los conocimientos sobre fármacos empleados en deshabituación tabáquica, como aumentando las habilidades

no farmacológicas en el manejo del fumador se consiguen similares resultados en cuanto a intervención sobre el paciente fumador, si bien los mayores conocimientos sobre los fármacos se dan en el grupo en el que se realizó la intervención.

Todos estos resultados deben ser interpretados con precaución y en ningún modo extrapolados, dado el bajo número de respuestas que se han podido analizar, lo que podría afectar la validez del estudio.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES.

- 1 La prevalencia de tabaquismo en los sanitarios de Aragón es casi un 3% menor que la de la población general. Siendo mayor en Atención Primaria, Diplomados en Enfermería, en las mujeres y en el grupo de edad de 35 a 49 años.
- 2 La prevalencia de convivientes fumadores de la población sanitaria es casi la mitad que la de la población general. Esta proporción es similar en Atención Primaria y Especializada y aumenta a medida que lo hace la edad.
- 3 Se realiza una escasa intervención antitabáquica al paciente fumador. Los sanitarios fumadores activos son los que actúan menos y tienen inferiores conocimientos sobre tratamiento farmacológico. La actividad es mayor por parte de los Médicos y en Atención Primaria.
- 4 El abordaje es más costoso en Diplomados en Enfermería que en Médicos y más en Atención Especializada. La mayor complejidad en la intervención antitabáquica señalada por los sanitarios es la falta de tiempo.
- 5 Existe un gran desconocimiento de los fármacos empleados en deshabituación tabáquica. Casi dos terceras partes de los sanitarios no conocen los tratamientos de primera y segunda línea para dejar de fumar. El nivel de conocimientos es superior en los Médicos, en Atención Primaria y en los exfumadores actuales.
- 6 Tras la sesión docente mejoran los conocimientos farmacológicos fundamentalmente en el grupo intervención. Se consiguen similares resultados en el abordaje del fumador, tanto si se realizan actividades dirigidas a aumentar los conocimientos sobre fármacos de

deshabitación, como si están orientadas a ampliar las habilidades no farmacológicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. http://members.tripod.com/~v_corbi/
2. http://www.ffomc.org/contenido/cursos/epoc/contenido/epoc_capitulo1.pdf
3. <http://salud.discapnet.es/guias+de+salud/guia+sobre+tabaquismo/tabaco+y+salud/>
4. <http://www.arjabor.com/museo/laplanta/planta.htm>
5. <http://www.mind-surf.net/drogas/tabaco.htm>
6. Grangel LS. La medicina española renacentista. Ed Universidad de Salamanca. 1980.
7. Sauret J. Historia. En: Jiménez CA. Aproximación al tabaquismo en España. ED Pharmacia & Upohm S.A. 1997.
8. <http://www.geocities.com/tabacweb/caste/index2.htm>
9. <http://www.cultivadoresdetabaco.org/historia.html>
10. <http://www.cotabaco.com/historia%20tabaco.htm>
11. http://www.intercole.net/portalcnsp/organizacion/ilustres/Personajes_Ilustres_Pedro/francisco_hernandez_boncalo.htm
12. <http://www.infoagro.com/herbaceos/industriales/tabaco.htm>
13. <http://www.sagan-gea.org/hojared/hoja10.htm>
14. Guerin MR. Chemical composition of cigarette smoke. En: Gori GB, Bock FG, de. A safe cigarette? (Bamby Report 3). Cold Spring Harbor, Nueva York, Cold Spring Harbor Laboratory. 1980; 191-204.
15. Kanell WB, Schatzkin A. Risk factor analysis. Prog Cardiovasc Dis 1983; 26: 309-32.
16. Holbrook JN. Adicción a la nicotina. En: Fauci AS, Braunwald E, Iselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL, editores. Harrison. Principios de Medicina Interna. Madrid: Mc Graw-Hill-Interamericana, 1998; 2866.
17. Clemente ML Pérez-Trullén A, Rubio E, Marrón R, Rodríguez I, ML, Herrero I. Aplicación en jóvenes fumadores de una versión de los criterios nosológicos DSM-IV adaptada para adolescentes. Arch Bronconeumol 2003; 39(7): 15-21.

18. Benowitz NL, Porchet H, Peyton J. Pharmacokinetics, metabolism and pharmacodynamics of nicotine. En Wonnacott S, Russell M, Stolerman I, editores. *Nicotine Psychopharmacology: Molecular, cellular and behavioral aspects*. Oxford: Oxford-press, 1990;4:112-57.
19. Martin J Jarvis. Why people smoke. *BMJ* 2004;328:277-9.
20. Pérez-Trullén A. Naturaleza del humo del tabaco. *Farmacología de la nicotina*. *Arch de Bronconeumol* 1995; 31: 101-8.
21. Benowitz NL. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of nicotine. En: *The pharmacology of nicotine*. Rand M, Yhureau K, editores. ICSU Symposium, IRL-Press, vol 9, 1987;3-18.
22. Pardell H, Saltó E, Salleras LL. Historia. En *Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo*. Ed Panamericana, Madrid 1996.
23. Rand MJ. Neuropharmacological effects of nicotine in relation to cholinergic mechanisms. En: Nordberg A, Fune K, Holmstedt B, Sundwall A, editores. *Progress in Brain Research: Nicotinic receptors in the CNS, their role in synaptic transmission*. Amsterdam: Elsevier Science Publishers, 1989;3-11.
24. Flórez J, Armijo JA, Mediavilla A. *Farmacología de la transmisión ganglionar*. En *Farmacología humana*. Ed EUNSA. Pamplona 1987.
25. Pomerleau OF. Nicotine and central nervous system: Biobehavioral effects of cigarette smoking. *Am J Med* 1992; 93 (Supl 1A):2-7.
26. Nisell M, Nomikos GG, Svensson TH. Nicotine dependence, midbrain dopamine systems and psychiatric disorders. *Pharmacol Toxicol* 1995;76:157-162.
27. Leshner AI. Understanding drug addiction: implications for treatment. *Hosp Pract*. October 15, 1996;47:5922.
28. Schwartz RD, Lehmann J, Kellar KJ. Presynaptic nicotinic cholinergic receptors labeled by [³H]acetylcholine on catecholamine and serotonin axons in brain. *J Neurochem*. 1984;42(5):1495-1498.
29. Clarke PB, Pert A. Autoradiographic evidence for nicotina receptors on nigrostriatal and mesolimbic dopaminergic neurons. *Brain Res*. 1985; 348:355-8.

30. Svensson TH, Engberg G. Effect of nicotine on single cell activity in the noradrenergic nucleus locus coeruleus. *Acta Physiol Scand.* 1980;479(suppl):31-34.
31. Stolerman IP, Shoaib M. The neurobiology of tobacco addiction. *Trends in Pharmacological Sciences*, 1991;12:467-73.
32. Volkow ND. The role of the dopamine system in addiction. *Hosp Pract.* April; (special report):22-28.
33. Ayesta J. Farmacología de la nicotina. En Jiménez Ruiz CA. *Aproximación al tabaquismo en España.* Ed Nicorette, 1997. 51-65.
34. Benowitz NL. Pharmacokinetic considerations in understanding nicotine dependence. En: *The biology of nicotine dependence.* Wiley, Chichester (Ciba Foundation Symposium 152), 1990; 186-209.
35. Pérez Trullén A, Herrero I, Clemente M^ªL, Escosa L. Abordaje de la prevención y tratamiento en tabaquismo: ¿Quién, cuándo y cómo, realizar deshabituación tabáquica?. *Arch broncopneumol.* 2004; 40(2): 63-73.
36. Epidemiología del tabaquismo, Historia. En: González JM, Escudero C, García A, Roca J, Solano S, Pérez Trullén A. Jiménez CA, director. *Manuales SEPAR: Tabaquismo.* Madrid: Aula Médica SA; 1995.
37. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 2001, avance de resultados. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003. Disponible en: <http://www.msc.es>.
38. Ministerio de Sanidad y Consumo. "Informe de la Salud de los españoles: 1.998". Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999. Disponible en: www.msc.es/salud/epidemiologia/tabaco.
39. Gobierno de Aragón, Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, Dirección General de Salud Pública. Propuesta para la Prevención y Control del Tabaquismo en Aragón. *Creciendo sin tabaco.* Día Mundial Sin Tabaco, 31 de Mayo de 1998.
40. Ministerio de Sanidad y Consumo. "Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del INSALUD 1998. España". Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.

41. Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2003-2007. Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003.
42. <http://www.msc.es/salud/epidemiologia/tabaco/tabaco.htm>
43. Simpson D. Los Médicos y el Tabaco. Tobacco Control Resource Centre. Comisión Europea 2000.
44. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath Jr C. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 1992; 339: 1268-78.
45. Peto R. Smoking and death: the past 40 years and the next 40. *BMJ* 1994;309:937-9.
46. Boyle P. Cancer, cigarette smoking and premature death in Europe: a review including the recommendations of European Cancer Experts Consensus Meeting, Helsinki, Finland, October 1996. *Lung Cancer* 1997;17:1-60.
47. Jeremy JY, Mikhailidis DP, Pittilo RM. Cigarette smoking and cardiovascular disease. *J R Soc Health*. 1995 Oct;115(5):289-95. .
48. Laing SP. The prevalence of cigarette smoking in patients with peripheral arterial disease. In Greenhalgh RM, ed. *Smoking and arterial disease*. London, UK: Pitman, 1981.
49. US Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General, 1990. Rockville, Maryland: Public Health Service, Centers for Disease Control, Office on Smoking and Health, 1990. (DHHS Publication No (CDC) 90-8416.)
50. Royal College of Physicians of London. Health or smoking: follow-up report of the Royal College of Physicians of London. London, UK: Pitman, 1983.
51. Wolf PA, D'Agostinho RB, Kannel WB, Bonita R, Belanger AJ. Cigarette smoking as a risk factor for stroke. *JAMA* 1988;259:1025-9.
52. Pride NB, Burrows B. Development of impaired lung function: natural history and risk factors. In Calverly P, Pride N. *Chronic obstructive pulmonary disease*. London, UK: Chapman & Hall, 1995:69-91.
53. Strachan DP. Epidemiology: a British perspective. In Calverly P, Pride N. *Chronic obstructive pulmonary disease*. London, UK: Chapman & may 1995:47-67.

54. Rijcken B, Britton J. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir Mon* 1998;7:41–73
55. Doll R. Uncovering the effects of smoking: historical perspective. *Stat Methods Med Res* 1998;7:87–117.
56. Boyle P, Maisonneuve P. Lung cancer and tobacco smoking. *Lung Cancer* 1995;12:167–81.
57. Franceschi S, Talamini R, Barra S, Barón AE, Negri E, Bidoli E, Serraino D, La Vecchia C. Smoking and drinking in relation to cancers of the oral cavity, pharynx, larynx, and esophagus in northern Italy. *Cancer Res* 1990;50:6502–7.
58. Chollat-Tracquet C. Women and tobacco. Geneva, Switzerland: Organización Mundial de la Salud, 1992:38.
59. Doll R. Cancers weakly related to smoking. *Br Med Bull* 1996;52:35–49.
60. Mikhailidis DP, Jeremy JY. Smoking and erectile impotence. *Int Angiol* 1993;12:297–8.
61. Vine MF. Smoking and male reproduction: a review. *Int J Androl* 1996;19:323–37.
62. Anderson HR, Cook DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax* 1997;52:1003–9.
63. Cook DG, Strachan DP. Summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and the implications for research. *Thorax* 1999;54:357–66.
64. Hackshaw AK, Law MR, Wald NJ. The accumulated evidence of lung cancer and environmental tobacco smoke. *BMJ* 1997;315:980–8.
65. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. *BMJ* 1997;315:973–80.
66. Law MR, Hackshaw AK. Environmental tobacco smoke. *Br Med Bull* 1996;52:22–34.
67. Lamote de Grignon E. Atención al paciente con dependencia del tabaco. Dirección de Atención Primaria del Salud. Zaragoza. 2004.

68. Jiménez CA, Gonzalez JM, Escudero C, García A, Pérez Trullén A, Roca J, Solano S. El consumo de tabaco como un proceso. En: Jiménez CA. Manuales SEPAR: Tabaquismo. Ed Aula Médica, Madrid 1995; 1: 58-63.
69. DiClemente CC, Prochaska JO, Gibertini M. Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. *Cognitive therapy and Research*, 1985; 9: 181-200.
70. Abelin T. Pharmacological approaches as a part of a comprehensive smoking cessation strategy. *Smoke free 21ST century. 2nd European conference on tobacco or Health. 1ª Conferencia iberoamericana de tabaco o salud. Las Palmas de Gran Canaria 23-27 Feb; 1999.*
71. Richmond RL, Kehoe L, Webster IW. Multivariate models for prediction abstention following intervention to stop smoking by general practitioner. *Addiction*. 1993; 88: 1127-1135.
72. West R. Assessment of dependence and motivation to stop smoking. *BMJ* 2004;328:338-339.
73. Nilsson F, Glover S. Glover-Nilsson Smoking Behavioral Questionnaire (GN-SBQ). Poster 3 rd European Conference of the Society for Research on Nicotine and Tobacco. Paris; September, 2001.
74. Russell MA, Peto J, Patel UA. The classification of smoking by factorial structure of motives . *J Royal St Soc* 1974; 137: 313-46.
75. Pérez-Trullén A, Clemente ML, Marrón R, Herrero I, Machín MA. Acompañe a su paciente a dejar de fumar sin desfallecer en el intento. Madrid: Ergón; 2004.
76. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington DC. APA; 1994.
77. Coleman T. ABC of smoking cessation. Use of simple advice and behavioural support. *BMJ* 2004;328:397-9.
78. Pérez-Trullén A, Clemente ML. Estado actual y futuras terapias farmacológicas en la deshabitación tabáquica. *Arch bronconeumol* 2001; 37(4): 184-196.
79. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG et al. *Clinical Practice Guideline: Treating Tobacco Use and Dependence*. Rockville, MD: US Dept of Health and

Human Services. Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Publication nº 2000-0032; June 2000.

80. West R, Mc Neill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000; 55: 987-999.

81. Rodríguez ML, Pérez-Trullén A, Clemente ML, Herrero I, Rubio V, Sampedro E. Prescripción facultativa o consejo médico antitabaco en Atención Primaria: opiniones desde el otro lado de la mesa. *Arch bronconeumol* 2001; 37 (7): 241-246.

82. Jiménez CA, Solano S, González JM, Ruiz MI, Flórez S, Ramos A, et al. Area de tabaquismo de SEPAR: Normativa para el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol*. 1999; 35: 499-506.

83. National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation. *Technology Appraisal Guidance*, nº 39. London; 2002.

84. Pérez-Trullén A, Clemente ML, Carreras JM, Marrón R, Rubio E, Montañés C. Tratamiento farmacológico del tabaquismo con sustitutivos de la nicotina. *Aten Farm. Eur J Clin Phar*. 1999; 1 (3): 252-262.

85. Tonnesen P, Fryd V, Hansell M, Helsted J, Gunnensen AB, Forchammer H, Stockner M. Two and four mg nicotine chewing gum and group counselling in smoking cessation: an open randomized controlled trial with a 22 month follow-up. *Addict Behav* 1999; 13:17-27.

86. Hughes JR, Goldstein MG, Hurt RD, Shiffman S. Recent Advances in the Pharmacotherapy of Smoking. *JAMA*. 1999; 281: 72-76.

87. Sylagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. In: *Cochrane Collaboration. The Cochrane Library. Issue 3, Oxford: Up date Software, 2003.*

88. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.*

89. Molyneux A. ABC of smoking cessation Nicotine replacement therapy. *BMJ* 2004; 328:454-456.

90. Pérez Trullén A, Herrero I, Clemente ML. Eficacia y seguridad de la administración de tratamiento no nicotínico en la deshabituación tabáquica: a propósito del manejo terapéutico del bupropion. Arch bronconeumol 2002; 38 (Supl 7): 36-45.
91. Holm KJ, Spencer CM. Bupropion: A review of its use in the management of smoking cessation. Drugs. 2000; 59: 1007-1026.
92. Benowitz NL, Peng MW. Non-nicotine pharmacotherapy for smoking cessation. Mechanisms and prospects. CNS Drugs. 2000; 13: 265-285.
93. Slemmer JE, Martin BR, Damaj MI. Bupropion is a nicotinic antagonist. J Pharmacol Exp Ther. 2000; 295: 321-327.
94. Hays JT, Hurt RD, Rigotti NA, Niaura R, Gonzales D, Durcan MJ et al. Sustained-release bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation. An Intern Med. 2001; 135: 423-433
95. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
96. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia Española del Medicamento. Bupropion. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004. (Documento electrónico disponible en: <http://www.msc.es/agemed/princip.htm>).
97. Carreras JM. Tratamiento farmacológico no nicotínico del tabaquismo. Título Universitario de Experto en Tabaquismo. cuadernillo aparte. Madrid. 2003.
98. Roddy E. ABC of smoking cessation. Bupropion and other non-nicotine pharmacotherapies. BMJ 2004; 328: 509-511.
99. Pérez-Trullén A, Clemente ML. "Otras alternativas terapéuticas de utilidad en la deshabituación tabáquica", En Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M "Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo". Madrid: Ergón; 2003.p.211-240.
100. Clemente ML, Pérez-Trullén A, Carreras JM, Marrón R, Rubio E, Montañés C. Tratamiento farmacológico no nicotínico del tabaquismo. Aten Farm. Eur J Clin Phar. 1999; 1 (4): 357-367.
101. Covey LS, Sullivan MA, Johnston JA, Glassman AH, Robinson MD and Adams DP. Advances in non-nicotine pharmacotherapy for smoking cessation. Drugs. 2000; 59: 17-31.

102. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
103. Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
104. Lancaster T, Stead LF. Mecamylamine (a nicotine antagonist) for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
105. Osler M, Prescott E. Psychosocial, behavioural, and health determinants of successful smoking cessation: a longitudinal study of Danish adults. *Tob Control* 1998; 7:262-267.
106. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Sanidad y Consumo «Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar» Madrid: AETS - Instituto de Salud Carlos III, Septiembre de 2003
107. Silagy C, Muir J, Coulter A, Thorogood M, Yudkin P. Gnows, lifestyle Council in the general practice: you provide revoked by the patients. *BMJ* 1992;305:871-4.
108. www.aragob.es
109. B.O.E. nº 114, 13 de mayo de 2003.
110. B.O.E. nº 251, 19 de octubre de 2002.
111. B.O.E. nº 188, 7 de agosto de 1999.
112. B.O.E. nº 166, 13 de julio de 1999.
113. B.O.E. nº 136, 8 de junio de 1999.
114. B.O.E. nº 306, 23 de diciembre de 1998.
115. B.O.E. nº 107, 5 de mayo de 1998.
116. B.O.E. nº 166, 13 de julio de 1994.
117. B.O.E. nº 274, 15 de noviembre de 1988.
118. B.O.E. nº 59, 9 de marzo de 1988.

119. B.O.E nº 59, 9 de marzo de 1988.
120. B.O.E nº 188, 7 de agosto de 1999.
121. BOA nº 43, 11 de abril de 2001.
122. BOA nº 93, 6 de agosto de 2001.
123. BOA nº 96, 6 de Agosto de 2003.
124. Doll R, Hill BA. Smoking and carcinoma of the lung: preliminary report. *BMJ* 1950; 2: 739-748.
125. López V, Sánchez PA, García JC, Calvo R, Almendro M, Macías M et al. Tabaquismo entre los miembros de la Sociedad Española de Cardiología. Aproximación a la sensatez. *Prev Tab* 2004; 6(3): 103-112.
126. Torrecilla M. Semana sin humo. Una actividad de la semFYC para la prevención del tabaquismo. *Prev Tab* 2002; 4(4): 169-170.
127. Barrueco M, Hernández-Mezquita MA, Jiménez-Ruiz C, Torrecilla M, Vega MT, Garrido E. Attitudes of teachers about tobacco prevention at school. *Allergol et Immunopathol* 2000; 28(4): 219-224.
128. Barrueco M, Jiménez-Ruiz C, Palomo L, Torrecilla M, Romero P, Riesco JA. Veracidad de la respuesta de los fumadores sobre su abstinencia en las consultas de deshabituación tabáquica. *Arch Bronconeumol* 2005; 41(3): 135-140.
129. Marrón R, Pérez Trullén A, Clemente M^aL, Herrero I. Factores de inicio del consumo de tabaco en adolescentes. *Prev Tab* 2003; 5: 219-234.
130. Flay B, Davernas J, Best I, Kersell M, Ryan K. Cigarette smoking, why young people do it and ways of preventing to it. In: MacGrath PJ, Firestone P, eds. *Pediatric and adolescent behavioral medicine*. New York. Springer-Verlag, 1983; 32-183.
131. Pascual JF, Viejo JL, Gallo F, De Abajo C, Pueyo A. Tabaquismo escolar. Estudio epidemiológico transversal en una población de 4.281 escolares. *Arch Bronconeumol*. 1996; 32: 69-75.

132. Altet MN, Pascual MT y Grupo de trabajo sobre tabaquismo en la infancia. Tabaquismo en la infancia y la adolescencia. Papel del pediatra en su prevención y control. *An Esp Pediatr* 2000; 52 (2): 168-77.
133. Prieto L, Escobar MA, Palomo L, Galindo A, Iglesias R, Estévez A. Consumo de tabaco en escolares de la Comunidad Autónoma de Extremadura. *Aten Primaria*. 1999; 32: 326-31.
134. Perula LA, Ruiz R, Lora N, Mengual P, Rodríguez FC, Espejo J. Consumo de tabaco entre la población escolar. Factores relacionados. *Gac Sanit*. 1998;12: 249-53.
135. Ministerio del Interior. Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar 1998 - 2000 - 2002. Documento electrónico disponible en: <http://www.mir.es/pnd>.
136. Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales. II Plan Andaluz sobre drogas y adicciones (2002-2007). Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales, 2001
137. Mora A. Estudio del tabaquismo en los adolescentes: características y motivaciones del hábito tabáquico. Universidad Complutense de Madrid. Tesis Doctoral, 2003.
138. Casas J, Lorenzo S, López JP. Tabaquismo. Factores implicados en su adquisición y mantenimiento. *Med Clin (Barc)*. 1996; 107: 706-10.
139. Mendoza R, Batista JM, Sánchez M, Carrasco AM. El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en los adolescentes escolarizados españoles. *Gac Sanit* 1998; 12: 263-271.
140. Pérez Trullén A, Clemente ML, Rubio E, Marrón R. Los escolares responden: ¿Qué motivos te impulsaron para comenzar a fumar?. *Int J Tuberc Lung Dis*. 1999; 9 (suppl 1): 151.
141. Serrat D. Prevención del tabaquismo en las Facultades de Medicina. *Prev Tab* 2000; 2(3): 141-2.
142. Girbés M, García C, Moreno J, de Granda JI, Rojas M^aJ. Plan regional de prevención y control del tabaquismo en la Comunidad de Madrid. Prevención del inicio del consumo. *Prev Tab* 2003; 5(1): 38-52.
143. Marrón T. Estudio de los factores sociodemográficos del inicio de consumo de tabaco en los adolescentes. Universidad de Zaragoza. Tesis doctoral 2002.
144. Pérez Trullén A, Herrero I. El tabaquismo, una enfermedad desde la adolescencia. *Prev Tab* 2002; 4: 1-2.

145. Fernández MJ, Ibáñez F. Hábito y actitud respecto al tabaco en enfermería de Atención Primaria en Bilbao (datos aún no publicados).
146. Fernández E, Schiaffino A, García M, Saltó E, Villalbí 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(1): 14-6.
147. Jiménez CA, Ayesta J, Planchuelo MA, Abengózar R, Torrecilla M, Quintas AM et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET) sobre el tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Prev Tab* 2001; 3(2): 78-85.
148. Jiménez CA, Solano S, Barrueco M, De Granada JL, Lorza JJ, Alonso S et al. Recomendaciones para la organización y funcionamiento de las unidades especializadas en tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2001; 37(9): 382-387.
149. Programa de Calidad de Atención Especializada. Memoria Insalud 1999.
150. Spangler JG, George G, Foley KL, Crandall SJ. Current Effects and Gaps in US Medical Schools. *JAMA* 2002; 288: 1102-1109.
151. Roddy E, Rubin P, Britton J. A study of smoking and somoking cessation on the curricula of UK medical schools. *Tob Control* 2004; 13: 74-77.
152. Montalto NJ, Ferry LH, Stanhiser T. Tobacco Dependence Curricula in Undergraduate Osteopathic Medical Education. *J Am Osteopath Assoc* 2004; 104: 317-323.
153. Shatsky ML. DO Questions Evidence for Including Tobacco Dependence Curricula. *J Am Osteopath Assoc* 2005; 105: 52-53.
154. Hudmon KS, Kroon LA, Corelli RL, Saunders KC, Spitz MR, Bates TR, Liang D. Training Future Pharmacist at a Minority Educational Institution: Evaluation of the Rx for Change Tobacco Cessation Training Program. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2004; 13: 477-481.
155. Martínez JA, Alonso JM, Arribas J, Sánchez-Seco P, Cuesta M, Provencio R. Características del tabaquismo en el personal de Atención Primaria del área sanitaria de Guadalajara. *Rev Esp Salud Publica* 1996; 70: 51-61.

156. Viera FD, Fernández PA, Tejera S, Imbernón E. Hábito tabáquico de médicos y enfermeros/as de Atención Primaria del Área de Salud de Lanzarote. *Med General*. 2002; 40: 19-23.
157. Abdullah ASM, Husten CG. Promotion of soking cessation in developig countries: a framework for urgent public Health interventions. *Thorax* 2004; 623-630.
158. Scott HD, Tierney JT. Smoking rates among Rhode Island physicians: achieving a smoke free society. *Am J Prev Med* 1992;8:86–90.
159. Josseran L, King G, Guilbert P, Davis J, Brücker G. Smoking by French general practitioners: behaviour, attitudes and practice. *Eur J Public Health* 2005; 15(1): 33–38.
160. Hamann SL. Teaching Medical Students to take Tobacco use seriously. 2004. Disponible en: <http://tc.bmjournals.com/cgi/eletter-submit/13/1/74?title=re:+Teaching+Medical+Students+to+take+tobacco+use+seriously>.
161. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 2001. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001. Disponible en: <http://www.msc.es/salud/epidemiología/ies/encuesta2001/encuesta.htm>.
162. Ministerio de Sanidad y Consumo. Datos provisionales de la Encuesta Nacional de Salud de España 2003. <http://www.msc.es/salud/epidemiología/ies/encuesta2003/encuesta.htm>.
163. Nebot M, Tomás Z, López MJ, Ariza C, Díez E, Borrell C, Villalbí JR. Cambios en el consumo de tabaco en la población general de Barcelona, 1983-2000. *Aten Primaria* 2004; 34(9): 457-64.
164. Camarelles F. Tendencias en el consumo de tabaco en España. *Aten primaria* 2004; 34(9): 457-464.
165. World Health Organization. Mackay J, Eriksen M. The tobacco atlas. Geneva: World Health Organization. Brighton: Myriad Editions Limited; 2002.
166. Prevalencia y actitudes entre los médicos y otros profesionales de la salud en España. En: Pardell H, Jané M, Sánchez I, Villalbí JR, Saltó E, editors. Manejo del fumador en la clínica. Recomendaciones para el médico español. Barcelona: Ars Medica Editores; 2002.p. 29-46.

167. Nelson DE, Giovino GA, Emont SL, Brackhill R, Cameron LL, Peddicort J et al. Trends in cigarette smoking among US Physicians and nurses. JAMA 1994; 271(16): 1273-5.
168. Prieto P, Díaz M, Vidal A. Prevalencia del hábito tabáquico entre los profesionales de un hospital. Prev Tab 2003; 5(3): 175-82.
169. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). El consumo del tabaco entre los médicos. Madrid: CIS, 1985.
170. Sánchez L, Calatrava J, Escudero C, García A, Marco V, Esteras A. Prevalencia del tabaquismo en la profesión médica. Med Clin (Bar) 1988; 90: 404-7.
171. Gil E, Robledo T, Rubio JM, Bris MR, Espiga I, Sáiz I. Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios de Insalud 1998, España. Prev Tab 2000; 2: 22-31.
172. Arévalo JM, Baquedano FJ. Prevalencia del tabaquismo entre los trabajadores de un hospital. Rev Esp Salud Pública 1997; 71(5): 451-62.
173. Arias M^aA, Sánchez M, Fernández ML. Diferencias evolutivas en las actitudes respecto al tabaquismo en médicas y enfermeras de la Comunidad de Madrid según el nivel asistencial. (datos no publicados).
174. Steen BC, Flórez S, Jareño J, Solano S, Jiménez CA. Prevalencia, actitudes y conocimientos sobre tabaquismo en médicos especialistas residentes. Inflamación 1993; 93: 386-8.
175. Ruiz C, Pérez Trullén A, Martínez-Berganza A, Suárez FJ. Prevalencia del tabaquismo en los Médicos Internos Residentes de Neumología y Cirugía Torácica de España. Prev Tab 1995; 2: 17-24.
176. Romero PJ, Solano S, Jiménez CA, Barrueco M, Hernández I, Lorza JJ et al. El tabaquismo entre los miembros de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Hacia un futuro mejor. Prev Tab 2000; 2(3): 151-165.
177. Melbourne FH. Minimal Training in Tobacco-Control May be Epidemic. 2004. Disponible en: <http://tc.bmjournals.com/cgi/eletter-submit/13/1/74?title=Re:+Minimal+Training+in+Tobacco-Control+May+be+epidemic>.
178. Ashwin A, Patkar MD, Hill K, Batra V, Vergare MJ, Leone FT. A Comparison of Smoking Habits Among Medical and Nursing Students. Chest 2003; 124: 1415-1420.

179. Melani AS, Verponziani W, Boccoli E, Trianni GL, Federici A, Amerini R, Vichi MG, Sestini P. Tobacco smoking habits, attitudes and beliefs among nurse and medical students in Tuscany. *Eur J Epidemiol* 2000; 16:607-611.
180. Conocimientos y actitudes relacionados con el tabaco de los médicos del sector público de la Comunidad de Madrid. *Tabaco Hoy* 1995; 1: 5-24.
181. Departement de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. 16 anys de lluita contra el tabac a Catalunya (1982-1998). Barcelona: FUCAP y DSSS, 1999.
182. Pérez Trullén A, Clemente M^aL, Herrero I, Escosa L. ¿Cuál es la prevalencia actual del tabaquismo en España?. *Respira* 2003. 5: 6-13.
183. Observatorio Español sobre Drogas (2002) Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas en España. 2001. Madrid: Delegación del Gobierno para el plan Nacional Sobre Drogas, Ministerio del Interior. Disponible en: http://www.msc.es/Diseno/sns/sns_sistemas_informacion.htm.
184. Tobacco as a risk factor: health, social and economic costs. En: *Building blocks for Tobacco Control: a handbook*. France: World Health Organization; 2004.p.3-14.
185. Nerín I, Guillén D, Sánchez-Agudo L. Estudio de tabaquismo en una Facultad de Medicina: Prevalencia y actitudes en estudiantes y profesores. *Prev Tab* 2000; 2(3): 166-172.
186. Mas A, Nerín I, Barrueco M, Cordero J, Guillén D, Jiménez-Ruiz C, Sobradillo V. Consumo de tabaco en estudiantes de sexto curso de medicina de España. *Arch Bronconeumol* 2004; 40(9): 403-8.
187. Nerín I, Guillén D, Mas A, Crucelaegui A. Evaluación de la influencia que ejerce la facultad de medicina en los futuros médicos respecto al tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2004; 40(8): 341-7.
188. Ferry LH, Grissino LM, Runfola PS. Tobacco dependence curricula in US undergraduate medical education. *JAMA* 1999: 825-829.
189. Fréour P, Tessier JF, Gachie JP et al. Le tabaquisme chez les praticiens girondins. *Bordeaux Med* 1980; 13(7): 253-60.

190. Carrión, Hernández JR. El tabaquismo pasivo en adultos. Arch Bronconeumol 2002; 38(3): 137-46.
191. Vineis P, Airoldi L, Veglia F, Olgiati L, Pastorelli R, Autrup H, et al. Environmental tobacco smoke and risk of respiratory cancer and chronic obstructive pulmonary disease in former smokers and never smokers in the EPIC prospective study. BMJ 2005; 330:277.
192. McGhee SM, Ho SY, Schooling M, Ho LM, Thomas GN, Hedley AJ et al. Mortality associated with passive smoking in Hong Kong. BMJ 2005; 330: 287-8.
193. Whincup P, Gilg J, Emberson J, Jarvis M, Feyerabend C, Bryant A et al. Passive smoking and risk of coronary heart disease and stroke: prospective study with cotinine measurement. BMJ 2004; 329(7471):918.
194. Hill S, Blakely T, Kawachi I, Woodward A. Mortality among “nevers smokers” living with smokers: two cohort studies, 1981-4 and 1996-9. BMJ 2004; 328: 988-9.
195. Janson C, Chinn S, Jarvis D, Zock JP, Torén K, Buerney P. Effect of passive smoking on respiratory symptoms, bronchial responsiveness, lung function, and total serum IgE in the European Community Respiratory Health Survey: a cross-sectional study. Lancet 2001; 358:2103-9.
196. Nebot M, López MJ, Tomás Z, Ariza C, Borrell C, Villalbí JR. Exposure to environmental tobacco smoke at work and at home: a population based survey. Tob Contrl 2004; 13-95.
197. Towse J, Schiaffino A, García M, Martí M, Fernández E. Prevalencia de la exposición al humo ambiental de tabaco en un área urbana. Med Clin 2004; 123(13): 496-498.
198. Tabaquismo pasivo. Disponible en: http://www.saludalia.com/Saludalia/privada/web_club/doc/tabaco/doc/tabaquismo_pasivo.htm.
199. He J, Vupputuri S, Allen K, Prerost MR, Hughes J, Whelton PK. Passive smoking and The risk of coronary heart disease a metaanalysis of epidemiologic studies. N Engl J Med 1999; 340: 920-926.
200. Barrueco M. El tabaquismo un problema de salud pública. Mujer y tabaco. Jóvenes y tabaco. En: Carrión F, Giner J, editores. Tabaquismo. Madrid: Sanitaria 2000; 2004. 9-27.

201. Famet JM, Yoon Se. Women and the tobacco epidemia. World Health Organization. Geneve, 2001.
202. Hackshaw AK, Law M, Wald NJ. The acumulated evidence on lung cancer and environmental tabacco smoke. *BMJ* 1997; 315: 980-8.
203. López MJ, Nebot M. Tabaquismo pasivo: un riesgo ignorado. *Med Clin* 2004; 123(13): 503-5.
204. Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ* 2002; 325: 174-85.
205. Nerín I, Crucelaegui A, Más A, Villalba JA, Guillén D, Gracia A. Resultados de un programa integral de prevención y tratamiento del tabaquismo en el entorno laboral. *Arch Bronconeumol* 2005; 41(4): 197-201.
206. Jarvis MJ. Patterns and predictors of smoking in the general population. In: Bollinger CT, Fagerström KO, editors. *The tobacco epidemic*. Basel, Karger: Prog Respir Res 1997; 28: 151-64.
207. Mendoza R. El consumo de tabaco en los escolares españoles: tendencias observadas (1986-1990), posibles factores explicativos y sugerencias de intervención VIII. Conferencia Mundial sobre el Tabaco o la Salud. Buenos Aires: 30 de Marzo al 3 de Abril, 1992.
208. Ariza C, Nebot M. Factors associated wiht smoking progession among Spanish adolescents. *Health Educ Res*. 2002; 17(6): 750-760.
209. BASP. Una mirada a la publicidad del tabaco. *News letter*, 1989; 23-32.
210. Torrecilla M, Barrueco M, Maderuelo JA, Jiménez CA, Plaza MD, Hernández MA. El abordaje del tabaquismo en atención primaria y especializada, una oportunidad real y una necesidad de salud pública. *Aten Primaria* 2002. 30 (4): 197-206.
211. Clemente ML. Estudio de la dependencia nicotínica en escolares fumadores de Zaragoza. Universidad de Zaragoza. Tesis doctoral 2000.
212. Sarría A, Cortés M, Elder J. Análisis de la campaña publicitaria de la marca de tabaco Fortuna durante el bienio 1999-2000. *Rev Esp salud Publica* 2001; 75: 107-114.
213. Hansen MD. Estrategias de la industria del tabaco en España: grupos de presión, marketing y publicidad al servicio de un producto adictivo. *Med Clin* 2005; 124(6): 220-222.

214. Esteves E, Massaferro R, Zignago A. Informática, otro aliado contra el Tabaquismo. 2003. Disponible en: <http://www.chasque.apc.org/suis/cursos/materiales/trabajos/Tabaquismo.doc>
215. Clemente ML, Solbes A, Amador FJ, Aguilera L, Cabezas C, Córdoba R, Camaralles F. Tres semanas sin humo: un paso más allá en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. *Aten Primaria* 2003; 32(3): 163-168.
216. Moncada A, Pérez K. Consumo de tabaco en varones adolescentes. *Med Clin* 2002; 119(7): 276.
217. Martínez-Frías ML, Rodríguez-Pinilla E, Bermejo E. Consumo de tabaco durante el embarazo en España: análisis por años, comunidades autónomas y características maternas. *Med Clin* 2005; 124(3): 86-93.
218. Villalbí JR. Dejar de fumar durante el embarazo. *Med Clin* 2005; 124(3): 104-106.
219. Hasper I, Feola MA, Bruno M, Cohen I, D'Amato N, Donato V, Fernández J, Giannatasio J, Macri C, Meyer E, Schapachnik E, Zagalsky P. Tabaquismo en estudiantes de medicina avanzados. Buenos Aires: Subcomisión Hospitalaria "Tabaco o Salud". Secretaría de Salud. G.C.B.A. 1998. Disponible en: <http://pcvc.sminter.com.ar/cvirtual/tlibres/tnn2459/tnn2459.htm>
220. Montero A, Gómez CJ, López A, Linares E, Pinel MD, Maldonado JA. Estudio comparativo sobre el consumo de tabaco entre médicos y estudiantes de medicina. *Prev Tab* 2001; 3(4): 224-231.
221. Herrero FJ, Moreno JJ. Tratamientos combinados del tabaquismo: psicológicos y farmacológicos. *Adicciones* 2004; 16 (2): 287-320.
222. Mola S. Terapia de reemplazamiento con Nicotina para el abandono del hábito tabáquico. Disponible en: <http://www.infodoctor.org/bandolera/b86s-3.html>.
223. Carnero C, Kahn E. Zyban para la abstinencia terapéutica. Disponible en: <http://www.infodoctor.org/bandolera/b79s-3.html>.
224. Solano S, de Lucas P, García-Tenorio A, Rodríguez-González-Moro JM. Estrategias para frenar la EPOC: Estado actual del tratamiento farmacológico de Tabaquismo. *Prev Tab* 2000; 2(3): 180-8.

225. Hasper I, Feola MA, Cohen I, Saban I, Fernandez J, García L, Giannatasio J, Lombardo V, Macri C, Mella A, Meyer E, Poliak J, Saenz C, Schapachnik E, Verra F, Zagalsky P, Lado MI. Tabaquismo en hospitales de la ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires: Subcomisión Hospitalaria "Tabaco o Salud". Secretaría de Salud. G.C.B.A. 1997. Disponible en: <http://pcvc.sminter.com.ar/cvirtual/tlibres/tnn2460/tnn2460.htm>
226. Ayesta FJ, de la Rosa L. ¿Por qué fuman más hoy en día las mujeres?. *Prev Tab* 2001; 3(3): 155-160.
227. Torrecilla M, Domínguez F, Torres-Lana A, Cabezas C, Jiménez CA, Barrueco M et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador. Documento de consenso. *Aten Primaria* 2002; 30(5): 310-317.
228. Clemente ML, Pérez-Trullén A, Herrero I. El papel de los médicos en el control del tabaquismo. En: Jiménez CA, Fagerström KO, editores. *Tratado de Tabaquismo*. Grupo Aula Médica SL, 2004: 535-49.
229. El gobierno ratifica el Convenio Marco de la OMS para luchar contra el tabaquismo, que entrará en vigor el 27 de febrero. *Jano On-line*. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=37092>.
230. Marín D. Convención de Ginebra para el control del tabaco: la salud prevalece sobre el producto. *Med Clin* 2003; 121(7): 253-5.
231. Rice VH, Otead LF. Nursing interventions for smoking cessation (Cochrane Review) En: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2001. Oxford: Update software.
232. O'Loughlin J, Makni H, Tremblay M, Lacroix C, Gervais A, Dery V, Meshefedjian G, Paradis G. Smoking cessation counseling practices of general practitioners in Montreal. *Prev Med*. 2001;33(6): 627-38.
233. Noble M, Pérez- Stable E, Casal E. ¿Estamos los médicos trabajando para controlar el tabaco?. *Boletín de la Academia Nacional de Medicina* 1996. Disponible en: www.samig.org.ar/emc/congreso/Exposicion%20tabaco.ppt.
234. Thomas V. La importancia del abordaje el tabaquismo en Atención Primaria. *Prev Tab* 2002; 4(4): 171-3.

235. Torrecilla M, Barrueco M, Maderuelo JA, Jiménez CA, Plaza MD, Hernández MA. El abordaje del tabaquismo en atención primaria y especializada, una oportunidad real y una necesidad de salud pública. *Aten Primaria* 2002; 30(4): 197-206.
236. Sobradillo V, Miravittles M, Gabriel R, Jiménez-Ruiz CA, Villasante C, Fernando J. Geographic variations in prevalence and underdiagnosis of COPD: Results of the IBERPOC multicentre epidemiological study. *Chest* 2000; 118: 981-989.
237. Masa JF, Sobradillo V, Villasante C, Jiménez-Ruiz CA, Fernández-Fau L, Viejo JL, Miravittles M. Costes de la EPOC en España. Estimación a partir de un estudio epidemiológico poblacional. *Arch Bronconeumol* 2004; 40(2): 72-9.
238. Sánchez P, Lisanti N. Prevalencia de tabaquismo y actitud hacia este hábito entre médicos del Azuay, Ecuador. *Pan Am J Public Health*. 2003. 14 (1): 25-30.
239. Evaluación PAPPS 1998. Disponible en: http://papps.org/evoluciones_estudios/esudio/1998/resultados.html.
240. Izquierdo MA, Rebollo P, Martínez P, Muñiz E, González MM, Delgado R. El factor de riesgo tabaco, nuestra asignatura pendiente. *Prev Tab* 2003; 5(3): 170-4.
241. McEwen A, West R. Smoking cessation activities by general practitioners and practice nurses. *Tob Control* 2001; 10: 27-32.
242. Gorin SS. Predictor of tobacco control among nursing students. *Patient Educ Couns* 2001; 44(3): 251-62.
243. Gómez A, Álvaro D, García F, Ortega B, Granado S, Alvarez-Sala R, Pino JM, Villasante C. Actitud ante el tabaquismo de los Médicos Internos Residentes de un Hospital Universitario. *Comunicación SEPAR*.
244. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1998. <http://www.msc.es/salud/epidemiología/ies/encuesta1998/encuesta.html>.
245. Kaplan CP, Pérez-Stable EJ, Fuentes-Afflick E, Gildengorin V, Millstein S, Juarez-Reyes M. Smoking Cessation Counseling with young patients. The Practices of Family Physicians and Pediatricians. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004; 158: 83-90.
246. Altet MN, Pascual MT y Grupo de Trabajo sobre Tabaquismo en la Infancia. Sociedad Española de Neumología Pediátrica. *An Esp Pediatr* 2000; 52(2); 168-177.

247. Torrecilla M, Hernández MA, Barrueco M, Plaza MD. Tabaquismo juvenil. Un abordaje interdisciplinario. *Aten Primaria* 2001; 28(2): 143-144.
248. García A. Intervención mínima frente al tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 114-123.
249. Córdoba-García R, Nerín I. Niveles de intervención clínica en tabaquismo. ¿Son necesarias las consultas específicas en atención primaria?. *Med Clin* 2002; 119(14): 541-9.
250. The 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 Report. *JAMA* 2000; 283: 3244-54.
251. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Nº 40 Madrid, Septiembre de 2003.
252. De la Peña A, Suárez C, Cuende I, Muñoz M, Garré J, Camafort M et al. Control integral de los factores de riesgo en pacientes de alto o muy alto riesgo cardiovascular en España. Estudio CIFARC. *Med Clin* 2005; 124(2): 44-49.
253. Barrueco M, Alonso A, González-Sarmiento R. Bases genéticas del hábito tabáquico. *Med Clin* 2005; 124(6): 223-8.
254. Lancaster T, Otead LF. Asesoramiento médico para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
255. Torrecilla M, Barrueco M, Maderuelo JA, Jiménez CA, Plaza MD, Hernández MA. Deshabitación tabáquica en una consulta de atención primaria: eficacia del consejo médico, la intervención mínima y la terapia sustitutiva con nicotina al año de seguimiento. *Aten Primaria* 2001; 27(9): 629-636.
256. Barrueco M. Prevención. En: Jiménez CA, editor. *Aproximación al tabaquismo en España. Un estudio multifactorial*. Pharmacia & Upjohn S.A, 1997: 125-151.
257. Gorin SS, Heck JE. Meta-Analysis of the Efficacy of Tobacco counseling by Health Care Providers. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2004; 13(12): 2012-2022.

258. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation (Cochrane Review). En The Cochrane Library, Issue 4. 2003. Chichester, RU: Wiley and Sons, Ltd.
259. Comella A, Serra J, Casas JC, Doz F, Albiac L. Estudio del hábito tabáquico entre los escolares de Osona. Arch Bronconeumol 1992; 28 (supl.1): 6.
260. Barrueco M, Vicent M, Terreno D, Gonsalves MT, Asensio D, Garavís JL, Blanco A. Effects of a long-term school smoling prevention programme. Eur Respir J 1995; 8 (supl19): 115.
261. Torrecilla M. Atención Primaria y tabaquismo. 2002. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,199587,00.html>.
262. Saltó E, Jané M, Pardell H, Taberner JL, Tresseras R, Salleras LL. Enfermedades respiratorias y tabaquismo. Evaluación de los objetivos del Plan de Salud de Cataluña para el año 2000. Med Clin 2003; 121(Supl1): 30-7.
263. Borguetti C, Ancochea L, Casas I, Monso E. Efecto del abandono del hábito tabáquico en la salud respiratoria de la población general. Med Clin 2004; 122(13): 517.
264. Shelley D, Cantrell J, Faulkner D, Haviland L, Heaton C, Messeri P. Physician and Dentist tobacco use counseling and adolescent smoking behavior: Results from the 2000 National Youth Tobacco Survey. Pediatrics 2005;115:719-725.
265. Litaker, D, Flocke S, Frolkis J, Stange K. Physicians' attitudes and preventive care delivery: insights from the DOPC study. Prev Med 2005; 40: 556– 563.
266. Ockene JK. Smoking intervention: The expanding role of the physician. Am J Public Health 1987; 77: 782-783.
267. Russell M, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioner's advise against smoking. Br Med J 1979; 2: 231-235.
268. Cummings SR, Rubin SM, Ester G. The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. JAMA 1998; 251: 75-79.
269. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS): Actitudes y comportamiento de los españoles ante el tabaco, el alcohol y las drogas. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 1986; 34: 243-419.

270. Lumbreras G, Mena MD, Álvarez I, Pérez I, Sánchez J, Molina J, Sanz T. Prevalencia del consejo antitabaco en un centro de atención primaria: comparación del registro en la historia clínica con lo referido por el usuario. Arch Bronconeumol 2002; 38: 317-321.
271. Plaza MD, Gonzalez M, Martín M. El pediatra en la prevención del tabaquismo. Prev Tab 2001; 3(1): 44-45.
272. Sanz B, de Miguel J, Camaralles F. Métodos no farmacológicos en la deshabitación tabáquica. Rev Clin Esp 2004; 204(1): 37-9.
273. SEMFyC. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. Disponible en: <http://www.papps.org>.
274. Sobrequés J, Cebriá J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. Aten Primaria 2003; 31(4): 227-233.
275. 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.
276. Escudero C. Papel de los médicos, especialmente los neumólogos y cirujanos torácicos frente al tabaco. Arch Bronconeumol 1995; 31: 99.
277. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and process self-change smoking: toward and integrative model of change. J Consult Clin Psychology. 1983 ; 51 : 390-395.
278. González JM, Escudero C, García A, Roca J, Solano S, Pérez Trullén A, Jiménez CA, director. Manuales SEPAR: Tabaquismo. Madrid: Aula Médica SA; 1995.p. 1-109.
279. Subías P, García-Mata JR, Perula L y grupo de evaluación del PAPPs. Efectividad de las actividades preventivas en el ámbito de los centros de salud adscritos al Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la salud de la semFYC. Aten Primaria 2000; 25: 383-9.
280. Jiménez Ruiz CA, Masa J, Sobradillo V, Gabriel R, Miratvilles M, Fernández-Fau L, Villasante C, Viejo JL. Prevalencia y actitudes sobre tabaquismo en población mayor de 40 años. Arch Bronconeumol 2000; 36: 241-244.

281. Kaplan CP, Perez-Stable EJ, Fuentes-Afflick E, Gildengorin V, Millstein S, Juarez-Reyes M. Smoking cessation counseling with young patients: the practices of family physicians and pediatricians. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2004 Jan;158(1):83-90
282. B.O.N. nº 85, 4 de julio de 2003.
283. Minervini MC, Patiño CM, Zabert GE, Ronelli PM, Gómez M, Castaños C. Tabaquismo una epidemia. Por qué y cómo intervenir en los pacientes fumadores. *AAIC* 2001; 32(1): 1-11.
284. Martínez JA, Alonso JM, Arribas J, Sánchez-Seco P, Cuesa M, Provencio R. Características del tabaquismo en el personal de Atención Primaria del Área Sanitaria de Guadalajara. *Rev Esp Salud Pública* 1996; 70:51-61.
285. Barrueco M, Jiménez CA, Palomo L, Torrecilla M, Romero P, Riesco JA. Abstinencia puntual y continuada con el tratamiento farmacológico del tabaquismo en la práctica clínica. *Med Clin* 2004; 123(17): 652-656.
286. Da Costa CL, Younes RN, Lorenzo MT. A prospective randomized double blind study comparing nortriptyline to placebo. *Chest* 2003; 122: 403-406.
287. Jiménez-Ruiz CA, De Granda JI. Success Rates for Nortriptyline. *Chest* 2003; 124(2): 768-9.
288. Sociedad Española de Psiquiatría. Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras adicciones. Barcelona: Euromedice, 2003.
289. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000; 55: 987-999.
290. Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. The effect of nicotine replacement therapy on smoking cessation. En: Lancaster T, Silagy C, Fullerton D, editores. Tobacco addiction module of the Cochrane database of systematic reviews. Oxford: update software, 1996.
291. NICE. Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation. Technology Appraisal Guidance, nº39. London, 2002. Documento disponible en URL: www.nice.org.uk.

292. Jiménez CA, de Granda JI, Solano S, Carrión F, Romero P, Barrueco M. Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo. Arch Bronconeumol 2003; 39(11): 514-23.
293. Rubio G. Tabaquismo un riesgo evitable. Med Clin 2004; 123(4): 136-137.
294. USDHHS Reducing tobacco use: A report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. 2000.
295. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation (Cochrane Review). En The Cochrane Library, Issue 4. 2003. Chichester, RU: Wiley and Sons, Ltd.
296. Rodríguez ML, Pérez Trullén A, Clemente ML, Herrero I, Rubio V, Sampedro E. Prescripción facultativa o consejo médico antitabaco en atención primaria: opiniones desde el otro lado de la mesa. Arch bronconeumol 2001; 37:241-246.
297. Alonso-Gordo JM, Magro-Perterguer R, Martínez JA, Sanz N. Tabaco y atención primaria. En: Becoña E, coordinadora. Libro blanco de prevención del tabaquismo. Barcelona: Glosa ediciones, 1998; 211-225.
298. Sanz B, de Miguel J, Camaralles F. Deshabituación tabáquica: actitud terapéutica ante los pacientes en fase de preparación. Rev Clin Esp 2004; 204(8): 425-9.
299. Marcos T, Godás T, Corominas J. Tratamiento de sustitución de nicotina frente a reducción progresiva en la deshabituación tabáquica. Med Clin 2004; 123(4): 127-130.
300. Jiménez-Ruiz CA, Camaralles F, de Granda JI, Díaz-Maroto JL. Protocolo de intervención en fumadores. 1ª ed. Madrid: Glaxo SmithKline, 2002.
301. Camaralles F. "Spain is different" en la prevención y control del tabaquismo. Aten Primaria 2004; 33(9): 481-2.
302. Moronta L, Sánchez P. Actuación de enfermería en deshabituación tabáquica. Prev Tab 2002; 4(4): 197-200.
303. Crofton J, Frèour P y Tessier JF. Medical education on tobacco: implications of a worldwide survey. Med Educ 1994; 28: 187-196.

304. Solano S, Pérez E, González de Vega JM, Ruiz MJ, Suárez J, Jiménez CA. Funciones del profesional de la salud frente al tabaquismo. Disponible en: http://db.separ.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/separ/separ2003.pkg_publicaciones.muestradoc?p_id_menu=912.
305. Saura-Llamas J. Cómo organizar la consulta docente para formar residentes. Algunos principios básicos. *Aten primaria* 2005; 35(6): 318-324.
306. Gómez T, Fuentes C, Casado V, Luque MJ, Marco T, Martínez JA, et al. Programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.
307. Villalbí JR. El Tabaco como problema de salud pública. *Informe SESPAS* 2002; 113-129.
308. http://www.elmedicointeractivo.com/omc_soc_ext.php?idreg=2567.
309. Hernández JL, Cuñado A, González-Macías J. Conocimiento del índice total paquetes/año como medida del hábito de fumar por parte de los clínicos de un servicio de medicina interna. *Med Clin* 2003; 121(9): 359.
310. Pardell H, Jané M, Sánchez I, Villalbí JR, Saltó E, Becoña E. Manejo del fumador en la clínica. Recomendaciones para el médico español. Organización Médica Colegial. Madrid/Medicina stm Editores (Ars Medica). Barcelona. 2002.
311. Jossieran L, King G, Guilbert P, Davis J, Brucker G. Smoking by French general practitioners: behaviour, attitudes and practice. *Eur J Public Helath* 2005; 15(1): 33-38.
312. Cummings KM, Giovino G, Sciandra R, Koenigsberg M, Emont SL. Physician advice to quit smoking: who gets it and who doesn't. *Am J Prev Med* 1987; 3: 69-75.
313. Ferry LH, Grissino LM, Runfola PS. Tobacco dependence curricula in US undergraduate medical education. *JAMA* 1999; 282: 825-829.
314. Scout CS, Neighbor WE. Preventive care attitudes of medical students. *Soc Sci Med* 1985; 21:299-305.
315. Wechsler H, Levine S, Idelson RK, Rohman M, Taylor JO. The physician's role in health promotion a survey of primary care practitioners. *N Engl J Med* 1983; 308: 97-100.

316. Kottke TE, Battista RN, DeFries GH, Brekke ML. Attributes of successful smoking cessation intervention in medical practice. A meta-analysis of 39 controlled trials. *JAMA* 1988; 259: 2883-2889.
317. Vila A, Rodríguez C, Ochoa O, Bria X. ¿Por qué dejan de fumar realmente nuestros pacientes?. *Aten Primaria* 2002; 30(8): 527.
318. Salleras L, Pardell H, Canela J, Vaqué J, Plans P. Actitudes y hábitos tabáquicos de los médicos de Cataluña. *Med Clin (Barc)* 1987; 89 (1): 6-9.
319. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service Report. *JAMA* 2000; 283: 3244-54.
320. WHO evidence based recommendations on the treatment of tobacco dependence. Copenhagen: WHO, 2001.
321. Hollis J, Lichenstein E, Voigt T. Nurseassisted counseling for smokers in primary care. *Ann Intern Med* 1993; 118: 521-525.
322. Hay que mejorar la coordinación entre la formación pregrado y MIR. Disponible en: <http://diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,407354,00.html>.
323. Cartera se servicios de Atención Primaria. Salud. Disponible en: <http://aragob.es>.
324. Chapman S. The role of doctors in promoting smoking cessation. *BMJ* 1993; 307: 518-9.
325. West R, Mc Neill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000; 55(12): 987-999.
326. Jiménez CA, Robledo T, Sáiz I, Rubio J, Espiga I. Abordaje de la docencia clínica del tabaquismo en las áreas sanitarias de Madrid. *Prev Tab* 2000; 2(3): 173-9.
327. Cornuz J, Humair JP, Seematter L, Stoianov R, van Melle G, Stalder H. Efficacy of resident training in smoking cessation: A randomized, controlled trial of a program based on application of behavioral theory and practice with standardized patients. *Ann Intern Med* 2002; 136(6): 429-437.
328. Cummings SR, Coates TJ, Richard RJ, Hansen B, Zahnd EG, VanderMartin R et al. Training Physicians in Counseling about Smoking Cessation. A Randomized Trial of the "Quit for Life" Program. *Ann Intern Med* 1989; 110: 640-47.

329. Lennox AS, Bain N, TaylorRJ, McKie L, Donnan PT, Groves J. Stages of Change training for opportunistic smoking intervention by the primary health care team. Part I: randomised controlled trial of the effect of training on patient smoking outcomes and health professional behaviour as recalled by patients. *Health Educ J* 1998; 57: 140-149.
330. Kottke TE, Brekke ML, Solberg LI, Hughes JR. A Randomized Trial to Increase Smoking Intervention by Physicians. *JAMA* 1989; 261(14): 2101-106.
331. Strecher VJ, O'Malley MS, Villagra VG, Campbell EE, Gonzalez JJ, Irons TG. Can Residents Be Trained to Counsel Patients about Quitting Smoking?. *J Gen Intern Med* 1991; 6: 9-17.
332. Adán FM. Actividades de deshabituación tabáquica de los médicos de familia y profesionales de enfermería de Atención Primaria ingleses. *Prev Tab* 2001; 3(4): 270-271.

ANEXOS

ANEXO 1: TEST DE RICHMOND.

1.- ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?

0 → no 1 → sí

2.- ¿Cuánto interés tiene usted en dejarlo?

(desde 0 → en absoluto, hasta 3 muy seriamente)

3.- ¿Intentará dejar de fumar completamente en las próximas dos semanas?

(Desde 0: definitivamente no, hasta 3: definitivamente sí).

4.- ¿Cuál es la posibilidad de que usted dentro de los próximos 6 meses sea un no fumador?

(Desde 0: definitivamente no, hasta 3: definitivamente sí).

**ANEXO 2: TEST CUALITATIVO SENCILLO DE MOTIVACIÓN
PARA DEJAR DE FUMAR.**

¿Quiere de verdad dejar de fumar?	No/Sí
¿Está interesado en hacer un intento serio para dejarlo en un futuro próximo?	No/Sí
¿Está interesado en recibir ayuda cuando lo intente?	No/Sí

ANEXO 3: TEST DE FAGERSTRÖM BREVE.

1. ¿cuántos cigarrillos fuma cada día?

más de 30 (3 puntos)

de 21 a 30 (2 puntos)

de 11 a 20 (1 punto)

diez o menos (0 puntos)

2. ¿cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma el primer cigarrillo?

menos de 5 minutos (3 puntos)

de 5 a 30 minutos (2 puntos)

de 31 a 60 minutos (1 punto)

más de 60 minutos (0 puntos)

ANEXO 4: TEST DE GLOVER-NILSSON.

¿Cuánto valora lo siguiente? (Preguntas 1 a 3)					
Por favor seleccione la respuesta haciendo un círculo en el lugar indicado					
0= nada en absoluto, 1= algo, 2= moderadamente, 3= mucho, 4= muchísimo					
1.- Mi hábito de fumar es muy importante para mí	0	1	2	3	4
2.- Juego y manipulo el cigarrillo como parte del ritual del hábito de fumar	0	1	2	3	4
3.- Juego y manipulo el paquete de tabaco como parte del ritual del hábito de fumar.	0	1	2	3	4
¿Cuánto valora lo siguiente? (Preguntas 4 a 18)					
Por favor seleccione la respuesta haciendo un círculo en el lugar indicado					
0= nunca, 1= raramente, 2= a veces, 3= a menudo, 4= siempre					
4.- ¿Ocupa sus manos y dedos para evitar el tabaco?	0	1	2	3	4
5.- ¿Suele ponerse algo en la boca para evitar fumar?	0	1	2	3	4
6.- ¿Se recompensa a sí mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea?	0	1	2	3	4
7.- ¿Se angustia cuando se queda sin cigarrillos o no consigue encontrar el paquete de tabaco?	0	1	2	3	4
8.- ¿Cuándo no tiene tabaco, le resulta difícil concentrarse y realizar cualquier tarea?	0	1	2	3	4
9.- ¿Cuándo se halla en un lugar en el que está prohibido fumar, juega con su cigarrillo o paquete de tabaco?	0	1	2	3	4
10.- ¿Algunos lugares o circunstancias le incitan a fumar: su sillón favorito, sofá, habitación, coche o la bebida (alcohol, café, etc.)?	0	1	2	3	4
11.- ¿Se encuentra a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina, sin desearlo realmente?	0	1	2	3	4
12.- ¿Le ayuda a reducir el estrés, el tener un cigarrillo en las manos aunque sea sin encenderlo?	0	1	2	3	4
13.- ¿A menudo se coloca cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca (bolígrafos, palillos, chicles, etc.) y los chupa para relajarse del estrés, tensión, frustración, etc.?	0	1	2	3	4
14.- ¿Parte de su placer de fumar procede del ritual que supone encender un cigarrillo?	0	1	2	3	4
15.- ¿Parte del placer del tabaco consiste en mirar el humo cuando lo exhala?	0	1	2	3	4
16.- ¿Enciende alguna vez un cigarrillo sin darse cuenta de que ya tiene uno encendido en el cenicero?	0	1	2	3	4
17.- ¿Cuando está solo en un restaurante, parada de autobús, fiesta, etc., se siente más seguro, a salvo o más confiado con un cigarrillo en las manos?	0	1	2	3	4
18.- ¿Suele encender un cigarrillo si sus amigos lo hacen?	0	1	2	3	4

ANEXO 5: TEST DE RUSSELL.

0.- Si la afirmación no le sucede en absoluto. 1.- Si le sucede un poco. 2.- Si le sucede bastante. 3.- Si le sucede mucho.	
1. Siento gran deseo de fumar cuando tengo que parar cualquier actividad por un momento.	0 1 2 3
2. Enciendo un cigarrillo sin darme cuenta que tengo otro encendido en el cenicero.	0 1 2 3
3. Me gusta fumar sobretodo cuando estoy descansando tranquilamente.	0 1 2 3
4. Obtengo gran placer fumando sea cuando sea.	0 1 2 3
5. Tener un cigarrillo entre los dedos es una parte del placer que me da fumar.	0 1 2 3
6. Pienso que mejora mi aspecto con un cigarrillo entre las manos.	0 1 2 3
7. Fumo más cuando estoy preocupado por algo.	0 1 2 3
8. Me siento más estimulado y alerta cuando fumo.	0 1 2 3
9. Fumo automáticamente a pesar de estar atento.	0 1 2 3
10. Fumo para tener algo que hacer con las manos.	0 1 2 3
11. Cuando me quedo sin cigarrillos estoy insoportable hasta que puedo volver a tenerlos.	0 1 2 3
12. Cuando me siento infeliz fumo más.	0 1 2 3
13. Fumar me ayuda a aguantar cuando estoy muy cansado.	0 1 2 3
14. Me resulta difícil estar una hora sin fumar.	0 1 2 3
15. Me encuentro a mí mismo fumando sin recordar haber encendido el cigarrillo.	0 1 2 3
16. Cuando estoy cómodo y relajado es cuando más deseo fumar.	0 1 2 3
17. Fumar me ayuda a pensar y a concentrarme.	0 1 2 3
18. Tengo muchas ganas de fumar cuando no he fumado durante un rato.	0 1 2 3
19. Me siento más maduro y sofisticado cuando fumo.	0 1 2 3
20. Cuando no estoy fumando soy muy consciente de ello.	0 1 2 3
21. Me resultaría muy difícil estar una semana sin fumar.	0 1 2 3
22. Fumo para tener algo que meterme en la boca.	0 1 2 3
23. Me siento más atractivo frente a personas del sexo contrario cuando fumo.	0 1 2 3
24. Enciendo un cigarrillo cuando estoy enfadado.	0 1 2 3

ANEXO 6: CLASIFICACIÓN DEL GRADO DE RECOMENDACIÓN.

Grado de Recomendación	
A= Fuerte	Basado en información obtenida de ensayos clínicos múltiples bien diseñados, directamente relevantes para la recomendación y que presentan un patrón consistente en sus hallazgos.
B= Moderado	Proveniente de ensayos clínicos aleatorizados que apoyan la recomendación pero el soporte científico no fue óptimo. Los datos fueron a menudo inconsistentes o contradictorios.
C= Pobre	Se reserva para situaciones en las que, a falta de ensayos clínicos aleatorizados, se llega a cierto grado de consenso provisional.

ANEXO 7: ESTUDIO PILOTO A SANITARIOS.

Marcar la que corresponda:	MEDICO ESPECIALISTA, MIR, DE
Marcar la que corresponda:	ANESTESIA, QUIRÚRGICAS
¿PREGUNTA SI FUMAN A LOS PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA?	SI / NO
¿REALIZA ALGUNA INTERVENCIÓN EN LOS PACIENTES QUE AFIRMAN SER FUMADORES?	REALIZO INTERVENCIÓN DERIVO MÉDICO DE CABECERA NO REALIZO INTERVENCIÓN

ANEXO 8: CONSENTIMIENTO INFORMADO.

TITULO DEL ENSAYO:

He escuchado la información que se ha dado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

-cuando quiera.

-sin tener que dar explicaciones.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha y firma del participante:

ANEXO 9: SOLICITUD DE DATOS.

Cruz Belén Bartolomé Moreno (doctoranda)
C/ Santa Orosia, nº 2, blq 5º, 8º-D
50010-Zaragoza
Telef.: 976 536582, 607613346
cbartolomem@hotmail.com

Secretario Colegio de Médicos
Paseo Ruiseñores, nº 2
50006- ZARAGOZA

Asunto: Solicitud datos para una tesis.

2 de Febrero de 2004.

Se va a realizar una tesis doctoral, ya registrada en el Departamento correspondiente de la Facultad de Medicina de Zaragoza, siendo directores de la misma D. Alfonso Pérez Trullén, Dña. Rosa Magallón Botaya y Dña. M^a Lourdes Clemente Jiménez.

Esta tesis consiste en un ensayo comunitario que se realiza a los profesionales sanitarios de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Para calcular el tamaño muestral precisamos saber:

En Atención Primaria: Número de médicos de familia, residentes de familia de tercer año y pediatras en cada Centro de Salud (solo el número, no se precisa nombre, ni ningún otro dato personal).

En Atención Especializada: Número de médicos especialistas y residentes, y DE (Diplomados en Enfermería) de consultas externas, de las siguientes especialidades: Cardiología, Digestivo, Ginecología, Medicina Interna, Medicina Preventiva, Neumología, Neurología, Oncología, Otorrinolaringología y Pediatría

Además necesitaríamos las direcciones de los Centros de Salud y Hospitales para mandar una carta de presentación explicando el estudio que se va a realizar.

Sin otro particular, esperando sea admitida esta solicitud y agradeciéndole de antemano su ayuda en este proyecto.

Atentamente

Cruz Belén Bartolomé Moreno

Doctoranda

ANEXO 10: AUTORIZACION

Cruz Belén Bartolomé Moreno (doctoranda)

C/ Santa Orosia, nº 2, blq 5º, 8º-D

50010-Zaragoza

Telef.: 976 536582, 607613346

cbartolomem@hotmail.com

Director Médico AP

Asunto: Solicitud para realizar un estudio (perteneciente a una tesis doctoral)

1 de Abril de 2004.

Por la presente, se solicita la realización de un estudio con el personal sanitario de los Centros de Salud de su Sector. Dicho estudio forma parte de la tesis titulada: "INTERVENCIÓN ANTITABÁQUICA EN PROFESIONALES SANITARIOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN", realizada por Dña. Cruz Bartolomé Moreno, siendo directores: D. Alfonso Pérez Trullén, Dña. Rosa Magallón Botaya y Dña. M^a Lourdes Clemente Jiménez.

El objetivo es conocer tanto la situación actual respecto al tabaquismo, como el efecto de una intervención orientada a satisfacer las necesidades didácticas de los profesionales sanitarios, cuya actividad diaria esta relacionada con la intervención antitabaco, tanto en el ámbito hospitalario como en Atención Primaria, en Aragón.

Para ello se ha diseñado un ensayo comunitario que estudia a Médicos especialistas residentes y DE (Diplomados en Enfermería), tanto de Centros de Salud como de Hospitales de Zaragoza, Huesca y Teruel. La forma de seleccionar a los profesionales sanitarios para participar en este estudio ha sido mediante la aleatorización de sus centros de trabajo.

La intervención que realizaríamos consiste en una **charla** sobre técnicas para ayudar a dejar de fumar en la consulta y previamente un **cuestionario breve** sobre deshabituación tabáquica (en total unos 30 minutos de duración).

Sin otro particular, y agradeciendo de antemano su colaboración

Atentamente

Cruz Belén Bartolomé Moreno

Doctoranda

ANEXO 11: TABLA PERMUTACIONES ALEATORIAS.

Permutaciones aleatorias de 10 elementos			
2570316984	3549810672	3214705689	2518034796
7692813045	1973045826	9380645217	6490183275
6835274901	9085473612	3418956720	4726350189
2574098163	5028419637	5928741063	7165249803
9648250713	6345901782	0574823691	8765321904
1037285469	9267185043	7962418350	9823604517
3408625917	2896140573	0219635478	4830159627
1549680723	5241890637	0147256839	8495601372
2978450631	9356710482	3249815670	6421305978
3510967824	5731698240	3468751290	2174650893
9240175386	3564871920	1092386475	1803469275
8615490723	6701894253	1432096758	5027463981
5174832069	9148206537	7159802346	9864507231
8564930271	4583270916	3842679510	2654798310
3458271096	6197405238	6751324098	4927630581
2038179456	2683015497	8594106732	6710534928
6197054823	9561703428	3984706152	1295370864
1597402863	1564897032	4209537816	9480527613
1329657804	6218043579	7046138952	4978125036
7524983610	9215734806	8219476035	0893724165
3658429071	6431208597	5376024981	9862105347
6051249873	5601379284	6453829017	9152384670
4726519083	8305917264	3718520496	2651894037
4069781532	1825349706	8467523190	8716429350
0153624987	4615073928	9786310452	4153862709
2564017839	0265139478	4728906135	4305681729
9210786354	5738021469	0739562184	7658942130
1952436708	7563810294	1206345897	6230714895
3207594186	4965723801	0123985476	9263145078
9728314560	1743205869	8572149063	3640912758
1902784365	8304196752	0325481679	4170893652
2659831470	4705981263	6097123584	9532081674
8357926104	8930156274	4867123950	5761932408
7860391542	2094376185	3128495067	0183245679
8172095436	8472569130	2395846701	2759304681
2619503487	3876950412	9528104367	1357980462
9837650214	1074689523	3406792581	8251674930
8946723150	2981605347	6205839147	6782013549
8719562340	4683127095	0435162987	5081327964
1842079365	0485762931	7524039618	6078423159

ANEXO 12: HOJA DE INFORMACIÓN.

Se va a realizar un estudio en este centro de salud/hospital para conocer su forma de actuar ante el fumador y los resultados de una intervención para orientar a las personas que quieren ayudar a sus pacientes a dejar de fumar.

La intervención consiste en una pequeña charla de 15 minutos aproximadamente. Previamente se realizará un pequeño cuestionario (en unos 10 minutos) para conocer sus dudas sobre el tema. En éste se han incluido preguntas sobre su situación laboral y cuestiones sociodemográficas, pero nunca personales.

La encuesta es anónima.

La selección de los profesionales que intervienen en este estudio se ha realizado de forma aleatoria (aleatorizando los centros de salud o los servicios hospitalarios).

Si quiere participar y se le ha seleccionado para hacerlo, rellene por favor el apartado de consentimiento informado incluido en el cuestionario. Si por algún motivo, no desea participar en el estudio indíquelo así en la casilla correspondiente y no rellene las preguntas del cuestionario. Usted podrá no obstante, si lo desea, quedarse a la charla posterior.

La participación en este estudio es totalmente voluntaria y lo realmente importante es que pueda ayudar a sus pacientes a dejar de fumar, ya sea con la ayuda que le proponemos, o con la que usted prefiera.

El hecho de acceder a este estudio, no le obliga a nada, si no esta satisfecho, o por las razones que usted considere, puede retirarse en cualquier momento.

Se le garantiza la confidencialidad de sus datos.

ANEXO 13: ENCUESTA PRECHARLA PROVISIONAL.

¿Qué fármaco/s es/son de 1ª línea para dejar de fumar? (marque la/s opción/es que considere)

Nicotina

Antidepresivos atípicos (bupropion)

Combinados nicotina (parche más otra forma)

Nortriptilina

Clonidina

¿Qué fármaco/s es/son de 2ª línea para dejar de fumar? (marque la/s opción/es que considere)

Nicotina

Antidepresivos atípicos (bupropion)

Combinados nicotina (parche más otra forma)

Nortriptilina

Clonidina

Sobre los CHICLES DE NICOTINA:

¿Cuántos tipos hay?

2 mg

4 mg

6 mg

2 y 4 mg

Recomendado en:

Todo fumador independientemente del número de cigarrillos que fume al día

Fumador de > 10 Cig/día

Fumador de > 20 Cig/día

Fumador de > 30 Cig/día

¿Cuántas piezas se recomienda masticar al día?

1 a 8

9 a 15

16 a 24

25 a 33

¿Cuánto tiempo se mantiene el tratamiento?

4 semanas

8 semanas

12 semanas

16 semanas

¿Puede escribir 3 contraindicaciones de éste tratamiento?

Sobre los PARCHES DE NICOTINA:

¿Cuántos tipos hay?

8 horas

16 horas

24 horas

16 y 24 horas

Recomendado en:

Todo fumador independientemente del número de cigarrillos que fume al día

Fumador de > 10 Cig/día

Fumador de > 20 Cig/día

Fumador de > 30 Cig/día

¿Con que parche comenzamos?

Con el de 16 horas

Con el de 24 horas

Con el de 24 horas y luego pasamos al de 16 horas

Indistintamente 16 o 24 horas

¿Cuánto tiempo se mantiene el tratamiento?

4 semanas

8 semanas

12 semanas

16 semanas

¿Puede escribir 3 contraindicaciones de éste tratamiento?

Sobre el NEBULIZADOR DE NICOTINA:

Recomendado en:

Todo fumador independientemente del número de cigarrillos que fume al día

Fumador de > 10 Cig/día

Fumador de > 20 Cig/día

Fumador de > 30 Cig/día

¿Cuántas dosis se recomiendan al día?

Una dosis cada media hora mientras este despierto

Una dosis cada hora mientras este despierto

Una dosis cada 2 horas mientras este despierto

A demanda, según las necesidades.

¿Cuánto tiempo se mantiene el tratamiento?

4 semanas

8 semanas

12 semanas

16 semanas

¿Puede escribir 3 contraindicaciones de éste tratamiento?

Sobre el BUPROPION:

Recomendado en:

Todo fumador independientemente del número de cigarrillos que fume al día

Fumador de > 10 Cig/día

Fumador de > 20 Cig/día

Fumador de > 30 Cig/día

¿Que dosis se recomienda?

Un comprimido al día hasta el final del tratamiento.

Un comprimido al día una semana y después 2 comprimidos al día hasta el final del tratamiento.

Dos comprimidos al día hasta el final del tratamiento.

A demanda, según las necesidades.

¿Cuánto tiempo se mantiene el tratamiento?

4 semanas

8 semanas

12 semanas

16 semanas

¿Puede escribir 3 contraindicaciones de éste tratamiento?

De las siguientes opciones marque la que corresponda:

Hombre/Mujer	Edad:	Médico/ ATS	Plaza fija / Eventual
¿Le parece un tema que le cueste abordar en la consulta diaria? Si / no			
¿Cuál piensa que es la causa de la complejidad de éste tipo de tratamiento?			
-gran cantidad de información difícil de clasificar			
-continuos cambios en las indicaciones			
-fármacos muy específicos y no bien conocidos (indicaciones/ contraindicaciones)			
¿Le parecería útil recibir información actualizada sobre este tema? Si / no			
¿A cuantos pacientes de los que pasan por su consulta les pregunta si fuman?			
Todos/ alguno/ ninguno			
¿A cuantos les anima a dejar de fumar? Todos/ alguno / ninguno			
¿A cuantos les informa sobre los tratamientos que podrían ayudarle a dejar de fumar?			
Todos/ alguno / ninguno			
(independientemente de que lo consigan o no)			

ANEXO 14: ENCUESTA POSTCHARLA PROVISIONAL.

¿Qué fármaco/s es/son de 1ª línea para dejar de fumar? (marque la/s opción/es que considere)

Nicotina

Antidepresivos atípicos (bupropion)

Combinados nicotina (parche más otra forma)

Nortriptilina

Clonidina

¿Qué fármaco/s es/son de 2ª línea para dejar de fumar? (marque la/s opción/es que considere)

Nicotina

Antidepresivos atípicos (bupropion)

Combinados nicotina (parche más otra forma)

Nortriptilina

Clonidina

Sobre los CHICLES DE NICOTINA:

¿Cuántos tipos hay?

2 mg

4 mg

6 mg

2 y 4 mg

Recomendado en:

Todo fumador independientemente del número de cigarrillos que fume al día

Fumador de > 10 Cig/día

Fumador de > 20 Cig/día

Fumador de > 30 Cig/día

¿Cuántas piezas se recomienda masticar al día?

1 a 8

9 a 15

16 a 24

25 a 33

¿Cuánto tiempo se mantiene el tratamiento?

4 semanas

8 semanas

12 semanas

16 semanas

¿Puede escribir 3 contraindicaciones de éste tratamiento?

Sobre los PARCHES DE NICOTINA:

¿Cuántos tipos hay?

8 horas

16 horas

24 horas

16 y 24 horas

Recomendado en:

Todo fumador independientemente del número de cigarrillos que fume al día

Fumador de > 10 Cig/día

Fumador de > 20 Cig/día

Fumador de > 30 Cig/día

¿Con que parche comenzamos?

Con el de 16 horas

Con el de 24 horas

Con el de 24 horas y luego pasamos al de 16 horas

Indistintamente 16 o 24 horas

¿Cuánto tiempo se mantiene el tratamiento?

4 semanas

8 semanas

12 semanas

16 semanas

¿Puede escribir 3 contraindicaciones de éste tratamiento?

Sobre el NEBULIZADOR DE NICOTINA:

Recomendado en:

Todo fumador independientemente del número de cigarrillos que fume al día

Fumador de > 10 Cig/día

Fumador de > 20 Cig/día

Fumador de > 30 Cig/día

¿Cuántas dosis se recomiendan al día?

Una dosis cada media hora mientras este despierto

Una dosis cada hora mientras este despierto

Una dosis cada 2 horas mientras este despierto

A demanda, según las necesidades.

¿Cuánto tiempo se mantiene el tratamiento?

4 semanas

8 semanas

12 semanas

16 semanas

¿Puede escribir 3 contraindicaciones de éste tratamiento?

Sobre el BUPROPION:

Recomendado en:

Todo fumador independientemente del número de cigarrillos que fume al día

Fumador de > 10 Cig/día

Fumador de > 20 Cig/día

Fumador de > 30 Cig/día

¿Que dosis se recomienda?

Un comprimido al día hasta el final del tratamiento.

Un comprimido al día una semana y después dos comprimidos al día hasta el final del tratamiento.

Dos comprimidos al día hasta el final del tratamiento.

A demanda, según las necesidades.

¿Cuánto tiempo se mantiene el tratamiento?

4 semanas

8 semanas

12 semanas

16 semanas

¿Puede escribir 3 contraindicaciones de éste tratamiento?

De las siguientes opciones marque la que corresponda:

Anexos

Hombre/Mujer	Edad:
Médico/ ATS	Plaza fija / Eventual
¿Qué le ha parecido la información recibida para iniciar el tratamiento para dejar de fumar? Suficiente / insuficiente	
¿Qué le ha parecido la forma (el folleto)? Práctico / poco práctico	
¿Piensa que es necesaria la charla, además del folleto? Si / no	
¿Necesitaría la GPC completa además del folleto recibido? Si / no	
¿Piensa que esta mas capacitado ahora para abordar a este tipo de pacientes en su consulta diaria? si / no	
¿A cuantos pacientes de los que pasan por su consulta les pregunta si fuman? Todos/ alguno/ ninguno	
¿A cuantos les anima a dejar de fumar? Todos/ alguno / ninguno	
¿A cuantos les informa sobre los tratamientos que podrían ayudarle a dejar de fumar? Todos/ alguno / ninguno	
(independientemente de que lo consigan o no)	
¿Necesitaría la GPC completa además del folleto recibido? Si / no	
¿Piensa que esta mas capacitado ahora para abordar a este tipo de pacientes en su consulta diaria? si / no	

ANEXO 17: RESPUESTA AUTORIZACIÓN.



cbartolomem@hotmail.com

Impreso(s): jueves, 13 de mayo de 2004 19:49:37

De: Iosu (areatres) <isenosiain@areatres.org>
Enviado el: miércoles, 12 de mayo de 2004 16:42:49
Para: <cbartolomem@hotmail.com>
Asunto: Autorización Investigación en Sector Z-III

Datos
adjuntos: [winmail.dat](#) (< 0.01 MB)

Estimada Dra. Bartolomé: En próximos días recibirá en su domicilio una certificación mía por la cuál podrá presentarse en los 22 Centros de Salud que componen el Sector Zaragoza III del SALUD para que pueda realizar su investigación, la cuál deseo sea fructífera y exitosa. No dude en ponerse en contacto conmigo en caso de tener algún problema en el que pueda ayudarle. Agradecería que al termino del estudio, pudiera enviarme un resumen de las conclusiones. Un cordial saludo. Dr. Iosu Senosiain. Director Médico de AP Sector Z-III. SALUD.

ANEXO 18: CARTA A LOS DIRECTORES DE LOS CENTROS DE SALUD O JEFES DE SERVICIO, PARA INICIAR INTERVENCIÓN.

Cruz Belén Bartolomé Moreno (doctoranda)

C/ Santa Orosia, nº 2, blq 5º, 8º-D

50010-Zaragoza

Telef.: 976 536582, 607613346

cbartolomem@hotmail.com

Coordinador/ Jefe de servicio

Centro de salud/ Servicio Hospitalario

Dirección

Asunto: Solicitud para realizar un estudio (perteneciente a una tesis doctoral)

Febrero de 2004.

Por la presente, solicito que nos permita realizar un estudio con el personal de su Centro/Servicio. Dicho estudio forma parte de la tesis titulada: “INTERVENCIÓN ANTITABÁQUICA EN PROFESIONALES SANITARIOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN”, realizada por Dña. Cruz Bartolomé Moreno, siendo directores: D. Alfonso Pérez Trullén, Dña. Rosa Magallón Botaya y Dña. M^a Lourdes Clemente Jiménez.

El objetivo de la tesis es conocer el efecto de una intervención orientada a satisfacer las necesidades didácticas de los profesionales sanitarios, cuya actividad diaria esta relacionada con la intervención antitabaco, tanto en el ámbito Hospitalario como en Atención Primaria, en Aragón.

Para ello se ha diseñado un ensayo comunitario que estudia a Médicos especialistas y residentes y DE (Diplomados en Enfermería), tanto de Centros de Salud como de Hospitales. La forma de seleccionar a los profesionales sanitarios para participar en este estudio ha sido mediante la aleatorización de sus centros de trabajo y el suyo ha sido uno de los seleccionados.

Para la intervención que realizaríamos necesitamos sólo 30 minutos: 5 para la presentación, 10 para realizar una encuesta y 15 para realizar una charla para aumentar las habilidades para ayudar al paciente a dejar de fumar.

Esta intervención podríamos realizarla en el momento que usted considerase mas oportuno, utilizando para ello alguna reunión del centro/servicio, que se pudiese programar durante el mes de Mayo o

Junio, y **no** informando previamente del motivo de la misma, o por lo menos, no del tema que vamos a tratar para evitar sesgos. En una semana aproximadamente nos pondremos en contacto con usted para aclarar cualquier duda al respecto y en caso que así nos lo permita, fijar una fecha.

Sin otro particular, y agradeciendo de antemano su colaboración

Atentamente

Cruz Belén Bartolomé Moreno

Doctoranda

ANEXO 19: CUESTIONARIO PRECHARLA DEFINITIVO.

ANEXO 15: CUESTIONARIO POST-CHARLA DEFINITIVO.

ANEXO 21: CARTA PRESENTACIÓN SEGUNDA ENCUESTA.

Junio 2004

A: Coordinador/a del Centro de Salud

Asunto: solicitud datos Tesis Doctoral

Estimado/a Coordinador/a:

El pasado mes, como recordará, realizamos en su centro de salud una intervención antitabaco consistente en un cuestionario que realizaron los profesionales sanitarios de su centro que voluntariamente accedieron a participar y posteriormente un breve taller.

Esta actuación es una de las partes de la tesis doctoral “Intervención antitabáquica en profesionales sanitarios de la comunidad autónoma de Aragón”. Como me imagino habréis intuido, la última parte de esta tesis, consiste en medir el efecto de la intervención realizada (tanto en los casos como en los controles), en los profesionales sanitarios, mediante los cuestionarios adjuntos.

Por este motivo le agradecería que a los profesionales sanitarios que realizaron el primer cuestionario les solicitase de nuevo su colaboración para realizar este último cuestionario.

Esta es la última parte del estudio. Como se explicaba en los cuestionarios, mandaremos en cuanto estén disponibles los datos correspondientes a su centro y comparándolo con los demás.

Les adjunto también el material que solicitaron, como soporte para ayudar al fumador en la consulta.

Quisiera agradecerles tanto a usted como a su equipo su ayuda y su colaboración, sin la cual no hubiese sido posible llevar a cabo este proyecto. Gracias a todos.

Atentamente,

Cruz Bartolomé Moreno

ANEXO 16: MATERIAL ENVIADO AL GRUPO INTERVENCIÓN.

ANEXO 17: MATERIAL ENVIADO AL GRUPO CONTROL.

ANEXO 24: ÍNDICE DE ABREVIATURAS.

- A.P.A American Psychiatric Association, Asociación Americana de Psiquiatría.
- BOA..... Boletín Oficial de Aragón.
- BOE..... Boletín Oficial del Estado.
- CIE..... Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Trastornos relacionados con la salud.
- CIS Centro de Investigaciones Sociológicas.
- COHB Carboxihemoglobina.
- DE..... Diplomados en Enfermería.
- DS..... Desviación estándar.
- DSM Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.
- EDD Encuesta Domiciliaria sobre Drogas.
- EEG Electroencefalograma.
- EE.UU Estados Unidos.
- ENS Encuesta Nacional de Salud.
- EPOC Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

-
- FEV1 Volumen espiratorio máximo en el primer segundo.
 - IC95%..... Intervalo de Confianza del 95%.
 - ICD International Classification Disease.
 - μ gr Microgramos.
 - MAO B Monoaminoxidasa B.
 - mBar Milibares.
 - mg Miligramos.
 - microgr..... Microgramos.
 - min Minuto.
 - MIR..... Médico Interno Residente.
 - ml Mililitro.
 - mm Milímetros.
 - ng Nanogramos.
 - OMS Organización Mundial de la Salud.
 - OR Odds Ratio.
 - ORL..... Otorrinolaringología.
 - p Nivel de significación estadística.

- ppm Partes por millón.
- SEPAR Sociedad Española de Patología del Aparato Respiratorio.
- χ^2 Chi-cuadrado.

¹ http://members.tripod.com/~v_corbi/

² http://www.ffomc.org/contenido/cursos/epoc/contenido/epoc_capitulo1.pdf

³ <http://salud.discapnet.es/guias+de+salud/guia+sobre+tabaquismo/tabaco+y+salud/>

⁴ <http://www.arjabor.com/museo/laplanta/planta.htm>

⁵ <http://www.mind-surf.net/drogas/tabaco.htm>

⁶ Grangel LS. La medicina española renacentista. Ed Universidad de Salamanca. 1980.

⁷ Sauret J. Historia. En: Jiménez CA. Aproximación al tabaquismo en España. ED Pharmacia & Upohm S.A. 1997.

⁸ <http://www.geocities.com/tabacweb/aste/index2.htm>

⁹ <http://www.cultivadoresdetabaco.org/historia.html>

¹⁰ <http://www.cotabaco.com/historia%20tabaco.htm>

¹¹ http://www.intercole.net/portalcnsp/organizacion/ilustres/Personajes_Ilustres_Pedro/francisco_hernandez_boncalo.htm

¹² <http://www.infoagro.com/herbaceos/industriales/tabaco.htm>

¹³ <http://www.sagan-gea.org/hojared/hoja10.htm>

¹⁴ Guerin MR. Chemical composition of cigarette smoke. En: Gori GB, Bock FG, de. A safe cigarette? (Bamby Report 3). Cold Spring Harbor, Nueva York, Cold Spring Harbor Laboratory. 1980; 191-204.

¹⁵ Kanell WB, Schatzkin A. Risk factor analysis. Prog Cardiovasc Dis 1983; 26: 309-32.

¹⁶ Holbrook JN. Adicción a la nicotina. En: Fauci AS, Braunwald E, Iselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL, editores. Harrison. Principios de Medicina Interna. Madrid: Mc Graw-Hill-Interamericana, 1998; 2866.

¹⁷ Clemente ML Pérez-Trullén A, Rubio E, Marrón R, Rodríguez I, ML, Herrero I. Aplicación en jóvenes fumadores de una versión de los criterios nosológicos DSM-IV adaptada para adolescentes. Arch Bronconeumol 2003; 39(7): 15-21.

¹⁸ Benowitz NL, Porchet H, Peyton J. Pharmacokinetics, metabolism and pharmacodynamics of nicotine. En Wonnacott S, Russell M, Stolerman I, editores. Nicotine Psychopharmacology: Molecular, cellular and behavioral aspects. Oxford: Oxford-press, 1990;4:112-57.

¹⁹ Martin J Jarvis. Why people smoke. BMJ 2004;328:277-9.

²⁰ Pérez-Trullén A. Naturaleza del humo del tabaco. Farmacología de la nicotina. Arch de Bronconeumol 1995; 31: 101-8.

²¹ Benowitz NL. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of nicotine. En: The pharmacology of nicotine. Rand M, Yhureau K, editores. ICSU Symposium, IRL-Press, vol 9, 1987;3-18.

²² Pardell H, Saltó E, Salleras LL. Historia. En Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. Ed Panamericana, Madrid 1996.

-
- ²³ Rand MJ. Neuropharmacological effects of nicotine in relation to cholinergic mechanisms. En: Nordberg A, Fune K, Holmstedt B, Sundwall A, editores. Progress in Brain Research: Nicotinic receptors in the CNS, their role in synaptic transmission. Amsterdam: Elsevier Science Publishers, 1989;3-11.
- ²⁴ Flórez J, Armijo JA, Mediavilla A. Farmacología de la transmisión ganglionar. En Farmacología humana. Ed EUNSA. Pamplona 1987.
- ²⁵ Pomerleau OF. Nicotine and central nervous system: Biobehavioral effects of cigarette smoking. Am J Med 1992; 93 (Supl 1A):2-7.
- ²⁶ Nisell M, Nomikos GG, Svensson TH. Nicotine dependence, midbrain dopamine systems and psychiatric disorders. Pharmacol Toxicol 1995;76:157-162.
- ²⁷ Leshner AI. Understanding drug addiction: implications for treatment. Hosp Pract. October 15, 1996;47:5922.
- ²⁸ Schwartz RD, Lehmann J, Kellar KJ. Presynaptic nicotinic cholinergic receptors labeled by [3H]acetylcholine on catecholamine and serotonin axons in brain. J Neurochem. 1984;42(5):1495-1498.
- ²⁹ Clarke PB, Pert A. Autoradiographic evidence for nicotina receptors on nigrostriatal and mesolimbic dopaminergic neurons. Brain Res. 1985; 348:355-8.
- ³⁰ Svensson TH, Engberg G. Effect of nicotine on single cell activity in the noradrenergic nucleus locus coeruleus. Acta Physiol Scand. 1980;479(suppl):31-34.
- ³¹ Stolerman IP, Shoaib M. The neurobiology of tobacco addiction. Trends in Pharmacological Sciences, 1991;12:467-73.
- ³² Volkow ND. The role of the dopamine system in addiction. Hosp Pract. April; (special report):22-28.

- ³³ Ayesta J. Farmacología de la nicotina. En Jiménez Ruiz CA. Aproximación al tabaquismo en España. Ed Nicorette, 1997. 51-65.
- ³⁴ Benowitz NL. Pharmacokinetic considerations in understanding nicotine dependence. En: The biology of nicotine dependence. Wiley, Chichester (Ciba Foundation Symposium 152), 1990; 186-209.
- ³⁵ Pérez Trullén A, Herrero I, Clemente M^aL, Escosa L. Abordaje de la prevención y tratamiento en tabaquismo: ¿Quién, cuándo y cómo, realizar deshabituación tabáquica?. Arch broncopneumol. 2004; 40(2): 63-73.
- ³⁶ Epidemiología del tabaquismo, Historia. En: González JM, Escudero C, García A, Roca J, Solano S, Pérez Trullén A. Jiménez CA, director. Manuales SEPAR: Tabaquismo. Madrid: Aula Médica SA; 1995.
- ³⁷ Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 2001, avance de resultados. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003. Disponible en: <http://www.msc.es>.
- ³⁸ Ministerio de Sanidad y Consumo. "Informe de la Salud de los españoles: 1.998". Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999. Disponible en: www.msc.es/salud/epidemiologia/tabaco.
- ³⁹ Gobierno de Aragón, Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, Dirección General de Salud Pública. Propuesta para la Prevención y Control del Tabaquismo en Aragón. Creciendo sin tabaco. Día Mundial Sin Tabaco, 31 de Mayo de 1998.
- ⁴⁰ Ministerio de Sanidad y Consumo. "Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del INSALUD 1998. España". Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
- ⁴¹ Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2003-2007. Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003.

⁴² <http://www.msc.es/salud/epidemiologia/tabaco/tabaco.htm>

⁴³ Simpson D. Los Médicos y el Tabaco. Tobacco Control Resource Centre. Comisión Europea 2000.

⁴⁴ Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath Jr C. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 1992; 339: 1268-78.

⁴⁵ Peto R. Smoking and death: the past 40 years and the next 40. *BMJ* 1994;309:937-9.

⁴⁶ Boyle P. Cancer, cigarette smoking and premature death in Europe: a review including the recommendations of European Cancer Experts Consensus Meeting, Helsinki, Finland, October 1996. *Lung Cancer* 1997;17:1-60.

⁴⁷ Jeremy JY, Mikhailidis DP, Pittilo RM. Cigarette smoking and cardiovascular disease. *J R Soc Health*. 1995 Oct;115(5):289-95. .

⁴⁸ Laing SP. The prevalence of cigarette smoking in patients with peripheral arterial disease. In Greenhalgh RM, ed. *Smoking and arterial disease*. London, UK: Pitman, 1981.

⁴⁹ US Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General, 1990. Rockville, Maryland: Public Health Service, Centers for Disease Control, Office on Smoking and Health, 1990. (DHHS Publication No (CDC) 90-8416.)

⁵⁰ Royal College of Physicians of London. Health or smoking: follow-up report of the Royal College of Physicians of London. London, UK: Pitman, 1983.

⁵¹ Wolf PA, D'Agostinho RB, Kannel WB, Bonita R, Belanger AJ. Cigarette smoking as a risk factor for stroke. *JAMA* 1988;259:1025-9.

- ⁵² Pride NB, Burrows B. Development of impaired lung function: natural history and risk factors. In Calverly P, Pride N. Chronic obstructive pulmonary disease. London, UK: Chapman & Hall, 1995:69–91.
- ⁵³ Strachan DP. Epidemiology: a British perspective. In Calverly P, Pride N. Chronic obstructive pulmonary disease. London, UK: Chapman & Hall, 1995:47–67.
- ⁵⁴ Rijcken B, Britton J. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir Mon* 1998;7:41–73
- ⁵⁵ Doll R. Uncovering the effects of smoking: historical perspective. *Stat Methods Med Res* 1998;7:87–117.
- ⁵⁶ Boyle P, Maisonneuve P. Lung cancer and tobacco smoking. *Lung Cancer* 1995;12:167–81.
- ⁵⁷ Franceschi S, Talamini R, Barra S, Barón AE, Negri E, Bidoli E, Serraino D, La Vecchia C. Smoking and drinking in relation to cancers of the oral cavity, pharynx, larynx, and esophagus in northern Italy. *Cancer Res* 1990;50:6502–7.
- ⁵⁸ Chollat-Tracquet C. Women and tobacco. Geneva, Switzerland: Organización Mundial de la Salud, 1992:38.
- ⁵⁹ Doll R. Cancers weakly related to smoking. *Br Med Bull* 1996;52:35–49.
- ⁶⁰ Mikhailidis DP, Jeremy JY. Smoking and erectile impotence. *Int Angiol* 1993;12:297–8.
- ⁶¹ Vine MF. Smoking and male reproduction: a review. *Int J Androl* 1996;19:323–37.
- ⁶² Anderson HR, Cook DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax* 1997;52:1003–9.
- ⁶³ Cook DG, Strachan DP. Summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and the implications for research. *Thorax* 1999;54:357–66.

⁶⁴ Hackshaw AK, Law MR, Wald NJ. The accumulated evidence of lung cancer and environmental tobacco smoke. *BMJ* 1997;315:980–8.

⁶⁵ Law MR, Morris JK, Wald NJ. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. *BMJ* 1997;315:973–80.

⁶⁶ Law MR, Hackshaw AK. Environmental tobacco smoke. *Br Med Bull* 1996;52:22–34.

⁶⁷ Lamote de Grignon E. Atención al paciente con dependencia del tabaco. Dirección de Atención Primaria del Salud. Zaragoza. 2004.

⁶⁸ Jiménez CA, Gonzalez JM, Escudero C, García A, Pérez Trullén A, Roca J, Solano S. El consumo de tabaco como un proceso. En: Jiménez CA. Manuales SEPAR: Tabaquismo. Ed Aula Médica, Madrid 1995; 1: 58-63.

⁶⁹ DiClemente CC, Prochaska JO, Gibertini M. Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. *Cognitive therapy and Research*, 1985; 9: 181-200.

⁷⁰ Abelin T. Pharmacological approaches as a part of a comprehensive smoking cessation strategy. *Smoke free 21ST century. 2nd European conference on tobacco or Health. 1ª Conferencia iberoamericana de tabaco o salud. Las Palmas de Gran Canaria 23-27 Feb; 1999.*

⁷¹ Richmond RL, Kehoe L, Webster IW. Multivariate models for prediction abstinence following intervention to stop smoking by general practitioner. *Addiction*. 1993; 88: 1127-1135.

⁷² West R. Assessment of dependence and motivation to stop smoking. *BMJ* 2004;328:338-339.

⁷³ Nilsson F, Glover S. Glover-Nilsson Smoking Behavioral Questionnaire (GN-SBQ). Poster 3rd European Conference of the Society for Research on Nicotine and Tobacco. Paris; September, 2001.

- ⁷⁴ Russell MA, Peto J, Patel UA. The classification of smoking by factorial structure of motives . J Royal St Soc 1974; 137: 313-46.
- ⁷⁵ Pérez-Trullén A, Clemente ML, Marrón R, Herrero I, Machín MA. Acompañe a su paciente a dejar de fumar sin desfallecer en el intento. Madrid: Ergón; 2004.
- ⁷⁶ American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington DC. APA; 1994.
- ⁷⁷ Coleman T. ABC of smoking cessation. Use of simple advice and behavioural support. BMJ 2004;328:397–9.
- ⁷⁸ Pérez-Trullén A, Clemente ML. Estado actual y futuras terapias farmacológicas en la deshabituación tabáquica. Arch bronconeumol 2001; 37(4): 184-196.
- ⁷⁹ Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG et al. Clinical Practice Guideline: Treating Tobacco Use and Dependence. Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services. Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Publication nº 2000-0032; June 2000.
- ⁸⁰ West R, Mc Neill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Thorax 2000; 55: 987-999.
- ⁸¹ Rodríguez ML, Pérez-Trullén A, Clemente ML, Herrero I, Rubio V, Sampedro E. Prescripción facultativa o consejo médico antitabaco en Atención Primaria: opiniones desde el otro lado de la mesa. Arch bronconeumol 2001; 37 (7): 241-246.
- ⁸² Jiménez CA, Solano S, González JM, Ruiz MI, Flórez S, Ramos A, et al. Area de tabaquismo de SEPAR: Normativa para el tratamiento del tabaquismo. Arch Bronconeumol. 1999; 35: 499-506.
- ⁸³ National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation. Technology Appraisal Guidance, nº 39. London; 2002.

-
- ⁸⁴ Pérez-Trullén A, Clemente ML, Carreras JM, Marrón R, Rubio E, Montañés C. Tratamiento farmacológico del tabaquismo con sustitutivos de la nicotina. *Aten Farm. Eur J Clin Phar.* 1999; 1 (3): 252-262.
- ⁸⁵ Tonnesen P, Fryd V, Hansell M, Helsted J, Gunnensen AB, Forchammer H, Stockner M. Two and four mg nicotine chewing gum and group counselling in smoking cessation: an open randomized controlled trial with a 22 month follow-up. *Addict Behav* 1999; 13:17-27.
- ⁸⁶ Hughes JR, Goldstein MG, Hurt RD, Shiffman S. Recent Advances in the Pharmacotherapy of Smoking. *JAMA.* 1999; 281: 72-76.
- ⁸⁷ Sylagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. In: Cochrane Collaboration. *The Cochrane Library.* Issue 3, Oxford: Up date Software, 2003.
- ⁸⁸ Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library,* Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- ⁸⁹ Molyneux A. ABC of smoking cessation Nicotine replacement therapy. *BMJ* 2004; 328:454-456.
- ⁹⁰ Pérez Trullén A, Herrero I, Clemente ML. Eficacia y seguridad de la administración de tratamiento no nicotínico en la deshabituación tabáquica: a propósito del manejo terapéutico del bupropion. *Arch bronconeumol* 2002; 38 (Supl 7): 36-45.
- ⁹¹ Holm KJ, Spencer CM. Bupropion: A review of its use in the management of smoking cessation. *Drugs.* 2000; 59: 1007-1026.
- ⁹² Benowitz NL, Peng MW. Non-nicotine pharmacotherapy for smoking cessation. Mechanisms and prospects. *CNS Drugs.* 2000; 13: 265-285.

- ⁹³ Slemmer JE, Martin BR, Damaj MI. Bupropion is a nicotinic antagonist. *J Pharmacol Exp Ther.* 2000; 295: 321-327.
- ⁹⁴ Hays JT, Hurt RD, Rigotti NA, Niaura R, Gonzales D, Durcan MJ et al. Sustained-release bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation. *An Intern Med.* 2001; 135: 423-433
- ⁹⁵ Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2004.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- ⁹⁶ Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia Española del Medicamento. Bupropion. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004. (Documento electrónico disponible en: <http://www.msc.es/agemed/princip.htm>).
- ⁹⁷ Carreras JM. Tratamiento farmacológico no nicotínico del tabaquismo. Título Universitario de Experto en Tabaquismo. cuadernillo aparte. Madrid. 2003.
- ⁹⁸ Roddy E. ABC of smoking cessation. Bupropion and other non-nicotine pharmacotherapies. *BMJ* 2004; 328: 509-511.
- ⁹⁹ Pérez-Trullén A, Clemente ML. "Otras alternativas terapéuticas de utilidad en la deshabituación tabáquica", En Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M "Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo". Madrid: Ergón; 2003.p.211-240.
- ¹⁰⁰ Clemente ML, Pérez-Trullén A, Carreras JM, Marrón R, Rubio E, Montañés C. Tratamiento farmacológico no nicotínico del tabaquismo. *Aten Farm. Eur J Clin Phar.* 1999; 1 (4): 357-367.
- ¹⁰¹ Covey LS, Sullivan MA, Johnston JA, Glassman AH, Robinson MD and Adams DP. Advances in non-nicotine pharmacotherapy for smoking cessation. *Drugs.* 2000; 59: 17-31.
- ¹⁰² Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2004.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

¹⁰³ Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

¹⁰⁴ Lancaster T, Stead LF. Mecamylamine (a nicotine antagonist) for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

¹⁰⁵ Osler M, Prescott E. Psychosocial, behavioural, and health determinants of successful smoking cessation: a longitudinal study of Danish adults. *Tob Control* 1998; 7:262-267.

¹⁰⁶ Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Sanidad y Consumo «Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar» Madrid: AETS - Instituto de Salud Carlos III, Septiembre de 2003

¹⁰⁷ Silagy C, Muir J, Coulter A, Thorogood M, Yudkin P. Gnaws, lifestyle Council in the general practice: you provide revoked by the patients. *BMJ* 1992;305:871-4.

¹⁰⁸ www.aragob.es

¹⁰⁹ B.O.E. nº 114, 13 de mayo de 2003.

¹¹⁰ B.O.E. nº 251, 19 de octubre de 2002.

¹¹¹ B.O.E. nº 188, 7 de agosto de 1999.

¹¹² B.O.E. nº 166, 13 de julio de 1999.

¹¹³ B.O.E. nº 136, 8 de junio de 1999.

¹¹⁴ B.O.E nº 306, 23 de diciembre de 1998.

¹¹⁵ B.O.E. nº 107, 5 de mayo de 1998.

¹¹⁶ B.O.E. nº 166, 13 de julio de 1994.

¹¹⁷ B.O.E. nº 274, 15 de noviembre de 1988.

¹¹⁸ B.O.E. nº 59, 9 de marzo de 1988.

¹¹⁹ B.O.E nº 59, 9 de marzo de 1988.

¹²⁰ B.O.E nº 188, 7 de agosto de 1999.

¹²¹ BOA nº 43, 11 de abril de 2001.

¹²² BOA nº 93, 6 de agosto de 2001.

¹²³ BOA nº 96, 6 de Agosto de 2003.

¹²⁴ Doll R, Hill BA. Smoking and carcinoma of the lung: preliminary report. *BMJ* 1950; 2: 739-748.

¹²⁵ López V, Sánchez PA, García JC, Calvo R, Almendro M, Macías M et al. Tabaquismo entre los miembros de la Sociedad Española de Cardiología. Aproximación a la sensatez. *Prev Tab* 2004; 6(3): 103-112.

¹²⁶ Torrecilla M. Semana sin humo. Una actividad de la semFYC para la prevención del tabaquismo. *Prev Tab* 2002; 4(4): 169-170.

¹²⁷ Barrueco M, Hernández-Mezquita MA, Jiménez-Ruiz C, Torrecilla M, Vega MT, Garrido E. Attitudes of teachers about tobacco prevention at school. *Allergol et Immunopathol* 2000; 28(4): 219-224.

¹²⁸ Barrueco M, Jiménez-Ruiz C, Palomo L, Torrecilla M, Romero P, Riesco JA. Veracidad de la respuesta de los fumadores sobre su abstinencia en las consultas de deshabitación tabáquica. *Arch Bronconeumol* 2005; 41(3): 135-140.

-
- ¹²⁹ Marrón R, Pérez Trullén A, Clemente M^aL, Herrero I. Factores de inicio del consumo de tabaco en adolescentes. *Prev Tab* 2003; 5: 219-234.
- ¹³⁰ Flay B, Davernas J, Best I, Kersell M, Ryan K. Cigarette smoking, why young people do it and ways of preventing to it. In: MacGrath PJ, Firestone P, eds. *Pediatric and adolescent behavioral medicine*. New York. Springer-Verlag, 1983; 32-183.
- ¹³¹ Pascual JF, Viejo JL, Gallo F, De Abajo C, Pueyo A. Tabaquismo escolar. Estudio epidemiológico transversal en una población de 4.281 escolares. *Arch Bronconeumol*. 1996; 32: 69-75.
- ¹³² Altet MN, Pascual MT y Grupo de trabajo sobre tabaquismo en la infancia. Tabaquismo en la infancia y la adolescencia. Papel del pediatra en su prevención y control. *An Esp Pediatr* 2000; 52 (2): 168-77.
- ¹³³ Prieto L, Escobar MA, Palomo L, Galindo A, Iglesias R, Estévez A. Consumo de tabaco en escolares de la Comunidad Autónoma de Extremadura. *Aten Primaria*. 1999; 32: 326-31.
- ¹³⁴ Perula LA, Ruiz R, Lora N, Mengual P, Rodríguez FC, Espejo J. Consumo de tabaco entre la población escolar. Factores relacionados. *Gac Sanit*. 1998;12: 249-53.
- ¹³⁵ Ministerio del Interior. Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar 1998 - 2000 - 2002. Documento electrónico disponible en soporte. www.mir.es/pnd.
- ¹³⁶ Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales. *II Plan Andaluz sobre drogas y adicciones (2002-2007)*. Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales, 2001
- ¹³⁷ Mora A. Estudio del tabaquismo en los adolescentes: características y motivaciones del hábito tabáquico. Universidad Complutense de Madrid. Tesis Doctoral, 2003.
- ¹³⁸ Casas J, Lorenzo S, López JP. Tabaquismo. Factores implicados en su adquisición y mantenimiento. *Med Clin (Barc)*. 1996; 107: 706-10.

- ¹³⁹ Mendoza R, Batista JM, Sánchez M, Carrasco AM. El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en los adolescentes escolarizados españoles. *Gac Sanit* 1998; 12: 263-271.
- ¹⁴⁰ Pérez Trullén A, Clemente ML, Rubio E, Marrón R. Los escolares responden: ¿Qué motivos te impulsaron para comenzar a fumar?. *Int J Tuberc Lung Dis.* 1999; 9 (suppl 1): 151.
- ¹⁴¹ Serrat D. Prevención del tabaquismo en las Facultades de Medicina. *Prev Tab* 2000; 2(3): 141-2.
- ¹⁴² Girbés M, García C, Moreno J, de Granda JI, Rojas M^ªJ. Plan regional de prevención y control del tabaquismo en la Comunidad de Madrid. Prevención del inicio del consumo. *Prev Tab* 2003; 5(1): 38-52.
- ¹⁴³ Marrón T. Estudio de los factores sociodemográficos del inicio de consumo de tabaco en los adolescentes. Universidad de Zaragoza. Tesis doctoral 2002.
- ¹⁴⁴ Pérez Trullén A, Herrero I. El tabaquismo, una enfermedad desde la adolescencia. *Prev Tab* 2002; 4: 1-2.
- ¹⁴⁵ Fernández MJ, Ibáñez F. Hábito y actitud respecto al tabaco en enfermería de Atención Primaria en Bilbao (datos aún no publicados).
- ¹⁴⁶ Fernández E, Schiaffino A, García M, Saltó E, Villalbí 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(1): 14-6.
- ¹⁴⁷ Jiménez CA, Ayesta J, Planchuelo MA, Abengózar R, Torrecilla M, Quintas AM et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET) sobre el tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Prev Tab* 2001; 3(2): 78-85.
- ¹⁴⁸ Jiménez CA, Solano S, Barrueco M, De Granada JL, Lorza JJ, Alonso S et al. Recomendaciones para la organización y funcionamiento de las unidades especializadas en tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2001; 37(9): 382-387.

-
- ¹⁴⁹ Programa de Calidad de Atención Especializada. Memoria Insalud 1999.
- ¹⁵⁰ Spangler JG, George G, Foley KL, Crandall SJ. Current Effets and Gaps in US Medical Schools. JAMA 2002; 288: 1102-1109.
- ¹⁵¹ Roddy E, Rubin P, Britton J. A study of smoking and somoking cessation on the curricula of UK medical schools. Tob Control 2004; 13: 74-77.
- ¹⁵² Montalto NJ, Ferry LH, Stanhiser T. Tobacco Dependence Curricula in Undergraduate Osteopathic Medical Education. J Am Osteopath Assoc 2004; 104: 317-323.
- ¹⁵³ Shatsky ML. DO Questions Evidence for Including Tobacco Dependence Curricula. J Am Osteopath Assoc 2005; 105: 52-53.
- ¹⁵⁴ Hudmon KS, Kroon LA, Corelli RL, Saunders KC, Spitz MR, Bates TR, Liang D. Training Future Pharmacist at a Minority Educational Institution: Evaluation of the Rx for Change Tobacco Cessation Training Program. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2004; 13: 477-481.
- ¹⁵⁵ Martínez JA, Alonso JM, Arribas J, Sánchez-Seco P, Cuesta M, Provencio R. Características del tabaquismo en el personal de Atención Primaria del área sanitaria de Guadalajara. Rev Esp Salud Publica 1996; 70: 51-61.
- ¹⁵⁶ Viera FD, Fernández PA, Tejera S, Imbernón E. Hábito tabáquico de médicos y enfermeros/as de Atención Primaria del Área de Salud de Lanzarote. Med General. 2002; 40: 19-23.
- ¹⁵⁷ Abdullah ASM, Husten CG. Promotion of soking cessation in developig countries: a framework for urgent public Health interventions. Thorax 2004; 623-630.
- ¹⁵⁸ Scott HD, Tierney JT. Smoking rates among Rhode Island physicians: achieving a smoke free society. Am J Prev Med 1992;8:86–90.

¹⁵⁹ Josseran L, King G, Guilbert P, Davis J, Brücker G. Smoking by French general practitioners: behaviour, attitudes and practice. *Eur J Public Health* 2005; 15(1): 33–38.

¹⁶⁰ Hamann SL. Teaching Medical Students to take Tobacco use seriously. 2004. Disponible en: <http://tc.bmjournals.com/cgi/eletter-submit/13/1/74?title=re:+Teaching+Medical+Students+to+take+tobacco+use+seriously>.

¹⁶¹ Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 2001. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001. Disponible en: <http://www.msc.es/salud/epidemiología/ies/encuesta2001/encuesta.htm>.

¹⁶² Ministerio de Sanidad y Consumo. Datos provisionales de la Encuesta Nacional de Salud de España 2003. <http://www.msc.es/salud/epidemiología/ies/encuesta2003/encuesta.htm>.

¹⁶³ Nebot M, Tomás Z, López MJ, Ariza C, Díez E, Borrell C, Villalbí JR. Cambios en el consumo de tabaco en la población general de Barcelona, 1983-2000. *Aten Primaria* 2004; 34(9): 457-64.

¹⁶⁴ Camarrelles F. Tendencias en el consumo de tabaco en España. *Aten primaria* 2004; 34(9): 457-464.

¹⁶⁵ World Health Organization. Mackay J, Eriksen M. The tobacco atlas. Geneva: World Health Organization. Brighton: Myriad Editions Limited; 2002.

¹⁶⁶ Prevalencia y actitudes entre los médicos y otros profesionales de la salud en España. En: Pardell H, Jané M, Sánchez I, Villalbí JR, Saltó E, editors. Manejo del fumador en la clínica. Recomendaciones para el médico español. Barcelona: Ars Medica Editores; 2002.p. 29-46.

¹⁶⁷ Nelson DE, Giovino GA, Emont SL, Brackhill R, Cameron LL, Peddicort J et al. Trends in cigarette smoking among US Physicians and nurses. *JAMA* 1994; 271(16): 1273-5.

¹⁶⁸ Prieto P, Díaz M, Vidal A. Prevalencia del hábito tabáquico entre los profesionales de un hospital. *Prev Tab* 2003; 5(3): 175-82.

¹⁶⁹ Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). El consumo del tabaco entre los médicos. Madrid: CIS, 1985.

¹⁷⁰ Sánchez L, Calatrava J, Escudero C, García A, Marco V, Esteras A. Prevalencia del tabaquismo en la profesión médica. *Med Clin (Bar)* 1988; 90: 404-7.

¹⁷¹ Gil E, Robledo T, Rubio JM, Bris MR, Espiga I, Sáiz I. Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios de Insalud 1998, España. *Prev Tab* 2000; 2: 22-31.

¹⁷² Arévalo JM, Baquedano FJ. Prevalencia del tabaquismo entre los trabajadores de un hospital. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71(5): 451-62.

¹⁷³ Arias M^aA, Sánchez M, Fernández ML. Diferencias evolutivas en las actitudes respecto al tabaquismo en médicas y enfermeras de la Comunidad de Madrid según el nivel asistencial. (datos no publicados).

¹⁷⁴ Steen BC, Flórez S, Jareño J, Solano S, Jiménez CA. Prevalencia, actitudes y conocimientos sobre tabaquismo en médicos especialistas residentes. *Inflamación* 1993; 93: 386-8.

¹⁷⁵ Ruiz C, Pérez Trullén A, Martínez-Berganza A, Suárez FJ. Prevalencia del tabaquismo en los Médicos Internos Residentes de Neumología y Cirugía Torácica de España. *Prev Tab* 1995; 2: 17-24.

¹⁷⁶ Romero PJ, Solano S, Jiménez CA, Barrueco M, Hernández I, Lorza JJ et al. El tabaquismo entre los miembros de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Hacia un futuro mejor. *Prev Tab* 2000; 2(3): 151-165.

¹⁷⁷ Melbourne FH. Minimal Training in Tobacco-Control May be Epidemic. 2004. Disponible en: <http://tc.bmjournals.com/cgi/eletter-submit/13/1/74?title=Re:+Minimal+Training+in+Tobacco-Control+May+be+epidemic>.

- ¹⁷⁸ Ashwin A, Patkar MD, Hill K, Batra V, Vergare MJ, Leone FT. A Comparison of Smoking Habits Among Medical and Nursing Students. *Chest* 2003; 124: 1415-1420.
- ¹⁷⁹ Melani AS, Verponziani W, Boccoli E, Trianni GL, Federici A, Amerini R, Vichi MG, Sestini P. Tobacco smoking habits, attitudes and beliefs among nurse and medical students in Tuscany. *Eur J Epidemiol* 2000; 16:607-611.
- ¹⁸⁰ Conocimientos y actitudes relacionados con el tabaco de los médicos del sector público de la Comunidad de Madrid. *Tabaco Hoy* 1995; 1: 5-24.
- ¹⁸¹ Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. 16 anys de lluita contra el tabac a Catalunya (1982-1998). Barcelona: FUCAP y DSSS, 1999.
- ¹⁸² Pérez Trullén A, Clemente M^aL, Herrero I, Escosa L. ¿Cuál es la prevalencia actual del tabaquismo en España?. *Respira* 2003. 5: 6-13.
- ¹⁸³ Observatorio Español sobre Drogas (2002) Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas en España. 2001. Madrid: Delegación del Gobierno para el plan Nacional Sobre Drogas, Ministerio del Interior. Disponible en: http://www.msc.es/Diseno/sns/sns_sistemas_informacion.htm.
- ¹⁸⁴ Tobacco as a risk factor: health, social and economic costs. En: *Building blocks for Tobacco Control: a handbook*. France: World Health Organization; 2004.p.3-14.
- ¹⁸⁵ Nerín I, Guillén D, Sánchez-Agudo L. Estudio de tabaquismo en una Facultad de Medicina: Prevalencia y actitudes en estudiantes y profesores. *Prev Tab* 2000; 2(3): 166-172.
- ¹⁸⁶ Mas A, Nerín I, Barrueco M, Cordero J, Guillén D, Jiménez-Ruiz C, Sobradillo V. Consumo de tabaco en estudiantes de sexto curso de medicina de España. *Arch Bronconeumol* 2004; 40(9): 403-8.

-
- ¹⁸⁷ Nerín I, Guillén D, Mas A, Crucelaegui A. Evaluación de la influencia que ejerce la facultad de medicina en los futuros médicos respecto al tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2004; 40(8): 341-7.
- ¹⁸⁸ Ferry LH, Grissino LM, Runfola PS. Tobacco dependence curricula in US undergraduate medical education. *JAMA* 1999: 825-829.
- ¹⁸⁹ Fréour P, Tessier JF, Gachie JP et al. Le tabaquisme chez les praticiens girondins. *Bordeaux Med* 1980; 13(7): 253-60.
- ¹⁹⁰ Carrión, Hernández JR. El tabaquismo pasivo en adultos. *Arch Bronconeumol* 2002; 38(3): 137-46.
- ¹⁹¹ Vineis P, Airoldi L, Veglia F, Olgiati L, Pastorelli R, Autrup H, et al. Environmental tobacco smoke and risk of respiratory cancer and chronic obstructive pulmonary disease in former smokers and never smokers in the EPIC prospective study. *BMJ* 2005; 330:277.
- ¹⁹² McGhee SM, Ho SY, Schooling M, Ho LM, Thomas GN, Hedley AJ et al. Mortality associated with passive smoking in Hong Kong. *BMJ* 2005; 330: 287-8.
- ¹⁹³ Whincup P, Gilg J, Emberson J, Jarvis M, Feyerabend C, Bryant A et al. Passive smoking and risk of coronary heart disease and stroke: prospective study with cotinine measurement. *BMJ* 2004; 329(7471):918.
- ¹⁹⁴ Hill S, Blakely T, Kawachi I, Woodward A. Mortality among “nevers smokers” living with smokers: two cohort studies, 1981-4 and 1996-9. *BMJ* 2004; 328: 988-9.
- ¹⁹⁵ Janson C, Chinn S, Jarvis D, Zock JP, Torén K, Buerney P. Effect of passive smoking on respiratory symptoms, bronchial responsiveness, lung function, and total serum IgE in the European Community Respiratory Health Survey: a cross-sectional study. *Lancet* 2001; 358:2103-9.

¹⁹⁶ Nebot M, López MJ, Tomás Z, Ariza C, Borrell C, Villalbí JR. Exposure to environmental tobacco smoke at work and at home: a population based survey. *Tob Contrl* 2004; 13-95.

¹⁹⁷ Towse J, Schiaffino A, García M, Martí M, Fernández E. Prevalencia de la exposición al humo ambiental de tabaco en un área urbana. *Med Clin* 2004; 123(13): 496-498.

¹⁹⁸ Tabaquismo pasivo. Disponible en:

http://www.saludalia.com/Saludalia/privada/web_club/doc/tabaco/doc/taquismo_pasivo.htm.

¹⁹⁹ He J, Vupputuri S, Allen K, Prerost MR, Hughes J, Whelton PK. Passive smoking and The risk of coronary heart disease a metaanalysis of epidemiologic studies. *N Engl J Med* 1999; 340: 920-926.

²⁰⁰ Barrueco M. El tabaquismo un problema de salud pública. *Mujer y tabaco. Jóvenes y tabaco*. En: Carrión F, Giner J, editores. *Tabaquismo*. Madrid: Sanitaria 2000; 2004. 9-27.

²⁰¹ Famet JM, Yoon Se. *Women and the tobacco epidemic*. World Health Organization. Geneve, 2001.

²⁰² Hackshaw AK, Law M, Wald NJ. The acumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. *BMJ* 1997; 315: 980-8.

²⁰³ López MJ, Nebot M. Tabaquismo pasivo: un riesgo ignorado. *Med Clin* 2004; 123(13): 503-5.

²⁰⁴ Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ* 2002; 325: 174-85.

²⁰⁵ Nerín I, Crucelaegui A, Más A, Villalba JA, Guillén D, Gracia A. Resultados de un programa integral de prevención y tratamiento del tabaquismo en el entorno laboral. *Arch Bronconeumol* 2005; 41(4): 197-201.

²⁰⁶ Jarvis MJ. Patterns and predictors of smoking in the general population. In: Bollinger CT, Fagerström KO, editors. The tobacco epidemic. Basel, Karger: Prog Respir Res 1997; 28: 151-64.

²⁰⁷ Mendoza R. El consumo de tabaco en los escolares españoles: tendencias observadas (1986-1990), posibles factores explicativos y sugerencias de intervención VIII. Conferencia Mundial sobre el Tabaco o la Salud. Buenos Aires: 30 de Marzo al 3 de Abril, 1992.

²⁰⁸ Ariza C. Health Educ Res. 2002; 17: 750.

²⁰⁹ BASP. Una mirada a la publicidad del tabaco. News letter, 1989; 23-32.

²¹⁰ Torrecilla M, Barrueco M, Maderuelo JA, Jiménez CA, Plaza MD, Hernández MA. El abordaje del tabaquismo en atención primaria y especializada, una oportunidad real y una necesidad de salud pública. Aten Primaria 2002. 30 (4): 197-206.

²¹¹ Clemente ML. Estudio de la dependencia nicotínica en escolares fumadores de Zaragoza. Universidad de Zaragoza. Tesis doctoral 2000.

²¹² Sarría A, Cortés M, Elder J. Análisis de la campaña publicitaria de la marca de tabaco Fortuna durante el bienio 1999-2000. Rev Esp salud Publica 2001; 75: 107-114.

²¹³ Hansen MD. Estrategias de la industria del tabaco en España: grupos de presión, marketing y publicidad al servicio de un producto adictivo. Med Clin 2005; 124(6): 220-222.

²¹⁴ Esteves E, Massaferró R, Zignago A. Informática, otro aliado contra el Tabaquismo. 2003. Disponible en :

<http://www.chasque.apc.org/suis/cursos/materiales/trabajos/Tabaquismo.doc>

²¹⁵ Clemente ML, Solbes A, Amador FJ, Aguilera L, Cabezas C, Córdoba R, Camarelles R. Tres semanas sin humo: un paso más allá en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Aten Primaria 2003; 32(3): 163-168.

-
- ²¹⁶ Moncada A, Pérez K. Consumo de tabaco en varones adolescentes. *Med Clin* 2002; 119(7): 276.
- ²¹⁷ Martínez-Frías ML, Rodríguez-Pinilla E, Bermejo E. Consumo de tabaco durante el embarazo en España: análisis por años, comunidades autónomas y características maternas. *Med Clin* 2005; 124(3): 86-93.
- ²¹⁸ Villalbí JR. Dejar de fumar durante el embarazo. *Med Clin* 2005; 124(3): 104-106.
- ²¹⁹ Hasper I, Feola MA, Bruno M, Cohen I, D'Amato N, Donato V, Fernández J, Giannatasio J, Macri C, Meyer E, Schapachnik E, Zagalsky P. Tabaquismo en estudiantes de medicina avanzados. Buenos Aires: Subcomisión Hospitalaria "Tabaco o Salud". Secretaría de Salud. G.C.B.A. 1998.
Disponibile en: <http://pcvc.sminter.com.ar/cvirtual/tlibres/tnn2459/tnn2459.htm>
- ²²⁰ Montero A, Gómez CJ, López A, Linares E, Pinel MD, Maldonado JA. Estudio comparativo sobre el consumo de tabaco entre médicos y estudiantes de medicina. *Prev Tab* 2001; 3(4): 224-231.
- ²²¹ Herrero FJ, Moreno JJ. Tratamientos combinados del tabaquismo: psicológicos y farmacológicos. *Adicciones* 2004; 16 (2): 287-320.
- ²²² Mola S. Terapia de reemplazamiento con Nicotina para el abandono del hábito tabáquico. Disponible en: <http://www.infodoctor.org/bandolera/b86s-3.html>.
- ²²³ Carnero C, Kahn E. Zyban para la abstinencia terapéutica. Disponible en: <http://www.infodoctor.org/bandolera/b79s-3.html>.
- ²²⁴ Solano S, de Lucas P, García-Tenorio A, Rodríguez-González-Moro JM. Estrategias para frenar la EPOC: Estado actual del tratamiento farmacológico de Itabaquismo. *Prev Tab* 2000; 2(3): 180-8.
- ²²⁵ Hasper I, Feola MA, Cohen I, Saban I, Fernandez J, García L, Giannatasio J, Lombardo V, Macri C, Mella A, Meyer E, Poliak J, Saenz C, Schapachnik E, Verra F, Zagalsky P, Lado

MI. Tabaquismo en hospitales de la ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires: Subcomisión Hospitalaria "Tabaco o Salud". Secretaría de Salud. G.C.B.A. 1997. Disponible en: <http://pcvc.sminter.com.ar/cvirtual/tlibres/tnn2460/tnn2460.htm>

²²⁶ Ayesta FJ, de la Rosa L. ¿Por qué fuman más hoy en día las mujeres?. *Prev Tab* 2001; 3(3): 155-160.

²²⁷ Torrecilla M, Domínguez F, Torres-Lana A, Cabezas C, Jiménez CA, Barrueco M et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador. Documento de consenso. *Aten Primaria* 2002; 30(5): 310-317.

²²⁸ Clemente ML, Pérez-Trullén A, Herrero I. El papel de los médicos en el control del tabaquismo. En: Jiménez CA, Fagerström KO, editores. *Tratado de Tabaquismo*. Grupo Aula Médica SL, 2004: 535-49.

²²⁹ El gobierno ratifica el Convenio Marco de la OMS para luchar contra el tabaquismo, que entrará en vigor el 27 de febrero. *Jano On-line*. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=37092>.

²³⁰ Marín D. Convención de Ginebra para el control del tabaco: la salud prevalece sobre el producto. *Med Clin* 2003; 121(7): 253-5.

²³¹ Rice VH, Otead LF. Nursing interventions for smoking cessation (Cochrane Review) En: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2001. Oxford: Update software.

²³² O'Loughlin J, Makni H, Tremblay M, Lacroix C, Gervais A, Dery V, Meshfedjian G, Paradis G. Smoking cessation counseling practices of general practitioners in Montreal. *Prev Med*. 2001;33(6): 627-38.

²³³ Noble M, Pérez- Stable E, Casal E. ¿Estamos los médicos trabajando para controlar el tabaco?. *Boletín de la Academia Nacional de Medicina* 1996. Disponible en: www.samig.org.ar/emc/congreso/Exposicion%20tabaco.ppt.

- ²³⁴ Thomas V. La importancia del abordaje el tabaquismo en Atención Primaria. *Prev Tab* 2002; 4(4): 171-3.
- ²³⁵ Torrecilla M, Barrueco M, Maderuelo JA, Jiménez CA, Plaza MD, Hernández MA. El abordaje del tabaquismo en atención primaria y especializada, una oportunidad real y una necesidad de salud pública. *Aten Primaria* 2002; 30(4): 197-206.
- ²³⁶ Sobradillo V, Miravittles M, Gabriel R, Jiménez-Ruiz CA, Villasante C, Fernando J. Geographic variations in prevalence and underdiagnosis of COPD: Results of the IBERPOC multicentre epidemiological study. *Chest* 2000; 118: 981-989.
- ²³⁷ Masa JF, Sobradillo V, Villasante C, Jiménez-Ruiz CA, Fernández-Fau L, Viejo JL, Miravittles M. Costes de la EPOC en España. Estimación a partir de un estudio epidemiológico poblacional. *Arch Bronconeumol* 2004; 40(2): 72-9.
- ²³⁸ Sánchez P, Lisanti N. Prevalencia de tabaquismo y actitud hacia este hábito entre médicos del Azuay, Ecuador. *Pan Am J Public Health*. 2003. 14 (1): 25-30.
- ²³⁹ Evaluación PAPPS 1998.
Disponibile en: http://papps.org/evoluciones_estudios/esudio/1998/resultados.html.
- ²⁴⁰ Izquierdo MA, Rebollo P, Martínez P, Muñoz E, González MM, Delgado R. El factor de riesgo tabaco, nuestra asignatura pendiente. *Prev Tab* 2003; 5(3): 170-4.
- ²⁴¹ McEwen A, West R. Smoking cessation activities by general practitioners and practice nurses. *Tob Control* 2001; 10: 27-32.
- ²⁴² Gorin SS. Predictor of tobacco control among nursing students. *Patient Educ Couns* 2001; 44(3): 251-62.
- ²⁴³ Gómez A, Álvaro D, García F, Ortega B, Granado S, Alvarez-Sala R, Pino JM, Villasante C. Actitud ante el tabaquismo de los Médicos Internos Residentes de un Hospital Universitario. *Comunicación SEPAR*.

²⁴⁴ Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1998. <http://www.msc.es/salud/epidemiología/ies/encuesta1998/encuesta.html>.

²⁴⁵ Kaplan CP, Pérez-Stable EJ, Fuentes-Afflick E, Gildengorin V, Millstein S, Juarez-Reyes M. Smoking Cessation Counseling with young patients. The Practices of Family Physicians and Pediatricians. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004; 158: 83-90.

²⁴⁶ Altet MN, Pascual MT y Grupo de Trabajo sobre Tabaquismo en la Infancia. Sociedad Española de Neumología Pediátrica. *An Esp Pediatr* 2000; 52(2); 168-177.

²⁴⁷ Torrecilla M, Hernández MA, Barrueco M, Plaza MD. Tabaquismo juvenil. Un abordaje interdisciplinario. *Aten Primaria* 2001; 28(2): 143-144.

²⁴⁸ García A. Intervención mínima frente al tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 114-123.

²⁴⁹ Córdoba-García R, Nerín I. Niveles de intervención clínica en tabaquismo. ¿Son necesarias las consultas específicas en atención primaria?. *Med Clin* 2002; 119(14): 541-9.

²⁵⁰ The 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 Report. *JAMA* 2000; 283: 3244-54.

²⁵¹ Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Nº 40 Madrid, Septiembre de 2003.

²⁵² De la Peña A, Suárez C, Cuende I, Muñoz M, Garré J, Camafort M et al. Control integral de los factores de riesgo en pacientes de alto o muy alto riesgo cardiovascular en España. Estudio CIFARC. *Med Clin* 2005; 124(2): 44-49.

²⁵³ Barrueco M, Alonso A, González-Sarmiento R. Bases genéticas del hábito tabáquico. *Med Clin* 2005; 124(6): 223-8.

-
- ²⁵⁴ Lancaster T, Otead LF. Asesoramiento médico para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- ²⁵⁵ Torrecilla M, Barrueco M, Maderuelo JA, Jiménez CA, Plaza MD, Hernández MA. Deshabituación tabáquica en una consulta de atención primaria: eficacia del consejo médico, la intervención mínima y la terapia sustitutiva con nicotina al año de seguimiento. *Aten Primaria* 2001; 27(9): 629-636.
- ²⁵⁶ Barrueco M. Prevención. En: Jiménez CA, editor. Aproximación al tabaquismo en España. Un estudio multifactorial. Pharmacia & Upjohn S.A, 1997: 125-151.
- ²⁵⁷ Gorin SS, Heck JE. Meta-Analysis of the Efficacy of Tobacco counseling by Health Care Providers. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2004; 13(12): 2012-2022.
- ²⁵⁸ Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation (Cochrane Review). En The Cochrane Library, Issue 4. 2003. Chichester, RU: Wiley and Sons, Ltd.
- ²⁵⁹ Comella A, Serra J, Casas JC, Doz F, Albiac L. Estudio del hábito tabáquico entre los escolares de Osona. *Arch Bronconeumol* 1992; 28 (supl.1): 6.
- ²⁶⁰ Barrueco M, Vicent M, Terreno D, Gonsalves MT, Asensio D, Garavís JL, Blanco A. Effects of a long-term school smoling prevention programme. *Eur Respir J* 1995; 8 (supl19): 115.
- ²⁶¹ Torrecilla M. Atención Primaria y tabaquismo. 2002. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,199587,00.html>.
- ²⁶² Saltó E, Jané M, Pardell H, Taberner JL, Tresseras R, Salleras LL. Enfermedades respiratorias y tabaquismo. Evaluación de los objetivos del Plan de Salud de Cataluña para el año 2000. *Med Clin* 2003; 121(Supl1): 30-7.

-
- ²⁶³ Borguetti C, Ancochea L, Casas I, Monso E. Efecto del abandono del hábito tabáquico en la salud respiratoria de la población general. *Med Clin* 2004; 122(13): 517.
- ²⁶⁴ Shelley D, Cantrell J, Faulkner D, Haviland L, Heaton C, Messeri P. Physician and Dentist tobacco use counseling and adolescent smoking behavior: Results from the 2000 National Youth Tobacco Survey. *Pediatrics* 2005;115:719-725.
- ²⁶⁵ Litaker, D, Flocke S, Frolkis J, Stange K. Physicians' attitudes and preventive care delivery: insights from the DOPC study. *Prev Med* 2005; 40: 556– 563.
- ²⁶⁶ Ockene JK. Smoking intervention: The expanding role of the physician. *Am J Public Health* 1987; 77: 782-783.
- ²⁶⁷ Russell M, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioner's advice against smoking. *Br Med J* 1979; 2: 231-235.
- ²⁶⁸ Cummings SR, Rubin SM, Ester G. The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. *JAMA* 1998; 251: 75-79.
- ²⁶⁹ Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS): Actitudes y comportamiento de los españoles ante el tabaco, el alcohol y las drogas. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 1986; 34: 243-419.
- ²⁷⁰ Lumbreras G, Mena MD, Álvarez I, Pérez I, Sánchez J, Molina J, Sanz T. Prevalencia del consejo antitabaco en un centro de atención primaria: comparación del registro en la historia clínica con lo referido por el usuario. *Arch Bronconeumol* 2002; 38: 317-321.
- ²⁷¹ Plaza MD, Gonzalez M, Martín M. El pediatra en la prevención del tabaquismo. *Prev Tab* 2001; 3(1): 44-45.
- ²⁷² Sanz B, de Miguel J, Camaralles F. Métodos no farmacológicos en la deshabitación tabáquica. *Rev Clin Esp* 2004; 204(1): 37-9.

- ²⁷³ SEMFyC. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. Disponible en: <http://www.papps.org>.
- ²⁷⁴ Sobrequés J, Cebriá J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2003; 31(4): 227-233.
- ²⁷⁵ 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.
- ²⁷⁶ Escudero C. Papel de los médicos, especialmente los neumólogos y cirujanos torácicos frente al tabaco. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 99.
- ²⁷⁷ Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and process self-change smoking: toward and integrative model of change. *J Consult Clin Psychology*. 1983 ; 51 : 390-395.
- ²⁷⁸ González JM, Escudero C, García A, Roca J, Solano S, Pérez Trullén A, Jiménez CA, director. *Manuales SEPAR: Tabaquismo*. Madrid: Aula Médica SA; 1995.p. 1-109.
- ²⁷⁹ Subías P, García-Mata JR, Perula L y grupo de evaluación del PAPPs. Efectividad de las actividades preventivas en el ámbito de los centros de salud adscritos al Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la salud de la semFYC. *Aten Primaria* 2000; 25: 383-9.
- ²⁸⁰ Jiménez Ruiz CA, Masa J, Sobradillo V, Gabriel R, Miratvilles M, Fernández-Fau L, Villasante C, Viejo JL. Prevalencia y actitudes sobre tabaquismo en población mayor de 40 años. *Arch Bronconeumol* 2000; 36: 241-244.
- ²⁸¹ Kaplan CP, Perez-Stable EJ, Fuentes-Afflick E, Gildengorin V, Millstein S, Juarez-Reyes M. Smoking cessation counseling with young patients: the practices of family physicians and pediatricians. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004 Jan;158(1):83-90
- ²⁸² B.O.N. nº 85, 4 de julio de 2003.

-
- ²⁸³ Minervini MC, Patiño CM, Zabert GE, Ronelli PM, Gómez M, Castaños C. Tabaquismo una epidemia. Por qué y cómo intervenir en los pacientes fumadores. AAIC 2001; 32(1): 1-11.
- ²⁸⁴ Martínez JA, Alonso JM, Arribas J, Sánchez-Seco P, Cuesa M, Provencio R. Características del tabaquismo en el personal de Atención Primaria del Área Sanitaria de Guadalajara. Rev Esp Salud Pública 1996; 70:51-61.
- ²⁸⁵ Barrueco M, Jiménez CA, Palomo L, Torrecilla M, Romero P, Riesco JA. Abstinencia puntual y continuada con el tratamiento farmacológico del tabaquismo en la práctica clínica. Med Clin 2004; 123(17): 652-656.
- ²⁸⁶ Da Costa CL, Younes RN, Lorenzo MT. A prospective randomized double blind study comparing nortriptyline to placebo. Chest 2003; 122: 403-406.
- ²⁸⁷ Jiménez-Ruiz CA, De Granda JI. Success Rates for Nortriptyline. Chest 2003; 124(2): 768-9.
- ²⁸⁸ Sociedad Española de Psiquiatría. Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras adicciones. Barcelona: Euromedice, 2003.
- ²⁸⁹ West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Thorax 2000; 55: 987-999.
- ²⁹⁰ Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. The effect of nicotine replacement therapy on smoking cessation. En: Lancaster T, Silagy C, Fullerton D, editores. Tobacco addiction module of the Cochrane database of systematic reviews. Oxford: update software, 1996.
- ²⁹¹ NICE. Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation. Technology Appraisal Guidance, nº39. London, 2002. Documento disponible en URL: www.nice.org.uk.

- ²⁹² Jiménez CA, de Granda JI, Solano S, Carrión F, Romero P, Barrueco M. Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo. Arch Bronconeumol 2003; 39(11): 514-23.
- ²⁹³ Rubio G. Tabaquismo un riesgo evitable. Med Clin 2004; 123(4): 136-137.
- ²⁹⁴ USDHHS Reducing tobacco use: A report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. 2000.
- ²⁹⁵ Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation (Cochrane Review). En The Cochrane Library, Issue 4. 2003. Chichester, RU: Wiley and Sons, Ltd.
- ²⁹⁶ Rodríguez ML, Pérez Trullén A, Clemente ML, Herrero I, Rubio V, Sampedro E. Prescripción facultativa o consejo médico antitabaco en atención primaria: opiniones desde el otro lado de la mesa. Arch bronconeumol 2001; 37:241-246.
- ²⁹⁷ Alonso-Gordo JM, Magro-Perterguer R, Martínez JA, Sanz N. Tabaco y atención primaria. En: Becoña E, coordinadora. Libro blanco de prevención del tabaquismo. Barcelona: Glosa ediciones, 1998; 211-225.
- ²⁹⁸ Sanz B, de Miguel J, Camarelles F. Deshabitación tabáquica: actitud terapéutica ante los pacientes en fase de preparación. Rev Clin Esp 2004; 204(8): 425-9.
- ²⁹⁹ Marcos T, Godás T, Corominas J. Tratamiento de sustitución de nicotina frente a reducción progresiva en la deshabitación tabáquica. Med Clin 2004; 123(4): 127-130.
- ³⁰⁰ Jiménez-ruiz CA, Camarelles F, de Granda JI, Díaz-Maroto JL. Protocolo de intervención en fumadores. 1ª ed. Madrid: Glaxo SmithKline, 2002.
- ³⁰¹ Camarelles F. "Spain is different" en la prevención y control del tabaquismo. Aten Primaria 2004; 33(9): 481-2.

³⁰² Moronta L, Sánchez P. Actuación de enfermería en deshabituación tabáquica. *Prev Tab* 2002; 4(4): 197-200.

³⁰³ Crofton J, Frèour P y Tessier JF. Medical education on tobacco: implications of a worldwide survey. *Med Educ* 1994; 28: 187-196.

³⁰⁴ Solano S, Pérez E, González de Vega JM, Ruiz MJ, Suárez J, Jiménez CA. Funciones del profesional de la salud frente al tabaquismo. Disponible en: http://db.separ.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/separ/separ2003.pkg_publicaciones.muestradoc?p_id_menu=912.

³⁰⁵ Saura-Llamas J. Cómo organizar la consulta docente para formar residentes. Algunos principios básicos. *Aten primaria* 2005; 35(6): 318-324.

³⁰⁶ Gómez T, Fuentes C, Casado V, Luque MJ, Marco T, Martínez JA, et al. Programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.

³⁰⁷ Villalbí JR. El Tabaco como problema de salud pública. Informe SESPAS 2002; 113-129.

³⁰⁸ http://www.elmedicointeractivo.com/omc_soc_ext.php?idreg=2567.

³⁰⁹ Hernández JL, Cuñado A, González-Macías J. Conocimiento del índice total paquetes/año como medida del hábito de fumar por parte de los clínicos de un servicio de medicina interna. *Med Clin* 2003; 121(9): 359.

³¹⁰ Pardell H, Jané M, Sánchez I, Villalbí JR, Saltó E, Becoña E. Manejo del fumador en la clínica. Recomendaciones para el médico español. Organización Médica Colegial. Madrid/Medicina stm Editores (Ars Medica). Barcelona. 2002.

³¹¹ Josseran L, King G, Guilbert P, Davis J, Brucker G. Smoking by French general practitioners: behaviour, attitudes and practice. *Eur J Public Helath* 2005; 15(1): 33-38.

- ³¹² Cummings KM, Giovino G, Sciandra R, Koenigsberg M, Emont SL. Physician advice to quit smoking: who gets it and who doesn't. *Am J Prev Med* 1987; 3: 69-75.
- ³¹³ Ferry LH, Grissino LM, Runfola PS. Tobacco dependence curricula in US undergraduate medical education. *JAMA* 1999; 282: 825-829.
- ³¹⁴ Scout CS, Neighbor WE. Preventive care attitudes of medical students. *Soc Sci Med* 1985; 21:299-305.
- ³¹⁵ Wechsler H, Levine S, Idelson RK, Rohman M, Taylor JO. The physician's role in health promotion a survey of primary care practitioners. *N Engl J Med* 1983; 308: 97-100.
- ³¹⁶ Kottke TE, Battista RN, DeFries GH, Brekke ML. Attributes of successful smoking cessation intervention in medical practice. A meta-analysis of 39 controlled trials. *JAMA* 1988; 259: 2883-2889.
- ³¹⁷ Vila A, Rodríguez C, Ochoa O, Bria X. ¿Por qué dejan de fumar realmente nuestros pacientes?. *Aten Primaria* 2002; 30(8): 527.
- ³¹⁸ Salleras L, Pardell H, Canela J, Vaqué J, Plans P. Actitudes y hábitos tabáquicos de los médicos de Cataluña. *Med Clin (Barc)* 1987; 89 (1): 6-9.
- ³¹⁹ A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service Report. *JAMA* 2000; 283: 3244-54.
- ³²⁰ WHO evidence based recommendations on the treatment of tobacco dependence. Copenhagen: WHO, 2001.
- ³²¹ Hollis J, Lichenstein E, Voigt T. Nurse-assisted counseling for smokers in primary care. *Ann Intern Med* 1993; 118: 521-525.
- ³²² Hay que mejorar la coordinación entre la formación pregrado y MIR. Disponible en: <http://diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,407354,00.html>.
- ³²³ Cartera de servicios de Atención Primaria. Salud. Disponible en: <http://aragob.es>.

-
- ³²⁴ Chapman S. The role of doctors in promoting smoking cessation. *BMJ* 1993; 307: 518-9.
- ³²⁵ West R, Mc Neill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000; 55(12): 987-999.
- ³²⁶ Jiménez CA, Robledo T, Sáiz I, Rubio J, Espiga I. Abordaje de la docencia clínica del tabaquismo en las áreas sanitarias de Madrid. *Prev Tab* 2000; 2(3): 173-9.
- ³²⁷ Cornuz J, Humair JP, Seematter L, Stoianov R, van Melle G, Stalder H. Efficacy of resident training in smoking cessation: A randomized, controlled trial of a program based on application of behavioral theory and practice with standardized patients. *Ann Intern Med* 2002; 136(6): 429-437.
- ³²⁸ Cummings SR, Coates TJ, Richard RJ, Hansen B, Zahnd EG, VanderMartin R et al. Training Physicians in Counseling about Smoking Cessation. A Randomized Trial of the "Quit for Life" Program. *Ann Intern Med* 1989; 110: 640-47.
- ³²⁹ Lennox AS, Bain N, TaylorRJ, McKie L, Donnan PT, Groves J. Stages of Change training for opportunistic smoking intervention by the primary health care team. Part I: randomised controlled trial of the effect of training on patient smoking outcomes and health professional behaviour as recalled by patients. *Health Educ J* 1998; 57: 140-149.
- ³³⁰ Kottke TE, Brekke ML, Solberg LI, Hughes JR. A Randomized Trial to Increase Smoking Intervention by Physicians. *JAMA* 1989; 261(14): 2101-106.
- ³³¹ Strecher VJ, O'Malley MS, Villagra VG, Campbell EE, Gonzalez JJ, Irons TG. Can Residents Be Trained to Counsel Patients about Quitting Smoking?. *J Gen Intern Med* 1991; 6: 9-17.
- ³³² Adán FM. Actividades de deshabituación tabáquica de los médicos de familia y profesionales de enfermería de Atención Primaria ingleses. *Prev Tab* 2001; 3(4): 270-271.

