

**COMUNICACIONES PRESENTADAS AL
XXIII CONGRESO NACIONAL DE
LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA NEFROLÓGICA**

Sevilla, 8-11 de Octubre de 1998

Edita Hospal, S.A., Nápoles, 249. Barcelona

Imprime: Tipografía Católica, S. Cooperativa A. Polígono Ind. La Torrecilla. Córdoba

ISBN: 84-8416-077-7

Depósito Legal: CO 1.105-1998

EL TABAQUISMO EN LOS PACIENTES DE HEMODIÁLISIS. PREVALENCIA DE CONSUMO Y ACTITUDES

Autores: Eutropio Moreno Núñez. Diana Millán Mayol. Flores Vizcaya Moreno. José Miguel Cases Iborra. Javier Samper Llobregat. Beatriz Cantó Garrido. Nancy Jordá Nácher. Amalia Ibañez Amorós. María del Carmen Baños Giménez. Mercedes Cases Ruiz. Alicia Lozano Rodrigo. Joan Oltra Siscar. Ramona García Sola. Carolina Guerra Urdaneta.
Colaboradores: Víctor Valverde Contreras. Dolores Arenas Giménez. María Teresa Gil Gonzáles. Luis Picó Vicent.

Unidades de Hemodiálisis del Hospital General Universitario de Alicante y Sanatorio Perpetuo Socorro.

INTRODUCCIÓN

El tabaco era desconocido en Europa hasta hace quinientos años, cuando marineros al servicio de la Corona Española lo introdujeron en el Viejo Continente. A partir del siglo XVI el hábito se extendió progresivamente por Europa, pero hasta el siglo XIX fue una conducta minoritaria e incluso elitista.

La situación cambió radicalmente hace 150 años, a partir del momento en que los procedimientos industriales permitieron la fabricación de cigarrillos manufacturados, aunque fue a partir de la Primera Guerra Mundial cuando su consumo se hizo masivo entre los hombres y después de la Segunda Guerra entre las mujeres¹.

Con la extensión del consumo, aparecieron las primeras sospechas sobre el papel del tabaco en la etiología de diferentes enfermedades, confirmándose como un grave problema de Salud Pública en los años 50, con el estudio epidemiológico de Doll y Hill²⁻³ y en la década de los sesenta con los primeros informes publicados al respecto por el Royal College of Physicians de Londres, el Surgeon General de los Estados Unidos y la Organización Mundial de la Salud⁴⁻⁵.

Hoy en día existe un acuerdo general en cuanto a que el consumo de tabaco constituye la primera causa de pérdida de la salud, así como la primera causa de muerte prematura y evitable en los países desarrollados. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, anualmente mueren 800.000 personas en Europa como consecuencia de su efecto, y en España se calcula que provoca más de 40.000 muertes anuales⁶. El tabaquismo es, pues, el principal problema de salud pública susceptible de prevención⁷.

En insuficientes renales en tratamiento sustitutivo renal con diálisis o en trasplantados, aunque la enfermedad primaria no esté en relación con el consumo de tabaco, sí existe una clara asociación entre el hábito de fumar y el empeoramiento de la enfermedad vascular. La incidencia de muerte vascular (ACVA, infarto miocárdico, vasculopatía periférica) es significativamente más alta en fumadores comparada con no fumadores⁸.

Fumar se asocia con disminución de la supervivencia en hemodiálisis. Así, en un estudio prospectivo en diabéticos insuficientes renales, la supervivencia al año y los cinco años fue mucho más baja en fumadores en comparación con no fumadores⁹.

Esto nos da idea de la relevancia del control del consumo de tabaco, que constituye el único factor de riesgo dependiente únicamente de la voluntad del sujeto.

Ante todo lo expuesto los profesionales sanitarios y especialmente los enfermeros (paradójicamente constituimos un grupo social donde la conducta tabáquica es mayoría-

ria¹⁰⁻¹¹) tenemos la responsabilidad de hacer mucho más que promocionar el hábito de no fumar en los pacientes de nuestras unidades.

Por los motivos anteriormente expuestos y dada la importancia del tema hemos considerado oportuno efectuar un estudio, con el objetivo de conocer la prevalencia y las características del hábito tabáquico en los pacientes incluidos en hemodiálisis en nuestra provincia y estudiar así mismo, algunas actitudes y conocimientos relacionadas con este hábito que nos orienten en la creación de un Plan Sanitario para la disminución del consumo de tabaco en los pacientes de diálisis.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio descriptivo transversal, realizado entre los meses de Octubre de 1997 y Abril de 1998.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Formaron parte del estudio todos los pacientes en programa de hemodiálisis de la provincia de Alicante con más de tres meses en programa con capacidad física-psíquica para contestar.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Se estudian 469 pacientes en programa de hemodiálisis, de los cuales 281 son hombres (59'9%) y 188 mujeres (40'1%), con una edad media de 59'3(\pm 15) años (Rango: 18-87 años) que llevaban un tiempo medio en hemodiálisis de 65'9(\pm 63) meses (Rango: 3-300 meses).

MATERIAL Y METODOLOGIA DE TRABAJO

Para conocer el consumo de tabaco entre los enfermos de hemodiálisis, realizamos una encuesta personal para lo que se diseñó un cuestionario, tras prueba piloto previa, que contenía un total de 35 variables con respuestas abiertas y cerradas, agrupadas en seis bloques que contienen los siguientes apartados:

1. *Datos de filiación*, tiempo en hemodiálisis y centro.
2. *Patologías relacionadas* con el tabaco como las vasculares periférica, cardíaca y cerebral, HTA, Dislipemias, Tumoral, Diabetes y Bronco-neumopatía crónica. Este apartado era cumplimentado por los facultativos de cada unidad de diálisis.
3. *Hábitos tabáquicos*. Los criterios sobre este hábito se tomaron de la Encuesta Nacional de Salud¹², considerando:
 - Fumador habitual: persona que en el momento de la encuesta consume diariamente cigarrillos, cigarros o pipa.
 - Fumador ocasional: persona que en la actualidad fuma pero no lo hace diariamente.
 - No fumador: persona que nunca ha fumado.
 - Exfumador: persona que no fuma en la actualidad pero que ha fumado alguna vez de forma habitual.
4. *Bloque "fumadores"*. Recogemos información de las variables números de cigarrillos/día, intentos de abandono y motivo, causas de recaída, si recibió consejos del personal que le atiende sobre dejar de fumar y si está interesado en seguir un programa que le ayude a dejar de fumar.

5. *Bloque "exfumadores"*. Motivos de abandono, cuando lo abandonó y el método empleado.

6. *Conocimientos de los encuestados* acerca de algunos aspectos del tabaquismo y sus opiniones sobre el problema.

La encuesta se pasó individualmente a todos los pacientes durante la sesión de hemodiálisis por enfermeros de cada una de las unidades de la provincia, cuyos criterios fueron previamente discutidos y homogeneizados.

Los datos han sido tratados con el programa estadístico SPSS/PC+. Las pruebas estadísticas empleadas para establecer relaciones con la variable "hábito tabáquico" fueron: la media, desviación estandar y chi-cuadrado. Se consideró como significativo el valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS

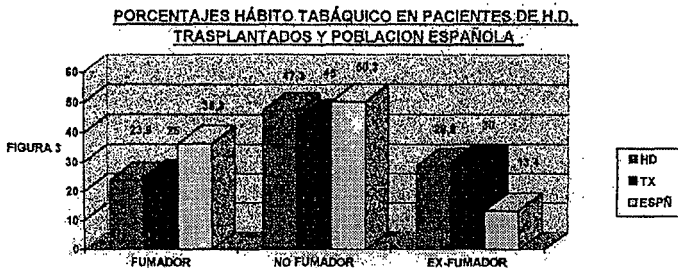
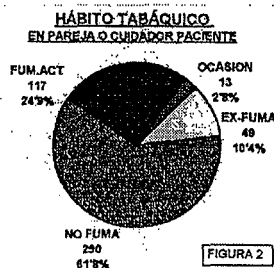
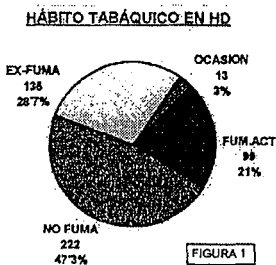
Contestaron la encuesta un total de 469 pacientes de hemodiálisis obteniéndose una tasa de respuesta del 87.5% de los pacientes en las diez unidades de hemodiálisis de la provincia.

Cuadro 1

EDAD	DISTRIBUCIÓN HÁBITO TABÁQUICO SEGÚN LA EDAD			
	FUMD.ACTUAL N-%	FUMD.OCASIO N-%	EXFUMADOR N-%	NOFUMADOR N-%
18-40 AÑOS	32-48'5	2-3	7-10'6	25-37'9
41-64 AÑOS	48-26'1	7-3'8	45-24'5	84-45'7
>65 AÑOS	19-8'3	4-1'8	83-38'1	113-51'8

Cuadro 2

SEXO	DISTRIBUCIÓN HÁBITO TABÁQUICO SEGÚN SEXO			
	FUMD.ACTUAL N-%	FUMD.OCASIO N-%	EXFUMADOR N-%	NO FUMADOR N-%
HOMBRES	82-82'8	11-84'6	121-89'6	67-30'2
MUJERES	17-17'2	2-15'4	14-10'4	155-69'8



ACTITUD FUMADORES

COMIENZO HÁBITO TABÁQUICO

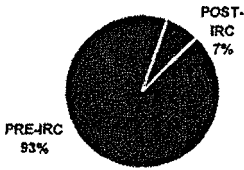


FIGURA 4

CANTIDAD TABACO



FIGURA 5

MOTIVO HÁBITO EN H.D.

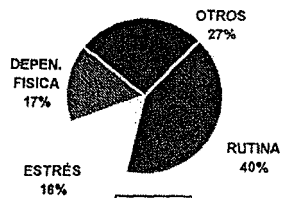


FIGURA 6

PREVALENCIA INTENTO ABANDONO HÁBITO TABÁQUICO

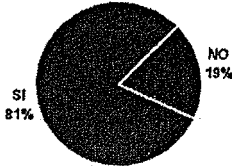


FIGURA 7

MOTIVO ABANDONO FUMADORES ACTUALES VS EX-FUMADORES (PORCENTAJES)

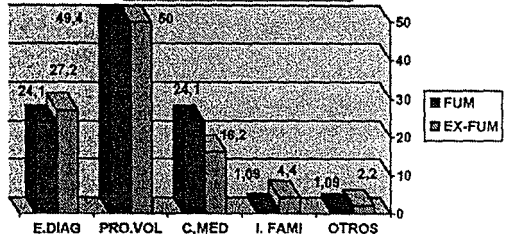


FIGURA 8

CAUSAS RECAÍDA HÁBITO TABÁQUICO FUMADORES EN PORCENTAJES

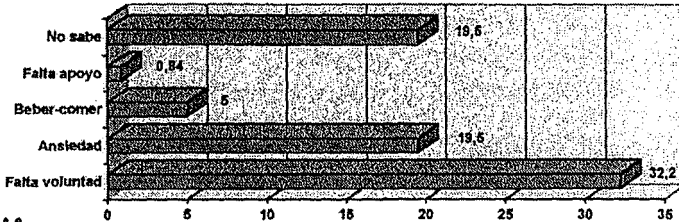


FIGURA 9

OPINIÓN DE LOS ENCUESTADOS FUMADORES SOBRE:

FIGURA 10

EL ABANDONO DEL TABACO MEJORA LA SALUD

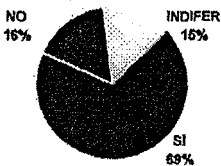


FIGURA 11

RECIBIÓ CONSEJOS DEL PERSONAL PARA ABANDONAR TABACO

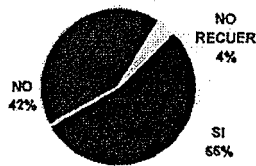
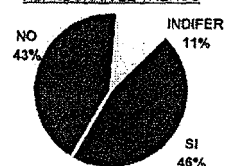


FIGURA 12

SEGUIRÍA UN PROGRAMA PARA ABANDONAR EL TABACO



EX-FUMADORES

**CUANDO ABANDONÓ
HABITO TABÁQUICO**

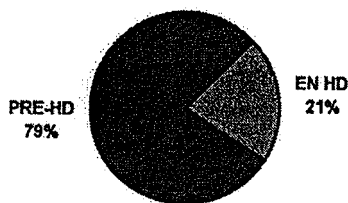


FIGURA 13

MÉTODO EMPLEADO

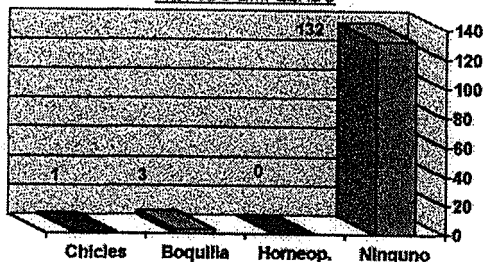


FIGURA 14

OPINION DE FUMADORES. EXFUMADORES Y NO FUMADORES SOBRE:

El ejemplo que da el personal sanitario puede influir en los fumadores.

	SI (N-%)	NO(N-%)	DUDOSO (N-%)
Quadro 3 FUMADOR	33-29	71-63'3	8-7'1
NO FUMADOR	103-46'3	96-43'2	23-10'3
EXFUMADOR	52-38'5	71'52'5	12-8'8
TOTAL	188-40	238-50'7	43-9'1

Existe una asociación significativa ($p < 0'014$) entre el hábito o no tabáquico y el considerar como influyente el consumo de tabaco por parte del personal sanitario.

Observa si el personal sanitario fuma en su centro.

	SI (N-%)	NO (N-%)
Quadro 4 FUMADOR	78-69'6	34-30'3
NO FUMADOR	124-55'8	98-44'1
EXFUMADOR	83-61'48	52-38'5
TOTAL	285-60'7	184-39'2

No se aprecian diferencias estadísticamente significativas

Le parecería bien que se favoreciese a los pacientes no fumadores sobre los fumadores

	SI (N-%)	NO (N-%)	DUDOSO (N-%)
Quadro 5 FUMADOR	22-19'6	81-72'3	9-8
NO FUMADOR	87-39'1	106-47'7	29-13
EXFUMADOR	51-37'8	68-50'4	16-11'8
TOTAL	160-34'1	255-54'3	54-11'5

Encontramos diferencias significativas ($p < 0'001$) entre fumadores y no fumadores y la opinión acerca de las prioridades.

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN FACTORES DE RIESGO Y
EL HÁBITO TABÁQUICO EN EL MOMENTO DEL ESTUDIO**

VARIABLES		FUMADOR %	NO FUMADOR %	EX-FUMADOR %	OCASIONAL%	TEST DE X ²
V. CARDÍACA	SI	39-21'7	70-38'9	67-37'2	4-2'2	p=0'009
	NO	60-28'8	152-52'6	68-23'5	9-3'1	
V. CEREBRAL	SI	5-13'9	23-63'9	7-19'4	1-2'8	NS
	NO	94-21'7	199-46	128-29'6	12-2'8	
V. PERIFÉRIC	SI	27-25'5	33-31'1	44-41'5	2-1'9	p=0'000
	NO	72-19'8	189-52'1	91-25'1	11-3'0	
H.T.A.	SI	75-22'5	145-43'4	103-30'8	11-3'3	NS
	NO	24-17'8	77-57	32-23'7	2-1'5	
DIABETES	SI	12-23'1	18-34'6	20-38'5	2-3'8	NS
	NO	87-20'9	204-48'9	115-27'6	4-2'6	
DISLIPEMIA	SI	30-24'8	50-41'3	37-30'6	4-3'3	NS
	NO	69-19'8	172-49'4	98-28'2	9-2'6	
EPOC	SI	15-29'4	12-23'5	24-47'1	----	p=0'000
	NO	14-20'1	210-50'2	111-26'6	13-3'1	
TUMORAL	SI	3-14'3	8-38'1	9-42'5	1-4'8	NS
	NO	96-21'4	214-47'8	126-28'1	12-2'7	

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

No hemos encontrado publicados datos previos sobre el consumo de tabaco en los pacientes de hemodiálisis en España que nos permitan establecer relaciones con los resultados de nuestro estudio.

Estos se pueden considerar altamente representativos dada la elevada tasa de respuesta obtenida (87'55). Aunque admitimos la posibilidad de ausencia de veracidad en alguna respuesta, por el grado de compromiso personal que contienen algunas preguntas.

Declararon ser fumadores el 23'9% de los encuestados, (21'1% fumaban diariamente y el 3% de forma ocasional) (Figura-1). Aunque la prevalencia de fumadores en hemodiálisis es baja si la comparamos con los resultados sobre la población general (36'6%)¹³ o de la Comunidad Valenciana (38'3%)¹⁴ o de un estudio sobre enfermos trasplantados renales en Sevilla que previamente habían recibido una atención terapéutica mínima anti-tabaco (25%)¹⁵, y de un estudio del Reino Unido en pacientes de hemodiálisis¹⁶ (58%, solo el 36% nunca han fumado), (Figura-3) consideramos que son altas para unos pacientes ya muy sobrecargados de factores de riesgo de origen cardíaco, vascular (periférico y cerebral) entre otros⁶⁻¹⁷.

Al analizar la prevalencia del tabaquismo por edad, (Cuadro-1) comprobamos al igual que en otros estudio de población general, personal de atención primaria y enfermos crónicos¹⁸⁻¹⁹, que existe un descenso progresivo de fumadores habituales con la edad, a expensas del crecimiento de los exfumadores.

En los mayores de 65 años sólo el 8% son fumadores actuales, en comparación con la población española donde las cifras son del 15%¹³. La prevalencia por sexo (Cuadro-

2) es mayor en los varones (29'2%) que en las mujeres (9'1%). Esto agrava el problema si tenemos en cuenta que el sexo masculino ya es de por sí un factor independiente de riesgo vascular¹⁷. Al contrario que en la población española los exfumadores hombres (43%) superan a los fumadores y al contrario las fumadoras (9'1%) superan a las exfumadoras (7'1%), si bien en un porcentaje poco significativo¹⁴.

En el número medio de cigarrillos/día, (Figura-5) entre los fumadores diarios, destaca que sólo un 9% son grandes fumadores (más de 20 cigarrillos/día). Por término medio fuman unos 11 cigarrillos al día frente a unos 15 día de la población general¹³.

El 93% de los pacientes han comenzado a fumar antes de entrar en programa de hemodiálisis (Figura-4) y los motivos (Figura-6) que dan para seguir fumando, la mayoría de ellos (40'9%) es por rutina, siguiéndole por orden de importancia, otros factores (26'3%) y el stress (15'4%). En otros estudio de población general y especialmente sanitaria la causa más frecuente es la dependencia física (35%)¹⁸⁻¹⁹.

Un 81% de los fumadores habían intentado dejar el hábito de fumar por lo menos en una ocasión (Figura-7). Entre los motivos alegados por ellos para intentar abandonar el hábito destaca la propia voluntad (49'4%), y en menor frecuencia el consejo del personal médico o enfermero (24'1%) y el comienzo de la enfermedad (24'1%). No son relevantes la iniciativa familiar u otros motivos (Figura-8). Al contrario que en otros estudios, no apreciamos diferencias significativas entre los motivos alegados por los exfumadores frente a los todavía fumadores¹⁹. Las causas de recaída (Figura-9) eran también la falta de voluntad (32'2%), la ansiedad (19'5%), la falta de apoyo o fumar para no beber o comer resultan poco significativas. Estos datos coinciden con estudios realizados en población sanitaria o estudiantes de ciencias de la salud²⁰.

Al hacer una valoración de las actitudes y opiniones de los fumadores frente al hábito de fumar, destacamos que el 69% de los pacientes están seguros de que el abandono del tabaco mejorará su salud y sólo el 16% no lo cree así (Figura-10). El 42% de los pacientes no recuerda haber recibido consejo alguno del personal que le atiende para abandonar el hábito (Figura-11). Pero tenemos que tener en cuenta que no todo los pacientes aconsejados recuerdan el consejo; así, estudios como el de Folsom constataban que sólo el 60% de los pacientes recordaban haberlo sido después de tres meses²¹. Es especialmente relevante saber para el objetivo de este estudio, porque va a marcar el tipo de intervención que reciban estos pacientes, que sólo el 46% de los pacientes fumadores está verdaderamente interesado en seguir un programa que le ayude a dejar el hábito, el 11% se muestra indiferente y el 43% está de acuerdo con su hábito tabáquico y no se ha planteado abandonarlo (Figura-12).

El 79% de nuestros exfumadores abandonaron el tabaquismo antes de comenzar a dializarse (Figura-13) y la mayoría de ellos (98%) no ha utilizado método alguno para dejar de fumar (Figura-14), coincidiendo también con otros estudios publicados. Esto nos da a entender la inexistencia de programas de ayuda a los fumadores tanto en los Centros de Diálisis como en sus Centros de Salud.

A la pregunta de que si el hábito o no tabáquico y el considerar como influyente el consumo de tabaco por parte del personal sanitario pueda influir sobre aquél, encontramos una asociación significativa, de modo que son los no fumadores los que más declaran la existencia de dicha influencia (Cuadro-3), frente a los pacientes fumadores o exfumadores. El 60'7% de los encuestados declara haber observado al personal sanitario fumar en su centro (Cuadro-4). Este dato es especialmente significativo, si tenemos en cuenta que como profesionales de la salud podemos contribuir con nuestro mal ejemplo a desacreditar las campañas dirigidas a proporcionar información sobre los riesgos que para la salud de

nuestros pacientes supone el consumo de tabaco. Se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre el hábito o no tabáquico y la opinión acerca de la prioridad en listas de espera para consultas, pruebas funcionales o la misma lista de trasplante. Los no fumadores son los que más consideran que el consumo o no tabáquico sea criterio a tener en cuenta, pero entre los fumadores también encontramos a un 19'6% que está de acuerdo con los no fumadores y exfumadores aunque se viesen perjudicados (Cuadro-5). De nuestros resultados entre el hábito tabáquico y los factores de riesgo, el hábito tabáquico se ha comportado como factor de riesgo estadísticamente significativo para padecer enfermedad cardio-vascular ($p=0'009$), patología vascular periférica ($p=0'000$) y EPOC ($p=0'000$). No encontrándose relación estadística en el resto de patologías (Cuadro-6).

CONCLUSIONES

- La prevalencia e intensidad del hábito en nuestros pacientes de hemodiálisis son menores que en el conjunto de la población, pero creemos que continúan siendo elevadas, para un grupo de pacientes con un alto índice de factores de riesgo relacionados con el tabaco, siendo algunos de ellos futuros receptores de un trasplante renal.

- Los profesionales sanitarios, en general, y especialmente los enfermeros, debemos adoptar un papel ejemplarmente positivo, abandonando el hábito si somos fumadores, o al menos procurando no fumar donde podamos ser observados por los pacientes, y por supuesto nunca en su presencia.

- La enfermería nefrológica, en colaboración con el resto del equipo de la unidad, debe desarrollar planes o programas de lucha contra el tabaco, para evitar la incorporación de nuevos fumadores y facilitar los mecanismos para el abandono del hábito tabáquico. Para ello, debemos adquirir los conocimientos suficientes acerca de los efectos del tabaco sobre la salud, y las técnicas de acción educativa a nivel individual y de grupo.

- Los datos obtenidos en este estudio, nos serán muy útiles para evaluar los resultados de nuestros programas informativos y educativos en la lucha antitabáquica.

AGRADECIMIENTOS

A las compañeras y compañeros de las Unidades de Hemodiálisis de: Alcoy, Alicante, Denia, Elche, Elda, S. Bartolomé y Villajoyosa por su ayuda y colaboración en la realización de este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salleras L. Tabaco y Salud. En: Piedrola G. Et al. M. Preventiva y S. Pública. 8ª ed. 1988 Salvat Editores; 1016-1043.
2. Doll R, Hill AB. The mortality of doctors in relation to their smoking Habits. A preliminary report. Br. Med J 1954. 1451-1455.
3. Doll R, Hill AB. Mortality in relation to smoking: Ten years observations of british doctors. Br. Med J. 1964; 1: 1399-1410.
4. Royal C. Of Phisicians. Smoking and Healt. Summary and report of the RCP of London on smoking in Relation to Cancer. N. York: Pitman Publishing. 1962.
5. Comité de expertos de la OMS. Consecuencias del tabaco para la Salud. Ginebra; OMS 1975; Informe técnico nº 568: 7-109.
6. Peto R, Lez AD et al. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statisties. Lancet 1992; 339: 1268-1278.

7. Comité de expertos de la OMS. Consecuencias del tabaquismo para la salud. Ginebra; OMS 1979; Informe técnico nº 636.
8. Mak, Greene E., Raji L. Cardiovascular risk factors in chronic renal failure and hemodialysis populations. *Am J. Kidney Dis* 21: 505-513, 1992.
9. Biessnach G. Zazgornik J. Influence of smoking in the survival rate of diabetic patients requiring haemodialysis. *Diabetic care*. 19: 265. 1996.
10. Salleras L, Pardell H, Canela J, Vaqué J, Plans P. Actitudes y hábitos tabáquicos de los médicos de Cataluña. *Med Clin*. 1987; 89 sup 1: 6-9.
11. Henríquez P, Doreste J. L. Hábito tabáquico. Prevalencia y actitudes en estudiantes de Ciencias de la Salud. *A. Primaria*. 1996; Vol 18, nº8: 58-66.
12. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de la Salud. Madrid. 1995: 48-9.
13. Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores de Salud. 3ª evaluación en España del programa regional europeo Salud para todos... Madrid. 1993: 262-273.
14. Conselleria de Sanitat y Consum. Direcció General de Salut Pública. El tabaco en cifras de la Comunidad Valenciana. 1997: 21-27.
15. Gentil M.A, López R, Algarra G.R, Pereira P, et al. Tabaquismo en pacientes trasplantados renales. *Nefrología*. Vol. XVI. Nº6. 1996: 549-553.
16. Byrnes, Rouke L, Kong C, Greenwood. Smoking in new patients accepted for dialysis. Prevalence. *EDTNA/ERCA Journal* XXIII, Sup. 1. 1997: 36.
17. Llach F. Valderrábano F. Insuficiencia Renal Crónica. Ed Norma. 2ª Ed. 173-175, 661. 1997.
18. Román P, Cristauro A, Muñoz F. Intervención antitabaco en pacientes crónicos seguidos en consulta de enfermería. *A. Primaria*. Vol. 18. 3. 1996: 123-125.
19. Martínez J.A, Alonso J. M, Arribas J. Et al. Características del tabaquismo en el personal de A. Primaria de Guadalajara. *Salud Pública*. Vol. 70. 1. 1996. 51-57.
20. Ortiz H, Palancar J. L, Cañamares V. Et al. El tabaquismo en los trabajadores de A. Primaria Area 4 de Madrid. *S. Pública*. Vol 70. Nº 3. 1996: 295-301.
21. Folsom A.R Grimm R.H. Stop Smoking Advice by Physicians: A feasible approach? *Am J. Public Health*. 77. 1987. 849-850.