

Hábito tabáquico en trabajadores del mar

***M^a del Carmen Romero Paredes^(1,2), Luis Reinoso Barbero^(3,4), M^a Fernanda González Gómez⁽⁵⁾,
Fernando Bandrés Moya⁽²⁾***

(1)Servicio de Sanidad Marítima de Madrid, ISM.

(2)Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.

(3)Medicina del Trabajo. Servicio Prevención Riesgos Laborales. Grupo Banco Popular. Madrid.

(4)Departamento de Ciencias Morfológicas y Biomedicina. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Europea de Madrid.

(5)Salud Laboral. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Correspondencia:

Dra. Romero Paredes

Policlínica del Instituto Social de la Marina.

Calle Gaztambide, 85. 28003 Madrid.

Correo electrónico: ma-carmen.romero@seg-social.es

Teléfono: 910000160

La cita de este artículo es: M C Romero Paredes et al. Hábito tabáquico en trabajadores del mar. Rev Asoc Esp Espec Med Trab 2016; 25: 166-175.

RESUMEN.

Objetivo: estudiar la prevalencia del hábito tabáquico en trabajadores del mar entre 2009 y 2015. **Material y método:** estudio descriptivo transversal de los datos informatizados de los reconocimientos médicos previos a embarque (RMPE) en los años 2009-2015 en los que se analizó la frecuencia del hábito tabáquico en la población total, así como por sexo, edad (< y ≥ 45 años) y puesto de trabajo (oficiales y no oficiales). **Resultados:** el tabaquismo resultó más prevalente en los varones, en los sujetos menores de 45 años (con significación estadística en 2014) y en los no oficiales (estadísticamente significativo en 2009 y 2011). **Conclusiones:** se observó una tendencia a la disminución del hábito tabáquico en los años estudiados, que fue superior a la de la población general española, tal vez por el efecto de las recomendaciones dadas durante los reconocimientos médicos laborales, por lo que

SMOKE HABIT IN SEAFARERS

Objective: The aim of this work was to determine the prevalence of smoke habit in a group of seafarers in the years 2009-2015. **Methods:** Data obtained of the pre-embarkation medical checkups files finished between January 1st and December 31st of each year were included. Smoke habit's prevalence was determined in the subjects studied, also by sex, age (< y ≥ 45 years) and job (officers and no officers). **Results:** Smoking was more prevalent among men, younger than 45 (statistically significant in 2014) and among no officers (significant in 2009 and 2011). **Conclusions:** We observed a trend to diminish smoke habit along the studied years, higher than in Spanish general population, perhaps due to the beneficial effects of the recommendations given during the medical pre-embarkation checkup to diminish smoking in the studied subjects, so we recommend giving medical advice during

recomendamos seguir dándolas durante los RMPE.

Palabras clave: hábito de fumar, Salud Laboral.

Fecha de recepción: 3 de junio de 2016

Fecha de aceptación: 5 de septiembre de 2016

Introducción

Existe abundante documentación que prueba los efectos adversos que el tabaco ejerce sobre la salud de las personas. La OMS afirma que el tabaco es la causa directa de 5 millones de muertes prematuras cada año en el mundo (equivalente a una cada seis segundos) y de otras 600.000 por la inhalación pasiva del humo del tabaco. El impacto negativo se intensifica a partir de los 30 años de edad, originando el 38% de las muertes por enfermedad cardiovascular, el 71% por cáncer de pulmón y el 42% por enfermedad pulmonar obstructiva crónica. También sostiene que el tabaco es causa del 7% de las muertes por tuberculosis y del 12% de las producidas por otras infecciones respiratorias. Y que la proporción de muertes ocasionadas por el tabaco es superior a las originadas por la hipertensión arterial (HTA) o la obesidad y el sobrepeso. Establece que la mitad de los fumadores habituales verán acortada su vida en unos 10 años de media, en comparación con las personas que nunca han fumado⁽¹⁾. Sin embargo, a menudo se presta menos atención al tabaquismo que a aquellos.

Diversos estudios han demostrado que el tabaco posee un efecto sinérgico con otros factores de riesgo cardiovascular, como la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus (DM), produciendo disfunción endotelial (por disminución de la biodisponibilidad del óxido nítrico), inflamación (con el consiguiente aumento de formación de placas de ateroma), resistencia a la insulina, dislipemia, alteraciones hemodinámicas e hipercoagulabilidad^(2,3,4).

Una investigación llevada a cabo en Holanda sobre una población de 24.389 hombres y 35.078 mujeres demostró que el hábito tabáquico se asocia a una mayor prevalencia de síndrome metabólico, independientemente

pre-embarkation medical examinations.

Key-words: smoking, Occupational Health.

te del sexo y del índice de masa corporal. Los individuos fumadores presentaron, además, otros factores de riesgo cardiovascular, como niveles más bajos de HDL-c, triglicéridos más elevados y mayor perímetro abdominal⁽⁵⁾.

El efecto nocivo del tabaco está en relación directa con la dosis y con la antigüedad del hábito, aunque ya está presente en sujetos que fuman solamente entre 1 y 5 cigarrillos al día. El consumo de cualquier tipo de tabaco y en cualquiera de sus formas (cigarrillo, cigarro puro, pipa...) tiene efectos dañinos para la salud.

En general, el consumo de tabaco y la mortalidad que ocasiona son mayores en los varones que en las mujeres⁽⁶⁾.

Por otra parte, se ha comprobado el efecto beneficioso para la salud del abandono del hábito^(7,8) que es mayor cuanto más precozmente se produzca (por ejemplo, dejar de fumar antes de los 40 años de edad reduce en un 90% el riesgo de muerte originada por el tabaco y un 97% si se deja antes de los 30)⁽⁹⁾. También se ha demostrado la influencia positiva de las campañas de salud pública en la disminución del tabaquismo^(10,11).

En la práctica clínica, el médico siempre debe recomendar al paciente el abandono del hábito tabáquico y proporcionarle apoyo durante el proceso, mediante consejo médico y farmacoterapia cuando sea preciso.

Siguiendo las directrices de la Unión Europea, en España se promulgó en el año 2005 la ley 28/2005, modificada en 2010 por la ley 42/2010, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Estas leyes establecieron la prohibición de fumar en todos los lugares de trabajo, tanto públicos como privados e incluían la promoción de actividades sanitarias por parte de las Administraciones públicas para la deshabituación tabáquica en la red asistencial sanitaria.

Según la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), entre 2009 y 2011, la exposición de la población al humo de tabaco ambiental se redujo en un 77% en los centros de trabajo, en un 57% en los lugares de ocio y en un 31% en los hogares españoles. Asimismo, la contaminación por partículas finas (PM 2,5) en los locales de hostelería descendió en más de un 90% tras la entrada en vigor la Ley. También ha disminuido el número de fumadores en nuestro país (entre 2009 y 2014) en 1,2 millones y los que continúan con el hábito consumen menos cigarrillos al día. Para el presidente de SEMFYC, el Doctor Josep Basora, “las ganancias en salud han sido extraordinarias, con un descenso de los ingresos hospitalarios (del 11% por infarto de miocardio y de al menos un 15% por asma infantil) y de una mejoría relevante de la salud respiratoria de los trabajadores de la hostelería, que han sido las verdaderas víctimas de la situación anterior”. Además, diversas encuestas demuestran un aumento de la satisfacción de los clientes después de la ley del tabaco. Por todo ello, “en términos de salud pública, factura sanitaria y clima social el balance de la legislación del tabaco es muy positivo”, concluye el doctor Basora⁽¹²⁾.

La OMS considera que el lugar de trabajo es un entorno ideal para la promoción de la salud y las actividades de salud preventivas, no solo con la finalidad de evitar los accidentes o enfermedades laborales, sino también para evaluar y mejorar la salud general de la población⁽¹³⁾. Se han comprobado los efectos beneficiosos de la implantación de las políticas antitabaco en los lugares de trabajo, tanto en la disminución del tabaquismo en los trabajadores que fuman, como en la protección de la salud de los que no lo hacen^(14,15).

Los servicios de Salud Laboral ejercen un papel muy importante en la detección de factores de riesgo en los trabajadores, así como en la implantación de medidas preventivas y en la prevención de enfermedades^(16,17,18). Varios estudios han demostrado los efectos beneficiosos de los exámenes médicos de salud laboral^(19,20,21) y de las recomendaciones dadas por los facultativos en este ámbito^(22,23).

Algunos sectores laborales, por sus especiales características, requieren de una regulación específica. Es el caso del trabajo a bordo de un buque cuyas condiciones pueden influir negativamente en la salud de los trabajadores. Entre estas condiciones podemos mencionar

los elementos físicos, como el movimiento continuo del barco; las condiciones meteorológicas, en ocasiones extremas; la obligatoriedad de residir en el mismo lugar en el que se trabaja, a menudo en espacios reducidos; el alejamiento prolongado del ambiente familiar y social; la importante carga física del trabajo a bordo y la dificultad o, en ocasiones la imposibilidad, de recibir atención médica adecuada en caso necesario.

Por todo ello, este sector cuenta con una regulación particular, el Régimen Especial de los Trabajadores del Mar de la Seguridad Social, que tiene actualmente un número aproximado de 70.000 afiliados y que está gestionado por el Instituto Social de la Marina, tanto en los aspectos administrativos como en el de la atención sanitaria, que se presta a través del Servicio de Sanidad Marítima.

Por otra parte, según recogen diversos estudios, el estrés se considera como un factor propiciador del inicio y mantenimiento del hábito tabáquico y que dificulta su abandono^(24,25). Y otras investigaciones han demostrado que el estrés es más prevalente entre los trabajadores del mar que en otros sectores laborales y, de entre ellos, en los que ocupan puestos de mayor responsabilidad a bordo^(26,27). Por estas razones, cada vez se recomienda más valorar también el perfil psicológico de estos trabajadores durante la realización del reconocimiento médico previo al embarque.

Dadas las especiales condiciones laborales de la gente del mar y la falta de estudios publicados en España sobre la salud laboral en este sector, se propuso como objetivo de este estudio el de investigar la prevalencia del hábito tabáquico, por sexo, edad y puesto de trabajo en un grupo de trabajadores del mar entre 2009 y 2015.

Material y Métodos

Datos

Se incluyeron las historias clínicas informatizadas de los reconocimientos médicos previos a embarque realizados en el Servicio de Sanidad Marítima de Madrid durante los años 2009 a 2015. Se contabilizaron las historias cerradas desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de cada año.

No hay constancia de datos informatizados sobre hábito tabáquico en los años anteriores en el programa Sa-

TABLA 1. FRECUENCIA DE FUMADORES POR SEXO

Año	Varones			Mujeres			p
	N	Fumadores		N	Fumadores		
		N	%		N	%	
2009	171	73	42,7	29	7	24,1	>0,05
2010	210	71	33,8	40	14	35	>0,05
2011	272	96	35,3	41	13	31,7	>0,05
2012	265	71	26,8	43	7	16,3	>0,05
2013	299	75	25,1	67	17	25,4	>0,05
2014	264	73	27,7	57	15	26,3	>0,05
2015	305	88	28,8	60	11	18,3	>0,05

nimar Pros@, que es el que se utiliza para la digitalización de los RMPE.

Se determinó la frecuencia del tabaquismo en la población total en cada uno de esos años, así como por sexos, edades y puesto de trabajo.

El tipo de tabaco consumido ha sido cigarrillos en todos los casos. Respecto a la cantidad, se tomó el dato que aparece en la historia clínica informatizada de número de unidades consumidas al día por cada individuo, asignando a los fumadores a una de las siguientes categorías: 1-10; 11-20; 21-30; 31-40 y 41 y más unidades al día.

Respecto a la edad, se ha tomado como valor límite 45 años, porque es a partir de esa edad cuando aumenta el riesgo de ciertas patologías, sobre todo de origen cardiovascular, según recogen diversos estudios sobre población general española⁽²⁸⁾.

Finalmente, en lo que se refiere a los puestos de trabajo, se clasificó a los trabajadores en tres categorías: oficial de puente, oficial de máquinas y resto de los puestos de trabajo a bordo.

Análisis estadístico

Hemos utilizado el programa Open Epi Versión 3.03a de acceso gratuito para analizar las variables dicotomizadas, estableciendo los valores de las p, las odds ratio (OR) y los intervalos de confianza (IC).

Resultados

En el año 2009, la población total estudiada fue de 200 individuos, con 80 fumadores (40%); en 2010, de 250 con

85 fumadores (34%); en 2011, 313 con 109 fumadores (34,8%); en 2012, 308 con 78 fumadores (25,3%); en 2013, 366 con 92 fumadores (25,1%); en 2014, 349 sujetos, con 88 fumadores (25,2%) y en 2015, 365 con 99 fumadores (27,1%).

Por sexos, se observó que el tabaquismo fue más prevalente en los varones en todos los años estudiados, excepto en 2010 (fue superior en las mujeres) y en 2013 (fue muy similar en ambos grupos), aunque no encontramos

significación estadística. Al comparar la evolución del hábito en hombres y en mujeres, se halló que en los varones disminuyó significativamente en el año 2010 y después aumentó ligeramente en 2011, volvió a disminuir en 2012 y 2013 para incrementarse nuevamente en 2014 y 2015. En cambio, en las mujeres, la frecuencia de fumadoras se incrementó en 2010 y posteriormente ha disminuido notablemente, con algún incremento, pero manteniendo la tendencia a disminuir durante el resto de los años estudiados (Tabla 1).

Por edades hallamos que, en 2009 y 2012 la prevalencia del hábito tabáquico fue mayor entre los sujetos de 45 años o más. En el resto de los años estudiados, resultó más elevada en el grupo de los menores de 45 años, aunque solo obtuvimos significación estadística en el año 2014 ($p=0,04$; $OR=0,59$ e $IC=0,36-0,98$). Respecto a la evolución del hábito en los dos grupos, observamos que en los menores de 45 años la prevalencia del hábito tabáquico aumentó durante los años 2010 y 2011, para disminuir significativamente en 2012, volviendo a crecer en 2013 y 2014 y manteniéndose en 2015, aunque sin alcanzar la de 2010-2011. En cambio, en los sujetos mayores de 45 años, la tasa de fumadores descendió significativamente en 2010 y continuó disminuyendo en los años posteriores (Tabla 2).

Al considerar los puestos de trabajo hallamos que hubo mayor frecuencia de fumadores en 2009, 2010, 2011 y 2015 entre la población con menor responsabilidad a bordo, resultando estadísticamente significativa en los años 2009 ($p=0,01$; $OR=0,49$ e $IC=0,27-0,88$) y 2011 ($p=0,008$; $OR=0,53$ e $IC=0,33-0,85$). En 2012 fue muy similar en ambos grupos y en 2013 y 2014 fue levemente

TABLA 2. FRECUENCIA DE FUMADORES POR EDADES

Año	≥ 45 años			< 45 años			p
	N	Fumador		N	Fumador		
		N	%		N	%	
2009	130	56	43,1	70	24	34,3	>0,05
2010	157	51	32,5	93	34	36,6	>0,05
2011	203	64	31,5	110	45	40,9	>0,05
2012	203	47	23,2	105	31	19,1	>0,05
2013	199	47	23,6	167	45	26,9	>0,05
2014	161	36	22,4	160	52	31,6	0,04
2015	178	40	22,5	187	59	31,6	>0,05

superior en el grupo de oficiales. En cuanto a la evolución, se observó un descenso del hábito tabáquico entre los oficiales desde el año 2011 que se mantuvo en los años siguientes. Este descenso fue más pronunciado entre los oficiales de máquinas, aunque en ellos se observó un incremento en 2014, para descender nuevamente de forma notable en 2015. Entre los no oficiales, hubo un descenso en el año 2010, con un posterior aumento en 2011 y nuevo descenso, más importante, en 2013. Se ha mantenido en cifras inferiores a las de los primeros años estudiados, aunque con incrementos en 2014 y 2015.

En general, hemos observado que el tabaquismo ha ido disminuyendo a lo largo de los últimos años en la población estudiada.

En cuanto a la cantidad de unidades consumidas al día, la mayor frecuencia se dio en el grupos de 1 a 10, seguido del de 11 a 20 unidades. Esto se observó en todas las categorías en las que agrupamos a los individuos estudiados: por sexos, por edades y por puesto de trabajo (Tablas 4, 5 y 6).

Discusión

Hemos hallado, en general, una elevada prevalencia del hábito tabáquico en nuestra población, con el riesgo importante para la salud que implica, aunque también hemos observado una tendencia general a la disminución del tabaquismo en los trabajadores incluidos en la investigación a lo largo los siete años estudiados.

Destaca la mayor prevalencia del hábito entre la población más joven en cinco de los siete años, habiendo

resultado estadísticamente significativa en 2014. La mayor frecuencia de fumadores entre los sujetos de menor edad también se recoge en la Encuesta Nacional de Salud Española de 2011-2012⁽²⁹⁾.

Al estudiar la frecuencia de fumadores por puesto de trabajo, hallamos que fue más elevada en los individuos pertenecientes al grupo de “no oficiales”, es decir, aquellos con menor responsabilidad a bordo. Esto quizá pueda deberse a un menor nivel so-

ciocultural en dichos trabajadores que, según diversas publicaciones, está relacionado con mayor prevalencia de hábito tabáquico⁽³⁰⁾.

Al establecer una comparación con la población general española, tomando los datos recogidos por la OMS, la prevalencia del hábito tabáquico en la población general española en el año 2010 fue inferior a la de nuestra población en el caso de los varones (28,6% frente a 33,8%) y muy similar en el de las mujeres (35,3% frente a 35%); en el 2012, el tabaquismo en la población general española fue superior al de la nuestra en los hombres (33,7% frente a 26,8%) y mucho más en las mujeres (28% frente a 16,3%); y en 2015, algo inferior en los varones (27,1% frente a 28,8%), pero notablemente superior en las mujeres (31,3% frente al 18,3%)⁽³¹⁾. Se puede decir que la frecuencia del hábito tabáquico en la población general española masculina ha disminuido entre 2010 y 2015 (con un aumento en 2012), como también se observa en nuestra población, que ha alcanzado cifras muy semejantes a aquélla en 2015. Por el contrario, en el caso de la población general femenina española, aunque también ha descendido discretamente la prevalencia del tabaquismo entre 2010 y 2015, no ha llegado al nivel de los varones, mientras que en nuestra población el descenso ha sido mucho más señalado, superando a los hombres en 2015.

El descenso del tabaquismo en la población general española ha tenido, indudablemente, una causa fundamental en la legislación antitabaco promulgada y en los programas de Salud Pública implantados en los últimos años; sin embargo, en el grupo de trabajadores del mar estudiado, en los que la disminución del hábito tabáquico ha sido superior, consideramos que además de estas cau-

TABLA 3. PREVALENCIA DEL HÁBITO TABÁQUICO POR PUESTO DE TRABAJO

Año	Oficial de puente			Oficial de máquinas			Total oficiales			No oficiales			p
	N	Fumador		N	Fumador		N	Fumador		N	Fumador		
		N	%		N	%		N	%		N	%	
2009	91	29	31,9	27	10	37,0	118	39	33,0	82	41	50,0	0,01
2010	99	32	32,3	29	11	37,9	128	43	33,6	122	42	34,4	>0,05
2011	127	39	30,7	37	7	18,9	164	46	28,0	149	63	42,3	0,008
2012	120	37	30,8	32	3	9,4	152	40	26,3	156	38	24,4	>0,05
2013	104	30	28,2	35	8	22,9	139	38	27,3	227	54	23,8	>0,05
2014	85	23	27,1	16	5	31,3	101	28	27,7	220	60	27,3	>0,05
2015	100	27	27,0	28	5	17,9	128	32	25,0	237	67	28,3	>0,05

sas, han tenido un efecto muy beneficioso las recomendaciones dadas durante la realización de los RMPE. Y pensamos que esto debe servir de estímulo, especialmente al personal sanitario del ISM, para continuar insistiendo en los beneficios del abandono del tabaquismo durante la realización de los RMPE y proporcionando las recomendaciones y el apoyo necesario a los trabajadores del mar.

Como fortalezas y debilidades de este estudio, destacamos que resulta novedoso, dado que existen muy pocos estudios sobre la salud de los trabajadores del mar en España.

Por otra parte, este estudio puede no resultar representativo de la población total de trabajadores del mar en España, debido a que todos los casos proceden de un único centro de Sanidad Marítima. Además, los datos han sido obtenidos de los archivos informatizados, contabilizando solamente el dato consignado en ellos respecto al tabaquismo, pero sin haber podido comprobar si son los mismos individuos los que ha disminuido o abandonado su hábito tabáquico o no.

Será necesario realizar nuevos estudios sobre tabaquismo en los trabajadores del mar en España, estudiando pacientes que procedan de otros centros de Sanidad Marítima y haciendo un seguimiento del descenso o abandono del hábito en cada individuo en particular, así como de los motivos que ha tenido para ello. De esta forma podremos valorar mejor las medidas más eficaces para lograr mayores éxitos en la erradicación de este hábito y de sus negativas consecuencias para la salud de los trabajadores del mar.

Concluimos que el hábito tabáquico en la población estudiada presentó una prevalencia elevada, superior en

los varones que en las mujeres, en los menores de 45 años que en los mayores de esa edad, y en los trabajadores que tienen menor responsabilidad a bordo de los buques. Se ha observado una tendencia general a disminuir el hábito tabáquico en el grupo estudiado durante los últimos años. Es importante seguir trabajando para lograr que el hábito tabáquico disminuya aún más o incluso desaparezca. Para ello, nos parece fundamental que los facultativos de Sanidad Marítima insistamos en esta recomendación durante los RMPE, ya que, además, a menudo es el único contacto de estos pacientes con el personal sanitario.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses, ni haber recibido financiación de ninguna organización para la elaboración del presente artículo.

Bibliografía

1. WHO. Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf (5 September 2013).
2. Salahuddin S, Prabhakaran D, Roy A. Pathophysiological Mechanisms of Tobacco-Related CVD. *Global Heart* 2012; 7: 113-120.
3. Csordas A, Bernhard D. The biology behind the atherothrombotic effects of cigarette smoke. *Nat Rev Cardiol* 2013; 10: 219-30.
4. Lanza GA, Spera FR, Villano A, Russo G, Di Franco A, Lamendo-

TABLA 4. UNIDADES DE TABACO CONSUMIDAS AL DÍA POR SEXOS

Año	Número de fumadores por sexo	Número de cigarrillos por día									
		1-10 c/d		11-20 c/d		21-30 c/d		31-40 c/d		≥ 41c/d	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2009 (n=200)	Hombres: 73	40	54,8	22	30,1	9	12,3	1	1,4	1	1,4
	Mujeres : 7	3	42,8	3	42,8	1	14,3	0	0,0	0	0,0
	Total fumadores	80	53,8	25	31,3	10	12,5	1	1,3	1	1,3
2010 (n=250)	Hombres: 71	33	46,5	29	40,8	6	8,4	2	2,8	1	1,4
	Mujeres: 14	11	78,6	3	21,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total fumadores	85	51,8	32	37,6	6	7,1	2	2,4	1	1,2
2011 (n=313)	Hombres: 96	51	53,1	33	34,4	7	7,3	4	4,2	1	1,0
	Mujeres: 13	11	84,6	1	7,7	1	7,7	0	0,0	0	0,0
	Total fumadores	109	56,9	34	31,2	8	7,3	4	3,7	1	0,9
2012 (n=308)	Hombres: 71	40	56,3	25	35,2	1	1,4	5	7,0	0	0,0
	Mujeres: 7	3	42,9	4	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total fumadores	78	55,1	29	37,2	1	1,3	5	6,4	0	0
2013 (n=366)	Hombres: 75	44	58,7	26	34,7	3	4,0	2	2,7	0	0,0
	Mujeres: 17	14	82,4	2	11,8	1	5,9	0	0,0	0	0,0
	Total fumadores	92	63	28	30,4	4	4,3	2	2,2	0	0
2014 (n=321)	Hombres: 73	48	65,8	22	30,1	2	2,7	1	1,4	0	0,0
	Mujeres: 15	12	80,0	3	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total fumadores	88	68,2	25	28,4	2	2,3	1	1,1	0	0
2015 (n=365)	Hombres: 88	57	64,8	24	27,3	5	5,7	2	2,3	0	0,0
	Mujeres: 11	10	90,9	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total fumadores	99	67,7	25	25,3	5	5	2	2	0	0

TABLA 5. UNIDADES CONSUMIDAS AL DÍA POR EDADES

Año	Número de fumadores por edad	Número de cigarrillos por día									
		1-10 c/d		11-20 c/d		21-30 c/d		31-40 c/d		≥ 41c/d	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2009 (n=200)	≥45 años: 56	28	50,0	18	31,1	8	14,3	1	1,8	1	1,8
	<45 años: 24	15	62,5	7	29,2	2	8,3	0	0,0	0	0,0
	Total fumadores 80	43	53,8	25	31,3	10	12,5	1	1,3	1	1,3
2010 (n=250)	≥45 años: 34	24	47,1	19	37,3	6	11,8	1	1,9	1	1,9
	<45 años: 51	20	58,8	13	38,2	0	0,0	1	2,9	0	0,0
	Total fumadores 85	44	51,8	32	37,6	6	7,1	2	2,4	1	1,2
2011 (n=313)	≥45 años: 45	34	53,1	21	32,8	5	7,8	3	4,7	1	1,6
	<45 años: 64	28	62,2	13	28,9	3	6,7	1	2,2	0	0,0
	Total fumadores 109	62	56,9	34	31,2	8	7,3	4	3,7	1	0,9
2012 (n=308)	≥45 años: 31	24	51,1	17	36,2	1	2,1	5	10,6	0	0,0
	<45 años: 47	19	61,3	12	38,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total fumadores 78	43	55,1	29	37,2	1	1,3	5	6,4	0	0,0
2013 (n=366)	≥45 años: 45	22	46,8	21	44,7	3	6,4	2	4,3	0	0,0
	<45 años: 47	36	80,0	7	15,5	1	2,2	0	0,0	0	0,0
	Total fumadores 92	58	63,0	28	30,4	4	4,3	2	2,2	0	0,0
2014 (n=321)	≥45 años: 52	20	55,6	13	36,1	2	5,6	1	2,8	0	0,0
	<45 años: 36	40	76,9	12	23,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total fumadores 88	60	68,2	25	28,4	2	2,3	1	1,1	0	0,0
2015 (n=365)	≥45 años: 59	25	62,5	10	25,0	3	7,5	2	5,0	0	0,0
	<45 años: 40	42	71,2	15	25,4	2	3,4	0	0,0	0	0,0
	Total fumadores 99	67	67,7	25	25,3	5	5,0	2	2,0	0	0,0

TABLA 6. UNIDADES DE TABACO CONSUMIDAS AL DÍA POR PUESTO DE TRABAJO

Año	Fumadores por puesto de trabajo	Número de cigarrillos por día									
		1-10 c/d		11-20 c/d		21-30 c/d		31-40 c/d		≥ 41c/d	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2009 (n=200)	Oficiales: 41	23	56,1	9	22,0	7	14,1	1	2,4	1	2,4
	No oficiales: 39	20	51,3	16	41,0	3	7,7	0	0,0	0	0,0
	80	43	53,8	25	31,3	10	12,5	1	1,3	1	1,3
2010 (n=250)	Oficiales: 43	19	44,2	17	39,5	5	11,6	1	2,3	1	2,3
	No oficiales: 42	25	59,5	15	35,7	1	2,4	1	2,4	0	0,0
	85	44	51,8	32	37,6	6	7,1	2	2,4	1	1,2
2011 (n=313)	Oficiales: 46	25	54,3	13	28,3	5	10,9	2	4,3	1	2,2
	No oficiales: 63	37	58,7	21	33,3	3	4,8	2	3,2	0	0,0
	109	62	56,9	34	31,2	8	7,3	4	3,7	1	0,9
2012 (n=308)	Oficiales: 40	21	52,5	15	37,5	1	2,5	3	7,5	0	0,0
	No oficiales: 38	22	57,9	14	36,8	0	0,0	2	5,3	0	0,0
	78	43	55,1	29	37,2	1	1,3	5	6,4	0	0,0
2013 (n=366)	Oficiales: 38	22	57,9	13	34,2	2	5,3	1	2,6	0	0,0
	No oficiales: 54	36	66,7	15	27,8	2	3,7	1	1,9	0	0,0
	92	58	63,0	28	30,4	4	4,3	2	2,2	0	0,0
2014 (n=321)	Oficiales: 28	18	64,3	8	28,6	1	3,6	1	3,6	0	0,0
	No oficiales: 60	42	70	17	28,3	1	1,7	0	0,0	0	0,0
	88	60	68,2	25	28,4	2	2,3	1	1,1	0	0,0
2015 (n=365)	Oficiales: 32	20	62,5	8	25,0	2	6,3	2	6,3	0	0,0
	No oficiales: 67	47	70,1	17	25,4	3	4,5	0	0,0	0	0,0
	99	67	67,7	25	25,3	5	5,0	2	2,0	0	0,0

- la P, et al. Effect of smoking on endothelium-independent vasodilation. *Atherosclerosis* 2015; 240: 330-332.
5. Slagter S, van Vliet-Ostaptchouk JV, Vonk JM, Boezen HM, Dullaart RPF, Muller Kobold AC, et al. Associations between smoking, components of metabolic syndrome and lipoprotein particle size. *BMC Medicine* 2013; 11: 195.
6. WHO Global Report. Mortality Attributable to tobacco. World Health Organization, 2012.
7. Pirie K, Peto R, Reeves GK, Green J, Beral V, for the Million Women Study Collaborators. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. *Lancet* 2013; 12: 381: 133-41.
8. Thun MJ, et al. 50-year trends in smoking-related mortality in the United States. *N Engl J Med* 2013; 368: 647-658.
9. Jha P, et al. 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *N Engl J Med* 2013; 368: 341-350.
10. Meyers DG, Neuberger Js, He J. Cardiovascular effect of bans on smoking in public places: a systematic review and meta-analysis. *J Am Coll Cardio*. 2009; 54: 1249-55.
11. Callinan JE, Clarke A, Doherty K, Kelleher C. Legislative smoking bans for reducing seconhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 4: CD005922.
12. Noticias semFYC. 2016. Disponible en: <http://www.semfy.com/es/noticias/destacadas/listado/Tabaco+Acceptaci%F3n/>
13. Cinco claves para lugares de trabajo saludables. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/healthy_workplaces/en/
14. Vicente-Herrero MT, López González AA, Pont Martínez P, Santamaría Navarro C, De Paz Merchán S, Rodríguez Fernández R. Situación actual del tabaquismo entre los trabajadores de Correos-España tras la Ley 28/2015. *Med Segur Trab* 2008; 54: 87-95.
15. Carrión-Valero, F. Tabaquismo pasivo en el lugar de trabajo. *Med Clin (Barc.)* 2006; 126: 17-8.
16. Gray BJ, Bracken RM, Turner D, Morgan K, Mellalieu SD, Thomas M, et al. Prevalence of undiagnosed cardiovascular risk factors and 10-year CVD risk in male steel industry workers. *J Occup Environ Med* 2014; 56: 535-9.
17. Guazzi M, Faggiano P, Mureddu GF, Faden G, Niebauer J, Temporelli PL. Worksite health and wellness in the European Union. *Prog Cardiovasc Dis* 2014; 56: 508-14.
18. Kwak L, Hagströmer M, Jensen I, Karlsson ML, Alipour A, Elinder LS. Promoting physical activity and healthy dietary behavior: the role of the occupational health services: a scoping review. *J Occup Environ Med* 2014; 56: 35-46.
19. Fernández-Montero A, Olmo-Jimenez JM, Olmo N, Bes-Rastrollo M, Moreno-Galarraga L, Moreno-Montañés J, et al. The impact of computer use in myopia progression: A cohort study in Spain. *Prev Med* 2015; 71: 67-71.
20. Abellán Torró R, Merelles Tormo A. Use of data display screens and ocular hypertension in local public sector workers. *Arch Prev Riesgos Labor* 2014; 17: 196-203.
21. Rodríguez-Jareño MC, et al. How much do workers' health examinations add to health and safety at the workplace? Occupational preventive usefulness of routine health examinations. *Gac Sanit.* 2014.
22. Donoso LM, Demerouti E, Garrosa Hernández E, Moreno-Jiménez B, Carmona Cobo I. Positive benefits of caring on nurses' motivation and well-being: A diary study about the role of emotional regulation abilities at work. *Int J Nurs Stud* 2015; 12: pii: S0020-7489(15)00003-6.
23. Reinoso-Barbero L, Díaz-Garrido R, Reyes-García R, Fernández-Fernández M, Garrido-Astray MC, Muñoz-Ruipérez C. Anorexia nervosa in a worker: a case report. *Arch Prev Riesgos Labor* 2015; 18: 17-8.
24. Del Hoyo Delgado, MA. Estrés laboral. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2004. Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/>
25. Mae Wood C, Iruarrizaga I, Cano-Vindel A, Dongil E. Ansiedad y Tabaco. *Interv Psicosocial* 2009; 18: 213-231.
26. Carotenuto A, Molino I, Fasanaro AM, Amenta F. Psychological stress in seafarers: a review. *Int Marit Health.* 2012; 63: 188-94.
27. Oldenburg M, Hogan B, Jensen HJ. Systematic review of maritime field studies about stress and strain in seafaring. *Int Arch Occup Environ Health* 2013; 86: 1-15.
28. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *European Heart Journal* 2012; 33: 1635-1701.
29. Encuesta Nacional de Salud española 2011-12. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>
30. Informe a las Cortes Generales de evaluación del impacto sobre la salud pública de la Ley 42/2010. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Informe_Impacto_Salud_Ley_Tabaco.pdf
31. <http://apps.who.int/gho/data/view.main.1805?lang=en>. Página visitada por última vez el 31 de julio de 2015.