

Evaluar la implantación de campañas y consultas antitabaco en un hospital de tercer nivel

Asmat Inostrosa, Marita del Pilar⁽¹⁾; Gutiérrez Antezana, Angélica Faviola⁽²⁾; Lizárraga Hurtado, Tito Leoncio⁽³⁾; Muñoz Ruipérez, Carmen⁽³⁾

¹Médico Interno Residente de Medicina del Trabajo. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Complejo Asistencial Universitario de León, León. España.

²Médico Interno Residente de Medicina del Trabajo. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Hospital 12 de Octubre, Madrid. España.

³Especialista en Medicina del Trabajo. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Hospital 12 de Octubre, Madrid. España.

Actividad de investigación del programa MIR de Medicina del Trabajo de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo del Instituto de Salud Carlos III.

Correspondencia:

Marita del Pilar Asmat Inostrosa

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales
Complejo Asistencial Universitario de León
C/ Altos de Nava s/n
24071- León, Castilla y León. España
Tfno. +34 987 23 74 00
Email: pilarmarita1311@gmail.com

La cita de este artículo es: M P Asmat et al. Evaluar la implantación de campañas y consultas antitabaco en un hospital de tercer nivel. Rev Asoc Esp Espec Med Trab 2018; 27: 70-80

RESUMEN.

Programas de deshabituación tabáquica en el lugar del trabajo son una herramienta útil en la lucha contra el tabaquismo. **Objetivo:** evaluar la implantación de campañas y consultas antitabaco en trabajadores de un hospital de III nivel. **Metodología:** se diseñó un programa con dos fases. La primera consistió en la realización de campañas informativas. La segunda en un programa de tratamiento especializado, durante 1 año, según los perfiles y necesidades de cada trabajador. El análisis se realizó mediante porcentajes, frecuencias y prueba 2. **Resultados:** asistieron 66 trabajadores, 33 participaron en las consultas. La edad media fue

EVALUATE THE IMPLANTATION OF CAMPAIGNS AND ANTI-SMOKING CONSULTATIONS IN A HOSPITAL OF THE THIRD LEVEL

ABSTRACT

Programs of smoking cessation in the workplace are a useful tool in the fight against smoking. **Objective:** to evaluate the implementation of campaigns and anti-smoking consultations in workers of a hospital of III level. **Methodology:** a program with two phases was designed. The first consisted of conducting information campaigns. The second in a specialized treatment program, for 1 year, according to the profiles and needs of each worker. The analysis was performed using percentages,

de $49,75 \pm 8,5$ años, 47 (71.2%) mujeres y 19 (28,8%) hombres. El grado de dependencia fue moderado-alto, con una media de $5,24 \pm 1,85$ puntos y una motivación alta del 54%, con una media de $6,7 \pm 1,64$. El cumplimiento del tratamiento fue del 87.8%, con un índice de abstinencia del 48,48% al año. **Conclusiones:** los resultados indican que este tipo de programa en el entorno laboral puede contribuir a reducir el tabaquismo.

Palabras clave: tabaco; entorno laboral; deshabituación; trabajadores.

Fecha de recepción: 10 de enero de 2018

Fecha de aceptación: 5 de junio de 2018

frequencies and 2 test. Results: 66 workers attended, 33 participated in the consultations. The mean age was 49.75 ± 8.5 years, 47 (71.2%) women and 19 (28.8%) men. The degree of dependence was moderate-high, with an average of 5.24 ± 1.85 points and a high motivation of 54%, with a mean of 6.7 ± 1.64 . Compliance with treatment was 87.8%, with an abstinence rate of 48.48% per year. **Conclusions:** the results indicate that this type of program in the workplace can contribute to reducing smoking.

Key Words: tobacco; work environment; smoking cessation; workers.

Introducción

El tabaquismo es el principal factor de riesgo en salud pública y una de las causas que ocasionan una mayor carga económica para la sociedad, por la pérdida de días laborables por incapacidad laboral temporal (I.L.T) por las enfermedades derivadas del consumo de tabaco^(1,2,3).

Estudios sugieren que programas de promoción de la salud obtienen mejores resultados que los programas individuales⁽⁴⁾. Las revisiones de trabajos que evalúan el consejo médico en la deshabituación tabáquica presentan una proporción de abandono del 2% al 5% en el primer año, las revisiones de programas en el medio laboral hallan tasas de abstinencia del 10 al 15%⁽⁵⁻⁸⁾. Uno de los problemas principales de estos programas es la baja participación de los trabajadores, debido probablemente a la falta de adecuación entre las características de la intervención y las necesidades percibidas por la población diana^(9,10). En la actualidad, la mayoría de las empresas han instituido políticas que restringen o prohíben fumar en sus instalaciones. Es así como el lugar de trabajo es apropiado para ayudar en la deshabituación tabáquica, ya que permite el acceso a una población, específica y estable, facilitando mayores tasas de participación^(9,11-13).

Los estudios realizados en nuestro país sobre la prevalencia del hábito tabáquico en los profesionales sanitarios ponen en evidencia, que, aunque ha habido

cambios positivos en los últimos años, el número de fumadores en el colectivo sanitario sigue siendo elevado⁽¹⁴⁻¹⁸⁾. Dependiendo de los estudios, los porcentajes de fumadores en el personal sanitario se sitúan entre el 31 y el 46%⁽¹⁶⁻²⁰⁾, el de exfumadores ha crecido con respecto a estudios realizados previamente⁽¹⁶⁾. Existen diversas intervenciones para dejar de fumar: conductual, farmacológica y basados en programas informativos. A pesar de la disponibilidad de tratamiento, muchos fumadores intentan dejar de fumar sin el uso de la asistencia médica, por lo que consideramos importante el abordaje práctico de este problema, ya que dejar de fumar es posible⁽¹⁴⁾. Los programas y campañas de tratamiento del tabaquismo en el medio laboral (empresas o instituciones públicas) parecen ser eficaces y beneficiosos tanto para la propia empresa o institución como para el trabajador^(3,21,22). En una revisión Cochrane que incluyó 31 estudios sobre intervenciones en la deshabituación tabáquica en el medio laboral, se encontró una fuerte evidencia de que algunas intervenciones dirigidas a fumadores en forma individual en el medio laboral aumentan la probabilidad de dejar de fumar. Los programas de terapia grupal, la orientación individual, la farmacoterapia y múltiples programas de intervención dirigidos principal o exclusivamente a dejar de fumar todos aumentaron las tasas de abandono en comparación con ningún tratamiento o controles de intervención mínima. Los materiales de autoayuda fueron menos efectivos y los

programas de prevención de recaídas no ayudaron a mantener la abstinencia a largo plazo⁽²²⁾.

Sin embargo, pocos estudios informan estrategias integrales para ayudar a los trabajadores de hospitales a dejar de fumar. Además, a nuestro conocimiento, solo existe un estudio en Cataluña previo sobre programas para dejar de fumar en el lugar de trabajo a nivel hospitalario coordinado a nivel regional. En este estudio se encontró que de los 1087 trabajadores fumadores participantes del programa de los 33 diferentes hospitales de Cataluña presentaron una alta probabilidad de permanecer abstinentes después de 6 meses de seguimiento. Al final del seguimiento, 62 hombres (de 267) y 138 mujeres (de 663) fueron abstinentes. La probabilidad general de abstinencia fue de 0,504 a los 6 meses. La tasa de abstinencia fue levemente más alta en hombres que en mujeres, aunque no fue estadísticamente significativa ($p = 0.198$)⁽²³⁾. Por lo que consideramos que la implantación de campañas y consultas en un hospital de tercer nivel ayudaría a sensibilizar aún más sobre los riesgos perjudiciales, promover la deshabitación y prevenir el consumo de tabaco en los trabajadores sanitarios. Se presenta en este trabajo la evaluación de la implantación de campañas y consultas antitabaco entre los trabajadores de un hospital de III nivel.

Poblacion y Métodos

Se realizó un estudio epidemiológico transversal, en el que se evaluó la implantación de campañas y consultas antitabaco en un hospital de III nivel. La población de estudio fueron todos los trabajadores fumadores que asistieron a las campañas ($n = 66$, entre funcionarios, personal laboral fijo e interinos).

Diseño e implantación de las campañas y consultas de deshabitación tabáquica:

- Se procedió al diseño, elaboración, impresión de los carteles informativos, dípticos, guías, folletos, cuestionarios y páginas web. Así también, se utilizó recursos web como: intranet del hospital, correos electrónicos, facebook, donde a través de estos medios se difundió documentación de interés relacionados con la deshabitación tabáquica: Guía práctica para dejar

de fumar, Plan Nacional de Prevención del tabaquismo y legislación antitabaco, así también información de la campaña, recomendaciones para abordar el síndrome de abstinencia y niveles de dependencia. A la vez también se hizo uso de línea telefónica, para resolver cualquier inquietud que tuvieran los trabajadores con respecto a las campañas informativas.

- Se realizó publicidad, 2 semanas previas al inicio de cada campaña, a través de la intranet del hospital, así también se repartieron dípticos, folletos informativos, se enviaron también estos vía correo electrónico a todo el personal del hospital. Se colocaron carteles informativos (con la imagen de la campaña: gana vida sin tabaco) en puntos estratégicos del hospital (cafeterías, ascensores, escaleras, puertas principales, urgencias), para poder reclutar la mayor cantidad de trabajadores posibles.

- El periodo de reclutamiento estuvo comprendido durante los días que se impartieron las charlas informativas, que comprendieron los días 31/05/16, 22/09/16 y 25/01/17 en horario de: 09:00am, 11:30am y 16:30pm (duración 60 minutos) y para todos los trabajadores del hospital que asistieron por ocasión de las campañas. En las charlas informativas se les entregó una carpeta con cuestionarios, dípticos, CD informativos, folletos. Los cuestionarios contenían preguntas personales entre ellos la edad, sexo, puesto y departamento de trabajo, la historia de consumo de tabaco, el test de Fagerström para evaluar el grado de dependencia a la nicotina, el test de Richmond y la escala visual motivacional, el test de U.I.P.M para ver el tipo de dependencia y el test de Michael Di-Fiore para valorar el éxito. También se les solicitó un teléfono de contacto. El cuestionario debía ser cumplimentado y entregado el mismo día de las charlas informativas. Para ser incluidos en el estudio los trabajadores fueron informados de todo el proceso, firmando un consentimiento informado (aprobado por el Comité de Ética del Hospital).

- Se organizó consultas antitabaco, utilizando para ello las instalaciones sanitarias del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del hospital de III nivel donde se desarrolló el estudio, en estas consultas se dio apoyo, tratamiento y seguimiento para aquellos trabajadores que aceptaran entrar en el estudio, las cuales se

iniciaron el día 26/09/16. La intervención de la consulta consistió en citas programadas. Programando la primera cita el día de las charlas informativas y dejando libertad de llamar vía telefónica o acudir con posterioridad a los trabajadores que tenían deseo de dejar de fumar meses después .

- En la primera consulta se explicó el funcionamiento del programa y la necesidad de compromiso de adhesión. Se realizó concienciación, se explicó fases de la deshabituación, riesgo de recaídas, motivos para dejar de fumar e intentarlo nuevamente si había recaídas, así como los efectos negativos del tabaco, consejos y pautas para enfrentar el síndrome de abstinencia, y consejos para la posible ganancia de peso.

- La prescripción del tratamiento farmacológico se realizó en función del perfil y los antecedentes de intentos previos, se utilizó Vareniclina (Champix) en dosis de 0,5 mg cada 24 horas durante los 3 primeros días, luego 0,5mg cada 12 horas durante los 4 días siguientes previos al día D, el post día D 1 mg cada 12 horas por 8 a 12 semanas, Bupropion (Zyntabac) 150mg cada 24 horas por 6 días previos del día D y el post día D 300 mg cada 24 horas por 7 a 9 semanas, acompañado de sustitutivos de nicotina (chicles, parches de nicotina, pastillas de nicotina (Nicotinell, Nicotinín, Bucomist)).

- La segunda consulta fue a la semana del día D (día que se decide dejar de fumar), muy importante para reforzar concienciación positiva, dar ánimos, preguntar sobre su estado y síndrome de abstinencia. Realizando las mismas actuaciones en el resto de las consultas, al mes, a los 3 meses, 6 meses y al año respectivamente. Se dieron más citas en función de las necesidades de los trabajadores según cada perfil. En estas consultas siempre se repasó las estrategias del proceso de deshabituación, realizando refuerzo positivo y autoafirmación. Todo el programa se realizó en horario laboral y sin coste alguno para los trabajadores, a excepción del tratamiento farmacológico. La abstinencia en el consumo de tabaco se controló en todas las consultas de tratamiento y se calificó de éxito la auto declaración verbal de abstinencia completa.

- La abstinencia en el consumo de tabaco se controló en todas las consultas de tratamiento y se calificó de éxito la auto declaración verbal de abstinencia completa.

Resultados

Se evaluó un total de 66 trabajadores (71,2% mujeres; 28,8% varones) en su condición de fumadores que acudieron a las campañas informativas para la deshabituación tabáquica, con una edad media de 49,75. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la edad de nuestros trabajadores en función de su sexo (hombres: 43.37 ± 9.9 años; mujeres: 52.39 ± 6.3 años) ($p=0,001$).

El colectivo que asistió en mayor frecuencia fue el de administrativos (31,8%) y enfermería (31,8%), seguido de TCAE (7,6%) y médicos (7,6%). El 65% de los asistentes tenía un turno fijo de mañana y el 2.04% un turno rotativo, realizando guardias solo el 24% de los participantes con una media de 4.5 de guardias al mes. Teniendo como media de edad de inicio del consumo tabáquico de 18.87 años, así como un consumo medio de cigarrillos día de 15.7 y un índice de paquete/año de 28.3. Los trabajadores que consumían diariamente 20 cigarrillos o menos eran 27 (40.9%) y aquellos que consumían más de 20 cigarrillos al día eran 39 (59.0%). No se encontró diferencias estadísticamente significativas, en función del número de cigarrillos fumados al día, con el resto de las variables (edad que inicio a fumar ($p=0,358$), número de intentos para dejar de fumar ($p=0,560$), test de Richmond ($p=0,523$), test de escala visual ($p=0,776$)). A los participantes se les pregunto sobre su posición en relación al abandono del tabaco, cincuenta de los trabajadores (75.8%) había intentado alguna vez en su vida dejar de fumar, teniendo una media de 2.52 intentos para dejar de fumar con una desviación típica de 1,502.

La dependencia física de la nicotina de los fumadores fue analizada por medio de la escala de Fagerström, en escala de 0-10, tuvo una media entre los participantes de 5.24 puntos. Se destaca que 1 trabajador (1.63%) presenta una dependencia muy baja (0-2 puntos), 10 (16,39%) un dependencia baja (3-4 puntos), 25 (40,98%) una dependencia moderada (5 puntos), 20 (32.7%) una dependencia alta (6-7 puntos) y 5 (8,1%) una dependencia extrema (8-10 puntos). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los sexos ($p= 0,024$).

La motivación para dejar de fumar tuvo una media por

TABLA 1. DESCRIPCIÓN DEL TEST DE ANÁLISIS DE LA DEPENDENCIA PSICOSOCIAL Y CONDUCTUAL (TEST DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA DE TABAQUISMO DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD DE MADRID) DE LA MUESTRA DE TRABAJADORES QUE ASISTIERON A LAS CONSULTAS DE APOYO Y SEGUIMIENTO DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN UN HOSPITAL DE III NIVEL

Test de la UETCSN					
	Nula	Baja	Media	Alta	Máxima
Estimulación-dependencia psíquica	6 25%	9 37.5%	7 29.2%	1 4.2%	1 4.2%
Sedación	0	1 4.2%	8 33.3%	11 45.8%	4 16.7%
Automatismo	7 29.2%	10 41.7%	6 25%	1 4.25	0
Dependencia social	2 8.3%	10 41.7%	7 29.2%	3 12.5%	2 8.3%
Dependencia psicológica	1 4.2%	2 8.3%	8 33.3%	13 54.2%	0
Dependencia gestual	6 25%	16 66.7%	1 4.2%	1 4.2%	0

el Test de Richmond de 6,7 puntos y en el Test de Escala Visual de 7,3 puntos. Sumando la puntuación de cada una de las preguntas del Test de Richmond, en 5 participantes (8.3%) la motivación era baja para el abandono del hábito tabáquico, en 22 (36.67%) la motivación fue media y en 33 (55%) la motivación fue alta.

Si clasificamos el grado de motivación según la escala visual 28 (42.4%) presentaron una motivación moderada y 31 (52,54%) una motivación intensa para el abandono del hábito tabáquico, encontrando una diferencia estadísticamente significativa, en función de la edad, en la puntuación total de la escala visual, en menores de 50; la media fue 7.9 ± 1.32 puntos ($p = 0.017$), en comparación con los mayores de 50; la media fue 6.9 ± 1.86 puntos ($p = 0,085$).

Consultas de deshabituación tabaquica

De los participantes a las charlas de deshabituación tabáquica solicitaron tratamiento 38 fumadores, pero solo asistieron a las consultas 33, que representan el 50 % del total. Realizamos seguimiento de 27 mujeres (81,8%) y 6 varones (18,2%) con una edad media de 50,27. La etapa en la que se encontraban al iniciar el tratamiento (Fase de Pro Chaska y Di Clemente), 26 trabajadores (78.8%) estaban en fase contemplativa de cara al abandono de su dependencia al tabaco; mientras

que 2 (6.1%) se encontraba en fase de preparación y 5 (15.2%) en fase de acción.

En este grupo la dependencia física de la nicotina medida por escala de Fagerström, tuvo una media entre los participantes de esta consulta de 5.23 puntos. Se destaca que 1 trabajador (3%) presenta una dependencia muy baja (0-2 puntos), 6 (18,2%) un dependencia baja (3-4 puntos), 9 (27,3%) una dependencia moderada (5 puntos), 11 (33,3%) una dependencia alta (6-7 puntos) y 3 (9,1%) una dependencia extrema (8-10 puntos).

La motivación para dejar de fumar tuvo una media por el Test de Richmond de 6,96 puntos y en el Test de Escala Visual de 7,85 puntos. Sumando la puntuación de cada una de las preguntas del Test de Richmond, en 2 participantes (6,1%) la motivación era baja para el abandono del hábito tabáquico, en 8 (24,2%) la motivación fue media y en 19 (57,6%) la motivación fue alta. Si clasificamos el grado de motivación según la escala visual 9 (27,3%) presentaron una motivación moderada y 20 (60,6%) una motivación intensa para el abandono del hábito tabáquico.

Analizando el Test de análisis de la dependencia psicosocial y conductual (Test de la Unidad Especializada de Tabaquismo de la Consejería de Sanidad de Madrid) se observó que el 38% de nuestros trabajadores presentan una dependencia psíquica baja hacia el tabaco, así también el 46% tiene un grado de

TABLA 2. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES CLÍNICAS DE LA MUESTRA DE TRABAJADORES QUE ASISTIERON A LAS CONSULTAS DE APOYO Y SEGUIMIENTO DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN UN HOSPITAL DE III NIVEL

	Frecuencia	Porcentaje
Media de peso	70.4	Desviación típica 16,68 Rango 66 (45-111)
Media de talla	1.64	Desviación típica 8,31 Rango 35 (151-186)
IMC		
Normal	18	54.5%
Sobrepeso	9	27.3%
Obesidad	6	18.2%
Espirometria		
Patrón normal	29	87.9%
Patrón obstructivo leve	4	12.1%

sedación media, el 42% un grado de automatismo bajo, un 54% un grado alto de dependencia psicológica con el tabaco, el 42% un grado bajo de dependencia social con el tabaco y un 67% de la muestra tiene un grado bajo de dependencia gestual con el tabaco. Tabla 1.

Se observó que el grupo de fumadores leves-moderados (< 20 cigarros/ día) se consiguió reducir su consumo gracias al programa en mayor proporción que el de los grandes fumadores (> 20 cigarros/día) (87.5% (14/16) frente a 12.5,0% (2/16); NS p = 0,086). Así también hubo una diferencia significativa en función del consumo de tabaco, en los fumadores > 20 cig tenían mayor peso con respecto a los fumadores < de 20 cig/día (<20 cig.: 64.7 ± 11.5 kg; >20 cig.: 81.9 ± 18.8 kg;p= 0.010); con respecto a la talla fue algo similar (≤20 cig.1.61± 6.9 y >20 cig.: 1,69 ± 0,9 m; p=0.026), sin embargo, en IMC no hubo diferencias significativas. Tabla 2.

En el 36.36% de nuestros trabajadores presentaron un Test de Di Fiore > 1 y un 12.12% un Di Fiore < 1, este test se encuentra relacionado con la tasa de éxito del tratamiento. De los trabajadores con un Di Fiore >1 el 66.6% (8 pacientes) tuvo una abstinencia al tabaco mantenida > 12 meses, teniendo una diferencia significativa en el Di Fiore (tasa de éxito en el tratamiento) (p =0,038) relacionado en este caso con respecto al sexo.

Del conjunto de la muestra, el tipo de tratamiento se estableció según el grado de dependencia, es

así como, 15 trabajadores (45,46%) recibieron tratamiento conductual y 18 trabajadores (54.54%) recibieron tratamiento farmacológico. De este último grupo el 55.6% (10 trabajadores) recibió tratamiento con Vareniclina, 38.6% (7 trabajadores) con Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN) y el 5.6% (1 trabajador) fue tratado con Bupropión .

Analizamos los resultados de abstinencia tabáquica a los 12 meses en los trabajadores asistentes a la consulta, en la que se logró una deshabituación de 16 trabajadores (48.48%). En un 75% (12 pacientes) respondieron al tratamiento farmacológico, un 58.3 % con vareniclina (chamfix), 41.7% con Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN) y un 25% (4 pacientes) con terapia conductual. Tabla 3.

Discusión

Favorecer la cesación tabáquica de los fumadores y proporcionarles la ayuda necesaria es una asignatura pendiente en la lucha contra el tabaco y contra el cáncer. Ofrecerlo en el ámbito laboral tiene buenas perspectivas porque permite llegar a un mayor número de fumadores, al no dirigirse estos únicamente a los que acuden a un centro sanitario, y contribuye a crear un clima favorable para lograr espacios libres de humo⁽¹⁹⁾. Estudios han demostrado que el entorno laboral ofrece un espacio privilegiado para desarrollar

TABLA 3. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS TRAS EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y/O CONDUCTUAL DE LA MUESTRA DE TRABAJADORES QUE ASISTIERON A LAS CONSULTAS DE APOYO Y SEGUIMIENTO DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN UN HOSPITAL DE III NIVEL

	Frecuencia	Porcentaje
Tratamiento farmacológico	18	54.54%
Terapia conductual	15	45.46%
Tipo de tratamiento farmacológico		
Vareniclina (Champix)	10	55.6%
Nicotina (Bucomist)	6	33.3%
Bupropion (Zyntabac)	1	5.6%
Parches de nicotina	1	5.6%
Abstinencia al tabaquismo en 12 meses	16	48.48%
Recaída del tabaquismo	17	51.51%
Síndrome de abstinencia	16	48.48%
Media de tiempo de síndrome de abstinencia	17,23 días	Rango 7-28 días

actividades de promoción de la salud, dentro de las que se enmarcan los programas de deshabituación tabáquica, que por otra parte están ampliamente justificadas y reportan beneficios tanto para la salud de los trabajadores como para la seguridad y beneficio de la propia empresa (menor pérdida de días trabajados, mayor productividad y reducción de accidentes laborales y posibles siniestros), aspectos de mucho interés en este entorno⁽²⁴⁾.

Los trabajadores fumadores asistentes a las campañas de deshabituación tabáquica y a las consultas de deshabituación fue de predominio femenino con un porcentaje de 71,2% y 81,8% respectivamente. Siendo la categoría profesional de enfermería y el personal administrativo de mayor representación tanto en las campañas como en las consultas, con una edad media de 49,75 años en las campañas y 50,27 años en las consultas. Observamos que estos resultados son semejantes con la literatura existente. Es así como Martínez et al, en los programa deshabituación tabáquica en trabajadores sanitarios de la comunidad de Cataluña describen un 71,3% en mujeres, con categoría profesional de enfermería en el 28,1% y administrativos 15.4%⁽²³⁾.

Los medios de publicidad que tuvieron mayor difusión en nuestra campaña fueron los carteles diseñados y colocados en lugares estratégicos en todo el hospital. Estos resultados nos hacen dar cuenta que

los trabajadores están conscientes del daño que les produce el hábito tabáquico, que, aunque han intentado su abandono no han sido suficientes para conseguirlo. Es así como proponemos que realizar campañas de deshabituación en el medio laboral ayudan y motivan aún más en el abandono de tabaco, con la consiguiente mejora de la salud tanto del trabajador que ha dejado de fumar, como del compañero no fumador.

Respecto a las fases de deshabituación tabáquica, la fase en la que se encontraban los asistentes al iniciar la consulta (fase de Prochaska y Di Clemente), el 78,8% se encontraban en fase de contemplación; el 6,1% se encontraba en fase de preparación y el 15,2% en fase de acción. De esta muestra observamos que el Test de Di Fiore (probabilidad de éxito del tratamiento) se correlaciona con la puntuación obtenida, es así como el 36,36% presentan un Test de Di Fiore > 1 y un 12,12% un Di Fiore < 1.

El grado dependencia física en su gran mayoría fue alto (medida a través del Test del Fagerström), similar a la que se observó en otros estudios^(2,25-27). Dentro de los trabajadores fumadores que participaron en el estudio obtuvimos que en un 32,7% presentaban una dependencia alta a la nicotina, así también que habían realizado intentos previos para dejar de fumar en una mayor proporción. Esta información puede ser útil para diseñar nuevas estrategias para los fumadores con alta, moderada y baja dependencia que no ven necesario

dejar de fumar. Estudios sugieren que trabajadores con dependencia alta necesitan otro tipo de tratamiento o refuerzo para mantener la abstinencia⁽²⁸⁾. Los trabajadores con menor dependencia física tenían más probabilidades de permanecer abstinentes, así también como los tratados con vareniciclina. Por otro lado, la utilidad del Test de Richmond y el Test visual que se utilizaron para medir la motivación ante el abandono del tabaco, aplicado a los trabajadores, aumenta ligeramente en los trabajadores que aceptaron entrar en las consultas de deshabituación tabáquica. Habría que ser cautelosos a la hora de interpretar su resultado, confirmando que la motivación es difícil de objetivar, dado que es variable en el tiempo y modificable.

La dependencia psicosocial y conductual (medida a través del Test de la Unidad Especializada de Tabaquismo de la Consejería de Sanidad de Madrid) hemos podido observar que en un 54% los trabajadores presentan un grado alto de dependencia psicológica al tabaco, lo cual nos revela el grado alto de adicción del fumador al tabaco, así también el 46% presenta un grado medio de sedación, es decir fuman para tranquilizarse. En contraste, un 67% muestra un grado bajo de dependencia gestual con el tabaco (valora así la importancia de la parte conductual en el hecho de "tener algo entre las manos"), un 42% un grado bajo de automatismo (desvelan los cigarrillos que el fumador fuma sin pensar, es decir, de modo automático) y por último un 38% un grado de bajo de estimulación-dependencia psíquica hacia el tabaco, lo que da a entender que tiene una dependencia baja a la imagen social que puede dar el tabaco, como así también cuando un fumador fuma para estimularse.

Nuestro estudio refleja el gran rendimiento del apoyo psicológico en el medio laboral, como tratamiento único, en los trabajadores con una muy baja dependencia y la necesidad de asociar farmacoterapia en el resto. Casi la mitad de los trabajadores asistentes a las consultas recibieron tratamiento farmacológico complementario, principalmente vareniciclina y/o de sustitutivos con nicotina. Obtuvimos así que en un 48,48% de los trabajadores se mantuvieron abstinentes al tabaco en 12 meses de seguimiento. Hay dos razones principales que podrían explicar las diferencias observadas en el abandono del tabaco

en nuestro estudio. Por un lado, la dependencia de la nicotina es un fuerte determinante del éxito en dejar de fumar, y las diferencias de eficacia entre los auxiliares farmacológicos podrían determinar el éxito. De acuerdo con los últimos 3 metanálisis sobre farmacoterapia para dejar de fumar, la vareniciclina, el bupropión y los sustitutivos de nicotina fueron más útiles que el placebo⁽³⁸⁻⁴⁰⁾. Además, la evidencia sobre el efecto de la vareniciclina con el tratamiento combinado ha sido probado recientemente^(23,40).

Tuvimos una tasa de recaída del 51,51% en los trabajadores que acudieron a las consultas. Aunque el seguimiento de 6 o 12 meses se ha propuesto como estándar común⁽²⁹⁾, un metanálisis que examinó las tasas de recaída después de este período no pudo estimar la incidencia de recaídas con precisión debido a los pequeños tamaños de muestra de los estudios incluidos⁽³⁰⁾. De hecho, solo unos pocos estudios han probado la efectividad de las intervenciones en el lugar de trabajo más allá de un año^(20,31-34,37). Existe una escasez de estudios que informan datos a largo plazo (es decir, más de tres años) sobre el mantenimiento de la abstinencia de fumar después de una intervención para dejar de fumar en el lugar de trabajo. Encontramos dos estudios que utilizan una intervención múltiple dirigida a fumadores individuales que informan datos a los cinco años de seguimiento. Olsen et al.⁽³⁵⁾ demostraron que el 36% de los participantes que habían dejado de fumar al finalizar el Programa de Incentivos para Dejar de Fumar, permanecieron abstinentes a largo plazo después de cinco años. Nieva et al.⁽³⁶⁾ demostró que el 29,5% de los trabajadores de un hospital que participaron en un programa de deshabituación tabáquica continua abstinentes después de cinco años.

Respecto a las características de nuestras campañas y consultas, éstos se plantearon con el objetivo de mejorar la salud de los trabajadores. Todo el programa se desarrolló siguiendo las fases recomendadas y con implicación importante del servicio de prevención de riesgos laborales, lo que sin duda contribuyó al buen resultado obtenido. En este sentido, nos parece obligado definir los objetivos de acuerdo con las características de la empresa, establecer un cronograma y cumplir todos los contenidos de las fases descritas⁽²⁵⁾. Uno de

los aspectos mejor valorados, tanto por la dirección como por parte de los trabajadores (aunque no se evaluó con ningún instrumento objetivo de medida) fue la excelente acogida del programa, incluidas las restricciones, que se adoptaron en su totalidad y no generaron ningún conflicto.

En conclusión, el perfil tipo de nuestro fumador en el programa de deshabituación se corresponde con una mujer en la quinta década de la vida, que prueba su primer cigarrillo en la adolescencia media, tiene un consumo moderado y una dependencia física moderada-alta. Asimismo, aunque nunca ha logrado permanecer en abstinencia por un período largo, afronta este abandono con una motivación moderada. Finalmente, logra reducir su consumo parcialmente, con ayuda de un tratamiento psicofarmacológico efectivo y seguro. Nuestro estudio refleja el gran rendimiento del apoyo psicológico en el medio laboral, como tratamiento único, en los trabajadores con una muy baja dependencia; y la necesidad de asociar farmacoterapia en el resto. Casi tres cuartas partes de nuestra muestra recibieron tratamiento farmacológico complementario, principalmente vareniclina, seguidos de sustitutivos con nicotina. La inmensa mayoría redujo su consumo y, de ella, casi la mitad logró una abstinencia continua, cuyo tiempo medio fue de alrededor de tres meses. Los medios de publicidad que tuvieron mayor difusión en nuestra campaña fueron los carteles diseñados y colocados en lugares estratégicos en todo el hospital. Estos resultados nos hacen dar cuenta que los trabajadores están conscientes del daño que les produce el hábito tabáquico, que, aunque han intentado su abandono no han sido suficientes para conseguirlo. Es así como proponemos que realizar campañas de deshabituación en el medio laboral ayudan y motivan aún más en el abandono de tabaco, con la consiguiente mejora de la salud tanto del trabajador que ha dejado de fumar, como del compañero no fumador. A pesar de las evidentes limitaciones metodológicas que presenta este estudio, como son el posible sesgo de selección debido a la inclusión de los trabajadores fumadores más motivados para abandonar el tabaco, o el hecho de no disponer de un grupo control que permitiera atribuir los resultados obtenidos a la intervención

realizada, o el efecto Hawthorne, especialmente en la segunda encuesta, cuando el proyecto ya era conocido por los profesionales del hospital, lo cual podría ser relevante en alguna de las preguntas, como la que indaga sobre las características del fumador, el programa ha presentado un porcentaje de éxito al año superior al 40%. Sin duda, las puestas en marcha en años sucesivos de las nuevas fases del programa reducirán más aún el porcentaje de trabajadores fumadores y facilitarán la implantación de marcos legislativos más restrictivos, acordes con los imperantes en los países más avanzados.

Por lo anterior descrito, se recomienda que en los centros sanitarios se realicen más intervenciones dirigidas a ofrecer ayuda para la deshabituación a los colectivos fumadores. Como así también deberían implementarse intervenciones dirigidas a incrementar el rol modélico, la formación y así ofrecer ayuda para la deshabituación tabáquica a los distintos colectivos de los hospitales.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Agradecimientos

Al Dr. Granda del Servicio de Neumología por su apoyo y formación. A Cristina Asmat por el diseño de la imagen gráfica de la campaña.

Bibliografía

1. Fernández-Cruz Sarrate, Ed. La tipología del fumador como determinante de las opciones terapéuticas para dejar de fumar: estudio analítico del cuestionario «reasons for smoking scale» (Tesis Doctoral). (Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica): Universidad Complutense de Madrid; 2010.
2. Barrueco Ferrero M, Hernández-Mezquita MÁ, Calvo Sánchez A, García Cirac MJ, Rodríguez Calderón

- M, Torrecilla García M, et al. Resultados del primer programa para la reducción del tabaquismo en los trabajadores del Ayuntamiento de Salamanca, España. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76(1):37-48.
3. Azagra MJ, Aragón LF. El tabaco y los profesionales de la salud: situación actual. *An Sist Sanit Navar*. 2009;20(1):33-42.
4. OMS | Tabaco (Internet). WHO. (cited 2015 Jul 28). Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>.
5. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Libro blanco sobre el tabaquismo en España. Barcelona: Glosa; 19.
6. Han YW, Mohammad M, Liew SM. Effectiveness of a brief physician counselling session on improving smoking behaviour in the workplace. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP*. 2014;15(17):7287-90.
7. Boletín Oficial del Estado. Ley 28/2005 de 2 de diciembre , medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo, y la publicidad de los productos de tabaco. BOE núm. 309 de 27/12/2005.
8. Villalbí JR. Valoración de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo. *Rev Esp Salud Pública*. 2009; 83:805-20.
9. Villalbí JR. La regulación del uso del tabaco reduce la prevalencia de fumadores y su consumo. *Aten Primaria*. 2010; 42:314-5.
10. Villalbí JR, Castillo A, Cleries M, Saltó E, Sánchez E, Martínez R, et al. Barcelona Group. Estadísticas de alta hospitalaria del infarto agudo de miocardio: declive aparente con la extensión de espacios sin humo. *Rev Esp Cardiol*. 2009;62:812-5.
11. Galán I, López MJ. Tres años con la “Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo”: aire más limpio, pero no lo suficiente. *Gac Sanit*. 2009; 23:87-90.
12. Bauzá-Amengual M de L, Blasco-González M, Sánchez-Vázquez E, Pereiró-Berenguer I, Ruiz-Varea N, Pericás-Beltrán J. Impacto de la Ley del Tabaco en el lugar de trabajo: estudio de seguimiento de una cohorte de trabajadores en España 2005-07. *Aten Primaria*. 2010; 42:309-13.
13. Jiménez-Ruiz CA, Miranda JA, Hurt RD, Pinedo AR, Reina SS, Valero FC. Study of the impact of laws regulating tobacco consumption on the prevalence of passive smoking in Spain. *Eur J Public Health*. 2008; 18:622-5.
14. Manzanares-Laya S, López MJ, Sánchez-Martínez F, Fernández E, Nebot M. Impacto de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo en la prevalencia de exposición al humo ambiental del tabaco en Barcelona. *Gac Sanit*. 2011;25:495-500.
15. Rodríguez García E, Valderrey Barbero J, Secades Villa R, Vallejo Seco G, Fernández Hermida JR, Jiménez García JM, et al. Consumo y actitudes sobre el tabaco entre el personal sanitario del Principado de Asturias (España). *Trastor Adict*. 2004;6(4):234-9.
16. Díaz Sanz B, Chávez Gil MC, Riesgo Gómez-Roso C, Alonso López MÁ. Prevalencia del Tabaquismo en trabajadores del Área Sanitaria 11 (SERMAS). En VIII Congreso Internacional de Prevención de Riesgo Laborales ORP; 2010; Valencia.
17. Bauzá-Amengual M de L, Blasco-González M, Sánchez-Vázquez E, Pereiró-Berenguer I, Ruiz-Varea N, Pericás-Beltrán J. Impacto de la Ley del tabaco en el lugar de trabajo: estudio de seguimiento de una cohorte de trabajadores en España 2005-07. *Aten Primaria*. 2010;42(6):309-13.
18. Santiñà M, Grau J, Agustí C, Torres A. Evaluación de la efectividad de un programa de lucha contra el tabaquismo en un hospital universitario. *Rev Calid Asist*. :215-20.
19. Solano Reina S, Jiménez Ruiz CA, Riesco Miranda JA. Manual de Tabaquismo. 3rd ed.: Elsevier; 2012.
20. Sala M, Serra I, Serrano S, Corbella T, Kogevinas M. Evaluación de un programa de deshabituación tabáquica en el medio laboral. *Gac Sanit*. 2005;19(5):386-92.
21. Fernández Ruiz ML, Sánchez Bayle M. Evolución de la prevalencia de tabaquismo entre las médicas y enfermeras de la Comunidad de Madrid. *Gac Sanit*. 2003;17(1):5-10.
22. Cahill K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(2):CD003440.
23. Martínez C, Martínez-Sánchez JM, Ballbè M, Nieva G, Fu M, Puig M, et al. Smoking cessation in hospital workers: effectiveness of a coordinated program in 33 hospitals in Catalonia (Spain). *Cancer Nurs*. 2012;35(5):327-36.
24. Ruiz González ML, Valero Lite AM, Valades Cabello B, Avilés Zaragoza E, Cantarero Bandrés M, Jiménez Ruiz CA. Resultados de un programa de tratamiento del tabaquismo en funcionarios de la Comunidad de Madrid.

Prevención del Tabaquismo. 2000;4:124-8. (Links).

25. Rodríguez-Artalej... F, Lafuente U, Guallar-Castillon P, Garteizurrekoa D, Sainz M, Diez A, et al. One year effectiveness of an individualised smoking cessation intervention at the workplace: a randomised controlled trial. *Occup Environ Med*. 2003;60(5):358-63.

26. Nielsen K, Fiore MC. Cost-benefit analysis of sustained-release bupropion, nicotine patch, or both for smoking cessation. *Prev Med*. 2000;30(3):209-16.

27. John U, Meyer C, Hapke U, Rumpf HJ, Schumann A. Nicotine dependence, quit attempts, and quitting among smokers in a regional population sample from a country with a high prevalence of tobacco smoking. *Prev Med*. 2004;38: 350-8.

28. Razavi D, Vandecasteele H, Primo C, Bodo M, Debrier F, Verbist H, et al. Maintaining abstinence from cigarette smoking: effectiveness of group counselling and factors predicting outcome. *Eur J Cancer*. 1999;35:1238-47.

29. West R, Hajek P, Stead L, Stapleton J. Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. *Addict Abingdon Engl*. 2005;100(3):299-303.

30. Hughes JR, Peters EN, Naud S. Relapse to Smoking After 1 Year of Abstinence: A Meta-analysis. *Addict Behav*. 2008;33(12):1516-20.

31. Bertera RL, Oehl LK, Telepchak JM. Self-Help versus Group Approaches to Smoking Cessation in the Workplace: Eighteen-Month Follow-up and Cost Analysis. *Am J Health Promot*. 1990;4(3):187-92.

32. Hennrikus DJ, Jeffery RW, Lando HA, Murray DM, Brelje K, Davidann B, et al. The SUCCESS project: the effect of program format and incentives on participation and cessation in worksite smoking cessation programs.

Am J Public Health. 2002;92(2):274-9.

33. Jason LA, Salina D, McMahon SD, Hedeker D, Stockton M. A worksite smoking intervention: a 2 year assessment of groups, incentives and self-help. *Health Educ Res*. 1997;12(1):129-38.

34. Salina D, Jason LA, Hedeker D, Kaufman J, Lesondak L, McMahon SD, et al. A follow-up of a media-based, worksite smoking cessation program. *Am J Community Psychol*. 1994;22(2):257-71.

35. Olsen GW, Lacy SE, Sprafka JM, Arceneaux TG, Potts TA, Kravat BA, et al. A 5-year evaluation of a smoking cessation incentive program for chemical employees. *Prev Med*. 1991;20(6):774-84.

36. Nieva G, Comín M, Valero S, Bruguera E. Cigarette dependence and depressive symptoms as predictors of smoking status at five-year follow-up after a workplace smoking cessation program. *Addict Behav*. 2017;73:9-15.

37. 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.

38. Eisenberg MJ, Filion KB, Yavin D, Bélisle P, Mottillo S, Joseph L, et al. Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *CMAJ Can Med Assoc J*. 2008;179(2):135-44.

39. Lemmens V, Oenema A, Knut IK, Brug J. Effectiveness of smoking cessation interventions among adults: a systematic review of reviews. *Eur J Cancer Prev Off J Eur Cancer Prev Organ ECP*. 2008;17(6):535-44.

40. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;1(1):CD000146.