

PEDIATRIA SOCIAL

Prevalencia y actitudes asociadas al consumo de tabaco en el Hospital Materno-Infantil «Residencia Cantabria» de Santander entre los profesionales sanitarios

A. SALIDO CANO, J. I. TORRES JIMÉNEZ, N. SÁENZ-TORRE y J. A. CASTANEDO SÁIZ

RESUMEN: El ambiente contaminado con humo de tabaco aumenta el riesgo de contraer diversas enfermedades en el no fumador. Este hecho es más relevante cuando los no fumadores son niños o mujeres embarazadas. Estudiamos la prevalencia y actitudes asociadas al consumo de tabaco en un hospital materno-infantil. La elevada prevalencia encontrada (54,36 %) entre los profesionales sanitarios, el amplio número de individuos que se manifiestan molestos por el tabaco en su lugar de trabajo y el considerable número de médicos que fuman ante los pacientes, evidencian la necesidad de adoptar medidas educativas y restrictivas contra el tabaco para defender los derechos y la salud de los pacientes, visitantes y trabajadores. **PALABRAS CLAVE:** TABAQUISMO. TABACO.

PREVALENCE OF TOBACCO SMOKING AND THE ATTITUDES AND SMOKING BEHAVIOUR OF HEALTH PROFESSIONALS FROM A MATERNITY AND PEDIATRIC HOSPITAL AT SANTANDER (SPAIN) (SUMMARY): The exposure to tobacco-combustion products in the indoor environment, may be a risk factor for several diseases in the non smokers; principally when children or pregnant women are the passive smokers. We analyse, the results of the prevalence of tobacco smoking and the attitudes and smoking behaviour of health professionals from a maternity and pediatric hospital at Santander (Spain). The high prevalence of tobacco smoking, the displeasure because tobacco at work-place and furthermore, the great proportion of physicians who smokes in the presence of patients, have demonstrated the need of educational and restrictive measures against tobacco, in defense of rights and health of patients, visitors and hospital workers. **KEY WORDS:** TOBACCO SMOKING. TOBACCO.

INTRODUCCIÓN

En mayo de 1970, la XXIII Asamblea Mundial de la Salud (1) sobre las consecuencias del tabaco para la salud llega a la conclusión de que «las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco constituyen en los países económicamente avanzados, causas tan importantes de incapacidad de trabajo y de fallecimiento prema-

turo, que la lucha contra este hábito podría ser más útil para el mejoramiento de la salud y la prolongación de la vida en esos países, que cualquier otro programa de medicina preventiva».

Dentro de los programas de lucha antitabáquica, los profesionales sanitarios son considerados como uno de los principales impulsores (2).

Las numerosas recomendaciones sobre consumo de tabaco en recintos públicos cerrados, dirigidos a proteger al no fumador o fumador pasivo (1, 3, 4, 5), han conducido a numerosos países occidentales (Alemania, Reino Unido, Francia, Italia, Grecia, etc.) a la adopción de medidas legislativas para prohibir el consumo dentro de las instituciones estatales, aun en contra de determinados intereses económicos.

En España, el Real Decreto 709/1982 del 5 de marzo contemplaba entre otras medidas la prohibición de fumar en recintos sanitarios. Sin embargo, estudios posteriores (6, 7) ponen en evidencia niveles de consumo, incluso superiores a los de la población general, en el colectivo de profesionales sanitarios, demostrándose así la escasa aplicación de las medidas legislativas.

Por otra parte, se ha determinado que del humo liberado en la combustión del tabaco se desprenden hasta 5 veces más de monóxido de carbono, 3 veces más de alquitrán y nicotina, 4 de benzopireno y 46 de amoniaco entre otras sustancias, respecto a la corriente directa de humo, inhalada por el propio fumador (8). Como consecuencia, la atmósfera contaminada con el humo del tabaco constituye un peligro evidente de enfermedad para el no fumador, de especial relevancia en la infancia (aumento en la incidencia de neumonías, bronquitis, crisis asmáticas, etc.) (9, 10, 11).

Teniendo en cuenta estos datos y considerando la influencia que tiene la conducta de los profesionales de la salud respecto al tabaco sobre pacientes y familiares, ya no sólo como efecto ejemplarizante, sino también como agresión a la salud de los demás, pretendemos medir la prevalencia y las actitudes asociadas al consumo de tabaco en el hospital materno-infantil «Residencia Cantabria» de Santander.

MATERIAL Y MÉTODOS

Área de estudio: Se realiza sobre el personal médico y de enfermería incluido en la nómina de fecha 30-6-86, constituido por 106 médicos y 354 enfermeras.

Se diseña un estudio sobre prevalencia y actitudes asociadas al consumo de tabaco estratificándose por profesión y agrupando para el análisis de determinadas características en mayores y menores de 35 años y en varones/mujeres. La posibilidad de estratificar por sexo y edad quedó anulada por el bajo número de individuos en los grupos de ATS varones y médicos mujeres. Se eligió una muestra de 160 individuos por el método de lista de números aleatorios. Se estimó una prevalencia del 60 %, admitiéndose un error máximo del 5 %.

Confeccionamos una encuesta basada en los cuestionarios acordados en la II Reunión del Comité Sudeuropeo sobre Tabaco y Salud (12) específicos para profesionales sanitarios, siendo modificados en función de las características de la población sometida al estudio, así como de los objetivos del trabajo. Se confirmó la validez mediante un estudio piloto previo.

La encuesta se entregó personalmente, recogiéndose del mismo modo en período medio de 48 horas. El trabajo de campo se realizó en 21 días. De los 160 individuos escogidos, fueron entrevistados 156, obteniéndose un 2,50 % de rechazos.

Definimos como fumadores a aquellos encuestados que en el momento de la realización del cuestionario, llevan fumando 180 días consecutivos por lo menos, exfumadores a aquellos que no fumando en la actualidad, en el pasado fumaron más de 180 días consecutivos, y como no fumadores a los que aun fumando, no lo hicieron durante 180 días consecutivos o bien, nunca mantuvieron contacto con el tabaco.

Para la comparación de parámetros hemos utilizado el test «z».

RESULTADOS

La distribución de individuos en nuestra muestra evidencia un predominio absoluto de mujeres dentro del grupo de ATS y de varones en el de médicos, paralelamente a lo que ocurre en la población global del estudio. Dentro de los médicos los > de 35 a. constituyen el 70,90 %, mientras que en los ATS son el 44,69 %. El 54,36 % eran fumadores, el 23,26 % no fumadores y el 22,38 % ex-fumadores (Tabla I). La prevalencia de fumadores y exfumadores es moderadamente mayor en los médicos sin ser la diferencia estadísticamente significativa. La mayor cifra de no fumadores se encontró en ATS.

TABLA I. PREVALENCIA DE FUMADORES, NO FUMADORES Y EX-FUMADORES POR GRUPO PROFESIONAL (en porcentaje)

	fumadores %	no fumadores %	ex-fumadores %
MEDICOS	58,92	10,71	30,36
ATS	53,00	27,00	20,00
TOTAL	54,36	23,26	22,38

La forma de consumo más frecuente es la de cigarrillos (93,02 %) con gran diferencia frente a puros y pipas (Fig. 1).

El 45,70 % de los fumadores consume más de 16 cig/día (Tabla II); el consumo medio de cigarrillos por año fue de 6.311, con una media de 17,29 cig/día.

La prevalencia de profesionales que fuman dentro del recinto fue del 51,61 % con un consumo medio de 2.964 cig. x año x fumador, y un consumo medio

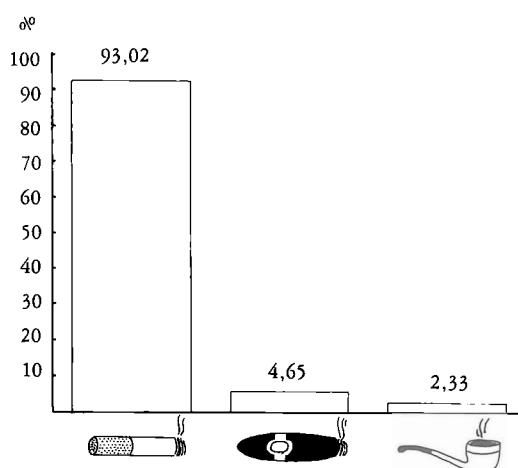


FIG. 1. Proporción de fumadores de cigarrillos, puros y pipas en médicos y ATS del Hospital «Residencia Cantabria»

diario dentro del hospital de 8,12 cigarrillos.

El 57,06 % de los fumadores consume entre 6 y 15 cig/día dentro del recinto sanitario (Tabla II); únicamente el 5,05 % de los fumadores prescinden del tabaco en su lugar de trabajo. El 61,34 % de los fumadores y ex-fumadores iniciaron el contacto con el tabaco entre los 15 y los 19 años, con una edad media de inicio al consumo de 17,12 años.

TABLA II. CONSUMO DE CIGARRILLOS POR DIA DE FUMADORES Y CONSUMO DE CIGARRILLOS DIA INTRAHOSPITALARIOS (en porcentaje)

cig./día	total %	intrahospitalarios %
1-5	20,08	27,40
6-15	34,22	57,06
16-25	34,13	4,65
26-35	6,85	1,57
> 35	4,72	—

En la Tabla III se relacionan por orden de importancia los motivos de inicio al consumo; cabe destacar las opciones «*por curiosidad*» y «*por influencia de otros fumadores*», con gran diferencia respecto al resto de opciones. No se encontraron diferencias respecto a la profesión.

El concepto de «*fumador pasivo*» era menos conocido en los fumadores respecto a los no fumadores y ex-fumadores, aunque las diferencias no son significativas.

Los motivos para dejar de fumar y los de seguir fumando se reflejan en la Tabla IV, según el orden de importancia de cada

TABLA III. MOTIVOS DE INICIO AL CONSUMO SEGUN ORDEN DE IMPORTANCIA

-
1. Por curiosidad
 2. Influencia de otros fumadores
 3. Necesidad de cambio, variación y nuevas sensaciones
 4. Búsqueda de excitación
 5. Rechazo de reglas impuestas en la escuela, familia, etc.
 6. Sensación de seguridad
-

El 97 % de los profesionales del centro estaban total o parcialmente de acuerdo con que el hábito de fumar es perjudicial para la salud. Curiosamente al ser preguntados por el «efecto perjudicial para su salud», el 37,41 % manifestaban hallarse poco o nada preocupados, mientras el resto se sentían moderadamente o muy preocupados por dicho efecto.

Al preguntar sobre la asociación del tabaco con algunas enfermedades orgánicas (bronquitis crónica, epilepsia, enf. cardiovasculares, diversos tipos de cáncer y enf. reumáticas), se obtuvieron un 3,05 % de respuestas erróneas, con mayor número de fallos en el grupo de ATS respecto a los médicos (3,50 % y 1,58 % respectivamente).

uno de ellos. El 31,32 % de los profesionales ha intentado dejar el hábito más de una vez durante el año previo a la realización de la encuesta. Se observa una mayor tendencia al intento de abandono en los grupos de mayor edad, aun sin ser esta diferencia estadísticamente significativa.

El 86,41 % de los fumadores no da importancia al hecho de que se fume en su presencia. Son los ex-fumadores y los no fumadores quienes se sienten más molestos por este hecho. Un escaso número de personas se oponen abiertamente al consumo, siendo los ex-fumadores los que más lo manifiestan. Respecto al lugar de trabajo, los ex-fumadores afirman haberse

TABLA IV. MOTIVOS PARA DEJAR DE FUMAR / MOTIVOS PARA SEGUIR FUMANDO POR ORDEN DE IMPORTANCIA

DEJAR DE FUMAR	SEGUIR FUMANDO
1. Proteger la salud	1. Relaja y reduce el estrés
2. Aparición de síntomas	2. Obtención de placer
3. Dar ejemplo a los demás	3. Porque lo necesita
4. No molestar a personas próximas	4. Porque le estimula
5. Por la presión ejercida por compañeros de trabajo	5. Por influencia del entorno
	6. Sentir seguridad

encontrado alguna vez molestos por el tabaco en un 88,88 %, los no fumadores un 80,64 % y los fumadores un 35,71 %. La acción de fumar dentro de los recintos sanitarios es rechazada mayoritariamente, siendo los fumadores los que menos se oponen a ello.

Los profesionales sanitarios se consideraron a sí mismos como uno de los «principales impulsores de las campañas antitabáquicas». Se observó en los fumadores una oposición moderada a este protagonismo (1/4 parte de ellos).

El 86,40 % de los entrevistados afirman no fumar nunca ante los pacientes (Tabla V). Sin embargo, destaca entre los médicos que un 21,21 % fuma frecuentemente.

TABLA V. FUMAR ANTE PACIENTES SEGUN GRUPO PROFESIONAL (en porcentaje)

	Médicos %	ATS %	Total %
Frecuentemente	21,21	0,0	4,88
Ocasionalmente	6,06	0,0	1,40
Raramente	6,06	7,69	7,31
Nunca	66,66	92,30	86,40

El 84,14 % de los fumadores están a favor de la «toma de medidas contra el consumo de tabaco en los centros sanitarios», mientras que los no fumadores y exfumadores están de acuerdo en un 90,32 y un 94,44 % respectivamente.

Entre los que apoyan este tipo de medidas, las más elegidas por orden de importancia son: «Permitir fumar en áreas restringidas» y «Realizar campañas educativas y formativas», seguidas de la prohibición total de fumar y la de la venta de tabaco en el recinto hospitalario.

DISCUSIÓN

La prevalencia del consumo de los Profesionales Sanitarios de este estudio (54,36 %) es claramente superior a la de otros estudios de población general (6, 13). Esta diferencia se explica por el elevado número de mujeres jóvenes fumadoras dentro de los PS, que constata la progresiva incorporación de la mujer al hábito, paralela a la entrada masiva en el mercado laboral. Esta prevalencia también es ligeramente superior a la de otros estudios en profesionales de la salud (6, 7).

La opinión mayoritariamente contraria a que se fume en recintos sanitarios no se corresponde con el escaso número de fumadores que abandona el hábito dentro del hospital (sólo un 5,05 % de los fumadores). También llama la atención el considerable número de fumadores, que demostrando un elevado grado de conocimiento de la patología del tabaco, no se manifiestan preocupados por ello. Estas aparentes contradicciones podrían explicarse por el carácter de dependencia física y/o psíquica del tabaco.

Los motivos de inicio al consumo parecen condicionados tanto por una deficiente información como por un ambiente social permisivo e incluso estimulante al contacto con el tabaco.

Es preocupante la gran cantidad de médicos que conociendo el concepto de «fumador pasivo», fuman ante los pacientes y familiares, lo que refleja el bajo grado de sensibilización con respecto a la función modélica que deben cumplir los profesionales de la salud (1, 2, 12), sobre todo cuando una gran proporción de los pacientes son niños o embarazadas. No obstante, comparando con un estudio previo de un hospital general (14) el número de médicos que fuma ante los pacientes es sensiblemente inferior en el presente estudio.

Los motivos personales para seguir fumando (efecto relajante, obtención de placer...), ya reflejados en otros estudios (15, 16) se anteponen en la práctica a los derechos del fumador pasivo, teniendo en cuenta que tanto los no fumadores como los ex-fumadores se han encontrado molestos en su lugar de trabajo. Se hace imprescindible una normativa que regule el consumo dentro del recinto con la finalidad de proteger los derechos de los no fumadores.

Una tercera parte de los profesionales han intentado abandonar el hábito en el último año, lo cual debe obligar a valorar la necesidad de crear unidades de información y tratamiento del tabaquismo en los grandes centros, dentro de un diseño de los programas de lucha, así como posibles incentivaciones económicas por parte de las empresas a aquellos trabajadores que abandonen el tabaco, tal como ocurre en otros países (17).

El bajo porcentaje que se opone abiertamente a que se fume en su presencia, el elevado número de no fumadores y ex-fumadores que se manifiestan molestos por el tabaco en su lugar de trabajo, así como la mayoritaria cifra de personas que están a favor de la adopción de medidas contra el consumo, justifican la necesidad de medidas antitabáquicas en el centro sanitario.

La adopción de campañas educativas se contempla en segundo lugar; creemos que esta medida es imprescindible como complemento a la normativa reguladora del consumo, dado que se ha demostrado su eficacia considerable en otros estudios (18, 19, 20).

CONCLUSIONES

- La prevalencia de consumo de tabaco de los profesionales sanitarios de este estudio es mayor que la de la población general.
- La aplicación de medidas de educación antitabáquicas se debería realizar prioritariamente sobre las ATS jóvenes.
- El inicio de las campañas de educación antitabáquicas se debe situar en la adolescencia con el fin de conseguir una mayor eficacia.
- La necesaria concienciación del médico respecto a su papel modelico queda en segundo término frente al efecto perjudicial del tabaco sobre niños y embarazadas.
- Es imprescindible potenciar los temas relacionados con la patología, epidemiología y prevención del tabaquismo. Estas áreas deben incluirse en los distintos programas de formación de futuros médicos y profesionales de enfermería.
- Los profesionales están de acuerdo preferentemente en la adopción de medidas restrictivas, por lo que creemos fundamental la definición de las áreas restringidas para fumadores dentro de los recintos sanitarios, acompañadas de las medidas formativas y educativas.
- Se hacen necesarios controles periódicos en el grado de cumplimiento de las posibles medidas a implantar.

BIBLIOGRAFIA

1. FLETCHER, C. M.; HORN, D.: *El hábito de fumar y la salud*. Crónica de la OMS, 1970; 24: 358-385.
2. ACCP COMMITTEE RECOMMENDATIONS: *The management of smoking in the physicians «Workshop»*. Chest, 1982; 3: 359-361.

3. DOLL, R.; HILL, A. B.: *Mortality in relation to smoking: Ten year's observations of british doctors*. Br. Med. J. 1964; 1: 1.300-1.460.
4. DOLL, R.; GRAY, R. et. al.: *Mortality in relation to smoking: 22 year's observation on female british doctors*. Br. Med. J. 1980; 1: 967-971.
5. ENSTROM, J. E.; *Trends in mortality among California physicians after giving up smoking: 1950-1979*. Br. Med. J. 1983; 226: 1.101-1.105.
6. SALLERAS, L. y cols.: *El consum de tabac a Catalunya: resultats d'una enquesta*. Ciència, 1983; 3: 94-110.
7. CASTANEDO, L. y cols.: *Prevalencia del consumo de tabaco en profesionales sanitarios del Hospital «Marqués de Valdecilla»* (en prensa).
8. O. M. S.: *Lucha contra el tabaquismo epidémico*. Informe Técnico n.º 636. Ginebra, 1979.
9. COLLEY, J. R. T.: *Respiratory symptoms in children and parental smoking and phlegm*. Br. Med. J. 1974; 2: 201-204.
10. HARLAP, S. et. al.: *Infant admissions to hospital and maternal smoking*. Lancet, 1974; 1: 529-532.
11. WEISS, S. T. et. el.: *Its relation to respiratory illness, cigarette smoking, and level of pulmonary function in a population sample of children*. Am. Rev. Resp. Dis. 1980; 122: 697-707.
12. *Tobacco smoking attitudes and behaviour of health professionals*. II Reunion Southern European Committee on Health Promotion and Smoking Control. Padua, 1984.
13. I. N. E.: *El hábito de fumar en los españoles*. Abril 1978.
14. SAINZ, N. y cols.: *Actitudes y conductas asociadas al consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del Hospital «Marqués de Valdecilla»* (en prensa).
15. DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL: *Generalitat de Catalunya. El tabaquisme a Catalunya*. Serie informes Técnicos. Barcelona, 1983.
16. HORN, O.: *Man cigarettes and the abuse of gratification*. Arch. Environ Health. 1970; 20: 88-92.
17. FIELDING, J. E.: *Smoking: Health effects and control*. Second Part. N. Engl. J. Med. 1985; 313: 555-561.
18. SALLERAS, L.: *Estrategias actuales de la lucha antitabáquica*. Rev. San. Hig. Pub. 1985; 60: 863-906.
19. RUSSELL et al.: *Effect of general practitioners advice against smoking*. Br. Med. J. 1979; 2: 231-235.
20. PUSKA, P.; KOSKELA, K.: *Community-based strategies to fight smoking: experiences from the north Karelia project in Finland*. N. Y. State J. 1983; 83: 1.335-1.338.