

Diferencias en el abordaje del hábito tabáquico entre el personal sanitario de Atención Primaria

¹ Juan Pablo Redondo García
² Luis A. de Mendiolaigoitia Cortina

¹ Enfermero. Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Asturias (España).

Dirección de contacto: jp.redondo@hotmail.com

² Máster en Enfermería UA. C.S. Noreña. Asturias (España).

Cómo citar este artículo:

Redondo García JP, De Mendiolaigoitia Cortina LA. Diferencias en el abordaje del hábito tabáquico entre el personal sanitario de Atención Primaria. *RIdEC* 2022; 15(1):8-18.

Fecha de recepción: 26 de octubre de 2021.

Aceptada su publicación: 21 de febrero de 2022.

Resumen

Objetivo: conocer las diferencias en las prácticas de deshabituación tabáquica del personal sanitario del SESPA (Servicios de Salud del Principado de Asturias) en Atención Primaria según sus propios hábitos tabáquicos durante el periodo de pandemia.

Método: estudio descriptivo transversal exploratorio mediante autocuestionario destinado a todos los profesionales sanitarios de Atención Primaria y distribuido por e-mail interno realizado entre marzo y junio de 2021.

Resultados: la documentación sistemática del proceso de deshabituación es llevada a cabo un 57,03% de las veces, pudiendo considerarse baja y llegando a ser nula para un 25% de fumadores. El consejo breve de deshabituación se imparte "siempre o casi siempre" un 88,1% de las veces. El 96,9% de los sanitarios exfumadores está familiarizado con, por lo menos, dos o más métodos de deshabituación frente a un 75% de los fumadores. El 43% de los fumadores no ha realizado intervenciones o derivación para tratamiento durante el primer año frente a un 9,19% de los no fumadores, 4,7 veces menos. Un 13,33% de los profesionales refiere hacer siempre seguimiento de pacientes, un 28,88% no lo efectuó nunca, destacando que, de estos, el 56% es fumador frente al 18,65% de los exfumadores.

Conclusiones: las mayores diferencias prácticas se dan entre fumadores y exfumadores. Salvo el alto consenso en los "consejos breves", la disparidad de criterios revela una falta de uniformidad relacionada con hábitos personales y políticas institucionales difusas o desatendidas.

Palabras clave: tabaco; tabaquismo; cese del hábito de fumar; encuestas.

Abstract

Differences in addressing the smoking habit among the Primary Care staff

Objective: to understand the differences in smoking cessation practices among the Primary Care staff of the SESPA (Healthcare Services of the Principality of Asturias) according to their own smoking habits during the pandemic period.

Method: an exploratory cross-sectional descriptive study through self-questionnaire, targeted to all Primary Care healthcare professionals and distributed by internal email, conducted between March and June 2021.

Results: a systematic documentation of the smoking cessation process was conducted in 57.03% of cases, and it could be considered low and even non-existent for 25% of smoking persons. The brief advice for smoking cessation was given "always or almost always" on 88.1% of cases. Of the healthcare professionals who smoked in the past, 96.9% were familiar with at least two or more methods for smoking cessation vs. 75% of smoking professionals. 43% of smoking professionals have conducted neither interventions nor referral for treatment during the first year vs. 9.19% of non-smokers, which is 4.7 times less. 13.33% of professionals reported that they always followed up patients, while 28.88% never did this; it must be highlighted that 56% of these were smoking vs. 18.65% of previous smokers.

Conclusions: the greatest practical differences appeared between smokers and previous smokers. Except for the high consensus regarding "brief advice", the disparity of criteria revealed lack of uniformity associated with personal habits and vague or neglected institutional policies.

Key words: tobacco; smoking habit; smoking habit cessation: surveys.

Introducción

El tabaquismo (1) consiste en la adicción a una sustancia socialmente aceptada que, por ser públicamente tolerada, es entendida como un hábito y un riesgo, pero genera problemas en el medio y largo plazo (2).

El tabaco afecta a todos los órganos del cuerpo (3). Las enfermedades relacionadas a su consumo son numerosas, siendo muchas de ellas prevenibles, retardables o evitables solo si se deja de fumar, siendo las más comunes: EPOC, asma, osteoporosis y diabetes (4). Es la primera causa aislada de mortalidad y morbilidad en el caso del cáncer de pulmón, enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares, siendo causante de unas 56.000 muertes anuales en España (5). Provoca cada año más de 2.458 muertes en Asturias, alrededor de un 17% de todas las defunciones en la población mayor de 35 años y el 70,7% de las muertes en varones (6).

Su impacto sanitario es tal que los propios servicios de salud nacionales e internacionales disponen de normas, planes, medidas y protocolos específicos para su prevención y tratamiento (7). Las enfermedades derivadas del consumo de tabaco suponen un enorme gasto para todo el mundo, incidiendo especialmente en las regiones de América del Norte y Europa (3). Es por ello que los servicios sanitarios, como el español, reflejan la prevalencia del tabaco como uno de sus índices centrales de la salud general de la población (8). En 2009 en España el gasto sanitario que supuso al Estado fue de 8.781,88 millones de euros según los cálculos del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT) (9). El efecto del tabaco sobre la salud es el factor más importante que debería contemplar la política sanitaria española (10).

El tabaquismo es una adicción muchas veces muy difícil de superar, lo cual hace imperativo la disposición de medidas facilitadoras por parte de las instituciones. Su incidencia indica que un 28% de la población consume tabaco diariamente y un 19% se considera exfumador (11). Desde la aplicación del primer Convenio Marco de la OMS para el control de Tabaco CMC 2003 (12), con el que se incide en el control de la industria tabacalera, en España ha habido importantes avances en

la reducción de la epidemia tabáquica (10). Acorde con las directivas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las resoluciones ministeriales y los consejos de las distintas sociedades científicas, el Principado de Asturias a través de la Dirección General de Salud Pública ha desarrollado proyectos orientados a la prevención del tabaquismo y sus efectos sobre la población (13).

El personal sanitario es, como grupo social, uno de los que más influencia tienen en la deshabituación tabáquica, tanto por sus intervenciones profesionales como por ser modelo social de referencia. La prevalencia global de consumo de tabaco en el colectivo de sanitarios es del 28,1% (14) con valores máximos y mínimos del 40,3% y el 19,1%; y menor en el colectivo médico con 16,4% y enfermería de 25,4%. Dependiendo de los estudios los porcentajes, en el entorno sanitario llegan al 43% según el sector laboral (15). Algunas prioridades fundamentales siempre han sido el reducir la prevalencia del consumo del tabaco en este personal (16), fomentar su apoyo a los programas de prevención, orientar el consejo y la captación antitabáquica, eliminar la presencia de tabaco dentro de los edificios y disminuirla en las instalaciones y alrededores de los centros sanitarios (17,18).

El tabaquismo es un problema transversal, la ayuda al paciente fumador es fundamental en el enfoque integral, que permite disminuir la mortalidad a corto y medio plazo, siendo muy importante homogeneizar las pautas de actuación concretas y basadas en la evidencia. Con ello se facilita la intervención, intentando formar a los profesionales sanitarios, garantizando una homogeneidad de proceso que permita evaluar los resultados, y son claves en la actuación de quienes asisten a una amplia variedad de pacientes y están limitados por el tiempo disponible (médicos, enfermeras, dentistas, matronas, etc.). Las más recientes guías de práctica clínica recomiendan con énfasis que todo profesional sanitario debe de preguntar acerca de la relación de sus pacientes con el tabaco al menos una vez al año, y aconsejar a aquellos que fuman que lo dejen (19).

El objetivo de estas estrategias es que toda persona fumadora que acuda a los servicios de salud sea identificada por medio de una "pregunta" protocolaria, reciba un "consejo breve" de dejar de fumar. Este debe de estar relacionado con el motivo de consulta, ser impartido durante la consulta rutinaria e independientemente de que el fumador pida ayuda para dejar de fumar (20). En caso de solicitarla se le ofrecerá "tratamiento" según métodos que tengan evidencia científica sobre su efectividad. Es esencial intervenir sobre toda persona fumadora en cada visita que hagan a los servicios de salud, como mínimo con una de estas intervenciones breves, ya que quién acude a un servicio de salud muestra preocupación por su salud y por ello debe de ser advertido de los factores de riesgo que presenta y animado a eliminarlos. Para asegurarlo se pretende cambiar la cultura del personal sanitario y sus patrones de práctica clínica.

Es previsible que durante el periodo de emergencia de COVID-19, el funcionamiento del servicio de deshabituación haya sido afectado como tantos otros (21).

Por lo tanto, el objetivo de este estudio ha sido conocer si los hábitos personales de los profesionales afectan a su práctica clínica y si han sido afectados por las alertas sanitarias. Si fuera así podría reorientar los esfuerzos institucionales hacia este servicio sabiendo que, consecuentemente, el beneficio revertiría primero sobre el paciente asistido y finalmente sobre la población en general.

Material y método

Diseño

Estudio descriptivo transversal, exploratorio, realizado entre marzo y junio de 2021 y de ámbito regional.

Población de estudio

Todos los miembros sanitarios de Atención Primaria del Sistema de Salud del Principado de Asturias implicados en la intervención de deshabituación tabáquica, lo cual debería incluir, según datos corporativos, a 821 médicos y 66 dentistas, incluidos en la categoría "Otro Personal Facultativo" (22). Se añade una cantidad estimativa del 50% del personal de enfermería (1.985 de las 3.971 profesionales) y un 50% de matronas (52 profesionales de 105), ya que los datos no aparecen desglosados en las fuentes consultadas, haciendo un total aproximado de 2.925 profesionales. Con un nivel de confianza del 90%, un margen de error del 5% y una respuesta esperada del 50%, el tamaño muestral debería ser de 124 respuestas. Se obtuvieron finalmente 135 respuestas.

Variables

Variables demográficas, profesionales, de hábitos de consumo de tabaco, de intervenciones y conocimientos.

Como variable independiente el personal sanitario se dividió en tres categorías cualitativas según sus hábitos: fumadores, no fumadores y exfumadores.

Como variable dependiente se consideran intervalos cualitativos para cada paso del proceso clínico de deshabituación según la práctica autopercebida de cada trabajador.

Recogida de datos

Se empleó un cuestionario *ad hoc*, no validado, autocumplimentado y vía *online*, garantizando tanto el anonimato como la voluntariedad de los participantes. Incluía un total de 16 ítems comunes para todas las categorías con el fin de evaluar tanto la calidad como la percepción sobre la práctica de la deshabituación tabáquica clínica. Nueve ítems adicionales a partir de la escala Fagerström para los declarados fumadores. Tres ítems para los declarados exfumadores, de forma que permitiera comprobar sus motivaciones en su proceso de deshabituación. Finalmente se incluyeron dos espacios de texto libre para recoger opiniones personales y sugerencias.

Se realizó una campaña de distribución del cuestionario iniciada el 1 mayo y finalizada el 31 de junio de 2021, usando los medios corporativos autorizados a las gerencias de las ocho áreas sanitarias en las que se divide el SESPA y a Centros de Salud de Referencia. El empleo de estos medios corporativos disponibles, teléfonos y e-mail, permitió valorar tanto la capacidad comunicativa de la administración con su personal en los momentos de la pandemia, así como la capacidad de respuesta a las necesidades de un servicio concreto en tal singular periodo.

Análisis de datos

Se realizó una agrupación de las variables cualitativas mediante tablas de frecuencias y porcentajes, la agrupación de datos por intervalos discretos y finalmente su asociación a una escala orientativa no validada.

Para el análisis de datos se ha empleado el programa estadístico 'Calc' de ApacheOpenoffice 4.1.1.

Los datos sociodemográficos son proporcionados por el SESPA (22), pero no aparecen actualizados ni desglosados en las áreas sanitarias en que se divide, ni por categorías profesionales distintas a la de facultativos. Ninguna administración consultada pudo proporcionar datos más fiables o actualizados. Por ello los datos obtenidos son aplicables al conjunto del servicio, pero no a áreas concretas.

Aspectos éticos

Con respeto a las normas internacionales de protección de datos y la legislación española vigente (Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantías de los derechos digitales, BOE 294 de 6/12/2018) no se incluyó información que pudiera identificar directa o indirectamente a los participantes en el estudio en las bases de datos. Los investigadores responsables garantizan la seguridad de los datos recogidos, que solo podrán ser utilizados para el fin señalado en el apartado de "objetivos" del estudio.

Tanto en la Hoja Informativa como en el Cuestionario se indica que: "Este cuestionario es voluntario y anónimo, no existe la obligación de cumplimentarlo, entregarlo ni de contestar todas las preguntas contenidas en el mismo". También "Estamos comprometidos con la confidencialidad, por favor, no se han de incluir datos personales que puedan identificar a los/las participantes". El estudio cuenta con el correspondiente permiso del Comité de Ética e Investigación del Principado de Asturias código CEImPA nº 2021.262

Resultados

Se encuentra un sesgo de género con un 36% más de participación femenina (Tabla 1), lo cual es acorde al sesgo de género indicado por el SESPA para los trabajadores sanitario del 36,98% (22) y otros estudios sobre poblaciones sanitarias del 31,92% (14).

La inespecificidad de los datos institucionales sobre cantidades de categorías profesionales hace cualquier cálculo de participación profesional especulativo, por lo que no fueron incluidos para su comparación (Tabla 2). Se ha dividido al

Tabla 1. Datos poblacionales

Datos geográficos	Respuestas	%
Área 1	12	8,88
Área 2	8	5,92
Área 3	16	11,85
Área 4	56	41,48
Área 5	9	6,66
Área 6	6	4,44
Área 7	18	13,33
Área 8	10	7,40
Total respuestas	135	
Datos demográficos	Respuestas	%
Hombre	35	26,7
Mujer	96	73,3
Total respuestas	131	

Tabla 2. Datos profesionales

Datos Profesionales	Respuestas	%	Hábito	Respuestas	% Intraprofesional	% Interprofesional
Médica/o	48	35,55	Fumador	5	11,11	3,70
			No fumador	28	58,33	20,74
			Exfumador	15	31,25	11,11
Enfermera/o	85	62,96	Fumador	10	11,76	7,40
			No fumador	58	68,23	42,96
			Exfumador	17	20,00	12,59
Matrón/a	1	0,75	Fumador	0	0	0
			No fumador	1	100	0,75
			Exfumador	0	0	0
Dentista	1	0,75	Fumador	1	100	0,75
			No fumador	0	0	0
			Exfumador	0	0	0
Total	135		Fumador	16		11,85
			No fumador	87		64,44
			Exfumador	32		23,7

grupo de sanitarios, observando tres categorías de hábitos, entre fumadores, no fumadores y exfumadores (Tabla 2). A pesar de que los exfumadores podrían englobarse en la categoría de no fumadores, se ha decidido separar las categorías para comprobar si se observaban diferencias sustanciales entre exfumadores y los fumadores.

Solo uno de los 135 resultados indicó no aconsejar dejar de fumar, resultando no representativo. Destacar que el ofrecimiento del "consejo breve" es del 100% para los exfumadores (Tabla 3).

Tabla 3. Consejo breve, pregunta protocolaria y cumplimentación documental

¿Aconsejas a tus pacientes que dejen de fumar?				¿Habitualmente preguntas y cubres en los protocolos sanitarios si el paciente fuma o no fuma?		
Hábito	Respuestas	Resultado	%	Respuestas	Resultado	%
Fumadores	Sí	13	81,25	Sí	7	43,75
	A veces	2	12,50	A veces	5	31,25
	No	1	6,25	No	4	25,00
No fumadores	Sí	74	85,05	Sí	50	57,47
	A veces	13	14,95	A veces	36	41,37
	No	0	0	No	1	1,16
Exfumadores	Sí	32	100	Sí	20	62,50
	A veces	0	0	A veces	12	37,50
	No	0	0	No	0	0
Total	Sí	119	88,14	Sí	77	57,03
	A veces	15	11,11	A veces	53	39,25
	No	1	0,75	No	5	3,70
RESPUESTA		ESCALA		RESPUESTA		ESCALA
Sí		Estricto		Sí		Estricto
A veces		Laxo		A veces		Laxo
No		Nulo		No		Nulo

Es sugerente comparar el grado de pregunta y cumplimentación protocolaria rigurosa del total, que se sitúa en un 57,03%, frente al de cumplimentación laxa (suma de respuestas "siempre o casi siempre" con "a veces") que se sitúa en el 96,28%, indicando estas diferencias porcentuales que el grado de implicación general con los programas de deshabituación es laxo (Tabla 3). La pregunta y cumplimentación estricta de fumadores y no fumadores no supera el 69,51%, que, a pesar de ser alto, no llega a poder considerarse como estricto.

Por medio de una pregunta de respuesta múltiple se comprueba la familiaridad de los profesionales con métodos de deshabituación. El 96,9% de los sanitarios exfumadores está familiarizados con por lo menos dos o más métodos. El 25% de los sanitarios fumadores solo está familiarizado con una práctica (Tabla 4).

Tabla 4. Familiaridad con la diversidad de métodos de deshabituación

¿Estás familiarizado con las ayudas para dejar de fumar?			
Hábito	Respuestas	Resultado	%
Fumadores	3 o más métodos distintos	9	56,25
	2 métodos distintos	3	18,75
	1 métodos distintos	4	25,00
	0 métodos	0	0

Tabla 4. Familiaridad con la diversidad de métodos de deshabituación (*continuación*)

¿Estás familiarizado con las ayudas para dejar de fumar?			
Hábito	Respuestas	Resultado	%
No fumadores	3 o más métodos distintos	53	60,91
	2 métodos distintos	26	29,88
	1 métodos distintos	8	9,19
	0 métodos	0	0
Exfumadores	3 o más métodos distintos	25	78,12
	2 métodos distintos	6	18,75
	1 métodos distintos	1	3,13
	0 métodos	0	0
Total	3 o más métodos distintos	87	64,44
	2 métodos distintos	35	25,92
	1 métodos distintos	13	9,62
	0 métodos	0	0
ESCALA	3 o más métodos distintos	Alto	
	2 métodos distintos	Medio	
	1 métodos distintos	Bajo	
	0 métodos	Nulo	

Se establecieron intervalos agrupando el número de intervenciones antitabáquicas de 10 en 10 asistencias hasta formar cuatro categorías (Tabla 5). El periodo de alerta sanitaria, aún vigente durante el periodo de encuesta, se inicia con la entrada en vigor del Primer Estado de Alarma, el 14 de marzo de 2020, un año y tres meses (23). Al tratarse de un mismo periodo y condiciones para los tres grupos se pueden esperar cambios proporcionales. El 71% de los sanitarios ha asistido a entre uno y diez pacientes, mientras que el 14% no ha realizado asistencia a la deshabituación. El 43% de los fumadores ha tenido derivación nula frente a un 15,62% de los exfumadores y del 9,19% de los fumadores, lo cual supone tres veces menos "intervenciones o derivaciones". Ningún fumador llegó a nivel alto.

Tabla 5. Intervenciones en la deshabituación o derivaciones durante pandemia

Durante este último año, incluida la pandemia COVID-19, ¿has ayudado o derivado para ayudar a personas fumadoras?			
Hábito	Leyenda	Resultado	%
Fumadores	21 o más	0	0
	Entre 11 y 20	4	25,00
	Entre 1 y 10	5	31,25
	0 personas	7	43,75
No fumadores	21 o más	4	4,59
	Entre 11 y 20	4	4,59
	Entre 1 y 10	71	81,62
	0 personas	8	9,19

Tabla 5. Intervenciones en la deshabituación o derivaciones durante pandemia (continuación)

Durante este último año, incluida la pandemia COVID19, ¿has ayudado o derivado para ayudar a personas fumadoras?			
Hábito	Leyenda	Resultado	%
Exfumadores	21 o más	2	6,25
	Entre 11 y 20	5	15,62
	Entre 1 y 10	20	62,5
	0 personas	5	15,62
Total	21 o más	6	4,44
	Entre 11 y 20	13	9,62
	Entre 1 y 10	96	71,11
	0 personas	20	14,81
ESCALA	21 o más	Alto	
	Entre 11 y 20	Medio	
	Entre 1 y 10	Bajo	
	0 personas	Nulo	

Se establecieron cuatro intervalos para categorizar los periodos habituales de seguimiento. Se observó una alta variabilidad de criterios, indicados por porcentajes respuestas similares para cada intervalo en cada categoría. El 13,33% hace seguimiento siempre, el 39,99% hace seguimiento hasta el año, el 71,1% hace seguimiento seis meses, mientras que un 28,88% no realiza seguimientos (Tabla 6). El 56% de los sanitarios fumadores no llevan a cabo seguimiento, frente al 27,58% de no fumadores y un 18,65 de los exfumadores, lo cual supone una diferencia del más del doble con el resto de categorías.

Tabla 6. Seguimiento de personas en tratamiento de deshabituación

¿Haces el seguimiento de tus pacientes una vez dejan de fumar o son exfumadores?			
Hábito	Leyenda	Resultado	%
Fumadores	Siempre	2	12,50
	1 años	2	12,50
	6 meses	3	18,75
	No	9	56,25
No fumadores	Siempre	12	13,79
	1 años	20	22,98
	6 meses	31	35,63
	No	24	27,58
Exfumadores	Siempre	4	12,50
	1 años	14	43,15
	6 meses	8	25,00
	No	6	18,65
Total	Siempre	18	13,33
	1 años	36	26,66
	6 meses	42	31,11
	No	39	28,88

Tabla 6. Seguimiento de personas en tratamiento de deshabituación (*continuación*)

¿Haces el seguimiento de tus pacientes una vez dejan de fumar o son exfumadores?			
Hábito	Leyenda	Resultado	%
ESCALA	Siempre	Alto	
	1 años	Medio	
	6 meses	Bajo	
	No	Nulo	

Discusión

La tasa de fumadores entre el personal sanitario estudiado es 2,8 veces menor que en la población general (11) y requiere estudio. Las explicaciones plausibles son bien una predisposición entre los encuestados previa al ejercicio de su profesión a no fumar, o bien una subestimación de fumadores. La solución está en las respuestas a la segunda pregunta de la Tabla 3, en la que se observa que, a pesar de que la no cumplimentación protocolaria general, se sitúa en el 3,70% de los encuestados, en la categoría de fumadores llega al 25%, lo cual es 6,75 veces superior que el de la categoría de exfumadores. Este es un sesgo categórico calificable como muy alto e indica que los fumadores no preguntan o no complimentan tan sistemáticamente sus intervenciones como fumadores y exfumadores. Es por ello, también esperable, que hayan participado menos en este estudio; su representación puede estar infravalorada como a menudo sucede en este tipo de consultas (15). Por otro lado, la participación de exfumadores se sitúa por encima de la media, estando sobrerrepresentada, lo cual supone otro sesgo. Estos sesgos afectan a las preguntas cuantitativas entre categorías y requeriría ponderación para corregirse, pero no afecta a las características cualitativas propias del grupo, y permiten realizar comparaciones válidas entre ellos.

La participación de dentistas y matronas fue testimonial a pesar de que su intervención puede ser decisiva, sobre todo en la captación de pacientes.

Comparativamente, en otros estudios más amplios, las proporciones de fumadores entre el colectivo médico son del 16,4% y enfermería de 25,4% (14), mientras que el presente estudio muestra un 11,11% de médicos fumadores y un 11,76% de enfermeras fumadoras, suponiendo una gran diferencia sin poder encontrarle explicación plausible.

La tasa de ofrecimiento estricto de consejo breve se sitúa en las tres categorías por encima del 80%, siendo mayor entre los exfumadores. Esto indica un gran consenso en torno a su beneficio y su conveniencia.

La baja, e incluso nula, asistencia y derivación a la deshabituación a los fumadores durante el periodo estudiado es coherente con los problemas de movilidad y restricciones a la reunión impuestas por los Decreto de Alarma Sanitaria por COVID-19 (23). Ninguna categoría llegó al nivel "alto". Sin embargo, destaca que los fumadores han declarado "asistencia nula" tres veces más.

El seguimiento alto del paciente es similar en todas las categorías. Los exfumadores realizan el doble de seguimientos al año que los fumadores. Dato crucial es que el 56% de los fumadores no efectúa seguimiento.

Estas diferencias en la participación son reflejo de una distinta percepción del riesgo, distinta motivación personal, diferente familiaridad con técnicas y alternativas entre los grupos. La tendencia de los fumadores es una menor intervención que la media. La de fumadores y exfumadores es a una mayor intervención que la media.

Comparando categorías se observa que las de no fumadores y exfumadores son similares, apreciando mayor rendimiento entre los exfumadores, mientras que ambas son muy distintas de la de fumadores.

La baja cumplimentación protocolaria y la disparidad en el seguimiento de los casos hacen de por sí que se pregunte por la idoneidad del proceso de deshabituación empleado en la actualidad.

Como fortalezas, destacar que la evidencia de diferencias en el abordaje según las categorías propuestas es tan abrumadora que a pesar de obtener una muestra relativamente baja resulta suficientemente esclarecedora.

Destacar que este estudio fue realizado al año del inicio de la pandemia, y muestra los datos percibidos y subjetivos de los propios profesionales sobre el funcionamiento de un servicio en un momento de restricciones, estrés e incertidumbre sin igual, así como de limitaciones técnicas y hasta políticas del momento. Por tanto, un estudio del que se pueden realizar extrapolaciones sobre el funcionamiento de otros servicios en aquel entonces.

Como debilidad, señalar que no se ha podido determinar fehacientemente el índice de respuesta profesional y se ha tenido una participación baja, sin que esto reste valor a los datos obtenidos. El sesgo participativo con infrarrepresentación de fumadores indica una baja disponibilidad a la participación y una desvirtuación de los datos. ¿Podría este sesgo ser un motivo de la baja difusión por parte de algunas direcciones sanitarias?

Sería interesante poder comparar las intervenciones profesionales individuales con el éxito en la deshabituación de los pacientes para poder reconocer el rendimiento del proceso y las posibles fuentes de mejora.

El menor empeño en el abordaje antitabáquico de los fumadores introduce un importante sesgo asistencial y afecta a cupos enteros de pacientes. Debido a la gran diferencia de prácticas entre categorías se encuentra un doble beneficio en planes específicos para la deshabituación tabáquica al personal sanitario, tanto individual para el profesional como institucional y asistencial. Es previsible también un fuerte impacto en el proceso de una unidad de deshabituación centralizada capaz de unificar criterios, coordinar hospital y centros de salud, y orientar a los profesionales y pacientes.

Se encontraron serias dificultades en la difusión de la encuesta, notando que, después de obtener los permisos necesarios, campaña y envíos por medios corporativos y varias semanas de desarrollo, aún había áreas sanitarias enteras en las que no se había cumplimentado ninguna encuesta. Se solucionó contactando directamente con los coordinadores de los Centros de Salud de Referencia. Otro gran problema que no se pudo solventar fue el bloqueo de la Centralita de Gestión de Llamadas Automatizada a los centros de salud instalada a raíz de la COVID-19 en 2020. En 11 centros de salud de los 31 seleccionados se desistió de contactar después de cinco días sin comunicación con ningún operador humano.

Conclusiones

Existen diferencias cualitativas entre las tres categorías estudiadas para todas las preguntas realizadas. Los fumadores son menos proclives que la media a participar en los procesos de deshabituación. Hay diferencias sustanciales entre fumadores y exfumadores en todas las preguntas, reflejo de sus propios hábitos y motivaciones.

Para el conjunto estudiado hay consenso en cuanto al consejo breve, siendo riguroso; la práctica de la pregunta y cumplimentación protocolaria fueron laxos; las intervenciones y derivaciones durante los periodos de estado de alarma han sido bajas; y el "seguimiento" fue bajo, existiendo gran heterogeneidad de prácticas.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- [1] Leone A, Landini L, Leone A. What is Tobacco Smoke? Sociocultural Dimensions of the Association with Cardiovascular Risk. *Current Pharmaceutical Design*. 2010; 16(23). Doi: <http://doi.org/10.2174/138161210792062948>
- [2] Bello S. Tratamiento del Tabaquismo. *Rev Chil Cardiol*. 2011; 30(3). Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-85602011000300007>
- [3] Goodchild M, Nargis N, Tursan d'Espaignet E. Global economic cost of smoking-attributable diseases. *Tob Control*. 2016; 27(1):58-64. Doi: <http://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2016-053305>
- [4] Brian D, Carter MPH, Christian C, Abnet Ph D. Smoking and Mortality – Beyond Established Causes. *NEJM*. 2015; 372:631-40. Doi: <http://doi.org/10.1056/NEJMsa1407211>

- [5] Pérez-Ríos M, Schiaffino A, Montes A, Fernández E. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España 2016. *Archivos de Bronconeumología*. 2020; 56(9):559-63. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2019.11.021>
- [6] Consejería de Sanidad del Principado de Asturias [internet]. Programa de Prevención y control del tabaquismo 2019-2023. 2021 [citado 21 feb 2022]: 9. Disponible en: https://www.astursalud.es/documents/35439/39210/Programa_prevenccion_tabaquismo_2021.pdf/9fe9feb0-9d13-ff5d-8677-9077d4ea24a3?t=1625738121230
- [7] World Health Organization (WHO). Who Report On The Global Tobacco Epidemic. 2017. Monitoring tobacco use and prevention policies. [internet]. Geneva: WHO; 2017 [citado 21 feb 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255874/97892415?sequence=1>
- [8] Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud [internet]. 2007 [citado 21 feb 2022]; 14. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/indicadoresClaveCISNS.pdf>
- [9] Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Evaluación del Control del Tabaquismo sobre los costes empresariales y sanitarios. Informe del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo [internet]. WHO; 2009 [citado 22 feb 2022]: 3. Disponible en: file:///C:/Users/Madrid4/Downloads/Informe_fiscalidad_01.pdf
- [10] Soriano JB, Rojas-Rueda D, Alonso J, Antó JM. La carga de enfermedad en España: resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016. *Medicina Clínica*. 2018; 151(5):171-90. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.05.011>
- [11] Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. V Encuesta de Salud para Asturias. ESA 2017 [internet]. 2021 [citado 21 feb 2022]; 112. Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/35439/38202/ESA2017.pdf/70ec7760-c0aa-f8bc-0869-45c489acc97d>
- [12] Organización Mundial de la Salud (OMS). Primer Convenio Marco de la OMS para el control de Tabaco [internet]. Ginebra: WHO Document Production Services [citado 21 feb 2022]; 2003. p. 7. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42813/9243591010.pdf?sequence=1>
- [13] Servicios de Comunicación Audiovisual del Principado de Asturias - Audiencia e información pública. Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030 Poblaciones Sanas Personas Sanas [internet]. p. 9-10. [citado 21 feb 2022]. Disponible en: <http://www.asturiasparticipa.es/wp-content/uploads/2019/01/Plan-de-Salud-15-enero-2019.pdf>
- [14] Martínez C y grupo de coordinadores de los hospitales de la red. Prevalencia de consumo de tabaco en trabajadores hospitalarios: metaanálisis en 45 hospitales catalanes. *Gac Sanit*. 2016; 30(1):55-8. Doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.08.006>
- [15] Hernández Péreza JM, Jadraque Jiménez P, Sánchez Castro AL, Gómez Aragón FJ. Prevalencia de consumo de tabaco entre los trabajadores del Área de Salud de la Isla de La Palma. *Medicina General y de Familia*. 2015; 4(3):63-7. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.mgyf.2015.08.002>
- [16] Robledo de Dios T, Saiz Martínez-Acitores I, Gil López E. Los profesionales sanitarios y el tabaquismo. [internet] 1999 [citado 21 feb 2022]; 1(2):117-23. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-los-profesionales-sanitarios-el-tabaquismo-13010688>
- [17] Viana Alonso A, Fernández Martín J, Sáinz Rojo A, Moral Iglesias L. Encuesta sobre las medidas de prevención antitabáquica en la red de hospitales del Insalud. *Med Clin*. 2001; 116(3):117. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(01\)71739-3](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(01)71739-3)
- [18] Reyes Urueña JM, Burón Pust A, Sala Serra M, Serra Pujadas C, Diaconu A, Macià Guilà F. Evolución del consumo de tabaco en trabajadores de un hospital de Cataluña. *Rev Esp Salud Publica*. 2013; 87(4):407-17. Doi: <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272013000400010>
- [19] Silagy CA, Stead LF. Physician advice for smoking cessation [internet]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2001 [citado 21 feb 2022] (1):4. Art. No.: CD000165. Doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000165>
- [20] NICE. Stop smoking interventions and services NICE guideline [internet]. 2018 [citado 21 feb 2022]. p. 9, 15. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng92/resources/stop-smoking-interventions-and-services-pdf-1837751801029>
- [21] Garrido P, García J, Abarca B, Íñiguez A. Impacto de la COVID-19 en lo NO-COVID-19 [internet]. 2021 [citado 21 feb 2022]. p. 17-18. Disponible en: <https://facme.es/wp-content/uploads/2021/11/Documento-Integral-Impacto-del-COVID-19-en-lo-NO-COVID-19.pdf>
- [22] Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Memoria SESPA 2017 [internet]. Madrid: SESPA; 2018 [citado 21 feb 2022]. p. 71. Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/35439/38190/MEMORIA%20SESPA%202017.pdf/ace72d8b-e9e2-1aa1-b071-b7833b19c2ce>
- [23] Gobierno de España. Estados de Alarma. La Moncloa.gob [internet] [citado 24 ene 2022]. Disponible en: <https://www.lamoncloa.gob.es/covid-19/Paginas/estado-de-alarma.aspx>