Descargado el: 12-11-2026 ISSN 2221-2434

Artículos originales

Prevalencia del hábito de fumar en trabajadores del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima

Prevalence of Smoking among Workers of the Dr. Gustavo Aldereguía Lima University General Hospital

Teresa Rodríguez Rodríguez[1] Ahmed Pomares Ávalos[1]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100

Cómo citar este artículo:
Rodríguez-Rodríguez T, Pomares-Ávalos A. Prevalencia del hábito de fumar en trabajadores del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2014 [citado 2026 Nov 12]; 4(1):[aprox. 11 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/266

Resumen

Fundamento: el consumo excesivo de tabaco está considerado como la mayor epidemia del siglo XX y el factor de riesgo que más incide en las principales causas de morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas no trasmisibles.
Objetivo: determinar la prevalencia de fumadores en los trabajadores del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos, y su relación con la presencia de enfermedades crónicas no trasmisibles.
Métodos: estudio descriptivo, correlacional y transversal realizado entre los meses de septiembre a diciembre de 2009, en el Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, de Cienfuegos. El universo de estudio quedó constituido por 1056 trabajadores. Las variables seleccionadas fueron: sexo, edad, ocupación, escolaridad, enfermedades crónicas, hábito de fumar, disposición a dejar de fumar, ayuda profesional. Se empleó la Encuesta sobre Tabaquismo realizada por el proyecto CARMEN modificada, para cumplir los objetivos del estudio.
Resultados: la prevalencia de fumadores en el Hospital es alta (21,9 %), fuman más los hombres que las mujeres (31,8 %), los de menos de 12º (30,9 %), los obreros (30,0 %), seguidos de los estomatólogos (27,1 %) y los trabajadores de las edades comprendidas entre 50 y 60 años (33,0 %). Los portadores de padecimientos crónicos que más fuman son los hipertensos (22, 7 %), seguido por los asmáticos (12,5 %).
Conclusiones: la prevalencia de tabaquismo en trabajadores del Hospital es alta, y se evidencia una baja percepción de riesgo incluso en aquellos que son portadores de enfermedades crónicas no trasmisibles.

Palabras clave: hábito de fumar, prevalencia, factores de riesgo, enfermedad crónica, trabajadores, hospitales, cuba

Abstract

Background: excessive tobacco use is considered the largest epidemic of the twentieth century and the risk factor that contributes the most to the leading causes of morbidity and mortality from chronic non-communicable diseases.
Objective: to determine the prevalence of smoking among workers of the Dr. Gustavo Aldereguía Lima University Hospital in Cienfuegos, and its link with chronic non-communicable diseases.
Methods: a correlational and cross-sectional study was conducted with workers of the Dr. Gustavo Aldereguía Lima University General Hospital in Cienfuegos between September and December 2009. The study population consisted of 1056 workers. Variables selected were: sex, age, occupation, educational level, chronic diseases, smoking, readiness to quit and professional assistance. The Smoking Survey developed by the Carmen project and modified to meet the objectives of the study was used.
Results: prevalence of smoking in the hospital is high (21.9 %). Men smoke more than women (31.8 %). It is more common in those with less than a 12 grade (30.9 %), laborers (30.0 %), followed by dentists (27.1 %) and workers aged 50 to 60 years (33.0 %). People with chronic conditions that smoke the most are the hypertensive (22, 7 %), followed by the asthmatic (12.5 %).
Conclusions: prevalence of smoking among hospital workers is high, and low perception of the risk is evident even in those who are suffering from chronic non-communicable diseases.

Key words: smoking, prevalence, risk factors, chronic disease, workers, hospitals, cuba

Recibido: 2014-03-03 09:23:52
Aprobado: 2014-03-05 15:37:16

Correspondencia: Teresa Rodríguez Rodríguez. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. teresa.rodriguez@gal.sld.cu

INTRODUCCIÓN

Datos actualizados de la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantean que el uso, mal uso, abuso y dependencia de drogas legales e ilegales, se relacionan mundialmente con el 12,4 % de los fallecimientos y el 8,9 % del total de años perdidos por discapacidad y muertes prematuras. El consumo excesivo de tabaco a escala mundial determina cinco millones de muertes por año, y resulta más letal que la suma de fallecimientos producidos por el resto de las drogas, el sida, los suicidios y los accidentes de tránsito.[1]

El tabaco contiene más de 500 componente que incluyen el monóxido de carbono y dióxido de carbono, más otra fase con más de 3 500 compuestos hidrosolubles, entre los que se cuenta la nicotina.[2] Otro aspecto importante es la tenencia de este hábito en el personal sanitario, sobre todo en los que tienen responsabilidad asistencial con los pacientes, y que deben ser patrones de comportamientos saludables; específicamente médicos, enfermeros, técnicos y psicólogos. Se deriva de los objetivos del Sistema de Salud Cubano, la necesidad de disminuir la mortalidad y la morbilidad de las enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT), para lo cual se impone la intervención en factores relacionados con el comportamiento, entre ellos, el consumo del tabaco. Se declara como propósito específico disminuir en un 60 % la prevalencia de fumadores en los profesionales de al salud[3] lo que concuerda con las directrices de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).[4]

En nuestra provincia el interés por el estudio del tabaquismo y sus consecuencias, ha tenido especial representación en el proyecto Global de Cienfuegos. En el área de la Medicina se han realizado otros dos estudios centrados en determinar la prevalencia del hábito de fumar en trabajadores del Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima (HGAL) y otras dirigidas a pacientes.[5]

Identificar la prevalencia de fumadores en la población y sus características es fundamental, para después definir estrategias y acciones encaminadas a brindar ayuda especializada a estas personas que muchas veces quisieran dejar de fumar y no encuentran cómo hacerlo. Por tales razones se realizó esta investigación, con el objetivo de determinar la prevalencia de fumadores en los trabajadores del Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima y a su vez establecer la relación de este hábito con las ECNT.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo correlacional y transversal, en los meses comprendidos entre septiembre a diciembre de 2009, en el Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima de la provincia de Cienfuegos. La muestra de estudio quedó constituida por 1056 trabajadores seleccionados aleatoriamente de todos los trabajadores de la institución, procurando que estuviesen representados todos los servicios y unidades. A todos los encuestados se les pidió su consentimiento para participar en el estudio. Los datos se recogieron de manera individual en cada uno de los puestos de trabajo y en la recogida participaron psicólogos y estudiantes de psicología. Se aplicó el cuestionario utilizado por el proyecto CARMEN (Conjunto de Acciones para Reducir las Enfermedades no Transmisibles) en Cienfuegos, en relación al tabaquismo. Además se hicieron algunas modificaciones a este cuestionario, por parte de los investigadores, para adaptar mejor las preguntas al entorno donde se desarrolló la investigación.

Las variables seleccionadas fueron: sexo, edad, ocupación, escolaridad, enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, isquémicas, asma, epilepsia, accidente vascular encefálico, cáncer, enfermedades circulatorias, otras), hábito de fumar, disposición a dejar de fumar, ayuda profesional. Para la introducción y análisis estadístico de los datos se utilizó en programa computacional SPSS 15. Se utilizó una estadística descriptiva y los resultados se presentan en tablas de números y porcentajes.

El proyecto de investigación y los resultados de este estudio fueron aprobados por el Comité de Ética de la Investigación Científica de la Institución.

RESULTADOS

Se destacan entre los datos reflejados, que el grupo de edades donde se concentró la mayor cantidad de trabajadores es el 30-50 años para un 58,1 %, seguido por el grupo de 18-39 años con un 26,7 %. Hubo un predominio de mujeres, representado por un 66,8 % del total. En cuanto a la ocupación, el mayor porcentaje estuvo representado en los enfermeros/as (técnicos y universitarios) con un 35,3 % seguido por los obreros con 23,3 % y después por los médicos, que representaron el 20,3 % del total. Predominó

entre los sujetos del estudio los universitarios representados por el (54,5 %). Del total de trabajadores estudiados el 78,1 % no fuman y el 21,9% son fumadores. (Tabla 1).

Tabla 1. Caracterización general del universo de estudio de los trabajadores según variables sociodemográficas

Variable		Frecuencia	%
Edad	18-29	283	26,7
	30-50	614	58,1
	50-60	124	11,7
	más de 60	35	3,3
Sexo	Masculino	349	33,0
	Femenino	707	66,8
Ocupación	Obreros	246	23,3
	Técnico básico y técnicos medios (no propios del sector salud)	97	9,2
	Técnico superiores (no propios del sector salud)	65	6,1
	Enfermeros(as) técnicos: básicos, medios y universitarios	374	35,3
	Médicos	212	20,0
	Estomatólogos	10	0,9
	Técnicos superior de salud	36	3,4
	Dirigentes	16	1,5
Escolaridad	Menor de 12º	481	45,5
	Mayor de 12º	575	54,5
Fumadores	No fuman	824	78, 1
	Sí fuman	232	21,9
Edad de inicio del hábito N=(232)	10-14	79	34,0
	15-20	118	50,8
	21-30	26	11,2
	Más de 30	5	2,1
	No recuerdo	4	1,7

Se muestra el comportamiento de las enfermedades crónicas no trasmisibles en trabajadores estudiados del HGAL. El 0,7 % de los sujetos padecen cardiopatía isquémica 15,7 % HTA, seguido del asma representado por un 9,8 %. (Tabla 2).

Tabla 2. Comportamiento de las enfermedades crónicas no trasmisibles en los trabajadores

Variables	Frecuencia	%
Hipertensión arterial	166	15,7
Diabetes mellitus	32	3,0
Cardiopatías isquémicas	8	0,7
Asma	104	9,8
Epilepsia	16	1,5
Accidente vascular encefálico	4	0,4
Cáncer	5	0,5
Enfermedades circulatorias	53	5,0
Otras	66	6,3

Se muestra el comportamiento de la ECNT y el hábito de fumar. El 22, 7 % de los hipertensos fuman, el 12,5 % de los asmáticos, el 1,3 % de pacientes con cardiopatía isquémica y el 5,6 % de los diabéticos. Entre las enfermedades crónicas destacan: las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas. (Tabla 3).

Tabla 3. Comportamiento de las enfermedades crónicas no trasmisibles y el hábito de fumar en los trabajadores estudiados

Variables	Fuman	%	Total	%
Hipertensión arterial	55	22,7	**166**	**33,1**
Diabetes mellitus	13	5,6	**32**	**40,6**
Cardiopatías isquémicas	3	1,3	**8**	**37,5**
Asma	29	12,5	**104**	**27,9**
Epilepsia	6	2,6	**16**	**37,5**
Accidente vascular encefálico	1	0,4	**4**	**25,0**
Cáncer	1	0,4	**5**	**20,0**
Enfermedades circulatorias	14	6,0	**53**	**26,4**
Otras	15	6,5	**66**	**22,7**

Puede observarse cómo se comporta la prevalencia de los fumadores según variables sociodemográficas. En cuanto al sexo se determinó que la prevalencia de fumadores era superior en hombres, con una marcada diferencia con las mujeres (31,8 %) y (17,1 %) respectivamente. En cuanto a la edad, la prevalencia mayor de fumadores se ubicó en las edades superiores a 30 años, fue el grupo de 50-60 años (33,0 %) el que mayor prevalencia de fumadores acoge, seguido por los sujetos de más de 60 años. Al analizar la escolaridad de los fumadores la prevalencia mayor se reservó para los que habían cursado estudios hasta 12º (30,9 %), para los universitarios la prevalencia de fumadores fue del (14,4 %). En cuanto a la ocupación, la prevalencia de fumadores se comportó de forma siguiente: obreros (35 %), estomatólogos (30 %), técnicos y profesionales no formados en salud (27,1 %) y los técnicos propios de salud (25,0 %), enfermeros/as (16,5 %) y los médicos (10,8 %). (Tabla 4).

Tabla 4. Prevalencia del hábito de fumar en trabajadores del estudio según variables sociodemográficas

Variable	Total	%	Sí fuma	%	No fuma	%	Preva-lencia
Sexo							
Femenino	**707**	66,8	121	11,5	586	55,4	17,1
Masculino	**349**	33,0	111	10,5	238	22,1	31,8
Edad							
18- 29	**283**	26,7	50	4,7	233	22,1	17,6
30-50	**614**	58,1	132	12,5	482	45,0	21,4
50-60	**124**	11,7	41	3,9	83	7,9	33,0
+ de 60	**35**	3,3	9	0,9	26	2,5	25,7
Escolaridad							
Más de 12º	**575**	54,5	83	7,9	492	46,5	14,4
Menos de 12º	**481**	45,5	149	11,1	232	34,1	30,9
Ocupación							
Obreros	**246**	23,3	87	8,2	159	15,1	35,3
Técnicos y profesionales no propios	**162**	15,3	44	4,1	118	11,1	27,1
Técnicos superiores propios de salud	**36**	3,4	9	0,9	27	2,5	25,0
Enfermeros/as	**374**	35,3	62	5,9	312	29,5	16,5
Médicos	**212**	20,0	23	2,2	189	17,9	10,8
Estomatólogos	**10**	0,9	3	0,3	7	0,7	30,0
Total de trabajadores	**1056**	**100**	**232**	**21,9**	**824**	**78, 1**	**21,9**

Ante la pregunta a los sujetos sobre su disposición para dejar de fumar, hubo un predominio de respuestas positivas (65,9 %), pero el 10,3 % de los sujetos respondió que no estaban dispuestos y el 23,7 % plantearon que no sabían. Al analizar por variables sociodemográficas se observó que, en cuanto a la edad predominaron las respuestas positivas, en los sujetos de 18-29 años (76,0 %), seguidos por los de 30-50 (63,6 %) y después por los de 50-60 años (68,3 %). Sin embargo los sujetos mayores de 60 años respondieron que no estaban dispuestos (22,2 %) y que no sabían (24,4 %), solamente el 33,3 % estaban dispuestos para dejar el hábito de fumar. En el análisis por sexo tanto en los hombres como en las mujeres la disposición para dejar de fumar que sobresalió fue de (64,0 %) y (67,7 %) respectivamente. En cuanto a la ocupación se observó que en la mayoría de las categorías ocupacionales predominó la disposición para dejar de fumar, pero es llamativo que en los técnicos superiores no propios de la salud, el predominio de las respuestas se encontraba entre las repuesta, no y no sé, y en los técnicos propios de salud la distribución entre las respuestas afirmativas y negativas no mostró diferencia. Respecto al grado de escolaridad, tanto en los menores de 12º como en los universitarios predominó la disposición para dejar de fumar (69,5 %) y (61,4 %). Sin embargo las cifras de personas que respondieron que no y que no sabían, tanto en un grupo como en el otro no fueron despreciables (31,5 %) y (38,5 %). (Tabla 5).

Tabla 5. Comportamiento de la disposición para dejar de fumar según variables sociodemográficas

Variable		Disposición para dejar de fumar						
		Sí	%	No	%	No sé	%	Total
Edad	18-29	38	76,0	3	6,0	9	18,0	**50**
	30-50	84	63,6	15	11,4	33	25,0	**132**
	50-60	28	68,3	4	9,7	9	22,0	**41**
	Más de 60	3	33,3	2	22,2	4	24,4	**9**
Sexo	Masculino	71	64,0	16	14,4	24	21,6	**111**
	Femenino	82	67,7	8	6,6	31	25,6	**121**
Ocupación	Obreros	66	75,9	6	6,9	15	17,2	**87**
	Técnico básico y medios no propios	17	65,4	1	3,8	8	30,8	**26**
	Técnico superiores no propios	9	50,0	5	27,8	4	22,2	**18**
	Enfermeros técnicos. Básico, medio y universitario	39	62,9	5	8,1	18	29,0	**62**
	Médicos	12	52,2	4	17,4	7	30,4	**23**
	Estomatólogos	2	66,7	1	33,3	0	0	**3**
	Técnicos superiores de salud	4	44,4	2	22,2	3	33,3	**9**
	Dirigentes	4	100	0	0	0	0	**4**
Escolaridad	Menor de 12º	102	68,5	14	9,4	33	22,1	**149**
	Mayor de 12º	51	61,4	10	12,0	22	26,5	**83**

Ante la pregunta a los sujetos que fumaban sobre la necesidad de ayuda para dejar de fumar, hubo un predominio de respuestas positivas (64,9 %), aunque no se desechó el alto porcentaje de respuestas negativas (35,1 %). Al analizar por variables sociodemográficas se observó que en cuanto a la edad, todos los grupos manifestaron de forma positiva la necesidad de ayuda, solo en los sujetos de 18-29 años hubo un predomino de respuesta negativas (60,5 %). Con respecto al sexo tanto en los hombres como en las mujeres hubo un predominio de las repuestas positivas (67,6 %) y (67,0 %) respectivamente.

En cuanto a las categorías ocupacionales, en los obreros predominó la necesidad de recibir ayuda para dejar de fumar (72,2 %), también en los técnicos superiores no formados en salud (100 %) y en los enfermeros (64,1 %). Sin embargo en los técnicos superiores del sector de la salud la respuesta predominante fue negativa (100 %) y también en los técnicos medios no formados en el sector salud (64,7 %). En los médicos las respuestas estuvieron divididas: (50 %) refirieron la necesidad de ayuda y el otro (50 %) no refirió necesidad de ayuda.

Al analizar la necesidad de ayuda para la deshabituación, si se tiene en cuenta para la escolaridad pudo observarse, que tanto en los sujetos con mayor y menor instrucción escolar hubo un predominio de respuestas positivas (66,7 %) y (68,6 %). (Tabla 6).

Tabla 6. Comportamiento de la necesidad de ayuda profesional para dejar de fumar en los trabajadores que fuman

Variable		Necesidad de ayuda profesional para dejar de fumar				
		Sí	%	No	%	Total
Edad	18-29	15	39,5	23	60,5	**38**
	30-50	64	76,2	20	23,8	**84**
	50-60	19	67,9	9	32,1	**28**
	Más de 60	3	100	0	0	**3**
Sexo	Masculino	48	67,6	23	32,3	**71**
	Femenino	55	67,0	27	32,9	**82**
Ocupación	Obreros	51	72,2	15	22,7	**66**
	Técnico básico y técnicos medios no propios de salud	6	35,2	11	64,7	**17**
	Técnico superiores nos propios de salud	9	100	0	0	**9**
	Enfermeros, técnicos medios, básicos, y universitarios	25	64,1	14	35,8	**39**
	Médicos	6	50,0	6	50,0	**12**
	Estomatólogos	2	100	0	0	**2**
	Técnicos superiores de salud	0	0	4	100	**4**
	Dirigentes	2	50,0	2	50,0	**4**
Escolaridad	Menor de 12º	68	66,7	34	33,3	**102**
	Mayor de 12º	35	68,6	16	31,4	**51**

Los resultados obtenidos han permitido conocer la situación real sobre la práctica del hábito de fumar en trabajadores de la salud en el Hospital General de nuestra provincia.

DISCUSIÓN

La práctica del hábito de fumar en los trabajadores de nuestro centro asistencial es inferior a la prevalencia nacional, según la II Encuesta Nacional sobre ECNT,[3] sin embargo el dato no es despreciable, si se tienen en cuenta los efectos nocivos de este tóxico, que alcanza una dimensión mayor cuando se asocia a enfermedades crónicas. Es conocido que el tabaquismo es el factor de riesgo que más incide en las principales causas de morbilidad y mortalidad por estos padecimientos.[6] Las edades de comienzo de esta práctica según datos obtenidos en la mayoría de los sujetos, es a los 20 años, información que coincide con estudios nacionales, donde se expresa que la edad media para iniciarse en el consumo de tabaco es a los 17 años, situación que se da primero en los varones que en las hembras.[3]

Resulta llamativo que solamente el 0,7 % de los sujetos expresan padecer de cardiopatía isquémica, dato que no concuerda con los datos del Registro Nacional de Estadística ECNT.[7] Tal vez los datos reflejados por los trabajadores en las encuestas no son totalmente confiables o también, pueden estar infradiagnosticadas como sucede con una gran parte de las ECNT que más azotan a la población cubana en la actualidad, pudiera considerarse una limitación del presente estudio.

En datos registrados en la II Encuestas Nacional de ECNT se reportó que el 50 % de las personas mayores de 15 años y fundamentalmente en áreas urbanas no conocían su diagnóstico. Ferrer y col. han planteado que se supone que en muchos individuos la historia natural de las enfermedades del grupo está en etapas tempranas, subclínicas, e incluso en personas jóvenes, en las cuales el daño se está recién iniciando y puede ser aún reversible.[8]

Según la Sociedad Española de Cardiología (SEC)[9] dos de cada cinco muertes que se producen en el trabajo se deben a una enfermedad

cardiovascular, y el 30 % de la población trabajadora presenta un riesgo cardiovascular alto, ya que padece dos o más factores de riesgo (hipertensión, obesidad, diabetes, hipercolesterolemia, tabaquismo o sedentarismo). Por tal razón es importante concientizar la necesidad de establecer acciones de intervención multidisciplinarias encaminadas a prevenir los padecimientos cardiacos y a fomentar estilos de vida cardiosaludables, teniendo como escenario principal el centro de trabajo.

Así las nuevas estrategias que se diseñen en este sentido resultarán en una importante contribución al futuro de la salud de la población cubana.[4,8]

De forma similar a lo referido con la CI sucede con la DM, al declararse que solo un porcentaje muy bajo de trabajadores refirieron ser portadores de ella, no existe coincidencia con las tasas de prevalencia reportada por la literatura nacional.[3]

En algunos sujetos del estudio se combina la HTA con el hábito de fumar y la diabetes mellitus, esta combinación de factores de riesgo hacen propenso al individuo a padecer enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, porque aumenta la posibilidad de aparición de deterioro cognitivo y el riesgo de discapacidad y muerte.[10] Reducir su incidencia es una prioridad de las políticas de salud pública en todos los países, tanto desarrollados como en vías de desarrollo.[11]

En estudios realizados con fumadores diabéticos, en los que se produce un aumento del azúcar sanguíneo resulta más difícil controlar la enfermedad, sin dejar de mencionar que no solo afecta en esta patología, sino otras como las cardiovasculares y las cerebrovasculares.[11] Los principales factores de riesgo cardiovascular como son la hipertensión arterial (HTA), la hipercolesterolemia y el tabaquismo tienen efecto sinérgico con la DM para el surgimiento de aterosclerosis.[12]

Varios estudios han demostrado que muchas de ellas se pueden prevenir, disminuir su prevalencia o alargar su llegada, si se organizan de manera planificada y multifactorial un conjunto de acciones para reducirlas. Además, esas medidas preventivas son en términos económicos, mucho más rentables que abordar las ECNT una vez establecidas.[13-15]

Los resultados preliminares de CARMEN II, desarrollado en la provincia de Cienfuegos (2009-2010), ponen en alerta al sistema territorial de salud y al gobierno municipal, porque en lugar de reducirse estos problemas, se incrementan de manera alarmante.[16]

Se hace necesario reconsiderar ante estos datos, la necesidad de buscar alternativas en las políticas de salud en cuanto a la atención de los trabajadores del sector, para realizar un trabajo que debe ser jerarquizado, sistemático y con una perspectiva multidisciplinaria.

Por tanto, partir del conocimiento de si las personas fuman o no, puede ser un indicador significativo para iniciar estudios clínicos en estos sujetos. Este hábito nocivo hace al individuo más vulnerable a enfermar y se plantea que dejar de fumar aporta beneficios a corto, medio y largo plazo, que repercuten sobre la calidad de vida y hasta la mejora en la propia autoestima al conseguir romper la adicción a la nicotina.[17]

Se hace evidente que los trabajadores portadores de ECNT del estudio no han concientizado la necesidad de dejar de fumar cuando se padece de algunas de estas enfermedades, por bajos que parezcan los porcentajes, es extremadamente peligroso asociar el hábito de fumar con padecimientos crónicos. Por ejemplo, los cardiópatas que continúan fumando atentan de manera notable contra su calidad y cantidad de vida. Dejar de fumar reduce el riesgo de un ataque cardíaco hasta en un 65 %.[18]

Los hipertensos que fuman tienen un peor pronóstico en cuanto al padecimiento de enfermedades cardiovasculares ya que el humo del tabaco es biológicamente estimable en un significativo aumento de la presión arterial. No existe tolerancia del organismo al estímulo que la nicotina produce sobre la actividad del sistema nervioso simpático, encargado de la vasoconstricción que conduce al aumento de la presión arterial, frecuencia cardiaca y por lo tanto, aumento de la demanda miocárdica de oxígeno.[19]

Desde los estudios Framingham se estableció no solo la relación tabaco/enfermedad cardiovascular, sino también la relación dosis-efecto.[20] Otros estudios han determinado que las personas que fuman tienen un peor pronóstico, sobre todo si tienen un efecto

sinérgico otros factores de riesgo.[21,22]

Las neoplasias han ido ganando terreno en el campo de las enfermedades crónicas. En los últimos reportes estadísticos la distinguen como la primera causa de muerte en seis provincias de Cuba, entre las que se encuentra Cienfuegos.[7] Tales resultados hacen pensar que los datos obtenidos en la investigación no se corresponden con datos reales de la provincia, pero generalmente este tipo de padecimiento genera discapacidad parcial o total sobre todo si no se diagnostica en los estadios iniciales, y por tanto la mayoría de los trabajadores que se estudiaron se encuentran laboralmente activos, y por ende, en su mayoría no poseen padecimientos de ese tipo o al menos no lo tienen diagnosticados.

La asociación etiológica entre el hábito de fumar cigarrillos y el cáncer primitivo de pulmón ha sido sólidamente demostrada en las últimas décadas. También se conoce que la exposición a largo plazo al humo de segunda mano del cigarrillo y/o las infecciones respiratorias repetitivas también puede incrementar el riesgo de padecer enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).[23]

Esta problemática debe ser un elemento a considerar de forma jerarquizada en los centros de salud, hay una doble implicación en las consecuencias del tóxico: una; la afectación de la salud del trabajador, la otra; el no cumplimiento de las indicaciones establecidas por el Ministerio de Salud, donde se prohíbe fumar en los espacios sanitarios. A partir de la observación cotidiana puede afirmarse que no se exige por el cumplimiento de la ley 360 del MINSAP y que pese a que se han logrado progresos en este aspecto, no se aplican a nivel institucional todas las medidas decisivas para el control del tabaquismo.

La implementación de estrategias desde el centro de trabajo, encaminadas a prevenir y tratar las ECNT es un reto para los decisores de salud. Se señala el lugar de trabajo como el foco principal de la adopción de hábitos nocivos, marcados por el estrés, la depresión, los problemas crónicos de espalda, el consumo de alimentos poco saludables por falta de tiempo y las escasas oportunidades para encontrar horarios para realizar actividad física.

De ahí que los espacios laborales deben convertirse en escenarios educativos sensibilizadores de sus habitantes, sin excluir a nadie por la edad, sexo, ocupación o raza.

Al comparar los resultados del presente estudio con los obtenidos por otros autores realizado en un policlínico de la ciudad de Cienfuegos se observa, que la mayor cantidad de fumadores también eran obreros, (45,5 %) seguidos por los profesionales (24 %). Resulta interesante la marcada diferencia entre la ocupación obrero y el resto de los trabajadores, es en dicha ocupación extremadamente alta la prevalencia, por encima de la media nacional, de la provincia y del propio hospital.[3]

En otros estudios realizados fuera de Cuba sobre el hábito de fumar en médicos y estudiantes de medicina se encontró que el 47,6 % del total de la muestra informan ser fumadores activos, de ellos el 27,5 % de los hombres y el 19,8 % de las mujeres, y al analizar por el rango profesional, notifican fumar el 35,9 % de los médicos, cifra superior a la encontrada en el presente estudio.[24,25]

En el Instituto Mexicano de Seguridad Social la prevalencia de tabaquismo activo fue de 28,3 %, también superior a la prevalencia encontrada en esta investigación. Sin embargo, en cuanto a la diferencia entre sexos, las mujeres muestran en general una prevalencia menor que los hombres, datos que sí concuerdan con los resultados que se analizan.

También son diferentes los resultados en cuanto a enfermeros/as fumadores, con el estudio realizado en el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular de La Habana donde el porcentaje más alto de fumadores se encontró en el personal de enfermería.[24] Otro estudio realizado en el 2002 en el propio Instituto revela que el (22 %) de los médicos y el (26,7 %) de las enfermeras fumaban en el momento de la encuesta, resultados superiores a los obtenidos en los datos que se observan.

En este mismo estudio la prevalencia fue mayor para el sexo femenino, no así en los resultados registrados en trabajadores del Hospital Dr. Gustavo Aldereguía, donde la diferencia marca a favor de hombres al ser mayoritariamente fumadores.

Los resultados analizados en cuanto a la prevalencia de fumadores por sexo coinciden con los expuestos en la 2da. Encuesta Nacional sobre ECNT y Factores de Riesgo, donde se plantea que en Cuba los hombres fuman en general un 10 % más que las mujeres con la peculiaridad que la

diferencia entre féminas y hombres en el Hospital Gustavo Aldereguía asciende al 14 %.[3]

Se considera que el consumo de tabaco debe continuar incrementándose en las mujeres, las tasas de mortalidad y morbilidad asociadas al tabaco serán tan significativas como en los hombres o incluso más. Son congruentes los datos en cuanto al hábito de fumar con los resultados obtenidos por Rodríguez, donde encontró que los hombres fuman más que las mujeres30, también así se comportan en el estudio realizado por Pérez y col.[26]

Al analizar la escolaridad de los fumadores, la prevalencia mayor se reserva para los que han cursado estudio hasta 12º, para los universitarios la prevalencia de fumadores fue notablemente inferior. Puede pensarse que el conocimiento sobre la letalidad del tabaco puede convertirse un factor protector, pero por otra parte sería una contradicción, ya que trabajadores que fuman tienen alto nivel de instrucción y pertenecen al propio sistema de salud, con formación básica sobre las consecuencias del consumo del tabaco.

Todo lo anteriormente expresado demuestra que saber sobre lo nocivo del hábito de fumar, no define conductas para eliminar la adicción, y obliga a profundizar en el estudio de otras variables que interfieren en la determinación del individuo para abandonar el hábito. En otro estudio realizado en Cuba en el 2008 sobre esta problemática, se constató que no existe relación entre el nivel de conocimiento y el hábito de fumar.[27]

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la adicción conduce a la desafortunada situación en la que una persona que, a pesar de que se le considere una persona racional con motivaciones y conocimientos, y que entiende los riesgos que representa el tabaco, sigue consumiéndolo.[4]

Por el contrario, en algunos países en desarrollo, las personas de mejor situación social son las que más fuman. En Venezuela y Argentina, es más probable que fumen los hombres y las mujeres con un nivel educacional o socioeconómico alto. En Haití, Honduras, Chile, El Salvador y Perú las personas con un nivel educacional y socioeconómico más alto, o que viven en zonas urbanas, constituyen la mayoría de los fumadores.[4]

La educación desde edades tempranas de la vida debe constituirse un arma eficaz para prevenir el inicio del consumo en los niños, adolescentes y jóvenes y para persuadir a los que ya se han iniciado en la práctica del hábito.

Siempre el hábito de fumar es contraproducente, pero si se mantiene en periodos en que la salud de las personas empieza a resquebrajarse, su efecto nocivo se acentúa, justamente porque es en periodos tardíos de la vida donde aparecen con mayor frecuencia las ECNT asociadas a factores biológicos y a estilos de vida no saludables.

Existen otras variables que no se incluyen en este estudio, pero sin dudas coexisten con las ya analizadas y en presencia del hábito de fumar constituyen verdaderos disparadores de las ECNT, en una sinergia perfecta, pero con resultados fatales y quebrantadores de la calidad y cantidad de vida de las personas que tienen dicha adicción.

Aparentemente parece una contradicción que los trabajadores que más conocen sobre las consecuencias negativas del hábito de fumar (enfermeras, médicos, estomatólogos y técnicos de salud) no exista plena disposición para el abandono del tóxico. De igual manera se constató en un estudio realizado sobre hábitos y creencias de salud de la población médica española, donde se concluyó que en los profesionales existía una falta de correspondencia entre creencias y conocimientos en salud y los hábitos de vida.[28]

Tales resultados pueden explicarse por un principio psicológico básico relacionado con la regulación de la conducta, donde para ello es necesario que factores cognoscitivos y afectivos se involucren dando paso a la aparición del motivo, que en definitiva es quien incentiva a la modificación conductual.

Estar en la etapa precontemplativa (no, no sé) significa no haberse percatado de los riesgos de la adicción tabáquica, por tanto es imposible promover hacia el cambio. Esto hace pensar que no hay plena percepción de riesgo o un no total convencimiento para la modificación de la conducta, para lo cual debe instrumentarse lo planteado por el Artículo 14 del Convenio Marco para el Control del Tabaco (FCTC) de la Organización Mundial de la Salud[29] que insta a los gobiernos a incorporar el diagnóstico y tratamiento de la adicción al tabaco y servicios de asesoramiento para dejar de fumar en los

programas nacionales de salud y educación.

Un reporte investigativo con pacientes portadores de ECV arrojó que la no concientización del cambio conductual fue una de las variables que impidió la modificación del hábito tóxico,[30] por lo que las acciones interventivas además de promover conocimientos tienen que apelar a la esfera de las necesidades de cada individuo.

Los profesionales de la salud tienen el deber de brindar asesoramiento y tratar la adicción al tabaco como lo harían con cualquier otra enfermedad. El apoyo intensivo a la conducta, brindado por asesores adecuadamente capacitados para ayudar a los fumadores a abandonar el hábito, es la intervención no farmacológica más eficiente destinada a los fumadores que están fuertemente motivados a dejar el hábito.

La prevalencia de fumadores en el hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima es alta si se compara con la prevalencia a nivel nacional.

Se evidencia una baja percepción del riesgo que condiciona fumar asociado a una ECNT, al coexistir en sujetos del estudio la práctica del hábito nocivo con padecimientos crónicos.

La prevalencia más alta de fumadores por categorías ocupacionales les corresponde a los obreros, seguidos de los estomatólogos y después por los técnicos superiores de salud. Hay predominio de fumadores en los trabajadores con menor nivel de escolaridad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González R. Significación médico social y ético-humanística de las drogas. Rev cub salud pública. 2007;33(1):34-76

2. González R. Usted sí puede dejar de fumar. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2008

3. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones para la salud pública en Cuba para el 2015. La Habana: MINSAP; 2006

4. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia Regional y Plan de Acción para un Enfoque Integrado sobre Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas, incluyendo el Régimen Alimentario, la Actividad Física y la Salud. Washington, DC: OPS; 2007

5. Espinosa A, Navarro J, González LM, Santos E. Caracterización del consumo de tabaco en el adulto. Cienfuegos: Editorial Científico-Técnica; 1982

6. Lugones M, Ramírez M, Pichs LA, Miyar E. Las consecuencias del tabaquismo. Rev cub Hig Epidemiol. 2006;44(3):1-10

7. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2012 [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Estadísticas; 2012 [citado Sep 2013]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2013/04/anuario_2012.pdf

8. Ferrer L, Alfonso K, Bonet M, Guerra M, Rodríguez M, Díaz G. Intervenciones comunitarias contra enfermedades crónicas no transmisibles en el consejo popular Dragones. Rev cub salud pública. 2006;32(3):1-15

9. Servicio de Información y Noticias Científicas. Congreso de la Sociedad Europea de Cardiología. 2009 [Internet]. España: Fundación española para la Ciencia y la Tecnología; 2009 [citado 23 Nov 2013]. Disponible en: http://www.plataformasinc.es/index.php/esl/Agenda/Congreso-de-la-Sociedad-Europea-de-Cardiologia-ESC

10. González JL, Gómez N, González JL, Marín ME. Deterioro cognitivo en la población mayor de 65 años de dos consultorios del Policlínico La Rampa. Rev Cubana Med Gen Integr. 2006;22(3):1-15

11. Sánchez P, Lisanti N. Prevalencia de tabaquismo y actitud hacia ese hábito entre médicos del Azuay, Ecuador. Rev Panam Salud Pública. 2003;14(1):25-30

12. Martínez AR, González F, Nicolau O, Suárez B. Manifestaciones orales en portadores de diabetes Mellitus tipo 2 de reciente diagnóstico. AMC. 2010;14(1):1-12

13. Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, Barnes PJ, Buist SA, Calverley P, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. Am J Respir Crit Care Med. 2007;15;176(6):532-55

14. Beaglehole R, Ebrahim S, Reddy S, Voûte J, Leeder S; Chronic Disease Action Group.

Prevention of chronic diseases: a call to action. Lancet. 2007;370(9605):2152-7

15. Cooper RS, Ordúñez P, Iraola MD, Muñoz JL, Espinosa Brito A. Cardiovascular disease and associated risk factors in Cuba: prospects for prevention and control. Am J Public Health. 2006;96(1):94-101

16. Benet M, Morejón A, Espinosa AD, Landrove OO, Peraza D, Ordúñez PO. Factores de Riesgo para Enfermedades Crónicas en Cienfuegos, Cuba 2010. Resultados preliminares de CARMEN II. Medisur [revista en Internet]. 2010;8(2):1-10. Disponible en: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1166/70

17. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Las mujeres y el tabaquismo [Internet]. Atlanta: Departamento de salud y servicios humanos; 2009 [citado 23 Nov 2013]. Disponible en: http://www.cdc.gov/Spanish/tabaco/tabmujeres.htm

18. Ridker P, Libby P, Braunwald E, Douglas Z. Factores de riesgo de la enfermedad arterotrombótica. En: Braunwald E. Tratado de cardiología. Texto de Medicina Cardiovascular. 7ma. ed. Madrid: Elsevier; 2006: p. 939-53

19. Lugones M, Ramírez M, Pichs L y Miyar E. Enfoque actual Las consecuencias del tabaquismo. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2006;44(3):1-15

20. Christopher J, O'Donnell A, Roberto EC. Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. Rev Esp Cardiol. 2008;61(3):299-310

21. Ordovas JM. Colesterol y tabaco: clásicos que perduran en el tiempo. Rev Esp Cardiol. 2001;54(10):1143-5

22. American Cancer Society. Cancer facts and figures [Internet]. Altanta: Departamento de salud y servicios humanos; 2004 [citado 23 Nov 2013]. Disponible en: http://www.cancer.org/research/cancerfactsstatistics/index

23. Tonnesen P, Carrozzi L, Fagerström KO, Gratziou C, Jiménez-Ruiz C, Nardini S, et al. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. Eur Respir J. 2007;29(2):390-417

24. Dorado G, De Jesús I, Cepero A, Barreiro O. Hábito de fumar y alcoholismo. Rev Cubana Enfermer. 2003;19(2):234-312

25. Hasánn JD, Ramírez HM, Adrian C, Sena CA, Lojo JR. Encuesta sobre Tabaquismo en estudiantes de 1º a 6º año de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes. Argentina. Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina. 2003;1(124):10-3

26. Pérez T, Gómez MM, Luna OL, Pomo M. Algunos factores de riesgos conocidos en enfermedades crónicas no transmisibles. Gaceta Médica Espirituana. 2008;10(2):1-15

27. Camps C, Sánchez PT, Sirera R. Inmunología, estrés, depresión, y cáncer. Psicooncología. 2006;3(1):35-48

28. Moreno E, Gil J, Blanco J. Hábitos y creencias de salud en médicos y estudiantes de Medicina. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2006;6(1):99-110

29. Organización Panamericana de la Salud. Informe Mundial de la OMS sobre la Epidemia Global de Tabaquismo. Convenio Marco para el Control del Tabaco (FCTC) de la Organización Mundial de la Salud. Rev chil Enferm Respir. 2003;19(3):1-20

30. Rodríguez Rodríguez T. Estrategia de atención psicológica a pacientes con infarto agudo del miocardio en fase hospitalaria [Internet]. La Habana: Repositorio de Tesis Doctorales. Infomed; 2008 [citado 12 Dic 2013]. Disponible en: http://tesis.repo.sld.cu/117/