

Factores relacionados con el hábito tabáquico en personal sanitario

Related factors to tobacco consumption in healthcare workers

**M^a Teófila Vicente-Herrero¹, Ivanka Torres Segura², Olivia Sanz Martínez³,
Luisa Capdevila García⁴, M^a Victoria Ramírez Iñiguez de la Torre⁵**

1. Servicio de Prevención. Grupo Correos. Valencia-Castellón 2. Hospital La Fe. Servicio de Prevención-Residente. Valencia
3. Hospital Dr. Peset. Anatomía Patológica-Residente. Valencia 4. Servicio de Prevención Mancomunado MAPFRE. Valencia
5. Servicio de Prevención. Grupo Correos. Albacete-Cuenca

Correspondencia

M^a Teófila Vicente Herrero
Medicina del Trabajo
Servicio de Prevención-Correos
Plaza del ayuntamiento 24-2. 46002 - Valencia
E-mail: mtvh@ono.com

Recibido: 2 - VII - 2018

Aceptado: 23 - VIII - 2018

doi: 10.3306/MEDICINABALEAR.33.03.11

Resumen

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo. En la clasificación de los factores de riesgo cardiovascular, el tabaco ocupa un lugar prioritario y los trabajadores sanitarios son un colectivo especialmente sensible, tanto por las implicaciones personales para su salud como por su papel ejemplarizante en consejo sanitario a los pacientes.

Objetivos: Describir y analizar el hábito tabáquico en profesionales sanitarios y su asociación con factores demográficos, laborales y estilo de vida.

Método: Estudio descriptivo transversal en profesionales sanitarios de un hospital público mediante encuesta auto-cumplimentada por 295 trabajadores estableciendo 3 categorías en función del hábito tabáquico: fumadores, exfumadores y no fumadores.

Resultados: El 20,7% de la población es fumadora y el 26,1 exfumadora. El modelo de regresión destaca una OR mayor de ser fumador entre el colectivo de celadores (23.38), cuando el trabajo es en turno fijo (2.11), entre los que consumen alcohol a diario (3.55) y entre aquellos que nunca practican ejercicio (2.97).

Conclusiones: El hábito tabáquico no es igual en todos los profesionales del colectivo sanitario estudiado, es mayor en celadores, en turno fijo, y relacionado con hábitos no saludables como el consumo de alcohol y sedentarismo.

Palabras clave: Uso de Tabaco, Trabajadores Sanitarios, Salud Laboral.

Abstract

Introduction: Cardiovascular diseases are the leading cause of death worldwide. In the classification of cardiovascular risk factors, tobacco occupies a high priority and healthcare workers are a particularly sensitive group, both because of the personal implications for their health and because of their teaching and exemplary role in providing health advice to patients.

Objective: Describe and analyse the smoking habit in health professionals and its association with demographic, work conditions and lifestyle factors.

Material and Methods: Transversal descriptive study in health professionals of a public hospital by means of a self-completed survey of a sample of 295 health professionals, establishing 3 categories based on smoking: smokers, ex-smokers and non-smokers.

Results: 20.7% of the population is a smoker and 26.1 is an ex-smoker. The regression model highlights a greater OR of being a smoker among the group of warders (23.38), when the work is in the fixed shift (2.11), among daily consumers of alcohol (3.55) and among those who never practice exercise (2.97).

Conclusions: The smoking habit is not the same in all the sanitary workers, it is greater among the warders, in fixed shift and related to unhealthy habits such as alcohol consumption and sedentary lifestyle.

Keywords: Tobacco use, Health Workers, Occupational Health.

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo¹. Cada año mueren más personas por estas enfermedades que por cualquier otra causa y se estima que en el año 2030 fallecerán cerca de 23,6 millones de personas, principalmente por cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, estando previsto que sigan siendo la principal causa de muerte a nivel mundial². En la clasificación de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), el tabaco ocupa un lugar prioritario y es considerado factor mayor, por su clara evidencia en la relación causal independiente, junto con: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus y edad³.

Las políticas sanitarias de la mayor parte de los países occidentales han ido restringiendo paulatinamente el hábito tabáquico en lugares públicos y ambientes de trabajo. En lo que compete a España, para acomodarse a la legislación europea, se aprobó la Ley 28/2005⁴, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y regulación de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco (conocida popularmente como Ley antitabaco), modificada posteriormente por la vigente Ley 42/2010, de 30 de diciembre⁵. Esta legislación ha condicionado una reducción en el consumo en población trabajadora y en instituciones sanitarias, así lo muestra un reciente estudio entre médicos residentes de nuestro país⁶.

En países como Estados Unidos y, tomando como base la Encuesta Nacional de Salud (2014-2016), destaca que, entre los adultos que trabajan, el 22.1% (32.7 millones) usan cualquier forma de tabaco, un 15.4% consume cigarrillos, el 5.8% usa otros tipos de tabaco combustible (puros, pipas, pipas de agua, etc.), un 3.0% usa tabaco sin humo y el 3.6% usa cigarrillos electrónicos. Por sector de actividad, las cifras van desde un 11% de consumo de cualquier tabaco en el sector de la educación, al 34.3% entre los trabajadores de la construcción. Datos evolutivos de consumo entre personal sanitario en Cataluña entre 2001 y 2011 muestran una clara disminución en el colectivo de médicos y enfermeras, aunque no entre los administrativos, y permiten afirmar que el descenso observado en la prevalencia no disminuye de la misma manera entre todos los tipos de trabajadores de la salud y que sigue siendo alta en comparación con la prevalencia de la población general. La reducción del consumo coincide con las medidas introducidas después de los cambios legislativos⁷. Estos resultados de consumo decreciente contrastan con trabajos previos a la implantación de la Ley, en los que existía un gran porcentaje de personal de atención primaria que fumaba y en los que se destacaba el efecto negativo de estas actitudes, que no eran las que cabría esperar de un grupo de personas visto como ejemplo por otros, recomendándose, ya en ese momento, dar prioridad a la intensi-

ficación de los procedimientos de toma de conciencia y ayuda para dejar de fumar y a los cursos de capacitación para ponerlos en marcha⁸.

No obstante, este efecto de sensibilización de abandono de tabaco entre personal sanitario debe iniciarse ya en la etapa formativa. En una publicación reciente de un estudio realizado entre estudiantes de odontología, en la Universidad de Santiago de Compostela, se muestra que el 18.3% eran fumadores y que la intención de abandonar el hábito era baja (prueba de Fagerström), aunque la mayoría de los estudiantes (94.2%) consideró apropiado promover actividades para dejar de fumar⁹.

En los últimos años, varias organizaciones de la salud han adoptado el modelo de intervención breve de 5A (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange) centrado en guías basadas en la evidencia para dejar de fumar. En un estudio realizado en trabajadores de la salud de Cataluña, examinando factores individuales, cognitivos, conductuales y organizacionales asociados al 5A, se concluye que los trabajadores sanitarios no realizan las 5 A por completo. Las principales barreras identificadas sugieren la necesidad de capacitar y poner a disposición guías prácticas específicas en los servicios de salud y contar con un soporte organizacional que permita avanzar hacia la implementación de este modelo¹⁰.

En España, desde la entrada en vigor de la ley, se han puesto en marcha programas promovidos por las instituciones públicas en todas las comunidades autónomas, a través de la red de centros de atención primaria y de sus diferentes servicios especializados de deshabituación, como respuesta al incremento de la demanda de ayuda para dejar de fumar. Las diferentes comunidades desarrollaron planes de ayuda de diverso tipo, tanto en lo referente a la atención presencial como a través de servicios informativos dirigidos a la sociedad. Así lo muestra el informe presentado a las Cortes Generales de evaluación del impacto sobre la salud pública de la Ley 42/2010¹¹.

Es objetivo de este trabajo describir y analizar el hábito tabáquico entre los profesionales sanitarios de un hospital público, así como su relación con factores demográficos, laborales y estilo de vida, como paso necesario para poner en marcha actuaciones preventivas con un enfoque más preciso en función de los resultados obtenidos.

Método

Estudio descriptivo transversal en trabajadores pertenecientes a una entidad sanitaria en la que 1.830 trabajadores acuden como promedio anual a reconocimientos de vigilancia periódica de la salud, siendo 301 los que acudieron en el periodo de recogida de datos (enero - marzo) y de los que 295 (98.5%) participaron en el mis-

mo, de forma voluntaria, mediante encuesta elaborada por los autores, no validada y autocumplimentada, estableciendo 3 categorías en función del hábito tabáquico: fumadores, exfumadores y no fumadores.

No hubo selección previa de participantes. Se obtuvo el consentimiento verbal de los trabajadores para la utilización de los datos con fines epidemiológicos y se comunicó a los Comités de Seguridad y Salud.

Se relaciona el hábito tabáquico con las siguientes variables demográficas, laborales y relacionadas con el estilo de vida:

- Sexo: hombre, mujer.
- Edad categorizada en 5 grupos: <30, 30-39, 40-49, 50-59, >60.
- Puesto de trabajo: facultativo, enfermero/a, auxiliar de enfermería, administrativo/a, celador/a, fisioterapeuta, técnico/a, mantenimiento, psicólogo/a.
- Tipo de trabajo: partiendo de la CNO-94 que permite dividir a los trabajadores en manuales (*blue collar*) y no manuales (*white collar*), para ello se tiene en cuenta el listado de ocupaciones a nivel del primer dígito, del 1 al 9. Los trabajadores con un primer dígito entre 1 y 4 se consideran trabajadores no manuales mientras que los trabajadores con un primer dígito comprendido entre 5 y 9 serán incluidos en la categoría de trabajadores manuales¹².
- Horario/turno de trabajo: turno fijo mañana/tarde, turno alterno/rodado, turno fijo con guardias, turno fijo noche.
- Consumo de:
 - Café: > 3 día, 1-3 día, No consumo.
 - Alcohol: Ocasional, No consumo, 1-2 copas/día, >3 copas/día.
 - Medicación de cualquier tipo: si/no.
- Práctica habitual de ejercicio físico: semanal, esporádico, nunca, diario.
- Percepción que tiene el trabajador sobre el cuidado que tiene de su salud en cuanto a los hábitos de vida: si/no.
- Autopercepción de buena salud: si/no.

La distribución de frecuencias se muestra en la **tabla I**.

Se ha realizado un análisis bivariante de todas las variables respecto al grupo de hábito tabáquico. Para las variables categóricas se han realizado tablas de contingencia, analizando la asociación entre variables con el test chi cuadrado de Pearson o, cuando ha sido necesario por presentar conteos de valores esperados menores de 5 en al menos el 20% de las celdas, con el test exacto de Fisher. El hábito tabáquico es la variable dependiente y el resto son variables explicativas.

Con las variables que muestran asociación estadísticamente significativa con el hábito tabáquico o un p-valor en la tabla de contingencia < 0,05 (grupo de edad, puesto de trabajo, turno, consumo de café, de alcohol y ejerci-

cio físico habitual) se ha realizado un modelo de regresión multinomial multivariante estableciendo como grupo de referencia el de no fumadores.

El análisis estadístico se realiza con R versión 3.3.2 Copyright (C) 2016 The R Foundation for Statistical Computing.

Tabla I: Características de la muestra poblacional sanitaria estudiada (Enero-Marzo de 2018).

Variable		n	%
Sexo	Hombre	69	23.4
	Mujer	226	76.6
Edad	<30	34	11.5
	30-39	93	31.5
	40-49	78	26.4
	50-59	62	21.0
	> 60	28	9.5
Hábito tabáquico	Fumador	61	20.7
	Exfumador	77	26.1
	Nunca fumador	157	53.2
Tipo de trabajo	Manual	53	18
	No manual	242	82
Puesto de trabajo	Facultativo	112	38
	Administrativo	23	7.8
	Auxiliar enfermería	33	11.2
	Celador	10	3.4
	Enfermero	98	33.2
	Fisioterapeuta	8	2.7
	Mantenimiento	2	0.7
	Psicólogo	1	0.3
	Técnico	8	2.7
Horario/turno	Fijo: mañana/ tarde	149	50.5
	Alterno/rodado	78	26.4
	Fijo + guardias	64	21.7
	Fijo noche	4	1.4
Consumo de café	No consumo	73	24.7
	1-3/día	208	70.5
	>3/día	14	4.7
Hábito tabáquico	Fumador	61	20.7
	Exfumador	77	26.1
	No fumador	157	53.2
Consumo de alcohol	ocasional	193	65.4
	No consumo	97	32.9
	1-2 copas/día	5	1.7
Toma de medicación	no	219	74.2
	si	76	25.8
Práctica de ejercicio	Semanal	115	39
	Esporádico	87	29.5
	Nunca	56	19
	Diario	37	12.5
Percepción de autocuidado	si	229	77.6
	no	66	22.4
Percepción de salud	si	273	92.5
	no	22	7.5

Resultados

En el descriptivo de la muestra se observa un mayor porcentaje de no fumadores, mayor participación de mujeres, edad media 43 años, trabajadores en puestos de trabajo no manual, mayoritariamente incluidos en las categorías de facultativo o enfermería y prioritariamente con turno

fijo (mañana o tarde), con un consumo de 1-3 cafés/día, bebedores ocasionales, no consumidores de medicación habitual y con práctica semanal de ejercicio físico. El 77.6% de los trabajadores considera que cuida su salud y el 92.5% tienen buena percepción personal de su estado de salud (**Tabla I**).

En el estudio bivalente no se observan diferencias significativas entre el hábito tabáquico y el sexo, ni en relación con el tipo de trabajo desempeñado, la toma de medicación habitual, ni con la percepción de salud o el autocuidado de la salud, pero sí se observa relación con significación estadística entre el hábito tabáquico y la edad (mayor

consumo entre los mayores de 50 años), en el colectivo de celadores y tendencia a un mayor consumo entre los que desempeñan trabajos manuales (aunque sin clara significación estadística), cuando el turno es fijo y cuando se consume conjuntamente alcohol o café. El grupo que no realiza actividad física nunca presenta un aumento significativo de hábito tabáquico (**Tabla II**).

El modelo de regresión confirma una mayor probabilidad de ser fumador entre el colectivo de celadores, cuando el trabajo es en el turno fijo (de mañana o de tarde), entre los consumidores de alcohol y entre aquellos sin práctica de ejercicio habitual (**Tabla III**).

Tabla II: Relación del hábito tabáquico en la población laboral estudiada y factores relacionados.

	Fumador		Ex Fumador		No Fumador		p_valor
	n	%	n	%	n	%	
Relación hábito tabáquico y sexo							
hombre	11	15.9	16	28.2	42	60.9	0.323
mujer	50	22.1	61	27	115	50.9	
Relación de hábito tabáquico y edad							
<30	10	29.4	2	5.9	22	64.7	0.432
30-39	14	15.1	17	18.3	62	66.7	
40-49	12	15.4	21	26.9	45	57.7	
50-59	17	27.4	26	41.9	19	30.6	
>60	8	28.6	11	39.3	9	32.1	
Relación de hábito tabáquico y puesto de trabajo							
Facultativo	17	15.2	24	21.4	71	63.4	0.015
Administrativo	7	30.4	9	39.1	7	30.4	
Auxiliar enfermería	7	21.2	10	30.3	16	48.5	
Celador	6	60	2	20	2	20	
Enfermero	20	20.4	24	24.5	54	55.1	
Fisioterapeuta	1	12.5	3	37.5	4	50	
Mantenimiento	0	0	2	100	0	0	
Psicólogo	0	0	0	0	1	100	
Técnico	3	37.5	3	37.5	2	25	
Relación de hábito tabáquico y tipo de trabajo							
Manual	14	26.4	17	32.1	22	41.5	0.167
No manual	47	19.4	60	24.8	135	55.8	
Relación de hábito tabáquico y turno de trabajo							
Fijo mañana/ tarde	35	23.5	49	32.9	65	43.6	0.017
Alternativo/rodado	14	17.9	18	23.1	46	59	
Fijo + guardias	11	17.2	9	14.1	44	68.8	
Fijo noche	1	25	1	25	2	50	
Relación de hábito tabáquico y consumo de café							
No consumo	11	15.1	21	28.8	41	56.2	0.649
1-3/día	46	22.1	52	25	110	52.9	
>3/día	4	28.6	4	28.6	6	42.9	
Relación de hábito tabáquico y consumo de alcohol							
No consumo	9	9.3	35	36.1	53	54.6	0.000
Ocasional	49	25.4	41	21.2	103	53.4	
1-2 copas/día	3	60.0	1	20	1	20	
Relación de hábito tabáquico y consumo de medicación habitual							
no	44	20.1	53	24.2	122	55.7	0.316
si	17	22.4	24	31.6	35	46.1	
Relación de hábito tabáquico y práctica de ejercicio habitual							
Semanal	24	20.9	36	31.3	55	47.8	0.089
Esporádico	12	13.8	17	19.5	58	66.7	
Nunca	16	28.6	15	26.8	25	44.6	
Diario	9	24.3	9	24.3	19	51.4	
Relación de hábito tabáquico y percepción de autocuidado de la salud							
si	43	18.8	62	27.1	124	54.1	0.313
no	18	27.3	15	22.7	33	50	
Relación de hábito tabáquico y percepción de buena salud							
si	58	21.2	67	24.5	148	54.2	0.097
no	3	13.6	10	45.5	9	40.9	

Discusión

Los resultados de este estudio muestran que no hay una asociación estadísticamente significativa entre sexo y hábito tabáquico, aunque hay que considerar el sesgo de que el porcentaje de fumadores en la muestra es mayor entre las mujeres que entre los hombres.

Existe asociación estadística entre la edad y el hábito tabáquico: la proporción de ex fumadores es más alta en los

grupos de mayor edad, y la probabilidad de ser fumador en el momento actual, es menor entre los 30 y 49 años, aunque estas diferencias no alcanzan la significación estadística.

Respecto al tipo de trabajo desempeñado, para los celadores aumenta la probabilidad de ser fumador y la proporción de consumo de tabaco es mayor entre los que realizan trabajos manuales.

Tabla III: Factores predictivos relacionados con el hábito tabáquico en la población laboral estudiada.

	OR	IC95%inf	IC95%sup	P_valor
Probabilidad de ser fumador comparando con grupo de 30-39 años				
<30	1.75	0.63	4.89	0.285
40-49	0.78	0.29	2.08	0.620
50-59	2.43	0.91	6.50	0.077
>60	2.53	0.72	8.94	0.150
Probabilidad de ser fumador comparando con grupo de facultativos				
Administrativo	3.44	0.85	13.84	0.08
Auxiliar de enfermería	2.26	0.54	9.37	0.26
Celador	26.38	3.48	199.74	0.00
Enfermero	1.65	0.62	4.39	0.31
Fisioterapeuta	0.89	0.08	10.14	0.92
Técnico	3.52	0.40	30.61	0.26
Probabilidad de ser fumador en función del horario/turno de trabajo				
Alternativo/rodado	0.38	0.14	0.98	0.04
Fijo + guardias	0.94	0.34	2.60	0.90
Fijo noche	1.17	0.06	24.04	0.92
Probabilidad de ser fumador en función del consumo de alcohol				
Diario	3.55	1.44	8.77	0.01
Ocasional	20.07	1.29	312.59	0.03
Probabilidad de ser fumador en función del ejercicio habitual				
Nunca	2.97	1.04	8.47	0.04
Semanal	2.02	0.84	4.84	0.12
Diario	2.25	0.71	7.20	0.17
Probabilidad de ser exfumador comparando con grupo de 30-39 años				
<30	0.38	0.08	1.82	0.224
40-49	1.41	0.63	3.15	0.399
50-59	4.05	1.70	9.69	0.002
>60	3.20	1.05	9.78	0.041
Probabilidad de ser exfumador comparando con grupo de facultativos				
Administrativo	1.87	0.54	6.48	0.326
Auxiliar enfermería	1.29	0.39	4.23	0.679
Celador	2.60	0.28	24.66	0.405
Enfermero	1.02	0.41	2.50	0.973
Fisioterapeuta	1.63	0.29	9.15	0.577
Técnico	2.31	0.31	17.28	0.415
Probabilidad de ser exfumador comparando con grupo de turno fijo mañana/tardes				
Alternativo	0.54	0.23	1.25	0.150
Fijo +guardias	0.65	0.24	1.74	0.389
Fijo noche	1.29	0.10	17.39	0.847
Probabilidad de ser exfumador comparando con grupo de no consumidores de alcohol				
Diario	0.69	0.36	1.32	0.260
Ocasional	0.86	0.04	16.71	0.923
Probabilidad de ser exfumador en función del ejercicio habitual				
Nunca	1.60	0.62	4.14	0.331
Semanal	2.19	1.02	4.71	0.044
Diario	1.51	0.52	4.35	0.447

- Las OR obtenidas son ajustadas por el resto de variables incluidas en este análisis: grupo de edad, sexo, puesto de trabajo, turno de trabajo, consumo de alcohol y ejercicio habitual.
- Se consideran categorías de referencia: grupo de 30 - 39 años, facultativos, turno fijo mañana/tarde, no consumidores de alcohol, ejercicio ocasional.
- Medidas de probabilidad: IC95%=intervalo de confianza, p<0.05 y odds ratio.

Contrariamente a lo que cabría pensar, la proporción de fumadores entre los trabajadores de turno fijo (tanto noche como mañana/tarde) es mayor que entre los trabajadores que realizan guardias o que trabajan a turno rodado.

En cuanto a los hábitos de vida, en nuestra muestra, la probabilidad de ser fumador es mayor entre los grupos que consumen más café, pero sin que se pueda afirmar que exista una asociación significativa. Sin embargo, esta asociación sí ocurre en lo que respecta al consumo de alcohol ya que, a mayor consumo de alcohol, mayor proporción de fumadores, siendo esta diferencia estadísticamente significativa para cualquier consumo de alcohol. El grupo que realiza ejercicio físico de forma esporádica tiene menor proporción de fumadores que los que nunca lo practican, pero sorprendentemente, también que los que practican ejercicio de forma semanal y diaria. Al incluir la variable en el modelo multivariante y ajustarla por edad, sexo, puesto de trabajo, horario y consumo de alcohol, el grupo que no realiza actividad física nunca presenta un aumento estadísticamente significativo en la probabilidad de ser fumador respecto al grupo de referencia (ejercicio ocasional).

No existe asociación estadística entre el uso de medicación habitual y el hábito tabáquico, ni entre la percepción de cuidado de la salud o de buena salud y el hábito tabáquico.

El hábito tabáquico es especialmente importante entre los profesionales sanitarios, ya que tienen un papel fundamental para la población en el proceso de dejar de fumar, tanto como asesores o como modelos de conducta para los ciudadanos, y una responsabilidad concreta en la prevención del tabaquismo. Por ello, es necesario implantar programas de capacitación para los trabajadores de la salud y mejorar su preparación específica en las técnicas para dejar de fumar a fin de brindar apoyo activo a sus pacientes¹³. Este papel debe empezar con el propio ejemplo del sanitario –no fumador– y desde las primeras etapas de su formación académica. Los estudiantes en profesiones de la salud son futuros ejercientes con responsabilidad sanitaria pública y, por ello, necesitan ir identificando y documentando sus conocimientos, actitudes y prácticas con respecto al tabaquismo, para una posterior actuación efectiva y eficaz en hábitos de vida saludable, entre los que destaca el hábito tabáquico y que debe iniciarse ya desde su etapa de prácticas.

Estudios llevamos a cabo sobre hábito tabáquico en hospitales universitarios de países tan dispares como Lagos y Nigeria coinciden con nuestros resultados en que, a pesar de que sigue habiendo fumadores, la prevalencia de tabaquismo baja entre los estudiantes de profesionales de la salud, lo que favorece el hecho de que podrán ejercer un papel positivo en la reducción del hábito tabáquico entre sus futuros pacientes, por lo que se recomienda que todos los profesionales sanitarios desde su etapa formativa puedan contar con una unidad de asesoramiento sobre el tabaco¹⁴. Esto es especialmente importante para el pos-

terior ejercicio profesional, ya que los servicios ofrecidos para dejar de fumar en las instituciones sanitarias se llevan a cabo principalmente por médicos (63%), personal de enfermería (51%) y psicólogos (51%)¹⁵. Estos programas se han puesto en práctica en casi todos los países del mundo, como ocurre en hispanoamérica¹⁶ y en España¹⁷.

El tabaquismo de los médicos puede afectar el suministro de tratamientos para dejar de fumar a los pacientes, puesto que los fumadores están menos predispuestos que los no fumadores o exfumadores a aconsejar a sus pacientes que abandonen el tabaco, aunque es más probable que los remitan a programas para dejar de fumar¹⁸. Lo mismo ocurre entre el colectivo de enfermería, el tabaquismo parece tener un impacto negativo en la entrega de estos profesionales en lo que se refiere a las prácticas para dejar de fumar. El nivel general de compromiso de la enfermería con las intervenciones para dejar de fumar requiere el abandono del tabaco por su parte, para lograr una mayor eficacia en los programas en los que participen como profesionales en deshabituación¹⁹.

Nuestros resultados muestran relación entre el hábito tabáquico y el estilo de vida y, de forma especial, con el consumo conjunto de alcohol y tabaco, aspecto que se ha señalado previamente en otros trabajos que afirman la existencia de una fuerte asociación entre ambos, lo que puede mejorar las intervenciones conjuntas en ambos consumos para potenciar su eficacia en entornos ocupacionales²⁰.

En cuanto a los turnos de trabajo, nuestros resultados discrepan de los de otros autores, ya que el mayor hábito tabáquico se produjo entre los trabajadores con turno fijo, tanto de mañana como de tarde, si bien hay que considerar como sesgo que el tamaño muestral no es homogéneo en cuanto a la distribución por turnos y se requeriría ampliar la muestra para confirmar los resultados. Otros autores han destacado el peso del trabajo nocturno tanto en un mayor hábito tabáquico como de alcohol, recomendando expresamente vigilar de cerca a este colectivo de trabajadores e implementar para estos turnos programas de control en estos consumos y en cuanto a las enfermedades relacionadas con el tabaquismo. Investigaciones adicionales permitirán confirmar esta asociación y ayudar a lograr un mayor éxito preventivo y terapéutico²¹

Cualquier intervención que se realice sobre el abandono del tabaco debe considerar conjuntamente la forma de vida de la persona incluyendo la dieta, el consumo de otros tóxicos y la práctica de ejercicio habitual dada la interconexión que hay entre todos ellos. Nuestros resultados resaltan la fuerte asociación entre el hábito tabáquico y la poca o nula práctica de ejercicio físico. Este aspecto ya había sido incorporado en otros trabajos apoyando el que se realicen intervenciones adaptadas a los distintos niveles educacionales para reducir el hábito tabáquico, mejorando el consumo de alimentos y aumentando la actividad física en las áreas de intervención²².

En cuanto a la relación del hábito tabáquico y factores socio-culturales, las probabilidades de fumar aumentan de forma inversa al nivel formativo y son mayores cuanto menores son los ingresos y en situaciones de desempleo, si bien esta relación no es lineal. En nuestro trabajo se muestra un mayor consumo dentro del colectivo de celadores, coincidiendo con los resultados de otros trabajos que apoyan mayores probabilidades de consumo entre los trabajadores manuales²³, si bien en la bibliografía se pone de manifiesto que junto con el tipo de trabajo o puesto desempeñado, se encuentra asociados otros factores ya comentados previamente como el consumo de alcohol y el uso de otras sustancias adictivas²⁴.

La principal fortaleza de este trabajo se basa en tener una muestra específica de personal sanitario con participación de una buena parte de los grupos profesionales incluidos en las instituciones sanitarias. Como principales limitaciones se destacan la subjetividad de las respuestas que traslada el trabajador, el no tener un comparativo con otras instituciones sanitarias y el hecho de no contar con una representación equiparable de todos los grupos profesionales, por lo que no es posible extrapolar los resultados. Del mismo modo, en algunos de los grupos sanitarios, el número de participantes es escaso, lo que puede ser un sesgo en los resultados obtenidos.

A esto se une el hecho de que no se ha realizado muestreo probabilístico en el diseño transversal, no pudiendo asegurarse la representatividad de los datos incluidos. Al tratarse de personal voluntario se podría considerar esto como un sesgo de selección, explicando su influencia sobre los resultados.

El papel del personal sanitario en programas de deshabituación tabáquica es claro. Las asociaciones de profesionales de la salud en países, como Japón, ya han tomado la iniciativa de formar coaliciones a nivel nacional para avanzar en el control del tabaco incluyendo a diversos profesionales del ámbito de la salud, desde medicina, enfermería, medicina tradicional y otras organizaciones de profesionales trabajando de manera concertada para mejorar y promover el control del tabaco²⁵.

En nuestro país, el hábito tabáquico entre el personal sanitario sigue siendo un tema prioritario en salud laboral, tanto por los efectos en su bienestar como por el papel ejemplarizante del sanitario frente a los pacientes o trabajadores, especialmente en campañas de promoción de la salud desde las empresas que incorporen mejoras en el estilo de vida, donde parte de la tarea es la inclusión de programas de deshabituación tabáquica y donde el profesional sanitario es pieza clave.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares. OMS. Nota descriptiva de enero de 2015. Consultado el 1 de diciembre de 2017. [Citado el 10 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>.
2. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*. 2006;3(11):e442.
3. Wan EYF, Fong DYT, Fung CSC, Yu EYT, Chin WY, Chan AKC, et al. Classification Rule for 5-year Cardiovascular Diseases Risk using decision tree in Primary Care Chinese Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Sci Rep*. 2017;7(1):15238.
4. Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. L. N° 28/2005 (26 Dic 2005).
5. Ley por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. L. N° 42/2010 (30 Dic 2010).
6. Ranchal Sánchez A, Pérula de Torres LÁ, Santos Luna F, Ruiz-Moral R. Prevalence of tobacco consumption among young physicians at a regional university hospital in southern Spain: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2018;8(2):e018728.
7. Reyes Urueña JM, Burón Pust A, Sala Serra M, Serra Pujadas C, Diaconu A, Macià Guilà F. Temporal evolution of tobacco consumption among health care workers in a Catalan hospital, Spain. *Rev Esp Salud Publica*. 2013;87(4):407-17.
8. Ortiz Marrón H, Palancar de la Torre JL, Cañamares Recuenco V, Molina Ruiz W, González de Vega C, Navarro Blanco A. Tobacco addiction in primary health care workers in the health area number 4 of Insalud in Madrid: prevalence of consumption and attitude. *Rev Esp Salud Publica*. 1996;70(3):295-302.
9. Lorenzo Pouso AI, Pérez Sayáns M, Pérez López D, Otero Rey EM, García García A, Blanco Carrión A. Knowledge About the Relation Between Tobacco and Disease and the Attitude Toward Advising the Cessation of Its Consumption Among a Group of Spanish Dental Students. *J Cancer Educ*. 2017 Sep 9. [Epub ahead of print].
10. Martínez C, Castellano Y, Andrés A, Fu M, Antón L, Ballbè M, Fernández P, Cabrera S, Riccobene A, Gavilan E, Feliu A, Baena A, Margalef M, Fernández E. Factors associated with implementation of the 5A's smoking cessation model. *Tob Induc Dis*. 2017;2;15:41.
11. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe a las Cortes Generales de evaluación del impacto sobre la salud pública de la Ley 42/2010. [Citado el 10 de marzo de 2018]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Informe_Impacto_Salud_Ley_Tabaco.pdf.
12. Domingo Salvany A, Regidor E, Alonso J, Alvarez Dardet C. Una propuesta de medida de la clase social. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*. *Aten Primaria*. 2000;25(5):350-63.
13. Juranić B, Rakošec Ž, Jakab J, Mikšić Š, Vuletić S, Ivandić M, et al. Prevalence, habits and personal attitudes towards smoking among health care professionals. *J Occup Med Toxicol*. 2017;12:20.

14. Aina BA, Oyerinde OO, Joda AE, Dada OO. Cigarette smoking among healthcare professional students of University of Lagos and Lagos University Teaching Hospital (LUTH), Idi-Araba, Lagos, Nigeria. *Nig Q J Hosp Med.* 2009;19(1):42-6.
15. Mühlig S, Haarig F, Teumer G, Bothen E, Nehrkorn M, Berndt C, et al. German Network for Tobacco-Free Hospitals & Health-Care Services. *Gesundheitswesen.* 2013;75(11):e168-74.
16. Company A, Guillen O, Margalef M, Arrien MA, Sánchez C, Cáceres de León P, et al. Group of Hospital Coordinators in the Fruitful Project. Adaptation, Implementation Plan, and Evaluation of an Online Tobacco Cessation Training Program for Health Care Professionals in Three Spanish-Speaking Latin American Countries: Protocol of the Fruitful Study. *JMIR Res Protoc.* 2017;6(1):e7.
17. Martínez C, Fu M, Martínez Sánchez JM, Antón L, Fernández P, Ballbè M, et al. *BMC Public Health.* 2014;14:1228.
18. Duaso MJ, McDermott MS, Mujika A, Purssell E, While A. Do doctors' smoking habits influence their smoking cessation practices? A systematic review and meta-analysis. *Addiction.* 2014;109(11):1811-23.
19. Duaso MJ, Bakhshi S, Mujika A, Purssell E, While AE. Nurses' smoking habits and their professional smoking cessation practices. A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2017;67:3-11.
20. Sonia H, Jihene M, Imed H, Rim G, Mylene B, Mounir S, et al. Clustering of chronic disease risk factors with tobacco smoking habits among adults in the work place in Sousse, Tunisia. *Pan Afr Med J.* 2016;24:220.
21. García Díaz V, Fernández Feito A, Arias L, Lana A. Tobacco and alcohol consumption according to workday in Spain. *Gac Sanit.* 2015;29(5):364-9.
22. Anthony D, Dyson PA, Lv J, Thankappan KR, Champgane B, Matthews DR. Community Interventions for Health can support clinicians in advising patients to reduce tobacco use, improve dietary intake and increase physical activity. *J Clin Nurs.* 2016;25(21-22):3167-75.
23. White TJ, Redner R, Bunn JY, Higgins ST. Do Socioeconomic Risk Factors for Cigarette Smoking Extend to Smokeless Tobacco Use? *Nicotine Tob Res.* 2016;18(5):869-73.
24. Noonan D, Duffy SA. Factors associated with smokeless tobacco use and dual use among blue collar workers. *Public Health Nurs.* 2014;31(1):19-27.
25. Venkatesh S, Sinha DN. Involvement of health professionals in tobacco control in the South-East Asia Region. *Indian J Cancer.* 2012;49(4):327-35.