



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO X – N. 25 – 2016

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/192.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "LA ENFERMERÍA COMO INTEGRADORA DE SABERES" V SIAHE – Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería, III Foro I+E Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería, reunión celebrada del 11 al 12 de noviembre de 2016 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

<i>Título</i>	Relación entre la deshabituación tabáquica y la ganancia de peso
<i>Autores</i>	María del Carmen <i>Martín Rendón</i> , ¹ Carmen <i>Chanca Franco</i> , ² José Antonio <i>Moreno Ortega</i> ³
<i>Centro/institución</i>	(1) DUE de la UGC Los Carteros. (2) DUE de la UGC Virgen de Valme. (3) DUE de la UGC La Rinconada
<i>Ciudad/país</i>	(1) Los Carteros (Sevilla), España. (2) Sevilla, España. (3) La Rinconada (Sevilla), España
<i>Dirección e-mail</i>	pitusa_mc@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: El tabaco, de todas las drogas, es la que mayor daño sanitario genera. Sus efectos nocivos han sido advertidos desde hace más de 35 años en informe del Royal College inglés (1962). Actualmente, numerosos estudios han evidenciado los efectos nocivos y establecen asociación entre consumo y morbimortalidad. A corto plazo, entre los beneficios del abandono destacan mejoría de salud, aumento del gusto olfato y, en semanas, niveles más bajos de estrés. El beneficio depende del consumo, del estado de salud actual y del tiempo transcurrido desde el abandono.

Objetivos: Evaluar ganancia de peso en dos grupos de deshabituación tabáquica a 3 y 6 meses, diferenciar según tratamiento, monitorizar abstinencia y describir hábitos dietéticos tras taller nutrición.

Metodología: Estudio descriptivo observacional. Criterios de inclusión: mayor de 18 años y fumador activo. Exclusión: enfermedad psiquiátrica, embarazo y otras drogas. Abordaje farmacológico y cognitivo-conductual: 10 sesiones en 3 meses y seguimiento a 4 y 6 meses. Control de peso, tensión arterial y síndrome de abstinencia. Taller sobre nutrición saludable.

Resultados: 28 personas, edad media: 44,4±6,6 años. A los 3 meses: 64,3% ganaron peso (1,8±1,4kg) y 35,7% perdieron (1,2±1,1kg). A los 6 meses: 71,4% ganaron peso (2,2±1,8kg) y 28,6% perdieron (2,2±2,1kg). Por sexo: 77,8% de mujeres engordaba a los 3 y 6 meses, y 57,9% hombres a los 3 meses y 68,4% a los 6 meses. Tratamiento: 46,4% vareniclina (92,3% abstinencia), 21,4% bupropion (66,7% abstinencia) y 32,1% terapia sustitutiva con nicotina (TSN) (77,8% abstinencia). Tratamiento-aumento de peso: 53,9% con vareniclina (80% mujeres-37,5% hombres). 66,7% con bupropion (50% mujeres-75% hombres). 77,8% con TSN a 3 meses y 100% a 6 meses (100% mujeres-hombres: 71,4% a 3 meses y 100% a 6 meses).

Discusión: La educación sanitaria nutricional en programas de deshabituación tabáquica consigue evitar aumento de peso. Enfermería contribuye en control de obesidad y mitiga los miedos que el abandono del tabaco tiene arraigado en las creencias populares.

Conclusiones: Debemos preparar un programa de educación sanitaria, para los pacientes en deshabituación tabáquica con el fin de mejorar su calidad de vida.

Palabras clave: Peso corporal/ Cese del uso de tabaco/ Cambios en el Peso Corporal/ Trastorno por Uso de Tabaco.

ABSTRACT RELATION BETWEEN THEM TO LEAVE TOBACCO AND THE PROFIT OF WEIGHT

Introduction: The tobacco, of all the drugs, is the one that major sanitary hurt generates. His harmful effects have been warned for more than 35 years in report of the Royal College Englishman (1962). Nowadays, numerous studies have demonstrated the harmful effects and establish association between consumption and morbi-mortality. In the short term, between the benefits of the abandon emphasize improvement of health, increase of the taste smell and, in weeks, lower levels of stress. The benefit depends on the consumption, on the current bill of health and on the time passed from the abandon.

Objective: To evaluate profit of weight in two groups of deshabituación tabáquica to 3 and 6 months, to differ according to treatment, to monitor abstinence and dietetic habits describe after workshop nutrition.

Methods: Descriptive study observacional. Criteria of incorporation: major of 18 years and active smoker. Exclusion: psychiatric disease, pregnancy and other drugs. Pharmacological and cognitive - behavioral boarding: 10 meetings in 3 months and follow-up to 4 and 6 months. Control of weight, arterial tension and syndrome of abstinence. Workshop on healthy nutrition.

Results: 28 persons, middle ages: $44,4 \pm 6,6$ years. To 3 months: 64,3% gained weight ($1,8 \pm 1,4$ kg and 35,7% lost ($1,2 \pm 1,1$ kg). To 6 months: 71,4% gained weight ($2,2 \pm 1,8$ kg and 28,6% lost ($2,2 \pm 2,1$ kg). For sex: 77,8% of women was putting on weight to 3 and 6 months, and 57,9% men to 3 months and 68,4% to 6 months. Treatment: 46,4% vareniclina (92,3% abstinence), 21,4% bupropion (66,7% abstinence) and 32,1% substitute therapy with nicotine (TSN) (77,8% abstinence). Treatment - increase of weight: 53,9% with vareniclina (80% women - 37,5% men). 66,7% with bupropion (50% wom 75% men). 77,8% with TSN to 3 months and 100% to 6 months (100% women - men: 71,4% to 3 months and 100% to 6 months).

Discussion: The education for the nutritional health in programs of deshabituación tabáquica manages to avoid increase of weight. Infirmary contributes in control of obesity and mitigates the fears that the abandon of the tobacco has established in the popular beliefs.

Conclusions: We must prepare a program of sanitary education, for the patients in deshabituación tabáquica in order to improve his quality of life.

Key-words: Corporal weight/ Cessation of the use of tobacco/ Changes in the Corporal Weight/ I Upset for Use of Tobacco.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

El tabaco, de todas las drogas, es la que mayor daño sanitario genera. Sus efectos nocivos han sido advertidos desde hace más de 35 años en informe del Royal College inglés (1962)¹. Actualmente, numerosos estudios han evidenciado los efectos nocivos y establecen asociación entre consumo y morbi-mortalidad. A corto plazo, entre los beneficios del abandono destacan mejoría de salud, aumento del gustoolfato y, en semanas, niveles más bajos de estrés. El beneficio depende del consumo, del estado de salud actual y del tiempo transcurrido desde el abandono^{2,3}.

El tabaquismo es la principal causa de diversas enfermedades respiratorias y uno de los principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, cáncer y de muchas otras patologías⁴. En el año 2000, las muertes relacionadas con el tabaquismo en el mundo fueron alrededor de 4,8 millones, cuyas principales causas fueron en orden de frecuencia: enfermedades cardiovasculares, EPOC y cáncer pulmonar⁵. Se ha visto que los fumadores mueren en promedio 10 años antes que los no fumadores y que la cesación a los 60, 50, 40 ó 30 años aumenta la expectativa de vida en 3, 6, 9 ó 10 años respectivamente⁶.

Una creencia del tabaco es que ayuda a controlar el peso corporal. Diversos estudios demuestran que los fumadores pesan menos que los no fumadores y que dejar de fumar produce un incremento del peso pero no está bien establecido el mecanismo de esta

ganancia. El síndrome de abstinencia se caracteriza por aumento del apetito y de síntomas psicológicos (ansiedad, irritabilidad), que contribuyen indirectamente a la modificación del peso⁷.

En la actualidad existe consenso que las intervenciones de cesación del tabaquismo deben tener dos componentes: psico-social y farmacológico. Ambos deberían incluirse en el apoyo a cualquier persona que solicite ayuda para dejar de fumar.

Las estrategias psico-sociales, que mayoritariamente tienen un enfoque cognitivo-conductual, están destinadas a que el fumador reconozca su adicción, sus características personales, modifique pautas de comportamiento, desarrollando estrategias y habilidades para lograr y mantenerse en abstinencia, lo que habitualmente significa cambiar rutinas y estilos de vida, es decir aprender a "vivir sin tabaco"⁸.

La Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET), publica estas "Recomendaciones sobre Tratamiento Farmacológico del tabaquismo", con el principal objetivo de ofertar al clínico una guía práctica sobre las indicaciones, posología, efectos adversos y contraindicaciones de todos los fármacos que han demostrado eficacia en el tratamiento del

tabaquismo, existentes en el mercado español en la actualidad. Pensamos que una guía de estas características servirá para cubrir una necesidad emergente entre los profesionales sanitarios españoles, al tiempo que iniciará el necesario debate que conduzca al establecimiento de una normativa para el tratamiento farmacológico de la nicotina dependencia. Actualmente, FDA (Food and Drugs Administration) ha aprobado 3 medicamentos para dejar de fumar: Terapia Sustitutiva Nicotina (TSN), Bupropion y Vareniclina⁹.

Objetivos

Nos planteamos realizar este estudio, cuyo objetivo fue evaluar la ganancia de peso en un grupo de deshabituación tabáquica a los 3 y 6 meses después del abandono y las diferencias de peso según el tratamiento.

Como específicos, evaluar síntomas del síndrome de abstinencia así como describir los hábitos dietéticos que sigue el grupo después del taller de alimentación.

Metodología

Tipo de estudio

Estudio descriptivo observacional y longitudinal por reclutamiento oportunista, desde el 1 de Febrero del 2015 al hasta el 1 Octubre 2015.

Ámbito de estudio

Estudio realizado en el centro de salud de Los Carteros (Rinconada).

Población de Estudio

Participaron personas pertenecientes a dos grupos de deshabituación tabáquica del centro de salud de Los Carteros (Rinconada).

Criterios de inclusión

Mayores de 18 años y fumador activo en fase preparación.

Criterios de exclusión

Enfermedad psiquiátrica, embarazadas y personas consumidoras de otras drogas.

Consideraciones éticas

Antes de su inclusión en el estudio se solicitó al paciente su consentimiento informado, para poder realizarle una entrevista.

Técnica de recogida de datos

Desarrollamos 10 sesiones en 3 meses y seguimiento a los 4 y 6 meses. En la segunda se estableció tratamiento, y en sucesivas, se pactó con el grupo para evitar recaídas con control de peso, tensión arterial y registro de síntomas de abstinencia mediante Minnesota Nicotine Withdrawal Scale con 9 items: craving, disforia, irritabilidad/frustración/ira, ansiedad, dificultad de concentración, inquietud, aumento del apetito, dificultad para dormirse y dificultad para mantenerse dormido valorado por el sujeto en una escala de 0 a 4, donde 0 era ausencia del síntoma y 4 presencia severa del mismo. Debía valorar de acuerdo a las últimas 24 horas. La asignación del tratamiento por criterio médico y preferencia del paciente, con su aceptación voluntaria. Se pesó en báscula digital, vestido y descalzo y la abstinencia mantenida con cooxímetro modelo piCoBedfont en las visitas. No fumaba cuando monóxido de carbono espirado mayor de 10ppm. Estudiamos: edad, sexo, dependencia nicotínica, tratamiento, peso y grado ansiedad. Desarrollamos taller nutricional y actividades “La hora de comer” y “Cesta de la compra” con la finalidad de promover hábitos en alimentación.

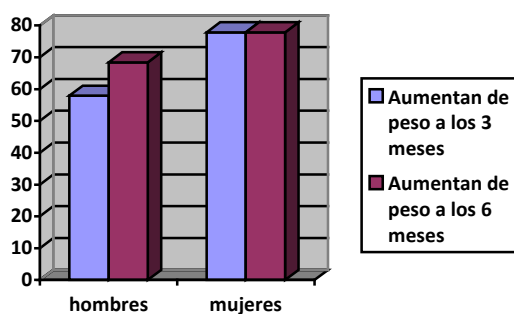
Resultados

Participaron 28 personas (19 hombres y 9 mujeres) organizados en dos grupos, con edad media de $44,4 \pm 6,6$ años.

A los 3 meses el 64,3% ganan peso de $1,8 \pm 1,4$ kg y pierden peso 35,7% una media de $1,2 \pm 1,1$ kg. A los 6 meses, el 71,4% aumentan peso $2,2 \pm 1,8$ kg y 28,6% pierden $2,2 \pm 2,1$ kg.

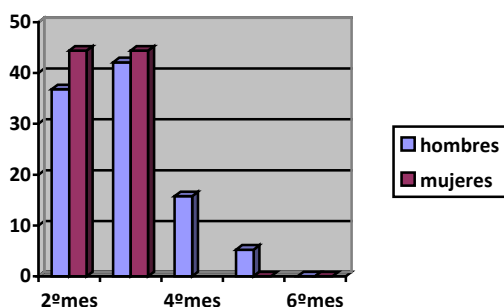
Diferenciando por sexo obtuvimos que las mujeres tienden a mayor ganancia de peso: manteniendo a los 3 y 6 meses el 77,8% engordaban, mientras que en hombres el 57,9% a los 3 meses y el 68,4% a los 6 meses. Así, mayor porcentaje de hombres tienden a la pérdida de peso: 42,1% frente a 22,2% de mujeres a los 3 meses, y 31,6% hombres frente a 22,2% en mujeres a los 6 meses.

Gráfico 1. Ganancia de peso durante el tratamiento.



Observamos también que las mujeres se presentan con más ansiedad al comienzo del tratamiento con respecto a los hombres (Ansiedad 4: 44,4% de mujeres y 36,8% de hombres, ansiedad 3: 44,4% frente a 42,1% respectivamente, ansiedad 2: mujeres el 11,1% y 15,8% hombres, ansiedad 1: 0,00% frente 5,26% en hombres, ansiedad 0: 0% en ambos sexos).

Gráfico 2. Ansiedad tras el tratamiento.



Test de Fagerstöm obtuvimos: 5 puntos un 14,3%, 6 y 8 puntos 10,7%, 7 puntos el 39,3%, 9 puntos 17,9% y puntuación de 10 un 7,1%. Un 46,4% iniciaron tratamiento con vareniclina (N=13), un 21,4% con bupropion (N=6) y 32,1% (N=9) con TSN. A los 6 meses, la abstinencia con vareniclina fue de 92,3%, bupropion 66,7% y con TSN 77,8%. La dosis de vareniclina fue 1mg c/12horas durante 12 semanas y de bupropion 150 mg/día durante 3 meses. El tratamiento con TSN fue administrado en forma de parches de nicotina (22,2%), parches+chicles de nicotina (55,6%) y chicles/comprimidos para chupar (22,2%). En cuanto a las presentaciones de chicles (2-4mg), parches (7-21mg), tabletas o comprimidos (1mg), la posología se adaptaba a cada paciente.

En cuanto a la relación del tratamiento con el aumento de peso nos encontramos que el 53,9% de los pacientes con pauta de vareniclina ganan peso a los 3 meses y persiste el 53,9% a los 6 meses. El 66,7% de los pacientes en tratamiento con bupropion incrementan su peso a los 3 meses y mantienen ese aumento ponderal progresivo a los 6 meses. Sin embargo, en tratamiento con terapia sustitutiva de nicotina, el 77,8% aumentan su peso a los 3 meses y el 100,0% de los pacientes a los 6 meses. Si diferenciamos la muestra por sexo y tratamiento nos encontramos en que el 80,0% de las mujeres con vareniclina aumentaban su peso frente al 37,5% de los hombres tanto a los 3 y 6 meses. El 50,0% de mujeres con bupropion cogían peso frente al 75,0% de los

hombres que se mantenían ambos porcentajes a los 3 y 6 meses. Sin embargo, con TSN el 100,0% de las mujeres aumentaban peso a los 3 y 6 meses, pero en sexo masculino se modificaba en el tiempo: el 71,4% incrementaba a los 3 meses y el 100,0% a los 6 meses.

Respecto a los datos recogidos de la actividad de alimentación realizada en la 4ª sesión, cabe destacar que tan sólo el 10,7% recurría a la fruta para picoteo, el 14,3% a frutos secos y el 31,7% a snacks. Además el 78,6% tomaba bebidas carbonatadas ?3 unidades/semana y el 67,9% tomaba más de 5 cervezas/semana.

Discusión

Los tratamientos educacionales nutricionales en Deshabitación Tabáquica consiguieron evitar un aumento de peso en la cesación. Enfermería contribuye definitivamente, en el control de la obesidad, factor de riesgo de cardiovascular importante en cardiopatía isquémica.

Al tratarse tratamiento individualizado, el seguimiento es clave para evitar el abandono o la recaída. Hay que velar para que la terapia funcione, detectar las necesidades de cada paciente, porque en la dependencia a la nicotina no hay dos casos iguales.

Propuestas de líneas futuras de investigación

La nicotina, responsable de la adicción al tabaco, presenta múltiples efectos en el organismo. Su consumo es considerado por la Organización Mundial de la Salud principal causa prevenible de enfermedad y muerte prematura en países desarrollados. Por ello se promueven políticas de intervención en tabaquismo.

Es un grave problema de Salud Pública, con elevado coste sanitario por muertes y enfermedades evitables. Se estima responsable del 30% de fallecimientos por cáncer, del 20% de muertes cardiovascular y de más del 80% de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Actualmente no existe cabida para que el miedo al aumento de peso derivado de la abstinencia al tabaco sea uno de los principales motivos para que fumadores no se planteen ni el intento. Debemos invertir nuestros esfuerzos en motivar y asesorar en materia de deshabitación tabáquica con un consejo breve como recomiendan nuestros expertos. Además, investigar cada caso individualizado para determinar las causas que propician ese incremento de peso y mitigar esos miedos persistentes en nuestra sociedad actual porque a día de hoy, esto no debería ser planteado como motivo en consideración a los perjuicios que el tabaco ocasiona en nuestra salud.

Conclusión

El consumo de tabaco es el factor de riesgo cardiovascular más importante, ya que la incidencia de la patología coronaria en los fumadores es tres veces mayor que en el resto de la población. La posibilidad de padecer una enfermedad de corazón es proporcional a la cantidad de cigarrillos fumados al día y al número de años en los que se mantiene este hábito nocivo. Por todo ello, debemos preparar un programa de educación sanitaria, para los pacientes en deshabitación tabáquica, con el fin de:

1. Transmitir a los fumadores la importancia que para su salud supone el abandono del tabaquismo.
2. Animar a todas aquellas personas fumadoras a intentar dejar de fumar, dado que esta decisión será lo más importante que puedan hacer por su salud, actual y futura.
3. Crear conciencia sobre los efectos del tabaquismo en la salud y contrarrestar las campañas publicitarias, así como contactar autoridades gubernamentales y parlamentarias para promover leyes, normas y regulaciones que protejan a la población de las consecuencias del tabaquismo.

Bibliografía

1. Mackay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas. World Health Organization 2002. En: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241562099.pdf>.
2. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco. [Consultado 2012 Septiembre 21] Disponible en: http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/index.html.
3. U.S. Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010.
4. Us departament of health and human services. The health consequences of smoking: A report of the Surgeon General, 2004. http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2004/index.htm.
5. Ezzati M Lopez AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. Lancet 2003; 362: 847-52.
6. Doll R Peto. Mortality in relation to smoking: 50 years observations on male British doctors. BMJ 2004; 328: 1529-33.
7. World Bank. 1999. Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. The International Bank for Reconstruction and Development/THE WORLD BANK, 1818 H Street, N.W. Washington, D.C. 20433. [Consultado 2012 junio 20]. Disponible en: <http://www.usaid.gov/policy/ads/200/tobacco.pdf>.
8. Tratamiento del Tabaquismo. Sergio Bello. Rev Chil Cardiol vol.30 no.3 Santiago dic. 2011. Disponible: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-85602011000300007>.
9. L.F. Stead, R. Perera, C. Bullen, C. Mant, T. Lancaster Nicotina replacement therapy for smoking cessation Cochrane Database Syst Rev, (2008).