

Caracterización del tabaquismo en adultos mayores institucionalizados.2020.

Dr. José Manuel Vidal Cobo¹, Lic. Luisa Mojena Parada ²,Hipólito Denis Ramos ³

¹ Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Guantánamo.Correo:jmanuelvc@infomed.sld.cu.ORCID:<https://orcid.org/00000002-7228-4394>

² Licenciada en Enfermería. Profesor Asistente. Máster en Longevidad Satisfactoria.Guantánamo.Correo:lmojena@infomed.sld.cu.ORCID:<https://orcid.org/0000-0003-3235-1414>

³ Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Guantánamo. ORCID:<https://orcid.org/0000-0003-3045-3185>

Resumen

Introducción: el tabaquismo es la principal causa de muerte evitable en el mundo y cobra la vida de casi cinco millones de personas al año. La mitad de estas ocurren entre los 30 y 69 años, perdiéndose más de 20 años de esperanza de vida. De persistir estas tendencias, provocará la muerte prematura de 10 millones de personas para el año 2030. **Objetivos:** caracterizar el tabaquismo en ancianos institucionalizados. **Método:** se realizó un estudio observacional,descriptivo y transversal en el Hogar de Ancianos Santa Catalina ,del Municipio Guantánamo,en el período Mayo-Agosto del 2020. El universo estuvo constituido por 33 adultos mayores. Se confeccionó y aplicó,previo consentimiento informado, una ficha de vaciamiento que contenía las siguientes variables: edad,sexo, grado de dependencia, comorbilidad asociada y nivel de motivación para abandonar la adicción. Se revisaron las historias clínicas individuales para obtener las patologías asociadas. Se utilizaron los números enteros y el porcentaje como unidades de resumen. Los resultados fueron reflejados en tablas de distribución de frecuencias , con el uso de la aplicación de Microsoft Word. **Resultados:** el 93,7 % fueron del sexo masculino, con un 81,3 % de dependencia moderada, observándose la hipertensión arterial en el 52,6 % de la muestra y un 87,5 % de motivación baja. **Conclusiones:** en el Hogar Ancianos Santa Catalina factores sociodemográficos se asocian al consumo de tabaco.El grado de dependencia es

marcado,teniendo mayor incidencia en las enfermedades cardiovasculares y respiratorias.El nivel de motivación para el abandono es bajo.

Palabras clave: tabaquismo; adulto mayor; grado de dependencia

Introducción

El fenómeno del envejecimiento coloca a las sociedades modernas ante un conjunto de retos frente a los que será ineluctable responder. Las personas mayores representan un papel cada vez más relevante dentro de la sociedad. ¹

Un problema que ha sido poco estudiado en las personas de 60 años y más, es el consumo

de alcohol y tabaco, que es común en los adultos mayores y se asocia con la morbilidad y mortalidad, constituyendo un componente importante de los estilos de vida. ²

Las iniciativas de salud pública sobre esta problemática suelen enfocarse hacia la gente joven, a pesar de que el consumo de alcohol y tabaco es frecuente entre las personas mayores.²

Definido como una enfermedad crónica sistémica, el tabaquismo, pertenece al grupo de las adicciones, catalogada por el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) en 1994. La clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo incluye en el apartado (F17) con la denominación de trastornos mentales y del comportamiento.³

El tabaquismo es la principal causa de muerte evitable en el mundo y cobra la vida de casi cinco millones de personas al año. La mitad de estas ocurren entre los 30 y 69 años, perdiéndose más de 20 años de esperanza de vida. De persistir estas tendencias, provocará la muerte prematura de 10 millones de personas para el año 2030. ⁴

Alrededor de una cuarta parte de la mortalidad mundial relacionada con las ENT afecta a personas menores de 60 años, de las cuales el 80% ocurren en países de ingresos bajos y

Medianos.⁵ Es también un importante factor de riesgo en el cuadro de morbilidad y mortalidad en Cuba. En el Anuario Estadístico del 2017 los tumores malignos constituyen la primera causa de muerte en la adultez media. El cáncer de tráquea, bronquios y pulmón, el de próstata y de mamas reportan el mayor número de defunciones en el cuadro de mortalidad según los tipos de cánceres. En este sentido el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón presentan las tasas más elevadas de mortalidad tanto en el sexo femenino (35.7 %) como en el masculino (61.8 %).⁶

El adulto mayor en Cuba ocupa más del 19 %, relacionado a la población general y se espera que para el año 2025, uno de cada cuatro cubanos sea adulto mayor. De esta población sólo el uno por ciento se encuentra en instituciones, el 9 % vive solo y el resto convive con familiares.⁶ A pesar de la intensa labor educativa que se realiza en las instituciones sociales, el tabaquismo sigue teniendo una elevada prevalencia.

Este trabajo tiene como objetivo caracterizar el tabaquismo en el hogar de ancianos Santa Catalina, del municipio Guantánamo.

Métodos.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en el Hogar de Ancianos Santa Catalina, del municipio Guantánamo, en el período Mayo-Agosto del 2020, con el objetivo de caracterizar el tabaquismo en ancianos institucionalizados. El universo estuvo constituido por 33 adultos mayores, todos en plena capacidad física y mental, como criterio de inclusión; no fue excluido ningún anciano.

Se confeccionó y aplicó, previo consentimiento informado, una ficha de vaciamiento que contenía las siguientes variables: edad, sexo, grado de dependencia, comorbilidad asociada y nivel de motivación para abandonar la adicción. Se revisaron las historias clínicas individuales para evaluar todas las patologías asociadas al hábito de fumar. Se determinó el grado de dependencia a través del TEST de FAGESTROM, cuya interpretación fue la siguiente:

De 0 a 1 puntos: Dependencia muy baja

De 2 a 3 puntos: Dependencia baja
 De 4 a 5 puntos: Dependencia moderada
 De 6 a 7 puntos: Dependencia alta
 De 8 a 10 puntos: Dependencia muy alta

Para determinar el nivel de motivación se usó TEST RICHMOND, considerandose con motivación máxima(entre 7-10 puntos), motivación moderada(entre 4-6 puntos) y motivación baja(3 o menos puntos). Se utilizaron los números enteros y el porcentaje como unidades de resumen. Los resultados fueron reflejados en tablas de distribución de frecuencias , con el uso de la aplicación de Microsoft Word. Se hicieron comparaciones con estudios previos y se arribaron a conclusiones.

Resultados

En la tabla 1 se reflejó que el 93,7 % eran masculinos y el 6,3 %,femenino.

Tabla 1.Edad y sexo.

| SEXO | No | % |
|-----------|----|------|
| Masculino | 15 | 93,7 |
| Femenino | 1 | 6,3 |
| TOTAL | 16 | 100 |

La dependencia moderada se observó en el 81,3 % de los ancianos(tabla 2).

Tabla 2.Grado de dependencia.

| Dependencia | No | % |
|-------------|----|------|
| Muy baja | 0 | 0 |
| Baja | 1 | 6,2 |
| Moderada | 13 | 81,3 |
| Alta | 2 | 12,5 |
| Muy alta | 0 | 0 |

La hipertensión arterial y las enfermedades respiratorias se encontró en el 56,2 % y 37,5 % de los casos, respectivamente (Tabla 3).

Tabla 3. Enfermedades asociadas.

| Enfermedades | No(n=16) | % |
|--------------------------------|----------|------|
| Enfermedades Cerebrovasculares | 3 | 18,7 |
| Enfermedades Respiratorias | 6 | 37,5 |
| EPOC | 2 | 12,5 |
| Cardiopatía Isquémica | 5 | 31,2 |
| Hipertensión Arterial | 9 | 56,2 |
| Afecciones periodontales | 3 | 18,7 |

La tabla 4 mostró que el 87,5 % % tuvo un nivel de motivación bajo para el abandono.

Tabla 4. Nivel de motivación para el abandono.

| Nivel | No | % |
|----------|----|------|
| Alta | 0 | 0 |
| Moderado | 2 | 12,5 |
| Bajo | 14 | 87,5 |
| total | 16 | 100 |

Discusión

El tabaquismo es una drogadicción difundida en todo el mundo que alcanza una prevalencia mundial del 47% en la población masculina de adultos y el 12% en la mujer.⁷ El resultado de la investigación coincide con otras que marcan mayoría en el sexo masculino.^{2,7,8} Según O'Connell ⁹, ser hombre incide en el consumo de tabaco por un patrón cultural. Por su parte, Reyes-Ríos detectó mayor incidencia en mujeres.¹⁰

El consumo de cigarrillo es un fenómeno socialmente construido y está influido por los roles, estereotipos y mitos de género, el cual puede ser deconstruido y reconstruido en relación a otros criterios que contribuyan al bienestar social e individual y que deben considerar tanto los aspectos sanitarios como los determinantes sociales y de género que sustentan su consumo, en particular, en la población femenina.¹¹

El tabaquismo es el consumo usual de cualquier producto del tabaco. Se considera un tipo de adicción en el que la libertad de elección de la persona está comprometida por los efectos de la nicotina en el cerebro y el sistema nervioso.¹⁰

La dependencia al tabaco debe ser considerada como una alteración médica crónica, con periodos de abstinencia y recurrencias en el tiempo. El concepto de enfermedad se fundamenta en las alteraciones neurofisiológicas, estructurales y funcionales, que provocan la continua búsqueda de la droga. Las modificaciones o ajustes neuroadaptativos producidos por la nicotina son permanentes y constituyen la base neurobiológica de la dependencia al tabaco.¹¹

Se considera una epidemia de carácter universal y es una gravosa carga para el individuo, la familia y la sociedad.¹²

El tabaco es el unico producto de venta legal que, usado según las recomendaciones del fabricante, acaba con la vida de cada uno de sus consumidores.

La asociación entre la hipertension arterial y las enfermedades respiratorias con el hábito de fumar esta determinada; en el caso de la hipertension por los componentes del cigarrillo: el monóxido de carbono y la nicotina, que producen tanto en fumadores activos como pasivos, alteración del metabolismo, aumento del trabajo cardíaco, hipercoagulación, liberación de catecolaminas, que son hormonas vinculadas al estrés, vasoconstricción y el desarrollo de placas de colesterol en la pared de las arterias.¹³

En las infecciones respiratorias actúa deteriorando varios componentes de los mecanismos de defensa del aparato respiratorio, tanto la inmunidad celular como la humoral, y en forma temprana afecta mecanismos inespecíficos como el mecanismo de limpieza mucociliar y produce además inflamación". Estas

alteraciones favorecen la aparición de infecciones respiratorias bacterianas o virales y podrían explicar por qué las personas que fuman presentan no solo una mayor incidencia sino presentaciones más graves de infecciones respiratorias como influenza, neumonías y tuberculosis erigiéndose como importantes causas de enfermedad y muerte en este grupo poblacional.¹⁴

El tabaquismo ha sido asociado durante mucho tiempo con las enfermedades bucales, incluidas las periodontales. Probablemente es un verdadero factor de riesgo para las periodontitis. Los fumadores son más propensos a desarrollar enfermedades periodontales más graves y la pérdida de dientes, que los no fumadores. Está asociado con un aumento en la inflamación de la encía que tiende a volverse fibrosa, con márgenes engrosados, pérdida de la adhesión periodontal y la formación de sacos periodontales, así como también la pérdida ósea. Los efectos adversos del cigarrillo sobre el periodonto se correlacionan con la cantidad del consumo diario y su duración. Actúa sobre la frecuencia del flujo salival y facilita el aumento de la secreción salival, que explica la formación del cálculo supragingival en fumadores, por aumento del pH, la concentración del cálculo y mayores índices de placa. Además, produce alteraciones en la cicatrización.¹²

El consumo y abuso de tabaco se asocia con mayores enfermedades, más visitas al médico, más síntomas depresivos y menores relaciones sociales.²

En Cuba, aunque se ha avanzado en la educación sobre la nocividad del consumo de tabaco y su relación con la enfermedad y la muerte, estudios realizados encuentran que los fumadores tienen conocimiento sobre el tabaquismo pero no percepción de sus riesgos.¹⁵

Iglesias Carbonell¹⁶ también describió un nivel de motivación para el abandono, bajo. Asmat y colaboradores divergen en los resultados, al identificar un 55 % de motivación alta.¹⁷

La tasa anual mínima de fumadores que consiguen dejar el tabaco por sí mismo es del 1 %, pero si consideramos los intentos de los pacientes que lo hacen durante varios años llega al 7 %. Sin embargo con ayuda profesional específica se alcanzan tasas del 15 al 30 %.¹⁸

Entre los factores o características determinantes del éxito en la abstención tabáquica que contribuyen a una mayor efectividad de las terapias son: el grado de dependencia medido con el test de Fagerström (a mayor dependencia mayor dificultad para el abandono) y el padecimiento de enfermedad cardiorrespiratoria crónica (nivel de éxitos más bajo),entre otros.^{19,20}

Es importante que los profesionales de la salud desarrollen una comunicación positiva o persuasiva, con la mayor eficacia posible. Deben combinar estrategias de comunicación interpersonal, con la comunicación masiva, medios impresos y otras modalidades, para producir cambios en la población fumadora.²¹

Conclusiones

En los adultos mayores del hogar de Ancianos Santa Catalina, factores sociodemográficos se asocian al consumo de tabaco. El grado de dependencia al tabaco es marcado, teniendo mayor incidencia en las enfermedades cardiocirculatorias y respiratorias. El nivel de motivación para el abandono es bajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Referencias Bibliográficas

1. Rimer BK, Orleans CT. Older smokers. En: Orleans CT, Slade J. Nicotine addiction: Principles and management. Nueva York: Oxford University Press; 1993:385-95
- 2-Patricia Pavón-León, María del Carmen Gogiascoechea-Trejo, María Sobeida L. Blázquez-Morales, Alejandro Sánchez Solís. Factores asociados con el consumo de alcohol y tabaco en adultos mayores. Revista Médica de la Universidad Veracruzana. 2018;18(1): 9-15
- 3-Fernández González E M, Figueroa Oliva D A. Tabaquismo y su relación con las enfermedades cardiovasculares. Rev haban cienc méd [Internet]. 2018 Abr [citado 2019 Mayo 2];17(2):225-235. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2018000200008&lng=es

4-Ruiz Mori E, Ruiz Mori H, Salazar-Rojas R, Torres-Mallma C, Valer-Villanueva S, Santiago Brendy et al . Conocimiento de los riesgos del tabaquismo en fumadores, exfumadores y no fumadores. Horiz. Med. [Internet]. 2016 Ene [citado 2019 Mayo 1];16(1):32-37.Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2016000100005&lng=es

5-Rubinstein A, Colantonio L, Bardach A, Caporale J, García Martí S, Kopitowski K, et al. Estimación de la carga de las enfermedades cardiovasculares atribuible a factores de riesgo modificables en Argentina. Rev Panam Salud Publica 2010;27(4):237-45

6- Anuario estadístico de salud 2017. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. La Habana, [Internet].abr 2017,[citado 26 de ener 2019]. Disponible en: https://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario_Estad%C3%ADstico_de_Salud_e_2016_edici%C3%B3n_2017.pdf

7-Cuéllar Álvarez J, Jiménez Puig E, Ruiz Pérez T, Cárdenas García RI. Caracterización diagnóstica para la prevención de la adicción al tabaquismo en adolescentes. Rev Cubana Tecnol Salud [Internet]. 2017 Oct-Dic [citado 4 Mar 2018];8(4):19-26. Disponible en:

<http://revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/956/794>

8-Ruiz Mori E, Ruiz Mori H, Salazar-Rojas R, Torres-Mallma C, Valer-Villanueva S, Santiago Brendy et al . Conocimiento de los riesgos del tabaquismo en fumadores, exfumadores y no fumadores. Horiz. Med. [Internet]. 2016 Ene [citado 2019 Mayo 1] ; 16(1): 32-37. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2016000100005&lng=es

9-O'Connell H, Chin A, Cunningham C, Lawlor B. 2003. Alcohol Use Disorders in Elderly People-redefining an age old problem in old age. BMJ, 327, 664-667.

- 10-Reyes- Ríos LA, Camacho-Rodríguez DE, Ferrel- Ballestas LF, Ferrel-Ortega FR, Bautista-Pérez F. Diferencias en el consumo de tabaco en estudiantes según el sexo universitarios. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2018 [citado 19 Oct 2020];34(3):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1479>
- 11-Jiménez Rodrigo ML. Consumos de tabaco y género. Eguzkilore. 2010 [citado 3 Ene 2016];24:71-96. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3693699&info=resumen&idioma=BAQ>
- 12-FOUCh. Chile: FOUCh; 2016 [acceso: 14/04/2017]. Disponible en: <https://www.odontologia.uchile.cl/noticias/122076/>
- 13-Lanas F., Serón P. “Rol del tabaquismo en el riesgo cardiovascular global”. Revista médica de la Clínica Las Condes. 2 de Octubre del 2012. (Último acceso: 30 de Junio del 2019). Disponible en: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/noviembre/tabaquismo-9.pdf
- 14-Germán Díaz-Santos P. Asociación colombiana de Neumología y Cirugía de tórax INFLUENCIA DEL TABAQUISMO EN LA INFECCIÓN POR CORONAVIRUS. Documento posición Comité Anti-Tabaco.2020,pág 7-11.
- 15-Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Tabaquismo y enfermedades cardiovasculares. Bibliomed [Internet]. 2019 Feb [citado Día Mes Año];26(2):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2019/02/bibliomed-febrero-2019.pdf>
- 16- Iglesias Carbonell S. El tabaquismo en adolescentes preuniversitarios de la ciudad de Pinar del Río, Cuba. Revista Cubana de Pediatría [revista en Internet]. 2017 [citado 2019 May 10]; 89(4): 10. Disponible en: <http://www.revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/236>
- 17-Asmat MP, et al. Evaluar la implantación de campañas y consultas antitabaco en un hospital de tercer nivel. Rev Asoc Esp Espec Med Trab 2018; 27: 70-80
- 18-OMS. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2017. Vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención. Ginebra: OMS; 2017[acceso:

18/08/2018]. Disponible

en:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258599/WHO-NMH-PND-17.4-spa.pdf;jsessionid=1D5D9C1D1344AE7A4C6D27D759D7725E?sequence=1>

19-De Sancho Martín JL, Gorgojo Jiménez L, González Enríquez J, Salvador Llivina T, Hernández Torres A, Ovalle Perandones MA, et al. Evaluación de la eficacia, efectividad y costo-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar [monografía en Internet]. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS), Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003 [acceso 6 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=13/12/2012-9b6515fe0f>

20-Monsó E. ¿Conseguiré dejar de fumar? Medicina Clínica [revista en Internet] 2001 [acceso 18 de abril de 2013]; 116:259-60. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-clinica-2/conseguire-dejar-fumar-10022427-editoriales-2001>

21-Renda Valera L, Cruz Borjas Y, Parejo Maden D, Cuenca Garcell K. Nivel de conocimientos sobre el tabaquismo y su relación con la cavidad bucal. Revista Cubana de Medicina Militar. 2020; 49(1):41-56.

