

GANANCIA DE PESO EN UN GRUPO DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA.

Autor principal:

SARA
GOMEZ
SUAREZ

Segundo co-autor:

ESMERALDA
CARRILLO
PRIETO

Área temática:

Calidad y Prácticas Seguras en el área de Enfermería Comunitaria y Familiar

Palabra clave 1:

Peso corporal

Palabra clave 2:

Cese del uso de tabaco

Palabra clave 3:

Cambios en el Peso Corporal

Palabra clave 4:

Trastorno por Uso de Tabaco

Resumen:

Tabaco ocasiona gasto sanitario y motivo de no dejarlo es el miedo a engordar.

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.

Estudio descriptivo observacional. Criterios de inclusión: ?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.

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).

EpS 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.

Antecedentes/Objetivos:

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 morbi-mortalidad.

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.

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 peso.

Actualmente, FDA (Food and Drug Administration) ha aprobado 3 medicamentos para dejar de fumar: Terapia Sustitutiva Nicotina (TSN), Bupropion y Vareniclina.

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.

Descripción del problema - Material y método:

Estudio descriptivo observacional y longitudinal por reclutamiento oportunista.

Participaron personas pertenecientes a dos grupos de deshabituación tabáquica en un Centro de Salud de Toledo.

Criterios inclusión: ≥ 18 años y fumador activo en fase preparación. Como criterios exclusión fueron: enfermedad psiquiátrica, embarazadas y personas consumidoras de otras drogas.

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 ítems: 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 ≥ 10 ppm. 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 y discusión:

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.

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).

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 ?5 cervezas/semana.

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.

Aportación del trabajo a la seguridad del paciente:

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.

Debemos seguir insistiendo en la necesidad de transmitir a los fumadores la importancia que para su salud supone el abandono del tabaquismo.

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.

Hay que 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.

El empoderamiento de la población debe situarse en el centro de todos los esfuerzos de control del tabaco y son esenciales para el éxito de los programas.

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 deshabituación 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.

Bibliografía:

Bamia C, Trichopoulou A, Lenas D, Trichopoulos D. Tobacco smoking in relation to body fat mass and distribution in a general population sample. *Int J Obes*, 28 (2004), pp. 1091-6

Nerín I, Crucelaegui A, Mas A, Villalba JA, Guillén D, Gracia A. Resultados de un programa integral del tabaquismo en el entorno laboral. *Archivo Bronconeumología*, 41 (2005), pp. 197-201

Filozof C, Fernández Pinilla MC, Fernández-Cruz A. Smoking cessation and weight gain. *Obes Rev*, 5 (2004), pp. 95-103
