

Tabaquismo y relación con estilos de vida en una consulta de Atención Primaria

I. Roig Grau¹, R. Rodríguez Roig², A. Delgado Juncadella³, J.A. González Valero⁴, D. Rodríguez Sotillo⁵, I. Rodríguez Martín⁶

¹Médico de Familia. EAP Sagrada Familia. Manresa. ²Odontólogo. EAP Sallent. ³Médico de Familia. EAP Navàs. ⁴Enfermero. EAP Sagrada Familia. Manresa. ⁵Médico ICS. Hospital Universitario Vall d'Hebron. ⁶Médico de Familia Residente. EAP Sagrada Familia. Manresa. Barcelona.

RESUMEN

Objetivo. Estimar la prevalencia de fumadores y relacionar tabaquismo con determinados estilos de vida, dieta mediterránea, consumo de alcohol y actividad física.

Pacientes y métodos. Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en pacientes de 18 a 69 años, que acuden a consulta de Atención Primaria durante dos meses y configurada por dos grupos: fumadores y no fumadores. Se realizaron tres cuestionarios estructurados y validados: ISCA (Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos), IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*) y PREDIMED (PREvención con DIeta MEDiterránea). Las encuestas fueron anónimas, supervisadas y asistidas. Los datos se analizaron con el programa Jamovi, interfaz gráfica (GUI) del lenguaje estadístico R. test Chi-cuadrado para comparar variables categóricas. En todos los contrastes de hipótesis la significación estadística fue $p < 0,05$.

Resultados. Muestra de 313 pacientes, 246 no fumadores y 67 fumadores. Prevalencia de fumadores

21,4%. La relación entre dieta y ser fumador y no fumador, presenta diferencias no significativas ($\chi^2 = 10,6$; $p = 0,014$) y (OR: 0,615 y IC 95%: 0,352-1,08). Ser fumador está relacionado con una menor actividad física ($\chi^2 = 14,5$; $p = 0,002$) y (OR: 0,369 y IC 95%: 0,197-0,690). Fumar está relacionado con un mayor consumo de alcohol ($\chi^2 = 77,6$; $p < 0,001$) y (OR: 58,3 y IC 95%: 3,56-954).

Conclusión. El tabaco es un hábito que condiciona otras conductas poco saludables (más consumo de alcohol, menor actividad física y menor seguimiento de la dieta mediterránea) y, por tanto, es fundamental que en la deshabitación tabáquica se contemple un abordaje integral del paciente.

Palabras clave: Tabaco; Alcohol; Dieta; Actividad física.

ABSTRACT

Objective. To estimate the prevalence of smoking and to relate smoking to certain lifestyles, Mediterranean diet, alcohol consumption and physical activity.

Patients and method. Observational, descriptive and cross-sectional study in patients aged 18 to 69 years attending the Primary Care consultation for two months and configured by two groups: smokers and non-smokers. Three structured and validated questionnaires were performed: ISCA (Systematic Alcohol

Correspondencia:

Dra. Isabel Roig Grau. Médico de Familia. Institut Català de la Salut. EAP Sagrada Familia. ABS Manresa-4. C/ Sant Cristòfol, 34. 08243 Manresa. Barcelona. E-mail: isabelroiggrau@gmail.com

Recibido: 18 de noviembre de 2020. Aceptado: 15 de diciembre de 2020. Prev Tab. 2021; 23(1): 19-28

Consumption Questionnaire), IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) and PREDIMED (Mediterranean Diet Prevention). Anonymous, supervised and assisted surveys. Data were analyzed by Jamovi program, graphic interface (GUI) of the statistical language R. Test Chi-cuadrado to compare categorical variables. In all hypothesis contrasts, statistical significance $p < 0.05$.

Results. Sample of 313 patients, 246 non-smokers and 67 smokers. Prevalence of smoking 21.4%. Relationship between diet and being a smoker and non-smoker presents non-significant differences ($\chi^2 = 10.6$, $p = 0.014$) and (OR: 0.615 and 95% CI: 0.352-1.08). Being a smoker is related to less physical activity ($\chi^2 = 14.5$; $p = 0.002$) and (OR: 0.369 and 95% CI: 0.197-0.690). Smoking is related to higher alcohol consumption ($\chi^2 = 77.6$; $p < 0.001$) and (OR: 58.3 and 95% CI: 3.56-954).

Conclusion. Tobacco is a habit that conditions other unhealthy behaviors (more alcohol consumption, less physical activity and less adherence to the Mediterranean diet) and therefore it is fundamental that in smoking cessation a comprehensive approach of the patient is considered.

Key words: Tobacco; Alcohol; Diet; Physical activity.

INTRODUCCIÓN

Estudios realizados a partir del informe Lalonde (1974)⁽¹⁾ han confirmado a los estilos de vida como verdaderos determinantes de salud, ya que las conductas insanas pueden marcar el grado de salud de la población, verificable a través de indicadores de morbimortalidad prematura.

Cuando la comunidad científica internacional demostró que los estilos de vida y los factores ambientales influían en la salud de la población más que los avances científicos y técnicos se despertó un gran interés en planificar y ejecutar programas de educación sanitaria desde los responsables de la asistencia sanitaria⁽¹⁾.

Durante los primeros años de la vida adulta se adquieren ciertos hábitos (que incluyen el tipo de dieta, el sedentarismo, consumo de alcohol o el tabaquismo), cuya modificación posterior es difícil y que minarán la salud cardiovascular y la calidad de vida del individuo durante los años posteriores^(2,3).

El consumo de tabaco es un problema de salud pública de primera magnitud y la mayor causa de muerte prevenible. Cada año, a nivel mundial, fallecen más de ocho millones de personas a causa del tabaco, ya sea debido al consumo directo o a consecuencia de la exposición involuntaria al humo del tabaco⁽⁴⁾. El tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica que en el 80% de los casos se inicia antes de los 20 años y se mantiene merced a la dependencia que produce la nicotina y cuyas principales manifestaciones clínicas son los trastornos respiratorios, cardiovasculares y tumores en diversas localizaciones. Tiene una alta prevalencia en el mundo que varía en los diferentes países de acuerdo a criterios sociales, económicos y culturales. Tiene un enorme coste económico que incluye, elevados costes sanitarios de tratar las patologías que causa, disminución de la productividad y rendimiento en el trabajo, absentismo laboral y la pérdida de capital humano debido a su morbimortalidad.

El tabaco está muy relacionado con la ingesta de alcohol. En España, el consumo de alcohol abusivo y perjudicial es el tercer factor de riesgo más importante de muerte prematura y enfermedad, después del tabaquismo y la hipertensión arterial. El consumo de tabaco asociado al consumo de alcohol tiene efectos sinérgicos, con un aumento exponencial de riesgo de cáncer, incremento de los riesgos de patología psiquiátrica, daño cerebral y aumento del riesgo de accidentes de tráfico.

El alcohol sigue siendo, con creces, la droga que ocasiona más problemas en nuestra sociedad. Es la que ha generado más solicitudes de tratamiento, por encima del 42% del total del año 2019, y es la droga que origina más urgencias en los hospitales, más del 55% del total de urgencias causadas por sustancias psicoactivas son debidas al alcohol.

Otro aspecto relacionado con los estilos de vida es la interacción del tabaco con la nutrición, muy vinculada a la enfermedad cardiovascular y cáncer. La población fumadora tiene ingestiones menores de frutas y verduras y, por ende, de folatos, vitaminas y antioxidantes⁽⁵⁾. Está demostrado que la ingesta de nutrientes de los fumadores difiere sustancialmente de los no fumadores y algunas de estas diferencias pueden agravar los efectos nocivos de los componentes del humo sobre el cáncer y el riesgo de enfermedades coronarias. Esta sería una de las razones por las que es recomendable que la población de riesgo fumadora tenga hábitos alimentarios más correctos para atenuar, en cierto modo, el efecto del tabaco sobre su salud.

Tabla 1. Cuestionario ISCA.

Interrogatorio sistemático sobre el consumo de alcohol (ISCA)			
	Cantidad (UBE)	Número de días	Total
Laborables			
Fines de semana			
¿Si alguna vez consume bebidas alcohólicas (vino, cerveza, etc.) cuántas consumiciones hace en un día? (expresadas en UBE)			
¿Con qué frecuencia? (número de días en una semana)			
¿Sus hábitos de consumo son diferentes durante los fines de semana (o en días laborables)?			

El sedentarismo está considerado uno de los peores males para la salud de la sociedad actual y en los fumadores los niveles de práctica de actividad física son bajos, siendo menores aún en el caso de las mujeres. Esta relación inversa (entre práctica de actividad física y consumo de tabaco) puede, en parte, ser debida a una disminución en la función pulmonar, observado en estudios con adolescentes fumadores^(6,7).

El objetivo general de este estudio es estimar la prevalencia de fumadores que acuden a la consulta de Atención Primaria (AP) y, como objetivo específico, busca explorar el hábito de fumar relacionado con algunos componentes de estilos de vida; en concreto, dieta mediterránea, consumo de alcohol y actividad física.

PACIENTES Y MÉTODOS

Diseño: estudio observacional, de tipo descriptivo y de corte transversal mediante cuestionarios.

Población de estudio: pacientes que acuden a la consulta de Atención Primaria durante dos meses y configurada por dos grupos: fumadores y no fumadores.

Procedimiento de muestreo: el método de muestreo seleccionado fue no probabilístico de tipo incidental, que incluye la población que responde a los criterios de inclusión, durante el periodo señalado.

Tamaño de la muestra: el cálculo de la muestra realizado para una población finita de 1.425 pacientes, con un nivel de confianza del 95%, error α de 0,05 y un contraste de hipótesis bilateral precisa una muestra mínima necesaria de 303 pacientes.

Criterios de inclusión: pacientes de 18 a 69 años visitados en el centro de Atención Primaria.

Criterios de exclusión: presentar algún tipo de incapacidad física, deterioro cognitivo que impida la respuesta a las preguntas planteadas y no deseo de participar.

Variables e instrumentos: utilizamos tres tipos de variables: sociodemográficas (edad, sexo, estudios), hábito de consumo de tabaco (cantidad y tipo) y hábitos saludables: dieta mediterránea, alcohol y actividad física.

Instrumentos de medida: se han utilizado tres cuestionarios estructurados y validados: el cuestionario ISCA (Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos); el cuestionario PREDIMED (PREvención con DIeta MEDiterránea), para valorar la adherencia a la dieta mediterránea y el cuestionario IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*). Las encuestas han sido anónimas, supervisadas y asistidas.

- Tabaquismo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un fumador es una persona que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno. Exfumador es aquella persona que, habiendo sido fumadora, no ha consumido tabaco en los últimos 6-12 meses⁽⁸⁾.
- Cuestionario ISCA (Tabla 1). Instrumento heteroaplicado. Las tres preguntas exploran la cantidad de alcohol consumido, la frecuencia del consumo, y la variación entre días laborales y festivos. La cantidad de alcohol consumido se registra en unidades de bebida estándar (UBE) que equivalen a 10 gramos de alcohol. Se multiplican las respuestas de cantidad y días. Sumando los subtotales se obtienen la puntuación total. El resultado final representa la media de consumo semanal de alcohol en UBE. Los hombres, con una puntuación superior a 28 puntos, serían bebedores de riesgo y las mujeres lo serían con una puntuación superior a 17 puntos⁽⁹⁾. El término “unidades” equivale al inglés *drinks* y corresponde al contenido de un vaso de vino (100 ml), una caña de cerveza (200 ml) o medio whisky (25 ml), es decir, aproximadamente 10 g de alcohol puro por unidad de bebida estándar si nos atenemos a la graduación de las bebidas más consumidas (cinco grados para cerveza, 11 para vino y 37 para licores)⁽¹⁰⁾.
- Cuestionario PREDIMED (Tabla 2). PREDIMED, instrumento heteroaplicado. Constata que la dieta mediterránea enriquecida con frutos secos o aceite

Tabla 2. Cuestionario PREDIMED.

Cuestionario PREDIMED de adhesión a la dieta mediterránea (14 puntos)		Sí	No
1	¿Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?		
2	¿Consume 4 o más cucharadas al día de aceite de oliva?		
3	¿Come 2 o más veces al día verdura u hortalizas?		
4	¿Come 3 o más piezas de fruta al día?		
5	¿Come menos de 1 vez al día de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos?		
6	¿Come menos de 1 vez al día mantequilla, margarina o nata?		
7	¿Bebe menos de 1 vez al día bebidas gaseosas o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, <i>biter</i>)?		
8	¿Bebe 7 o más copas de vino a la semana?		
9	¿Come 3 o más platos de legumbre a la semana?		
10	¿Come 3 o más veces a la semana pescado o marisco?		
11	¿Consume 2 o menos veces a la semana repostería comercial (no casera)?		
12	¿Consume 3 o más veces a la semana frutos secos?		
13	¿Consume usted preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas?		
14	¿Consume usted 2 o más veces a la semana los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)?		
Muy baja (0-4) / Baja (5-7) / Media (8-11) / Alta (12-14)			
<i>Tomado con permiso del autor: Salas-Salvadó J, Mena Sánchez G. PREDIMED. Nutr Clin Med. 2017; XI (1): 1-8.</i>			

22

Tabla 3. Cuestionario IPAQ.

Actividades físicas "INTENSAS"	<p>Piense en todas las actividades INTENSAS que usted realizó en los últimos 7 días. Las actividades físicas intensas se refieren a aquellas que implican un esfuerzo físico intenso y que lo hacen respirar mucho más intensamente que lo normal. Piense solo en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos 10 minutos seguidos.</p>	
	<p>1. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos realizó actividades físicas intensas tales como levantar pesos pesados, cavar, hacer ejercicios aeróbicos o andar rápido en bicicleta?</p> <p style="text-align: center;">Ver "Ejemplos"</p>	<input type="checkbox"/> Días por semana <input type="checkbox"/> Ninguna actividad física intensa: (Vaya a la pregunta 3)
	<p>2. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días? (Ejemplo: si practicó 20 minutos marque 0 h y 20 min)</p>	<input type="checkbox"/> Horas por día <input type="checkbox"/> Minutos por día <input type="checkbox"/> No sabe/No está seguro
Actividades físicas "MODERADAS"	<p>Piense en todas las actividades MODERADAS que usted realizó en los últimos 7 días. Las actividades moderadas son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado que lo hace respirar algo más intensamente que lo normal. Piense solo en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos 10 minutos seguidos.</p>	
	<p>3. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días hizo actividades físicas moderadas como transportar pesos livianos, andar en bicicleta a velocidad regular o jugar a dobles en tenis?* No incluya caminar</p> <p style="text-align: center;">Ver "Ejemplos"</p>	<input type="checkbox"/> Días por semana <input type="checkbox"/> Ninguna actividad física moderada: (Vaya a la pregunta 5)
	<p>4. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física moderada en uno de esos días? (Ejemplo: si practicó 20 minutos marque 0 h y 20 min)</p>	<input type="checkbox"/> Horas por día <input type="checkbox"/> Minutos por día <input type="checkbox"/> No sabe/No está seguro
"CAMINAR"	<p>Piense en el tiempo que usted dedicó a CAMINAR en los últimos 7 días. Esto incluye caminar en el trabajo o en la casa, para trasladarse de un lugar o otro, o cualquier otra caminata que usted podría hacer solamente para la recreación, el deporte, el ejercicio o el ocio.</p>	
	<p>5. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos caminó por lo menos 10 minutos seguidos?</p>	<input type="checkbox"/> Días por semana <input type="checkbox"/> Ninguna caminata: (Vaya a la pregunta 7)
	<p>6. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?</p>	<input type="checkbox"/> Horas por día <input type="checkbox"/> Minutos por día <input type="checkbox"/> No sabe/No está seguro
"SENTADO" durante los días laborales	<p>La última pregunta es acerca del tiempo que pasó usted SENTADO durante los días hábiles de los últimos 7 días. Esto incluye el tiempo dedicado al trabajo, en la casa, en una clase y durante el tiempo libre. Puede incluir el tiempo que pasó sentado ante un escritorio, visitando amigos, leyendo, viajando en autobús, o sentado o recostado mirando la televisión.</p>	
	<p>7. Habitualmente, ¿cuánto tiempo pasó sentado durante un día hábil?</p>	<input type="checkbox"/> Horas por día <input type="checkbox"/> Minutos por día <input type="checkbox"/> No sabe/No está seguro

de oliva virgen extra es capaz de conseguir una reducción relativa del 30% en el riesgo de sufrir un evento cardiovascular combinado, que incluye infarto de miocardio o accidente vascular cerebral o muerte por causa cardiovascular⁽¹¹⁾.

- Cuestionario IPAQ (Tabla 3). La actividad física (AF) se define como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija un gasto de energía⁽¹²⁾.

Se utiliza el cuestionario IPAQ versión reducida que consta de siete preguntas acerca de la frecuencia, duración e intensidad de la actividad (moderada e intensa) realizada los últimos siete días, así como el caminar y el tiempo sentado en un día laboral. Se puede aplicar mediante entrevista directa, vía telefónica o encuesta autocumplimentada, siendo diseñado para ser empleado en adultos de edades comprendidas entre los 18 y 69 años, existiendo dos versiones del mismo, la larga y la corta. Considera los cuatro componentes de actividad física (tiempo libre, mantenimiento del hogar, ocupacionales y transporte), mientras que otros instrumentos evaluaban solo la actividad física del tiempo libre. Potencialmente proporciona un registro en minutos por semana, que es compatible con las recomendaciones de actividad propuestas en los programas de salud pública. Su cumplimentación lleva aproximadamente cinco minutos y permite la comparación entre estudios⁽¹³⁾.

El diagrama de flujo de los pacientes de estudio se muestra en la figura 1.

Aspectos éticos: la información derivada de las encuestas no ha tenido implicaciones perjudiciales para las personas en aspectos administrativos, civiles o laborales. Se obtuvo de cada persona un consentimiento informado antes de su participación en el estudio. Los datos se procesaron y se analizaron con base en su carácter colectivo para fines científicos y de salud pública, por lo tanto, no se hacen alusiones individuales o personales.

Análisis de datos: se ha utilizado el programa ofimático microsoft excel, junto con el programa Jamovi, una interfaz gráfica (GUI) del lenguaje estadístico R.

Se realiza una descripción uni y bivariada. Las variables cuantitativas se han descrito con la media aritmética y la desviación típica y las variables cualitativas con sus frecuencias absolutas y relativas. Los contrastes bivariados para la comparación de las variables categóricas se han realizado con la χ^2 (Chi-cuadrado) de Pearson. En todos los contrastes de hipótesis, los intervalos de confianza

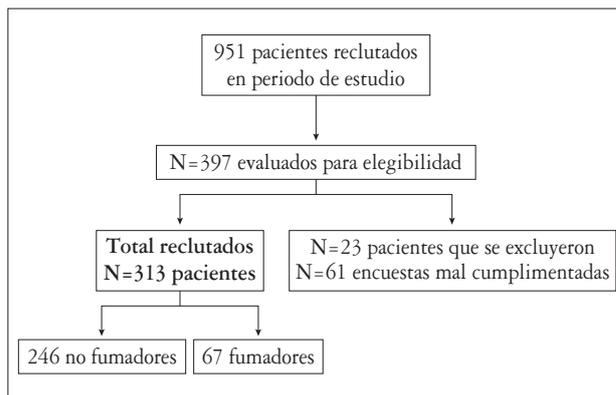


Figura 1. Esquema general del estudio.

de los parámetros se han calculado al 95% y el nivel de significación estadística se estableció en $p < 0,05$.

RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

El tamaño muestral definitivo es de 313 pacientes: 246 no fumadores (105 hombres y 141 mujeres) y 67 fumadores (36 hombres y 31 mujeres), que representa un 21,4% la prevalencia de fumadores.

Hay una relación negativa en cuanto al nivel de estudios, de manera que, a menor nivel de estudios, mayor grado de tabaquismo, pero la OR no es estadísticamente significativa (OR: 0,722 y IC 95% 0,416-1,25).

Por sexos, los hombres y las mujeres difieren en su comportamiento tabáquico. Así un 60% de mujeres fuman menos de 10 cigarrillos/día, frente a un 28% en hombres. Un 16,20% de hombres fuman más de 20 cigarrillos al día frente a un 6,60% en mujeres. En el estrato de 11-20 cigarrillos es donde se observan menos diferencias entre hombres (37,8%) y mujeres (30%) (Fig. 2).

TABAQUISMO Y ESTILOS DE VIDA

1. Tabaquismo y actividad física

El sedentarismo es más frecuente en fumadores (34,32%) que en no fumadores (16,67%) y la alta actividad física es más del doble en no fumadores (7,32%) que en fumadores (2,98%) (Fig. 3).

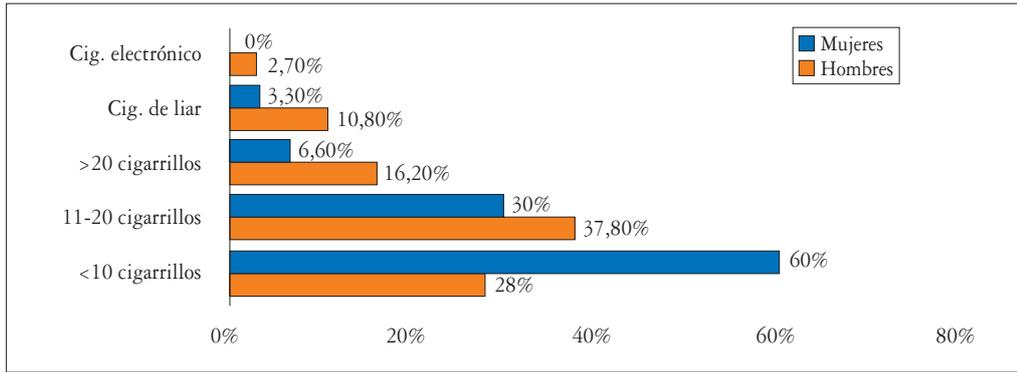


Figura 2. Distribución de fumadores según sexo y cantidad.

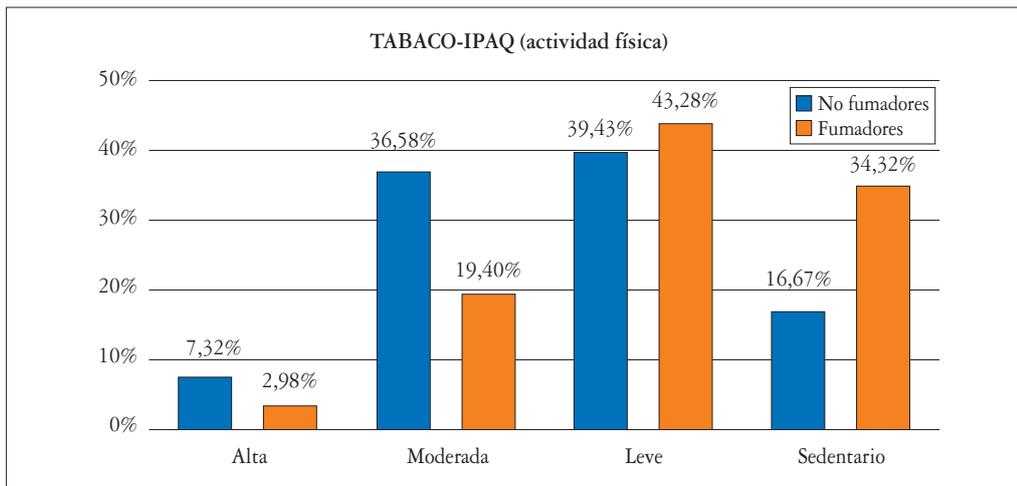


Figura 3. Asociación entre tabaco y actividad física.

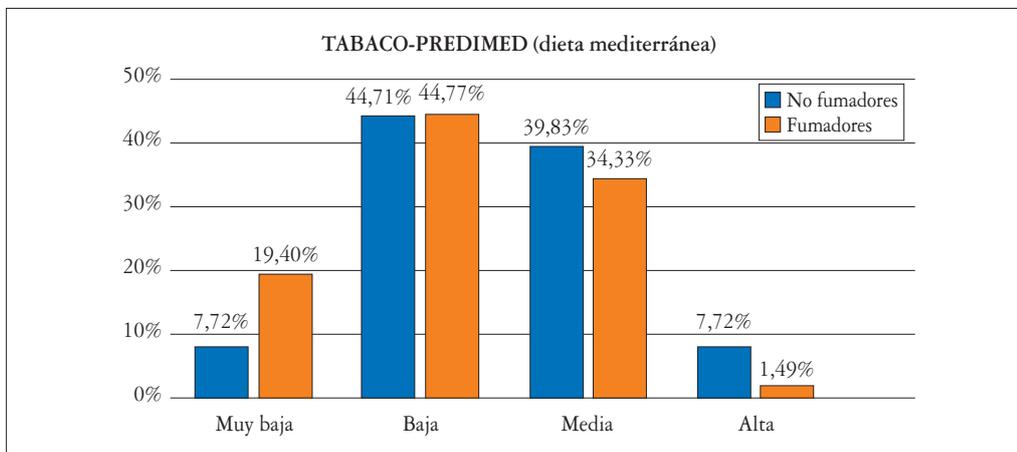


Figura 4. Asociación entre tabaco y adherencia a la dieta mediterránea.

En el caso de la actividad física, ser fumador está relacionado con una menor actividad física ($\chi^2=14,5$; $p=0,002$) y (OR: 0,369 y IC 95%: 0,197-0,690) (Tabla 4).

2. Tabaquismo y adherencia a la dieta mediterránea

La muy baja adherencia a la dieta mediterránea es más elevada en fumadores (19,4%) que en no fumadores (7,72%) y la alta adherencia a la inversa, mayor en no fumadores (7,72%) que en fumadores (1,49%) (Fig. 4).

La asociación de la dieta con ser fumador y no fumador, presenta diferencias entre los dos grupos, pero no significativas entre estas proporciones ($\chi^2=10,6$; $p=0,014$) y (OR: 0,615 y IC 95%: 0,352-1,08) (Tabla 4).

3. Tabaquismo y consumo de alcohol

Los abstemios representan un 30% de los no fumadores frente al 0% de los fumadores en nuestra serie. El consumo de riesgo de alcohol es más frecuente en fumadores (26,86% >4 UBE y 8,95% >6 UBE) que

Tabla 4. Relación tabaco y estilos de vida.

Variable	χ^2	p	OR	95% IC
Actividad física (IPAQ)	14,5	0,002	0,69	0,197-0,690
Dieta mediterránea (PREDIMED)	10,6	0,014	0,615	0,352-1,08
Consumo de alcohol (ISCA)	77,6	<0,001	58,3	3,56-954

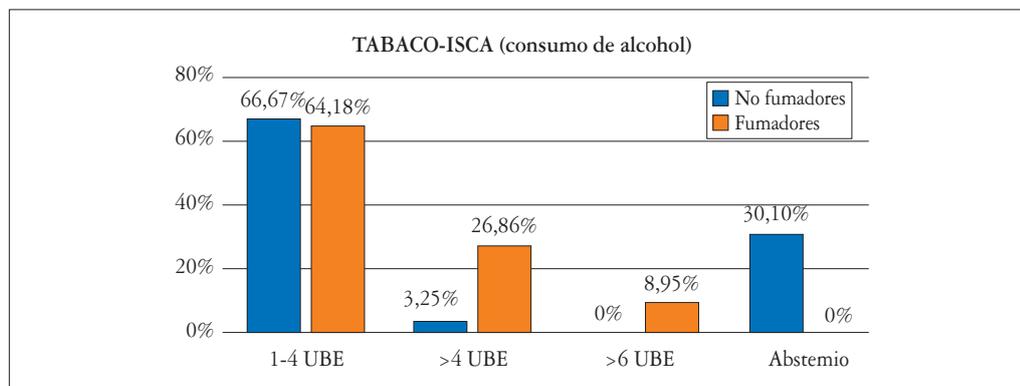


Figura 5. Asociación entre tabaco y consumo de alcohol.

en no fumadores (3,25% >4 UBE y 0% >6 UBE). El consumo de bajo riesgo es muy similar entre no fumadores (66,67%) y fumadores (64,18%) (Fig. 5).

En el consumo de alcohol, ser fumador está relacionado con un mayor consumo de alcohol ($\chi^2=77,6$; $p<0,001$) y (OR: 58,3 y IC 95%: 3,56-954) (Tabla 4).

DISCUSIÓN

Hay que destacar que el porcentaje de fumadores en nuestro estudio es del 21,4%, ligeramente inferior a los datos reportados del ESCA 2019 (Encuesta de Salud de Cataluña), donde el consumo diario más el ocasional en mayores de 15 años fue del 23,9% (29,2% hombres y 18,8% mujeres) y también discretamente menor a los datos de la Encuesta Nacional Salud de 2017, que es del 22,1% en la población mayor de 15 años que fuma a diario. No obstante, en estas diferencias hay que tener en cuenta que en nuestro trabajo la muestra se contabilizó a partir de los 18 años.

Por sexos, los hombres y las mujeres difieren en su comportamiento tabáquico. Así, el porcentaje de mujeres que fuma menos de 10 cigarrillos al día es muy superior al de los hombres, los cuales fuman mayoritariamente entre 11 y 20 cigarrillos/día. Varias rutas de investigación, no estudiadas en nuestro trabajo, muestran que las mujeres tienden a usar cigarrillos con un contenido menor de nicotina y no inhalan tan profundamente como los hombres.

En relación al nexo de unión del tabaquismo con el consumo de alcohol, una amplia investigación apoya la observación popular de que “los fumadores beben y los bebedores fuman”. Los mayores consumidores de alcohol también son los mayores consumidores de tabaco. Este vínculo puede explicarse porque ambas sustancias (etanol y nicotina) estimulan los mismos receptores dopaminérgicos y de esta manera suscitan el deseo compulsivo de una sustancia por la otra⁽¹⁴⁾. Debido a sus numerosas consecuencias sociales y relacionadas con la salud, son una fuente continua de debate nacional sobre políticas públicas.

El consumo de bajo riesgo de alcohol (<28 UBE/semana en hombres y <17 UBE/semana en mujeres) es muy similar entre fumadores (66,5%) y no fumadores (64,20%) y equiparable a los datos del 2019 de la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) en que el consumo temporal en los últimos 30 días se sitúa en el 63%, manteniéndose en niveles similares a los del año 2017 (62,17%). En cambio, el consumo de riesgo de alcohol (>28 UBE/semana en hombres y >17 UBE/semana en mujeres) se dio casi 10 veces más en fumadores (28,9%) que en no fumadores (3,25%) y se muestra muy claramente asociado al tabaquismo. Fumar y beber comparte muchos efectos perjudiciales, algunos de los cuales operan sinérgicamente. La nicotina parece facilitar el consumo de etanol y viceversa. Si bien existen amplios puntos de vista teóricos para explicar la covarianza del consumo de alcohol y cigarrillos, aún faltan datos concluyentes que respalden uno u otro de estos puntos de vista⁽¹⁵⁾.

En nuestro estudio se cuantificó las UBE sin especificar exactamente el tipo de bebida consumida, pero durante la encuesta se verbalizó el consumo de diferentes tipos de bebidas alcohólicas según grupo de edad, así la cerveza mayoritariamente es la bebida más extendida (excepto en el grupo de 18 a 25 años donde había mayor consumo de combinados), y vino en el colectivo mayor de 60 años.

El *binge drinking* (botellón, consumo de alcohol en atracón) es el consumo de seis o más bebidas alcohólicas (si es hombre) o 4 o más bebidas alcohólicas (si es mujer) en la misma ocasión, es decir, seguidas o en un intervalo de dos horas. Nuestro estudio registra un 6%, muy inferior a la encuesta EDADES que mide el *binge drinking* en el tramo temporal del último mes que en 2019 era del 15,4%. Estas diferencias quizás sean debidas al escaso porcentaje de participación en nuestro trabajo del colectivo de 18-24 años, que es donde más se da este tipo de consumo (de hecho el botellón es más frecuente en la franja de 15-24 años, pero los pacientes de 15 a 17 años no fueron incluidos en nuestro estudio). El número de intoxicaciones etílicas continúa aumentando en la población juvenil⁽¹²⁾ y representa una de las preocupaciones más importantes para los sistemas públicos de salud en la mayoría de los países desarrollados. Un aspecto relevante es que la mayoría de los *binge drinkers* se clasifican como bebedores de bajo riesgo respecto al consumo promedio y, de no medir este patrón, quedarían mal clasificados desde la perspectiva del riesgo asociado al consumo. Por ello es importante incorporar siempre este patrón en las encuestas que estimen el consumo de alcohol⁽¹⁶⁾.

Nuestros datos revelan que el consumo de tabaco muestra relación inversa con la práctica de actividad física, resultando los sujetos físicamente más activos los menos consumidores de tabaco. Se puede observar que prácticamente la totalidad de los hombres que realizan una alta actividad física (7,3%) afirman no consumir tabaco, mientras que en fumadores solo un 3% realiza una alta actividad física. Estos resultados están en concordancia con los obtenidos en el estudio AVENA⁽¹⁷⁾, realizado con una muestra de 2.859 adolescentes españoles, en el que registraron que los sujetos más activos eran los que menos fumaban, apreciándose una relación entre el aumento de edad, el consumo progresivo de tabaco y el descenso de la actividad física. Otra investigación realizada en la población del área metropolitana de Madrid analizó el tabaquismo y la práctica de actividad física concluyendo que, aunque de forma débil, son conductas relacionadas, registrándose mayores tasas de sedentarismo durante el tiempo libre entre

las personas fumadoras⁽¹⁸⁾. La práctica de actividades físico-deportivas en jóvenes se relaciona claramente con un menor consumo de alcohol y tabaco⁽¹⁹⁾.

La evidencia de utilizar la actividad física para la cesación del tabaquismo es débil, sin embargo, existe fuerte evidencia de que la actividad física reduce los síntomas de abstinencia, el deseo de fumar y el aumento de peso durante el abandono del tabaco⁽²⁰⁾.

Encontramos diferentes motivos para la práctica deportiva en función del sexo, aspecto no analizado en nuestro estudio, pero comentado en las entrevistas. En este sentido, los varones suelen realizar práctica deportiva bajo intereses centrados en la competición deportiva, la exaltación del ego, la aprobación social o la mejora de la condición física. Por el contrario, en las mujeres está más orientado a la estética, el control del peso corporal, la diversión y el establecimiento de las relaciones afectivo-sociales⁽²¹⁾.

Por último, en cuanto al seguimiento de la dieta mediterránea, nuestros hallazgos destacan que la frecuencia de fumar estuvo inversamente relacionada con la selección de alimentos saludables. Así, en nuestro análisis, la alta adherencia a la dieta se asocia más en no fumadores y la muy baja adherencia en fumadores, aunque la OR no es significativa. En cambio, no se muestran diferencias en fumadores y no fumadores en la baja y media adherencia a la dieta mediterránea. Estos datos son muy parejos a estudios realizados en adolescentes que han informado asociaciones parecidas entre la elección de alimentos y el comportamiento de fumar⁽²²⁾.

Las intervenciones dietéticas deben tener en cuenta la baja motivación y autoeficacia de los fumadores y enfatizar el cambio en estas áreas. Aunque el vínculo entre la dieta poco saludable y el riesgo de enfermedad parece estar siempre presente en los medios de comunicación, este mensaje puede no llegar a los fumadores. O tal vez, los fumadores no creen que los cambios en sus dietas puedan compensar en parte los riesgos para la salud que conlleva fumar. No podemos sacar esta conclusión de nuestros datos, pero está claro que los fumadores necesitan más educación sobre por qué es importante comer de forma saludable. Es necesario implementar programas que giren en torno al cambio de estilos de vida y al empoderamiento del paciente que le permita disfrutar de sus beneficios y así mejorar su calidad de vida.

Una de las limitaciones del estudio es que se ha realizado en un solo centro de Atención Primaria, lo que limita la validez externa en cuanto al tamaño de la

muestra. Así pues, en futuros estudios sería interesante la selección de una muestra de mayor tamaño que permitiera profundizar en los factores analizados.

Otra limitación es la dependencia de las medidas de autoinforme, ya que no disponemos de medidas biológicas en este estudio para validar el consumo de alcohol, tabaco, dieta y actividad física y nos hemos basado en los datos autoreportados en encuestas asistidas y supervisadas durante su cumplimentación. En el caso del consumo de alcohol habitualmente, la medición autodeclarada infraestima la prevalencia, sobre todo cuando se trata de consumos elevados y el *binge drinking* (botellón).

CONCLUSIÓN

La prevalencia en la población estudiada, en este caso de fumadores es del 21,41%. Los resultados obtenidos en esta investigación permiten concluir que el tabaquismo se relaciona con tres determinantes (adherencia a la dieta mediterránea, consumo de alcohol y actividad física) donde se aprecian diferencias entre fumadores y no fumadores, en concreto más consumo de alcohol, menor actividad física y menor seguimiento de la dieta mediterránea en fumadores.

A la luz de estos datos podemos observar que el consumo de tabaco es un hábito que condiciona otras conductas poco saludables y, por tanto, en la deshabituación tabáquica se debe contemplar un abordaje integral del paciente. La prevención y promoción de la salud es una actividad fundamental en atención primaria y es indudable que los profesionales de la salud a los que se les atribuyen una triple función (médica, educadora y de ayuda) tienen una importante responsabilidad y compromiso en fomentar estilos de vida saludables.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses ni ninguna fuente de financiación.

AGRADECIMIENTOS

Al metodólogo Dr. Javier Jiménez Cuadros por su inestimable colaboración desinteresada en la versión final del análisis estadístico e interpretación de los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lalonde MA. New perspective on the health of Canadians. Ottawa, Canada: Canadian Minister of National Health and Welfare; 1974.
2. Pearson TA, Blair SN, Daniels SR, Eckel RH, Fair JM, Fortmann SP, et al. AHA Guidelines for Primary Prevention of Cardiovascular Disease and Stroke: 2002 Update: Consensus Panel Guide to Comprehensive Risk Reduction for Adult Patients without Coronary or Other Atherosclerotic Vascular Diseases. American Heart Association Science Advisory and Coordinating Committee. *Circulation*. 2002; 106: 388-91.
3. Laclaustra-Gimeno M, González-García MP, Casanovas-Lenguas JA, Luengo-Fernández E, León-Latre M, Portero-Pérez P, et al. Evolución de los factores de riesgo cardiovascular en jóvenes varones tras 15 años de seguimiento en el estudio Academia General Militar de Zaragoza (AGEMZA). *Rev Esp Cardiol*. 2006; 59(7): 671-8.
4. World Health Organization. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo. Junio 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
5. Serra-Majem L, Román-Viñas B, Ribas-Barba L, Ramony JM, Lloveras G. Relación del consumo de alimentos y nutrientes con el hábito tabáquico. *Med Clin*. 2001; 116(4): 129-32.
6. Holmen TL, Barrett-Connor E, Clausen J, Holmen J, Bjerner L. Physical exercise, sports, and lung function in smoking versus nonsmoking adolescents. *Eur Respir J*. 2002; 19(1): 8-15.
7. Louie D. The effects of cigarette smoking on cardiopulmonary function and exercise tolerance in teenagers. *Can Respir J*. 2001; 8(4): 289-91.
8. Fernández Ferré ML, Gual Solé A, Cabeza Peña C. Drogodependencias. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica, 4ª ed. 2016. p. 690-731.
9. Gual A, Contel M, Segura L, Ribas A, Colom J. El ISCA (Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos), un nuevo instrumento para la identificación precoz de bebedores de riesgo. *Med Clin (Barc)*. 2001; 117(18): 685-9.
10. Altisent R, Córdoba R, Martín Moros JM. Criterios operativos para la prevención del alcoholismo. *Med Clin (Barc)*. 1992; 99: 584-8.
11. Salas-Salvadó J, Mena Sánchez G. PREDIMED. Unidad de Nutrición Humana, Hospital Universitario Sant Joan de Reus, Facultad de Ciencias de la Salud de Reus, Universidad. Rovira i Virgili. *Nutr Clin Med*. 2017; XI (1): 1-8.
12. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep*. 1985; 100(2): 126-31.

13. Mantilla Toloza SC, Gómez Conesa A. El cuestionario internacional de actividad física. Un instrumento adecuado para el seguimiento de la actividad física poblacional. *Rev Iberoam Fisioter Kinesol*. 2007; 10(1): 48-52.
14. Wise RA. The neurobiology of craving: implications for the understanding and treatment of addiction. *J Abnorm Soc Psychol*. 1988; 97(2): 118-32.
15. Bien TH, Burge R. Smoking and drinking: a review of literature. *Int J Addict*. 1990; 25(12): 1429-54.
16. Galán I, Álvarez J. Magnitud del problema. En: *Prevención de los problemas derivados del alcohol*. 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2008. p. 8-37.
17. Tercedor P, Martín-Matillas M, Chillón P, Pérez López IJ, Ortega FB, Wärnberg J, et al. Incremento del consumo de tabaco y disminución del nivel de práctica de actividad física en adolescentes españoles: Estudio AVENA. *Nutr Hosp*. 2007; 22(1): 89-94.
18. Rodríguez-Romo G, García-López O, Garrido-Muñoz M, Barriopedro M, Barakat R, Cordente C. Relaciones entre el consumo de tabaco y la práctica de actividad físico-deportiva en una muestra de la población de Madrid. *Rev Int Ciencias Deporte*. 2010; 20(6): 218-30.
19. Ruiz-Risueño Abad J, Ruiz-Juan F, Zamarripa Rivera JI. Alcohol y tabaco en adolescentes españoles y mexicanos y su relación con la actividad físico-deportiva y la familia. *Rev Panam Salud Pública*. 2012; 31(3): 211-20.
20. Leppe J, Benítez A, Campos A, Villarroel R. Actividad física y tabaquismo. *Rev Chil Enferm Respir*. 2017; 33(3): 186-9.
21. Rodríguez García PL, López Villalba FJ, López Miñano PA, García Cantó E. Práctica de ejercicio físico y su relación con el consumo de tabaco en adolescentes. Diferencias entre géneros. *Adicciones*. 2013; 25(1): 29-36.
22. Elizondo JJ, Guillén F, Aguinaga I. Diferencias en el consumo de alimentos y nutrientes según el hábito tabáquico. *An Sist Sanit Navarra*. 2006; 29(1): 37-46.