

SOBREPESO Y DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

Autoras

Portuondo Maseda MT*, Marugán Torres P*, Cabrero Fernández F**, Morales Durán M***, Maroto Montero JM****, Muriel A*****.

*Enfermeras. Unidad Rehabilitación Cardíaca. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

** Fisioterapeuta. Rehabilitación Cardíaca. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

***Cardióloga. Rehabilitación Cardíaca. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

****Cardiólogo-Jefe. Rehabilitación Cardíaca. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

***** Estadístico. Bioestadística clínica. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Resumen

Introducción: la obesidad es un factor de riesgo modificable de Cardiopatía Isquémica. El control del tabaquismo puede originar una ganancia media de 2-3 kg de peso.

Objetivos: evaluar las influencias de las pautas de control de peso dentro de un programa de Rehabilitación Cardíaca.

Material y Métodos: estudio observacional de temporalidad mixta en 67 pacientes varones ex-fumadores que realizaron rehabilitación cardíaca tras infarto de miocardio. El grupo 1 incluyó a pacientes que habían dejado de fumar más de seis meses antes del infarto. El grupo 2 lo abandonó después del episodio agudo. Se analizó la evolución del peso y el índice de masa corporal. Se utilizó el programa SPSS y la T-Student para datos apareados y muestras independientes.

Resultados: la edad media fue de 55,2 (36-78). El grupo 1 lo formaban 40 pacientes y el 2: 27. El valor medio de pérdida de peso desde antes del Infarto fue de 1,87 Kg. El grupo 1 perdió 2,29 kg y el 2: 1,89 kg, con $p=0,756$. Al comparar el peso al inicio y final de la Rehabilitación, el grupo 1 perdió 0,80 kg y el 2 perdió 0,25 kg, con $p=0,386$.

El índice de masa corporal del grupo 1 al inicio del programa fue de 27,5 ($\pm 3,7$) y al final: 27.2 ($\pm 3,8$), grupo 2 inicial: 26.2 ($\pm 2,3$) final: 26.1 ($\pm 2,2$)

Conclusiones: los tratamientos educativos nutricionales en Rehabilitación Cardíaca consiguieron evitar aumento de peso por cesación tabáquica. Enfermería contribuye definitivamente en el control de la obesidad, factor de riesgo de la cardiopatía isquémica

Palabras clave: Tabaco, obesidad, rehabilitación cardíaca

OVERWEIGHT AND THE FACT OF QUITTING TOBACCO-SMOKING

Abstract

Introduction: obesity is a risk factor in the Ischemic Miocardiopathy that can be modified. Smoking control can originate a gain in weight of 2-3 kg.

Objectives: To evaluate weight control on a Cardiac Rehabilitation Program.

Material and method: observing 67 ex-smoker male patients of a different age to whom cardiac rehabilitation was administered after an myocardial infarction. Group 1: patients who had quitted smoking over six months before the heart stroke. Group2: patients who had left the habit after infarction. Weight evolution and corporal mass index were duly analyzed. SPSS program and T-Student test for paired data and independent samples were run.

Results: average age was 55.2 years (36-78). Group1 consisted of 40 patients and Group 2 consisted of 27. Their average weight loss before the stroke was 1.87. Group 1 lost 2.29 kg and Group 2 lost 1.89 kg, with $p=0.756$. When compared the before and after Rehabilitation weights, Group 1 had lost 0.80 kg and Group 2 had lost 0.25 kg with $p=0.386$. Corporal mass index (CMI) of Group 1 at the beginning of the program was 27.5 (± 3.7) and at the end of the program was 27.2 (± 3.8), Group 2 at the beginning 26.2 (± 2.3) and at the end 26.1 (± 2.2).

Conclusions: nutrition educational programs in Cardiac Rehabilitation were able to prevent the gain of weight after quitting smoking. Nurse care absolutely helps on obesity, risk factor in Ischemic Miocardiopathy.

Key Words: Tobacco, obesity, cardiac rehabilitation.

Enferm Cardiol. 2006; Año XIII (38):41-43

Dirección para correspondencia

María Teresa Portuondo Maseda.
Unidad de Rehabilitación Cardíaca. Hospital Ramón y Cajal.
Ctra. de Colmenar, Km. 9,100.
28034 MADRID.
Tfno.: 913 368 691
Correo electrónico: maite_portu@yahoo.es

Introducción

La obesidad y el sobrepeso se han convertido en una carga importante para el sistema sanitario de los países industrializados y debe considerarse un grave problema de salud pública. Actualmente se admite que el aumento de la grasa corporal está relacionado con cardiopatía, ictus, hipertensión, dislipemia, diabetes mellitus de tipo 2, enfermedades de la vesícula biliar, artrosis, apnea

del sueño y problemas respiratorios¹. La American Heart Association (AHA) ha afirmado que la obesidad es un importante factor de riesgo de cardiopatía modificable.

Por otro lado, estudios epidemiológicos dan evidencias abrumadoras sobre la relación causal entre tabaquismo y enfermedad coronaria. El mantenimiento del hábito tras un accidente coronario es determinante para que se produzcan nuevos eventos, diversos trabajos evidencian una reducción de los mismos del 30% al 40% a los 5 años entre aquellos fumadores que pasaron a situación de ex-fumadores tras su primer episodio, en comparación con los que siguen fumando.²

Los pacientes fumadores que han sufrido un Infarto Agudo de Miocardio (IAM), se encuentran en fase de acción, en la que el paciente no desea volver a fumar su motivación con ser muy intensa no es suficiente, los profesionales sanitarios debemos utilizar técnicas específicas para el tratamiento de su tabaquismo, imbricándole en un contexto de rehabilitación integral.³

Diferentes autores relacionan el aumento de peso con deshabituación tabáquica y escuchamos en muchos casos la queja continua, sobre la ganancia de peso lo que conlleva un riesgo implícito de volver a fumar para "no seguir engordando".

Se decidió realizar un estudio observacional de temporalidad mixta (retrospectivo y prospectivo) sobre pacientes ex-fumadores diagnosticados de IAM que hicieron Rehabilitación Cardíaca (Rh.C) desde enero a mayo del 2005 con el objetivo de evaluar la influencia del programa integral de Rehabilitación en la evolución de su peso ponderal.

El objetivo principal del estudio es evaluar la influencia de pautas de control de peso en los pacientes coronarios que realizan programas integrales de Prevención Secundaria o Rehabilitación Cardíaca. Consideramos que el conocimiento y aplicación de pautas alimenticias adecuadas junto con entrenamiento físico supervisado evitan aumento de peso en pacientes coronarios ex-fumadores recientes.

Material y métodos

La muestra es de 67 pacientes con cardiopatía isquémica diagnosticados de IAM, realizaron el Programa de Rehabilitación Cardíaca en un hospital terciario del Área 4 de Salud en Madrid, Hospital Ramón y Cajal.

Todos los pacientes fueron registrados de forma correlativa. Se dividieron en dos grupos: Grupo 1: pacientes que habían dejado de fumar más de seis meses antes del IAM y Grupo 2: ex-fumadores después del IAM. Se comparó el peso de ambos grupos antes del IAM con el peso final del Programa y el peso que tenían al inicio de Rh.C con el peso final del programa de Rehabilitación además del cálculo y variación del índice de masa corporal (IMC).

Se utilizó el programa estadístico SPSS v. 12.0 para evaluar los datos y los métodos estadísticos utilizados fueron la T-Student para datos apareados y para muestras independientes. Se fijó un nivel de significación del 5%.

Como instrumentos de trabajo, se utilizó la misma

báscula para pesar a todos los pacientes. Pizarra clásica en el propio gimnasio para que registraran su propio autocontrol semanal del peso ponderal. Material educativo, escrito: Recomendaciones para el control del peso y dislipemia.

Resultados

Todos los pacientes eran varones ex-fumadores: n=67. El grupo 1 lo formaban 27 (38,6%) y el grupo 2 eran 40 (57,1%).

La edad media de los pacientes era de 55,2 años, rango de 36-78 y desviación típica de 11,21.

El peso medio antes del IAM fue de 78,78 (mínimo 54 kg, máximo: 114) y desviación típica 12,37.

El peso medio al inicio del programa de Rh.C fue de 77,36 desviación típica 10,38 y dos meses más tarde, al finalizar su rehabilitación el peso medio fue de 76,91 desviación típica 9,95.

Si se compara peso del Grupo 1 antes del ingreso hospitalario con el peso que tienen al finalizar la Rehabilitación (tres meses después) observamos una pérdida de 2,29 kg, con una desviación típica de 7,23

Al comparar el peso previo al ingreso hospitalario del Grupo 2 con final del programa observamos una pérdida de peso medio de 1,89 con una desviación de 2,10 (p=0,756).

Evaluamos peso inicio y final del programa de Rh. en ambos grupos y resultó que el Grupo 1 perdió durante esos dos meses de media=0,80 kg_desviación: 2,95 y el Grupo 2 perdió de media =0,25 kg_desviación de 2,10 (p=0,386) (Fig.1)

El índice de masa corporal (IMC) (Fig.2) de los 67 pacientes fue de: mínimo=21; máximo=41; media=27,2 y desviación típica=3,48

Grupo 1: IMC al inicio del programa 27.5 (±3,7); final: 27.2 (± 3,8).

Grupo 2: IMC inicial: 26,2 (± 2,3) final: 26.1 (± 2,2) p=ns

Discusión

La posibilidad de realizar un programa integral con entrenamiento físico supervisado, tratamiento educativo nutricional y técnicas psicológicas sin duda se constituye en la mejor herramienta terapéutica para contrarrestar la posibilidad de recaídas en tabaco, coincidiendo por tanto con los autores que defienden programas de ejercicio intenso más pautas nutricionales adecuadas.

Subyace, por otro lado, un aspecto menos reflejado en la literatura y tampoco en el presente estudio, el hecho de que después de haber padecido un IAM las personas están muy asustadas, con miedo "a que se repita" y cumplen estrictamente en su mayoría todos los consejos médicos sobre todo en éste primer periodo (3-6 meses) post-infarto, lo que justificaría sin duda el porcentaje tan alto de ex-fumadores y el cumplimiento estricto de las normas dietéticas.

En el año 1997, la SEEDO (Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad), estimó una prevalencia de obesidad en la población española del 13,4 %.

La sobrecarga ponderal global (sobrepeso + obesidad (IMC>25), se sitúa en el 58,9% en los varones y del 46,8% en las mujeres⁴.

Son múltiples los estudios realizados sobre el abandono del tabaco y aumento de peso y la preocupación que genera sobre todo en mujeres, ha provocado su análisis desde diferentes perspectivas como las actitudes ante la comida⁵, sin embargo también otros autores correlacionan ganancia de peso con ingesta de comida descontrolada se destaca en un estudio sobre 762 mujeres evaluadas a los 18 meses.⁶

Por otro lado no se debe argumentar que el aumento de peso se considere un factor decisivo para el abandono del tabaco⁷. Otros autores defienden la práctica del ejercicio intenso más un programa conductual para dejar de fumar porque a largo plazo se consigue mantenimiento de peso⁸.

Detry (2001), en una evaluación a 109 pacientes post-infarto y operados de by-pass coronario que habían realizado programa de Rehabilitación (2-3 meses) sobre control de factores de riesgo destacan el aumento de 4.9 kg en el grupo post-infarto al año del evento en contraposición con los quirúrgicos que comentan tan sólo tienen un "leve incremento" y lo justifica con el proceso de recuperación⁹.

Froelicher¹⁰ en el 2002, realiza un estudio descriptivo del perfil psicosocial de 277 mujeres fumadoras hospitalizadas por enfermedad cardiovascular y destaca la depresión que manifiestan en un alto porcentaje, incide en la importancia de tener en cuenta factores psicosociales si se pretende conseguir mayor porcentaje de éxitos.

La sección de Cardiología preventiva de la Universidad de Goteborg (Suecia)¹¹, concluye, en un artículo sobre los efectos del abandono del tabaco post Infarto, que el aumento de peso no está asociado con un aumento de mortalidad entre los pacientes post-infarto

Decidimos analizar el IMC de ambos grupos al inicio y final de la Rh.C para saber si nuestros pacientes también presentaban el sobrepeso/obesidad que la literatura está destacando Bader¹² publica en 2001 un artículo en el que evalúa los diferentes niveles de obesidad, estratificados de acuerdo con las normas de la National Heart Lung, y que podrían presentar los pacientes incluidos en Rehabilitación Cardíaca; resalta que el 88% presenta un IMC>25%.

Desde la perspectiva de un estudio realizado para analizar los diferentes factores psicosociales que concurren con el abandono del tabaco, el aumento de peso y el estilo de vida Emdad¹³, resalta claves predictoras como la relación entre el número de años fumando con el estrés laboral, también correlaciona un IMC elevado con largas horas al volante.

Conclusiones

Los tratamientos educativos nutricionales en Rehabilitación Cardíaca consiguieron evitar aumento de peso por cesación tabáquica.

Enfermería contribuye definitivamente en el control de la obesidad, factor de riesgo de la cardiopatía isquémica.

Referencias

1. Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults-The Evidence Report. National Institutes of Health. *Obes Res.* 1998; 6 (Suppl 2):51S-209S.
2. Wilhelmsen C, Vedin JA, Elmfeldt D, Tibblin G, Wilhelmsen L. Smoking and myocardial infarction. *Lancet.* 1975; 1(7904):415-20
3. López García Aranda V, García Rubira JC. Tabaco y cardiopatía isquémica. Programas de control del hábito. En Maroto JM, de Pablo C, Artigao R, Morales MD, (Eds). *Rehabilitación Cardíaca*. Barcelona: Olalla Ediciones, 1999; 103-116.
4. Aranceta J, Pérez Rodrigo C, Serra I Magém, LL, Ribas L, Quiles Izquierdo J, Vioque J. "Prevalencia de la obesidad en España: Estudio SEEDO 1997", *Med Clin.* 1998; 111: 441-445
5. Levine MD, Perkins KA, Marcus MD. The characteristics of women smokers concerned about postcessation weight gain. *Addict Behav.* 2001; 26:749-56.
6. Hudmon KS, Gritz ER, Clayton S, Nisenbaum R. Eating orientation, postcessation weight gain, and continued abstinence among female smokers receiving an unsolicited smoking cessation. *Intervention Health Psychol.* 1999; 18:29-36
7. Glasgow RE, Strycker LA, Eakin EG, Boles SM, Whitlock EP. Concern about weight gain associated with quitting smoking: prevalence and association with outcome in a sample of young female smokers. *J Consult Clin Psychol.* 1999; 67:1009-11
8. Marcus BH, Albrecht AE, King TK, Parisi AF, Pinto BM, Roberts M, Niaura RS, Abrams DB. The efficacy of exercise as an aid for smoking cessation in women: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med.* 1999; 159:1229-34.
9. Detry JR, Vierendeel IA, Vanbutsele RJ, Robert AR. Early short-term intensive cardiac rehabilitation induces positive results as long as one year after the acute coronary event: a prospective one-year controlled study. *J Cardiovasc Risk.* 2001; 8:355-61
10. Froelicher ES, Christopherson DJ, Miller NH, Martin K. Women's hospitalized with cardiovascular disease. *Heart Lung.* 2002; 31:3-14.
11. Wilhelmsen L. Effects of cessation of smoking after myocardial infarction. *J Cardiovasc Risk.* 1998; 5:173-6
12. Bader DS, Maguire TE, Spahn CM, O'Malley CJ, Balady GJ. Clinical profile and outcomes of obese patients in cardiac rehabilitation stratified according to National Heart, Lung, and Blood Institute criteria. *J Cardiopulm Rehabil.* 2001; 21:210-7
13. Emdad R, Belkic K, Theorell T, Cizinsky S. What prevents professional drivers from following physicians' cardiologic advice? *Psychother Psychosom.* 1998;67: 226-40.

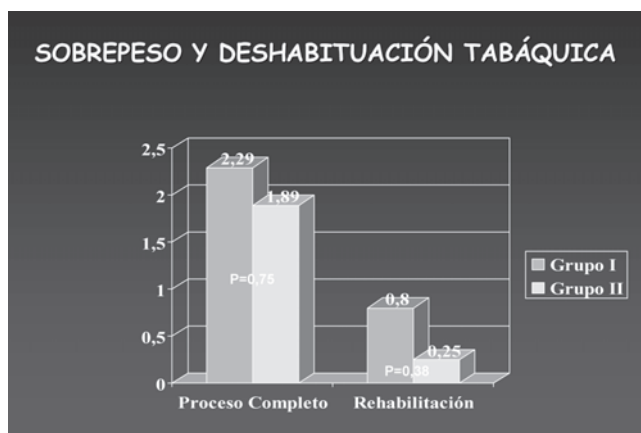


Figura 1. Evolución del peso ponderal

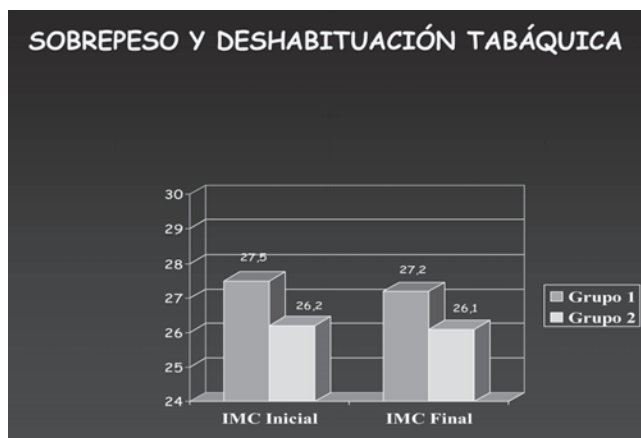


Figura 2. Cambios obtenidos en los pacientes a nivel del índice de masa corporal.