

Experiencia de una EIR en Deshabituación Tabáquica

Experience of a Nurse Specialist in Formation in Smoking Cessation

Alba Martínez Álvarez (EIR)

C.S de Las Vegas

Manuscrito recibido: 25-01-2013

Manuscrito aceptado: 19-03-2013

Cómo citar este documento

Martínez Álvarez A. Experiencia de una Enfermera Interna Residente en deshabituación tabáquica. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2013 Abr; 1 (2): 27-36.

Resumen

El hábito tabáquico está considerado como una enfermedad crónica, a la vez que una conducta de riesgo, de gran prevalencia e importancia entre la población general. En él hay que tener en cuenta no sólo el tratamiento farmacológico, sino también el conductual, con la importancia que los hábitos, rutinas y entorno del paciente tienen en estos casos. Por tanto, durante la formación en la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria tenemos la oportunidad de formarnos en deshabituación tabáquica tanto individual como grupal. La experiencia en este campo fue muy positiva tanto para mí como para los pacientes, pudiendo abarcar un campo tan importante como es el hábito tabáquico y a la vez tan abandonado e infravalorado.

En este artículo presentaré mi experiencia en este campo.

Palabras Clave

Tabaco, Cese del uso del tabaco, Tabaquismo, Enfermería en salud comunitaria, Educación en enfermería, Atención de enfermería.

Abstract

The smoking habit is considered a chronic disease as well as risky behavior that have a high prevalence and importance. It must take into account not only drug treatment, but also the behavior, the importance of habits, routines and patient environment have in these cases. Therefore, during the specialty of Family and Community Nursing we have the opportunity to shape us into smoking cessation both individual and group. The experience in this field was very positive so much for me as for the patients, being able to include a field as important as it is the habit tabáquico and simultaneously. In this article I will present my experience in this area.

Keywords

Tobacco, Tobacco Use Cessation, Smoking, Community Health Nursing, Education Nursing, Nursing care.

Introducción

Uno de tantos temas en los que tenemos que formarnos durante nuestra especialidad es en deshabituación tabáquica, tema de actualidad y gran importancia a nivel sanitario tanto por la prevalencia de fumadores como por sus consecuencias.

Durante mi primer año en el centro de salud de Las Vegas, mi centro de referencia, se realizaron distintas intervenciones en relación con este problema de salud, entre las que se encuentran talleres en colegios y una campaña en el día mundial sin tabaco, organizada por las enfermeras de pediatría, en la cual colaboraron los alumnos del C.P. de Las Vegas en diversas actividades. Una de ellas consistió en la administración de una encuesta a todos los usuarios que ese día acudían al centro, la cual fue creada por mí para dicha actividad y supervisada por *Dña. Carmen Díez Fernández*. Los resultados, que se pueden consultar en el Anexo 1, si bien no tienen mucho rigor científico, sí fueron interesantes para nosotras.

Como consecuencia, algunas enfermeras del centro de salud decidimos impulsar las intervenciones en deshabituación tabáquica, algo olvidadas en Atención Primaria. Se planteó la intervención en consulta individual y grupal y se creyó oportuno que yo, como EIR, fuera la responsable de dicha intervención grupal. Para ello, en primer lugar desarrollé una sesión clínica para médicos y enfermeras del centro de salud, con muy buena acogida por parte de todo el personal. Dicha sesión la expondré a continuación (a excepción del apartado sobre medicación y tratamiento en menores de edad que no se incluye en el artículo) junto con las conclusiones que obtuve tras la realización de las intervenciones planteadas.

Destacar que la mayor parte de la información está sacada de diversas guías de práctica clínica (referidas en la bibliografía), en especial la guía para profesionales del Principado de Asturias "*Intervención en tabaquismo desde Atención Primaria de Salud*"¹ y la información obtenida durante mi rotación en la consulta especializada del C.S del Quirinal cuya responsable es la enfermera *Dña. Carmen González Carreño*.

Objetivo

Presentar a las enfermeras/os de Atención Primaria mi experiencia en deshabituación tabáquica, como residente de Enfermería Familiar y Comunitaria, así como una opción de trabajo en este campo.

Desarrollo

1. ¿Por qué compensa intervenir en tabaco?

- La conducta de fumar está definida por la American Psychiatric Association como un trastorno adictivo con consideración de **enfermedad crónica** que además es una conducta de riesgo^{2,3}.
- El tabaco es la mayor causa aislada de mortalidad prevenible en el mundo y causante de unos 5,5 millones de muertes anuales **evitables** (2.398 en Asturias según el Observatorio sobre Drogas para Asturias), invalidez y muerte. La esperanza de vida disminuye 10 años y la mitad de ellos morirán por enfermedades causadas directamente por el consumo tabáquico. Es curioso compararlo con los 1,8 millones de muertes por VIH, enfermedad con la que sí se está concienciado. Si se continúa con esta tendencia, 1000 millones de personas sufrirán este tipo de muerte a lo largo de este siglo según las estimaciones de la OMS¹⁻⁷.

- Es la primera causa de cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares, infecciones de las vías respiratorias y EPOC en los países desarrollados. Estas son, en este orden, las principales causas de mortalidad en dichos países ^{1,2,3,4,7}.
- En cuanto a la epidemiología, España está por encima de la media, siendo el mayor consumidor europeo, habiendo aumentado considerablemente, especialmente en mujeres, desde 1999. Existe una diferencia del 20% con respecto a Italia o Francia, considerándose que aproximadamente el 30% de la población es fumadora.
- En el caso concreto de Asturias, el 80% ha tenido en alguna ocasión alguna experiencia respecto al tabaco y el 32 % tiene un consumo diario de tabaco, siendo el porcentaje semejante entre hombres y mujeres⁸.
- De toda esta población de fumadores, el 60% quiere dejar de fumar aunque la mayoría no sabe dónde pedir ayuda^{1,3}.
- Desde el Banco Mundial se describen 6 intervenciones coste-efectivas entre las que se incluyen: mejorar la información sobre las consecuencias de esta conducta y el tratamiento (incluido el farmacológico) para dejar de fumar¹.
- Está demostrado que habiendo ayuda aumenta la tasa de éxito en cuanto a abandonos, mientras que disminuye si el paciente se automedica¹⁻⁶.
- La legislación nacional, LEY 28/2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo, en su artículo 12 lo respalda diciendo que "las administraciones públicas competentes promoverán el desarrollo de programas sanitarios para la deshabituación tabáquica en la red asistencial sanitaria, **en especial en atención primaria**" ¹.

2. Actuación

Hay que tener en cuenta que fumar es una **conducta aprendida, una dependencia física y una dependencia psíquica**. Por ello las intervenciones se basarán en un abordaje **psicológico y farmacéutico**. A continuación expondré, como ya se mencionó anteriormente, sólo las relacionadas con el abordaje psicológico/conductual.

3. Abordaje Psicológico

Según la *US Public Health Service* las 5 intervenciones recomendadas son ^{1,7}:

Hay que tener en cuenta que fumar es una conducta aprendida, una dependencia física y una dependencia psíquica. Por ello las intervenciones se basarán en un abordaje psicológico y farmacéutico.

AVERIGUAR EL HÁBITO TABÁQUICO DE TODOS LOS PACIENTES

En el caso de no fumadores o exfumadores (persona que lleva más de un año sin fumar) reforzar y felicitar. Si son fumadores (definido por la OMS como 1 cigarrillo al día en el último mes) pasar a la segunda fase.

ACONSEJAR A TODOS LOS FUMADORES

El consejo sanitario en esta fase debe ser breve, **positivo** y personalizado. Hay que ofrecer nuestra ayuda para dejarlo y proporcionar material informativo sobre el tabaquismo¹.

APRECIAR LA DISPOSICIÓN PARA DEJAR DE FUMAR

Siguiendo las fases del modelo del cambio de Prochaska y Diclemente, si se encuentra en fase de precontemplación o contemplación realizaremos una intervención breve, explicada más adelante¹.

Si se encuentra en fase de preparación o acción pasar a la siguiente fase.

AYUDAR AL PACIENTE INTERESADO EN DEJARLO

Siguiendo el mismo modelo de cambio, a las personas en fase de preparación les ayudaremos con asesoramiento práctico, visitas de seguimiento y/o tratamiento farmacológico¹. Según la evidencia hay que ofrecer a todos los fumadores, al menos, tratamientos breves, que gozan de eficacia demostrada. El asesoramiento individual, grupal y telefónico es eficaz, y su efectividad aumenta con la intensidad del tratamiento⁶.

El tiempo de las intervenciones puede dividirse en varias consultas: una 1ª consulta más larga y las sucesivas más cortas. Sin embargo también está demostrado que no todas las personas requieren sesiones muy largas. En ocasiones una intervención breve es suficiente. En estos casos y teniendo en cuenta el coste-beneficio, no se realizaría una intervención sistematizada.

ACORDAR LOS CONTACTOS DE SEGUIMIENTO

4. Tipos de Intervenciones

4.1. Intervención breve

Indicada en fases de **contemplación y precontemplación**. La evidencia demuestra que sólo con el consejo sanitario y material didáctico proporcionado en esta intervención, que recordemos es de 2-3 minutos, aumentamos la tasa de abstinencia un 2,5 %. Hay que realizar la una entrevista motivacional y proporcionar material didáctico. El objetivo final es aumentar la motivación y autoeficacia^{1, 3, 4, 6}.

4.2. Intervención sistematizada

Está indicada en la fase de **preparación**.

Se planearán: 3 consultas semanales, continuando con dos mensuales y una anual. En este tipo de pacientes se planteará la opción del tratamiento farmacológico^{1, 2, 3, 4}.

1ª CONSULTA:

Comenzaremos con una anamnesis y exploración física. Así averiguaremos patologías que determinarán el tratamiento farmacológico, falsas creencias, dependencia y motivación (mediante escalas de Richmon, Fagerström y Glover Nilsson), patrón de la conducta, motivaciones para dejar de fumar, posibles barreras, etc. Todas estas actuaciones se encuentran pormenorizadas en el protocolo del SESPA para el Tabaco.

En cualquier caso y como pilar básico de este tipo de consultas hay que dejar que el paciente exprese sus sentimientos y miedos, sobre los que luego actuaremos, **y acordar siempre entre los dos** las actuaciones que llevaremos a cabo. Reforzaremos la decisión tomada y felicitaremos al paciente y, por supuesto, nunca le juzgaremos.

Tras esta consulta, en la mayoría de los casos, el paciente seguirá fumando con o sin tratamiento farmacológico, al menos hasta la siguiente sesión. De esta manera prepararemos al paciente para el cambio de conducta y disminuirémos la tasa de fracaso.

Una vez realizada la valoración y creada una adecuada relación enfermera-paciente:

- 1) Se explicarán los posibles tratamientos que el profesional haya creído convenientes en su caso para que vaya eligiendo la alternativa que más se adecue a él.
- 2) Se explicarán los posibles síntomas o efectos adversos de dejar de fumar (síndrome de abstinencia) dejando claro que son totalmente diferentes tanto en aparición como en intensidad en cada paciente.
- 3) Se desmontarán falsas creencias.
- 4) Se explicará la posibilidad de recaídas para que, si ocurre, no lo vean como un fracaso sino como un aprendizaje.
- 5) Se insistirá en la necesidad de su fuerza de voluntad (no hay medidas milagrosas) y se terminará reforzando los aspectos positivos del dejar de fumar teniendo en cuenta, sobre todo, sus motivaciones.
- 6) Posteriormente, se le recomendará un registro de los cigarrillos fumados. Averiguaremos de esta manera situaciones de riesgo y el paciente se hará consciente de la conducta. Sólo con esto ya hay pacientes que dejan de fumar o, en muchos casos, disminuyen el consumo.
- 7) Deberán apuntar los motivos para dejar de fumar y mirarlos de vez en cuando (sobre todo en los periodos bajos de motivación) así como las causas por las que fuman para determinar situaciones de riesgo y anteponerse a ellas.
- 8) Buscarán apoyos informando a todo su entorno del abandono.
- 9) Eliminarán relación conducta-tabaco, empezando por posponer media hora aquellos cigarrillos fijados por costumbre (ejemplo: al salir de coche, nada más desayunar...).
- 10) Fijaremos el día "D": se puede fijar en las siguientes 4 semanas, pudiendo ser más recomendable en las 2 siguientes. En casos de alta motivación y baja dependencia podrían plantearse dejarlo en los próximos días, realizando antes lo establecido en los puntos anteriores.
- 11) Para terminar, aunque ésta se pueda realizar en cualquier otro momento, realizaremos un cooximetría. Nos servirá para el seguimiento y la valoración del paciente (modo de fumar, tabaco fumado...).

2ª CONSULTA

Si ya ha dejado de fumar: ver 3ª consulta

Si aún no ha dejado de fumar y lo hará entre esta y la próxima consulta (lo más habitual):

- 1) Reforzaremos la decisión y valoraremos la motivación en este momento.
- 2) Dejaremos al paciente expresarse.
- 3) Valoraremos los registros: los explicaremos y comprobaremos qué aprendieron.
- 4) Solucionaremos dudas y continuaremos desmontando falsas creencias.
- 5) Explicaremos que las ganas de fumar se puede prevenir o controlar y que duran minutos, luego desaparecen de nuevo y explicaremos que la motivación fluctúa y cómo actuar.
- 6) Se explicarán al dejar de fumar de pierde el efecto anestésico del tabaco por lo que los pacientes refieren la sintomatología de la faringitis (queja muy habitual) que

probablemente tengan pero que no han sentido hasta el momento. También notarán más expectoración y tos ya que la destrucción ciliar que se produjo con el tabaco junto con el resto de modificaciones del árbol bronquial, producen mayor acumulación de moco, más dificultad para expulsarlo y por tanto tos y molestias. Esto puede durar unos meses (hasta 6 aproximadamente) pero es normal y síntoma de que se está mejorando.

- 7) Repasaremos la medicación: preferencias, tipo de medicación que va a tomar en el caso de que así sea y pautas.
- 8) Daremos recomendaciones higiénico-dietéticas:
 - Beber zumos ricos en Vitamina C y agua.
 - Pensar “**hoy** no voy a fumar” (eliminar pensamientos a largo plazo).
 - En personas que necesiten mantener las manos ocupadas sugerir canicas o semejante.
 - Aumentar el ejercicio para compensar el gasto de 200 Kcal/día que provoca el consumo de tabaco, así como liberar endorfinas, sustituyendo la sensación placentera del tabaco.
 - Prácticas de relajación para momentos de mayor ansiedad.
 - Mantener el mismo hábito dietético no sustituyendo el tabaco por comida. Tener en cuenta que el café hará más efecto al dejar de fumar, por lo que conviene disminuirlo para prevenir el insomnio, que además es uno de los síntomas del síndrome de abstinencia, junto con la ansiedad-nerviosismo e irritabilidad.
 - Buscar actividades de ocio no relacionadas con el tabaco.
 - Establecer recompensas.
 - Recomendaciones para el síndrome de abstinencia: vaso de agua fría para momentos de “mono”, infusiones para dormir (recordar que el anís es antídoto de la nicotina, que existen infusiones para facilitar el tránsito intestinal y tener cuidado con infusiones excitantes)...
- 9) Según sus preocupaciones principales, les daremos los consejos o información más adecuados. Tener en cuenta la habitual preocupación por la ganancia de peso: desmontar falsas creencias, aumentar el doble el ejercicio, comer lo mismo y si el profesional lo ve conveniente proponer medicación para la deshabitación tabáquica que disminuya el aumento de peso-apetito.

3º SEGUIMIENTO

- Felicitaremos al paciente.
- Analizaremos los beneficios que está observando.
- Analizaremos adherencia al tratamiento farmacológico.
- Analizaremos las dificultades que ha encontrado y propondremos soluciones, valorando falsas creencias que aún no se hayan desmontado y el síndrome de abstinencia.
- Adelantaremos posibles sensaciones que podrá ir encontrando según pasan las distintas fases de abandono.

- Recordaremos que no se dejen engañar por la sensación de falsa seguridad: **ni un cigarro y no bajar la guardia ante situaciones de riesgo.**
- Insistiremos en hábitos dietéticos, ejercicio y control de TA.
- Realizaremos refuerzo positivo y motivación.
- Realizaremos la cooximetría.

En el caso de recaída:

- ✓ *Animaremos.*
- ✓ *Analizaremos las causas.*
- ✓ *Dejaremos que se exprese.*
- ✓ *Recordaremos que no es un fracaso.*
- ✓ *Replantearemos el tratamiento acordándolo con el paciente.*

5. Terapia Grupal

Entendemos una intervención grupal en deshabituación tabáquica como una intervención, generalmente enfermera, en la que se busca la complicidad y el apoyo mutuo para el cambio de conducta. Es muy importante crear una atmósfera sin juicios y con metas realistas y saludables.

El número de sesiones estará alrededor de las 7-9 con una duración de 60-90 minutos cada una. En todas ellas se realizará una cooximetría que servirá de control y motivación y una valoración del síndrome de abstinencia.

En primer lugar los pacientes expresarán sus dificultades, miedos, creencias... Hay que dejar que se expliquen sin juzgarles y mostrando siempre empatía. **Todas las sesiones tienen que terminar con un refuerzo positivo.**

A pesar de que siempre haya que ir con una idea de lo que el profesional quiera comentar en las sesiones, hay que amoldarse a la evolución que tengan según lo que los pacientes quieran comentar, preguntar o expresar cada día.

En el caso de grupo cerrado, que es lo más recomendado, las sesiones se desarrollarán según el siguiente modelo:

1º SESIÓN

- Presentación.
- Charla informativa sobre epidemiología del tabaquismo, patología que produce y beneficios del cese tabáquico.
- Identificación y desmontaje de falsas creencias más comunes y de las que vayan surgiendo en las sesiones.
- Establecimiento de metas realistas acordadas con cada paciente. Información sobre tratamiento farmacológico.

- Administración de test sobre síntomas de síndrome de abstinencia: es útil empezarla antes del intento de cese para valorar los síntomas que ya existían y no achacarlos al cambio de conducta
- Cooximetría y peso.
- Consejos para la fase de preparación: registro de cigarrillos, posponer media hora los que sean conductuales, cambiar de marca de tabaco, buscar apoyos en su entorno y anotar motivos para dejar de fumar.

2º SESIÓN

3 DÍAS antes del día D.

- Enseñar a ser consciente de los cigarrillos fumados y valorar su patrón de conducta y sus situaciones de riesgo.
- Realizar cooximetría, peso y síntomas de síndrome de abstinencia.
- Charla sobre dependencia física y psíquica, posibles efectos del síndrome de abstinencia y pautas para prevenirlo o disminuirlo.
- Impartir técnicas de relajación y otros mecanismos de afrontamiento a situaciones difíciles.

3º SESIÓN

- Realizaremos cooximetría, peso y valoración del síndrome de abstinencia.
- Dejaremos que los pacientes expresen sus mayores dificultades, estrategias utilizadas, ideas erróneas, etc.
- Reforzaremos técnicas de autocontrol y anticipación.

4º SESION

- Realizaremos cooximetría, peso y valoración del síndrome de abstinencia.
- Analizaremos los pros y los contras de cada paciente y evaluaremos la posible fase de duelo.
- Daremos pautas higiénicas de sueño y seguiremos insistiendo en técnicas de autocontrol, relajación y anticipación.

5º-7º SESION

- Realizaremos cooximetría, peso y valoración del síndrome de abstinencia.
- Analizaremos los beneficios observados por los pacientes, reforzando este aspecto. Es muy útil dejar que se refuercen entre ellos y se den "trucos", que se expresen y compartan opiniones.
- Daremos recomendaciones dietéticas y les animaremos a que empiecen a darse recompensas.
- Evaluaremos situaciones de riesgo a las que se han enfrentado o que se enfrentarán y reforzaremos las técnicas de afrontamiento y resolución de problemas.

8º Y 9º SESIÓN

- Valoraremos la evolución de los pacientes, desdramatizaremos el fin del tto farmacológico y trabajaremos prevención y posibles recaídas.

6. Resultados de la Experiencia

Tras la realización del grupo para deshabituación tabáquica se puede observar una mayor implicación de todo el personal del centro de salud en este tema, aumentando el interés la formación así como la colaboración con los profesionales que actualmente ya trabajan el cese tabáquico. Diversas enfermeras comenzaron a realizar deshabituación tabáquica a nivel individual y una de ellas decidió continuar con los talleres de manera programada y continuada.

En cuanto a mi experiencia personal, fue muy positiva tanto a nivel de grupo como a nivel individual:

- **Experiencia grupal:** Pocos de ellos abandonaron el intento tras la primera sesión, en concreto 5, teniendo 3 de ellos razones de peso para ello, mientras que los 7 restantes acudieron a todas las sesiones. Recibieron con gratitud los esfuerzos realizados para ayudarlos y expresaron la importancia del cambio de planteamiento: una enfermera proporciona herramientas y apoyo para mejorar la salud, no una actitud paternalista “riñendo” a los pacientes por no cumplir los objetivos pactados o implantados por la propia enfermera. Así mismo refirieron mayor sensación de responsabilidad y menor frustración que en otros intentos fallidos gracias a los conocimientos proporcionados durante el taller. Sin embargo, y habiendo sido imposible localizar a una paciente, correspondiente al 14%, que había abandonado el hábito durante el transcurso del taller, el 57% no mantuvieron el cese tras un año o no llegaron a realizarlo, en ocasiones por problemas repentinos en el entorno familiar. En estos casos acudieron a mí a comentarme la situación y replantear su programa. Ninguno dejó el grupo ya que eran conscientes de que no era un fracaso, sino un aprendizaje, y que continuar en el grupo les proporcionaría mecanismos y herramientas útiles para el próximo intento. El crear ese clima de confianza lo valoraron como muy positivo, enfrentándose de otra manera a las situaciones no previstas.

El hecho de que el porcentaje de abandono sea bajo en comparación con otros problemas de salud puede ser frustrante para la enfermera responsable pero en mi caso no lo fue. Considero que el grupo estuvo bien encaminado, con una aceptación y valoración muy buena por parte de los asistentes al mismo y que a pesar de no haber mantenido el cese tabáquico durante un año, lograron herramientas para volver a intentarlo y para enfrentarse de manera adecuada a ese intento fallido.

- **Experiencia en consulta individual:** tras impartir la sesión expuesta anteriormente, acudieron a mi consulta pacientes de varios cupos derivados por el personal de enfermería y medicina. Los resultados en cese tabáquico fueron buenos, consiguiendo el abandono en muchos de los casos teniendo en cuenta el porcentaje habitual. La adherencia a las visitas de seguimiento fue buena, a pesar de tener que aumentar la frecuencia de las mismas en algún caso por la existencia de barreras con las que en un principio no se contaba y que dificultaron mucho el mantenimiento de la motivación del paciente. Los usuarios que acuden a la consulta individual agradecieron la flexibilidad de horario y la intimidad. Al crear el mismo clima de confianza, confidencialidad y empatía, los pacientes se mostraron a gusto, sin temor a decir la verdad respecto a su situación y a las barreras encontradas durante el cese y más dispuestos a realizar las modificaciones oportunas para favorecerlo, ya que son conscientes de que todos ellos han sido pactados entre la enfermera -yo en este caso- y el propio paciente. Ello crea una sensación de responsabilidad imprescindible para lograr el cese tabáquico que sin embargo no está presente al inicio en la mayoría de los casos.

Bibliografía

1. Gobierno del Principado de Asturias, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Intervención en tabaquismo desde Atención Primaria de Salud Guía para profesionales. Principado de Asturias: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2009
2. Fisterra.com, Atención Primaria en la Red [sede Web]. La Coruña: Fisterra.com. Guía sobre tabaquismo; [actualizada el 23 de Junio de 2011; citada 30 de Enero de 2012]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/guia-tabaquismo/>
3. Consejería para la igualdad y bienestar social, Junta de Andalucía. Guía de práctica clínica de adicción al tabaco. Andalucía: Consejería de igualdad y bienestar social; 2008
4. Gobierno de Murcia, Consejería de Sanidad. Atención al tabaquismo en Atención Primaria. Guía de práctica Clínica. Murcia: Consejería de Sanidad; 2006
5. Organización médica colegial de España, Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Buena Práctica Clínica en abordaje del tabaquismo. Madrid: IM&C; 2006.
6. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Guía de tratamiento del tabaquismo. Barcelona: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica; 2010.
7. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Tabaquismo. Abordaje en Atención Primaria. Guía de práctica clínica basada en la evidencia. Granada: SAMFYC; 2011.
8. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, Principado de Asturias. Observatorio de Drogas para Asturias. Informe 2008. Oviedo: Consejería de Salud y servicios Sanitarios; 2008.

7. Anexo 1

Datos recogidos mediante la administración de encuestas a todos los usuarios que acudían al centro de salud el 31/05/2011. La administración la realizaron los alumnos del C.P. Las Vegas, supervisados por una enfermera del C.S. de Las Vegas, como parte de las actividades programadas para ese día.

DATOS GENERALES

	2011	2012
Nº encuestas	196	85
Hombres	37,7%	38,8%
Mujeres	57,3%	55,3%
NC sexo	5%	5,9 %
Edad media	51	49,2
DE edad	17	16,6
Edad mínima	18	17
Edad máxima	87	80
NC edad	24%	17,6 %

DATOS FUMADORES

	2011	2012
Porcentaje	22%	29,4%
Hombres	41,8%	56%
Mujeres	55,8%	56%
NC sexo	2%	8%
Hay fumadores en el entorno cercano	67%	68%
Influye entorno cercano fumador	Sí	35%
	NC	35%
El entorno cercano muestra	Rechazo	51%
	Indiferencia	42%
Se plantean dejar de fumar	86%	80%
Conoce apoyos del centro (al menos 1)	63%	56%

DATOS NO FUMADORES

	2011	2012
Porcentaje	78%	70,6%
Exfumadores	42%	58%
Nunca han fumado	55,3%	42%
NC	2,7%	0%
Les molesta el humo (exfumadores)	68%	62%
Establece medidas restrictivas en el hogar (exfumadores)	86%	80%
Realiza medidas de presión a los fumadores para deshabituación (exfumadores)	52%	46%

FUMADORES SEGÚN FRANJA DE EDAD

	2011	2012
Igual o mayor 60 años	2,3%	4%
40-59 años	34,9%	32%
17-39 años	34,9%	40%
NC edad	28%	24 %