

ARTÍCULOS ORIGINALES

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL TABAQUISMO EN LA POBLACIÓN ESTABLE DE LA CIUDAD DE CIPOLLETTI, 2013-2014

*Epidemiological Characteristics of Tobacco Smoking in Citizens of the Cipolletti City, 2013-2014*Pablo A. Olavegogeoascoechea¹, José A. Allevato¹, Alejandro Schroeder², Laura Lamfre³, Jorge A. Terenzi¹, Gustavo E. Zabert¹

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: El tabaquismo es la principal causa de muerte evitable en el mundo. En Argentina, el tabaco explica unas 40 000 muertes anuales, en su mayoría por enfermedades cardiovasculares, respiratorias y cáncer. La primera acción que propone la Organización Mundial de la Salud es el monitoreo, con el fin de obtener la información necesaria sobre la evolución de esta epidemia. OBJETIVOS: Conocer las características relacionadas con el hábito de fumar en la población estable de la ciudad de Cipolletti. MÉTODOS: Se realizó un estudio de corte transversal mediante una encuesta validada previamente. La población estuvo compuesta por mayores de 18 años con más de 10 años de residencia en la ciudad de Cipolletti. Se relevaron indicadores como: fumador actual, exposición al humo de tabaco ajeno, edad de comienzo del hábito y relación con otros factores de riesgo. RESULTADOS: El 57,2% (IC95%: 54,3-60,1%) reconoció haber fumado alguna vez, y el 20,2% (IC95%: 17,23,9%) fumaba tabaco en el momento de la encuesta: 22,9% (IC95%: 18,9-27,3%) entre los hombres y 18,4% (IC95%: 15,5-21,8%) entre las mujeres. La edad promedio de comienzo del hábito fue 17,8±7,8 años. CONCLUSIONES: Se observó una diferencia significativa de fumadores actuales frente a los reportes históricos tanto nacionales como regionales y provinciales. Este estudio aporta valiosa información para diseñar acciones de intervención en la población de la ciudad y probablemente de la región.

PALABRAS CLAVE: Epidemiología; Prevalencia; Tabaco; Exposición al Tabaco; Humo de Tabaco Ajeno

ABSTRACT. INTRODUCTION: Smoking is the leading cause of preventable death worldwide. In Argentina, smoking causes about 40,000 deaths annually, mostly from cardiovascular diseases, respiratory diseases and cancer. The first action proposed by the World Health Organization is monitoring in order to have the necessary information on the evolution of this epidemic. OBJECTIVES: To know the characteristics related to smoking habit in Citizens of Cipolletti City. METHODS: A cross-sectional study was carried out through a previously validated survey. The population was composed by people older than 18 living in Cipolletti for more than 10 years. The analyzed indicators were: current smoker, exposure to secondhand smoke, age at starting smoking and relationship with other risk factors. RESULTS: A total of 57.2% (CI95: 54.3-60.1%) of the population admitted having smoked at some point, and 20.2% (CI95: 17.0-23.9%) were current smokers at the time of the study: 22.9% (CI95: 18.9-27.3%) among men and 18.4% (CI95%: 15.5-21.8%) among women. The average age at starting smoking was 17.8±7.8 years. CONCLUSIONS: A significant difference in terms of current smokers was observed, comparing to historical reports at national, regional and provincial levels. This study provides valuable information to design interventions in the population of the city and probably the region.

KEY WORDS: Epidemiology; Prevalence; Tobacco; Exposure to Tobacco; Secondhand Smoke

¹ Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional del Comahue.

² Fundación Médica de Río Negro y Neuquén.

³ Facultad de Economía, Universidad Nacional del Comahue.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Municipalidad de la Ciudad de Cipolletti y Fundación Médica de Río Negro y Neuquén, a través de un subsidio de investigación.

FECHA DE RECEPCIÓN: 26 de septiembre de 2016

FECHA DE ACEPTACIÓN: 17 de mayo de 2017

CORRESPONDENCIA A: Pablo Olavegogeoascoechea
Correo electrónico: polavego@gmail.com

Registro RENIS N°: IS000475

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es la principal causa de muerte evitable en el mundo. Cada año se producen cinco millones de fallecimientos debido al tabaco, y se estima un incremento a unos ocho millones para 2030¹. En Argentina, el tabaco explica alrededor de 40 000 muertes anuales, en su mayoría por enfermedades cardiovasculares, respiratorias y cáncer. Además, genera la pérdida de 824 804 años de vida ajustados por discapacidad². Argentina es uno de los principales productores de tabaco y ocupa el 15° lugar en número de fumadores en el mundo, con una de las prevalencias más elevadas de la región (después de Chile)³. En 2003 el país firmó el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT)⁴; a pesar de que hasta la fecha no fue ratificado, muchas

provincias y municipios han sancionado leyes y ordenanzas para el control del tabaco, en especial de ambientes libres de humo, en línea con la iniciativa conocida como *Monitor Protect Offer Warn Enforce Raise* (MPOWER)⁵ de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que resume en seis acciones las estrategias del CMCT. En 2011 se promulgó la Ley Nacional 26.687 de control de tabaco⁶, que dispone la creación de ambientes 100% libres de humo, restringe la publicidad, el patrocinio y la promoción, y obliga a incluir advertencias sanitarias en los productos.

Lo primero que propone MPOWER es el monitoreo, con el fin de contar con la información necesaria sobre la evolución de la epidemia de tabaquismo para diseñar y supervisar las acciones de control. Este conocimiento debería alcanzar a cada ciudad y comprometer a todos sus actores (universidades, sistema de salud público y privado, seguros de salud, ONG).

En los últimos 50 años, la región del Alto Valle de Río Negro y Neuquén registró un crecimiento poblacional muy significativo como consecuencia del desarrollo de industrias de la fruticultura y sus derivados, las obras hidroeléctricas y la industria petrolera que demandan más y mejores servicios públicos y privados. La composición poblacional de los atraídos por el desarrollo se compuso mayoritariamente por jóvenes procedentes de todo el territorio nacional y de países vecinos, quienes llegaron con sus familias y mantuvieron lazos, relaciones y costumbres de origen. El término NYC (nacido y criado) se reservó para los pobladores anteriores a esta etapa y para los hijos de los inmigrantes, que constituyeron una minoría hasta iniciado el siglo XXI.

Este escenario demográfico y social conlleva particularidades, por lo que ha merecido la exploración de los determinantes y factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, que se entienden como el primer desafío de una población que envejece. La ciudad de Cipolletti, por su ubicación y desarrollo representa muy bien al Alto Valle de Río Negro y Neuquén y según los resultados del censo 2010 alcanzó una población de 77 713 habitantes. Sin embargo, dado que no se disponía de datos epidemiológicos sobre los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, entre 2013 y 2014 se realizó la Encuesta de Factores de Riesgo de Enfermedad Vasculare de la Ciudad de Cipolletti (FARICI) en la que se incluyeron preguntas sobre consumo de tabaco y exposición de humo de segunda mano, con el objetivo de conocer las características relacionadas con el hábito de fumar en la población estable de la ciudad de Cipolletti.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de prevalencia o corte transversal, (FARICI entre los años 2013 y 2014)⁷ en la población estable definido con más de 10 años de residencia en dicha ciudad. El instrumento utilizado fue la encuesta previamente validada en la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 (ENFR 2005)^{8,9}, con las mismas áreas temáticas referidas en la investigación mencionada. El trabajo de campo (encuesta)

se realizó entre septiembre de 2013 y marzo de 2014, con carga y análisis de datos durante abril y mayo de 2014. La investigación fue aprobada por el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Comahue y se enmarcó dentro de las estrategias de vigilancia epidemiológica y de la Ley N° 17.622 de Secreto Estadístico, con confidencialidad de los datos conforme a la Ley de Habeas Data.

La población estuvo compuesta por habitantes de la ciudad de Cipolletti mayores de 18 años, no institucionalizados y con más de 10 años de residencia. Se adoptó este punto de corte en forma intuitiva, asumiendo que en ese tiempo los hábitos culturales se deberían haber modificado completamente (frente a la hipótesis de que las costumbres de inmigrantes se conservan e influyen en las prevalencias a relevar). Se definió el tiempo de residencia como criterio de selección porque Cipolletti ha recibido históricamente corrientes migratorias relacionadas con el trabajo y provenientes principalmente de Chile, donde las prevalencias reportadas de consumo de tabaco (2011) y obesidad (2008) duplican los valores de Argentina⁹. En una población de 87 492 habitantes, con una prevalencia estimada de 37,5% de los factores de riesgo (FR) más representativos, como hipertensión arterial, dislipemia y tabaquismo, el "n" requerido fue de 1 235 encuestas, con un error aceptado de 7,20% y una "z" de 1,96 (error alfa de 0,05).

El diseño propuesto correspondió a una muestra polietápica probabilística, estratificada por conglomerados en el área urbana. La selección de las unidades de muestreo en la primera etapa fue equiprobabilística; se escogieron al azar 12 conglomerados de un universo de 38.

En la segunda etapa se seleccionó una muestra de viviendas en forma sistemática (entre 90 y 100 por conglomerado). Dentro de cada una de ellas se relevó al primer adulto mayor de 18 años que tomaba contacto visual con el encuestador para responder al cuestionario específico de FR. Si el individuo seleccionado rechazaba la encuesta, se pasaba a la siguiente unidad de análisis. El cuestionario fue el utilizado para la ENFR 2005. Toda la información fue autorreferencial; no se realizaron exámenes físicos ni mediciones bioquímicas (algo recomendado por la OMS como primer paso en Epidemiología). Los encuestadores recibieron entrenamiento previo en diseño de estudio y metodología de encuestas. Para la definición de FR se utilizaron las opciones ya publicadas¹⁰ y propuestas por la Organización Panamericana de la Salud; para las características sociodemográficas se utilizaron las definiciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC)¹¹.

Los principales indicadores fueron:

- datos personales y de la vivienda: edad, género, educación, ingreso del hogar y características de la vivienda;
- situación laboral: ocupado/a, desocupado/a o inactivo/a;
- salud general: calidad de vida evaluada por preguntas derivadas del cuestionario de salud SF-36 y Euroquol (escalas genéricas que proporcionan un perfil del estado de salud, aplicable tanto a los pacientes como a la población),

sobrepeso/obesidad, ansiedad/depresión, sedentarismo;

- tabaco: consumo de tabaco, exposición al humo de tabaco ambiental (HTA);
- edad de comienzo con el hábito del tabaquismo.

El análisis estadístico de los resultados tuvo en cuenta el diseño multietápico de la muestra. Se calibraron los pesos o factores de expansión iniciales (las inversas de las probabilidades de selección) con ayuda de información auxiliar conocida o preestablecida a partir de registros o fuentes externas. Asimismo, se corrigieron los factores de expansión por no respuesta, definida como el cociente resultante de la suma del número de viviendas que respondieron y el número de las que no respondieron teniendo al menos un hogar, dividido por el número de viviendas que efectivamente respondieron. La no respuesta (definida como aquellos individuos que rechazaron responder) se corrigió dentro de cada unidad primaria de selección (conglomerado). Para evaluar los errores de muestreo de las principales estimaciones estatales y nacionales se usó el método de conglomerados últimos. El concepto de conglomerados últimos se utilizó para denotar el total de las unidades en la muestra de una UPM. Para obtener las precisiones de los estimadores de razón, conjuntamente con el método de conglomerados últimos, se aplicó el método de series de Taylor.

Las proporciones se indicaron en forma de porcentaje con IC95%. Los datos numéricos se presentaron como media y desvío estándar.

RESULTADOS

Se seleccionaron 1 249 hogares a encuestar, con un total de 181 encuestas no cumplimentadas (179 fueron rechazadas, en 1 el individuo no cumplía los criterios de inclusión y 1 resultó incompleta). Se efectivizaron 1068 encuestas, lo que significó una tasa de respuesta final de 85,7% del total seleccionado (ver Figura 1).

La edad promedio de los encuestados fue de 49,9±16,92 años (rango: 18-99 años), y el género femenino comprendió al 60,1% de la población encuestada (642 mujeres). Hubo una edad promedio de 50±16,72 años para las mujeres y 50,19±17,84 años para los hombres ($p=0,06$). El 67,8%

(IC95%: 65-71%) de la población tenía actividad laboral; dentro de esa franja, el 70,9% (IC95%: 64,1-77,9%) trabajaba más de 35 horas semanales. El 16,7% (IC95%: 14,4-19,1%) de la población era jubilada. El 15,5% restante eran subocupados.

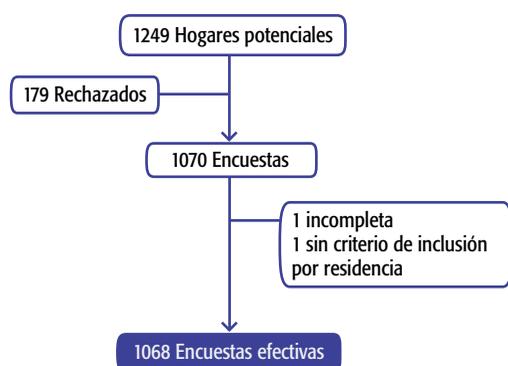
El 57,2% de la población reconoció haber fumado alguna vez. Entre ellos, el 64,1% (IC95%: 60,3-68,1%) consiguó que había dejado el consumo por más de un año y el 20,2% (IC95%: 17-23,9%) fumaba tabaco en el momento de la encuesta. El 69,5% (IC95%: 63,1-65,9%) de los fumadores manifestó que quería dejar el consumo. Dentro del total de la población encuestada, la prevalencia observada de fumadores actuales fue de 22,9% (IC95%: 18,9-27,3%) entre los hombres y 18,4% (IC95%: 15,5-21,8%) entre las mujeres. La edad promedio de comienzo del hábito fue 17,8±7,8 años. En relación con los grupos etarios, la mayor prevalencia de fumadores actuales se observó en el segmento de 35-49 años de la siguiente manera: en 18-24 años el 17,6%; en 25-34 años el 20,2%, en 35-49 años el 22,6%; en 50-64 años el 17,1%; y en 65 años o más el 10,4%. Al agrupar los fumadores por grupo etario y género, se observó en 18-24 años un 55,4% de hombres y un 44,6% de mujeres, en 25-34 años un 44,5% y 55,5%, en 35-49 años un 46,3% y 53,7%, en 50-64 años un 42,4% y 57,6% y en 65 años o más un 52,1% y 47,9%, respectivamente (ver Tabla 1).

Entre los individuos que reportaron ser fumadores al momento del estudio, el 28,7% (IC95%: 25,4-32,3%) trabajaba menos de 35 horas semanales, el 39,1% (IC95%: 35,4-42,9%) entre 35 y 45 horas, y el 31,6% (IC95%: 28,2-35,2%) más de 45 horas.

El 23,7% (IC95%: 21,1-26,5%) refirió sentir una moderada ansiedad o depresión, y el 58,8% (IC95%: 55,7-61,8%) cumplía los criterios de sedentarismo. El 60,9% (IC95%: 57,6-64,0%) presentaba sobrepeso/obesidad, sin una diferencia significativa en relación con la población general: 58,2% (IC95%: 55,2-61,1%). El 55,6% (IC95%: 52,5-58,7%) reconoció haber consumido alguna vez alcohol.

El 29,7% (IC95%: 26,9-32,7%) de los encuestados compartía entornos con fumadores activos y exposición a HTA. En más de la mitad de los casos el ámbito era el hogar (55,4%), seguido de espacios públicos (24,5%), ambiente laboral (13,8%), y el 6,3% de la población en ambos. El 52,5% (IC95%: 44-60,9%) de los fumadores actuales estaban expuestos al humo de tabaco en el ambiente

TABLA 1. Diagrama de flujo de reclutamiento, FARICI 2013.



Fuente: Elaboración propia

TABLA 1. Prevalencia de fumador actual por grupos etarios, total y según género.

Grupos etarios, en años	Total % (IC95%)	Hombres % (IC95%)	Mujeres % (IC95%)
Total	20,2 (17-23,9)	22,9 (18,9-27,3)	18,4 (15,5-21,8)
18-24	17,6 (4,1-31,1)	55,4 (32,8-76)	44,6 (24-67,2)
25-34	20,2 (11,5-29)	44,5 (28,6-61,7)	55,5 (38,3-71,4)
35-49	22,6 (16,9-28,3)	46,3 (21,3-73,2)	53,7 (26,8-78,7)
50-64	17,1 (12,4-21,9)	42,4 (24,8-62,1)	57,6 (37,9-75,2)
65 y más	10,4 (6,12-14,9)	52,1 (33,8-69,9)	47,9 (30,1-66,2)

Fuente: Estudio FARICI.

frente a sólo el 23,9% (IC95%: 20,1-28,2%) de los no fumadores. El 14,7% (IC95%: 12,5-16,7%) de la población reconoció estar expuesto pasivamente al humo de tabaco los siete días de la semana, con niveles significativamente más frecuentes entre los fumadores activos (35,2%, IC95%: 28,8-42,2%) que entre los no fumadores (9,8%, IC95%: 7,9-12,1%). Entre la población expuesta al HTA, el 51% (IC95%: 45-57%) se encontraba en esa situación los siete días de la semana.

En el análisis por género, el 63,9% de los hombres reconoció haber fumado alguna vez, frente a un 53% de las mujeres. Revelaron su intención de dejar el hábito el 68,4% de los hombres fumadores y el 70,5% de las mujeres. El 32% de los hombres tenía fumadores en su entorno, frente a un 28,2% de las mujeres. El 50,3% de las mujeres fumadoras se encontraban expuestas al HTA, frente a sólo el 23,2% de las no fumadoras; entre los hombres, la prevalencia de exposición al HTA fue del 55,2% entre los fumadores y del 25,1% entre los no fumadores. Entre las mujeres fumadoras presentaban algún grado de ansiedad/depresión el 29,6%, mientras que en los hombres eso ocurría en el 16,7%. En relación con el sedentarismo entre los fumadores de acuerdo con el género, se observó un 61,8% de mujeres y un 56% de hombres. Los fumadores con sobrepeso/obesidad representaron el 60,4% entre los hombres y el 49,6% entre las mujeres. Ninguna de las diferencias observadas alcanzó nivel de significación estadística (Tabla 2).

En las tres rondas de ENFR (2005⁸, 2009¹² y 2013¹³) la prevalencia de fumador actual fue superior en la región patagónica, en las dos primeras a diferencia de la última reportada en 2013 (35,4%; IC95%: 34,0 - 36,8% en 2005, 29,8%; IC95%: 28,3-31,5% en 2009 y 26,4%; IC95%: 24,9-28,0% en 2013) con respecto a las reportadas a nivel nacional (29,7% IC95%: 28,7 - 30,8%, 27,1% IC95%: 26,3-27,9% y 25,1% IC95%: 24,2-26,2%) en el *Global Adults Tobacco Survey* (GATS) 2012¹⁴ el reporte fue de 22,1% (IC95%: 19,3-25,3%), también más elevado en la región patagónica (26,3%; IC95%: 22,8-30,1%). En este último estudio, cuando se realizaron ajustes de la prevalencia de fumador actual para la población nacional de mayores de 18 años que residían en localidades de más de 5000 habitantes y definido por haber fumado más de 100 cigarrillos fue de 22,4%,.

TABLA 2. Características en fumadores según género.

Variabile	Hombres % (IC95%)	Mujeres % (IC95%)	Total % (IC95%)
Fumaron alguna vez	63,9 (59,1-68,5)	53 (49-57)	57,2 (54,3-60,1)
Fumadores actuales	22,9 (18,9-27,3)	18,4 (15,5-21,8)	20,2 (17-23,9)
Intención de abandonar	68,4 (57,7-77,4)	70,5 (61-78,5)	70,5 (61,0-78,5)
Expuestos a humo de tabaco ajeno	32 (27,5-36,9)	28,2 (24,7-32)	28,2 (24,7-32)
Ansiedad/depresión	16,7 (10,2-26,1)	29,6 (21,7-39)	29,6 (21,7-39)
Sedentarismo	56 (45,5-66)	61,8 (52,3-70,4)	61,8 (52,3-70,4)
Sobrepeso/obesidad	60,4 (49,5-70,4)	49,6 (39,7-59,4)	49,6 (39,7-59,4)

Fuente: Estudio FARICI.

Tal como se observa en la Tabla 3, la prevalencia de fumador actual observada en este reporte (FARICI 2013: 20,2%; IC95%: 18,9-27,3%) fue inferior a la prevalencia nacional y, en la región patagónica, en las tres rondas del ENFR 2005, 2009 y, 2013 y en GATS 2012. También lo fue para la provincia de Río Negro en las tres rondas del ENFR.

También fue significativa la diferencia entre la prevalencia reportada de exposición a HTA en FARICI (29,7%), en ENFR 2009(40,4%) y en GATS 2012 (46,8%), pero llamativamente fue mayor a la reportada en ENFR 2013 (25,1%). Sin embargo, al explorar los lugares donde se refería la exposición a HTA, se observó una exposición significativamente menor en el trabajo y una tendencia menor de exposición en bares/restaurantes (ver Tabla 4).

DISCUSIÓN

El presente estudio es el primer reporte de factores de riesgo cardiovascular que se realiza con una metodología apropiada para determinar su prevalencia en la población adulta de la ciudad de Cipolletti, así como del Alto Valle de Río Negro y Neuquén. Permite delinear acciones de salud a nivel local y regional, lo que ofrece una mayor precisión frente a los estudios nacionales, donde los colectivos de las ciudades del interior y con menos habitantes se encuentran subrepresentados.

Entre todos los factores, el consumo de tabaco recibe una especial atención por ser la primera causa de muerte evitable y porque se le atribuye el 50% de la carga de las enfermedades cardiovasculares¹⁵.

En Argentina se han realizado tres evaluaciones de factores

TABLA 3. Prevalencia de consumo de tabaco y exposición a humo de tabaco ambiental.

	Prevalencia de fumador actual			
	País % (IC95%)	Patagonia % (IC95%)	Río Negro % (IC95%)	Cipolletti % (IC95%)
ENFR 2005	29,7 (28,7-30,8)	35,4 (34,0-36,8)	32,6 (30,1-35,3)	-
ENFR 2009	27,1 (26,3-27,9)	29,8 (28,3-31,5)	29,7 (27,2-32,4)	-
GATS 2012	22,1 (19,3-25,3)	26,3 (22,8-30,1)	-	-
ENFR 2013	25,1 (24,2-26,2)	26,4 (24,9-28,0)	24,3 (21,5-27,3)	-
FARICI 2013				20,2 (18,9-27,3)

	Prevalencia de exposición a humo de tabaco ambiental			
	País % (IC95%)	Patagonia % (IC95%)	Río Negro % (IC95%)	Cipolletti % (IC95%)
ENFR 2009	40,4 (39,3-41,4)	-	-	-
GATS 2012	46,8 (41,4-52,3)	26,8 (22,5-31,4)		
ENFR 2013	25,1 (24,2-26,2)	26,8 (22,5-31,4)	-	-
FARICI 2013				29,7 (26,9-32,7)

Fuente: Estudio FARICI.

TABLA 4. Exposición al humo de tabaco ajeno en los últimos 30 días en el hogar, trabajo y/o bares/restaurantes, ENFR 2013 y FARICI 2013-2014.

	País % (IC95%)	Patagonia % (IC95%)	Río Negro % (IC95%)	Cipolletti % (IC95%)
Hogar	27,6 (26,5-28,6)	22,8 (21,1-24,6)	20,1 (17,1-23,4)	18,1 (17-23,1)
Trabajo	25 (23,9-26,2)	21,4 (19,8-23,2)	15,7 (12,3-19,7)	9,2 (8,2-11,9)
Bar/Restaurant	23,5 (22,3-24,9)	10,3 (8,9-11,9)	8,2 (5,8-11,5)	6 (4,9-8,4)

Fuente: Estudio FARICI.

de riesgo cardiovascular previas al presente reporte (ENFR 2005⁸, 2009¹² y 2013¹³). Además, concurrentemente con este estudio, el país adhirió a la iniciativa mundial de encuestar adultos (GATS) y jóvenes (*Global Youths Tobacco Survey o GYTS*)^{14,16}. Tanto la primera ENFR de 2005 como las de 2009 y 2013, y GATS en 2012 exploraban el consumo de tabaco con instrumentos validados y metodología bien desarrollada, pero diferían ligeramente en la población de estudio y en el diseño. Las tres primeras, al igual que este reporte, evaluaron múltiples factores de riesgo —entre ellos, el consumo de tabaco en residentes de 18 a 65 años de localidades de más de 5 000 habitantes—, mientras que GATS apunta a estudiar únicamente el consumo de tabaco a nivel nacional (para realizar comparaciones entre países y en el tiempo) e incluye a la población a partir de los 15 años en localidades de 2 000 habitantes o más. También hay diferencias metodológicas en la construcción del cuestionario y la definición de fumador actual. En la ENFR se considera fumador actual a aquel que haya fumado 100 cigarrillos en su vida y fuma en el momento de la encuesta, mientras que GATS no exige consumo previo para definir la categoría. Sin embargo, es posible hacer ajustes para realizar la comparación y la evolución del tabaquismo con datos de las encuestas.

En el presente estudio se observó una diferencia significativa respecto a fumadores actuales, si se compara con los reportes históricos a nivel nacional, regional y provincial de la encuesta de 2005⁸, siendo esta diferencia en las siguientes encuestas de 2009 y 2013 una tendencia aunque no significativa^{12,13}. Algo similar ocurrió con los individuos expuestos al HTA, que en Cipolletti mostró ser menos prevalente que en el resto de las regiones y llamativamente fue superior a la última medición nacional de 2013.

Otro dato relevante de este trabajo estuvo vinculado a la exposición al HTA: fue significativamente menor en áreas de trabajo comparado con los datos de la ENFR 2013¹³ a nivel nacional, en la región Patagónica y también en la provincia de Río Negro.

La principal fortaleza de este reporte es la obtención de datos locales/municipales con metodología apropiada similar a las ENFR y con el criterio de selección de residencia por 10 años en la ciudad, lo que también representa a la población del Alto Valle de Río Negro y Neuquén. Esta estrategia permite cotejar con la ENFR y con los datos de GATS, con las limitaciones metodológicas mencionadas.

Se debe destacar la coexistencia del consumo de tabaco con otros factores de riesgo asociados, como el sedentarismo, la obesidad y los trastornos de ansiedad y depresión.

A pesar de que no puede establecerse una relación causal ni una asociación más que temporal, la disminución en la prevalencia de consumo y exposición al HTA en la ciudad de Cipolletti —y posiblemente en la región del Alto Valle— puede explicarse en parte por las acciones de control del tabaco a nivel municipal y regional. Cipolletti y General Roca emitieron ordenanzas de municipios 100% libres de humo de tabaco en 2008^{17,18} (un año antes había ocurrido lo propio

en la ciudad y la provincia de Neuquén¹⁹), a pesar de que la Ley de Río Negro se promulgó en 2011²⁰, cuando otros municipios del Alto Valle ya contaban con disposiciones en tal sentido. A este hecho se le sumaron otras acciones de control; por ejemplo, las dos provincias ofrecieron cobertura para el tratamiento y restringieron la publicidad, y la Universidad Nacional del Comahue junto con la sociedad civil realizaron activas campañas de promoción en contra del tabaco y sus consecuencias sanitarias²¹⁻²³.

Entre las limitaciones del presente estudio, cabe señalar que el diseño propuso explorar simultáneamente múltiples factores de riesgo con menores recursos que los asignados para los estudios nacionales, aunque el tamaño muestral definido y la tasa de respuesta efectiva sugieren mayor validez interna. Por otra parte, la realización en una sola ciudad limita la validez externa para la región y las dos provincias que la componen. No obstante, la homogeneidad demográfica y la interacción socioeconómica y política de las principales ciudades de la región del Alto Valle atenúan este inconveniente. Desde lo metodológico, la decisión de limitar a los habitantes con más de 10 años de residencia introduce un eventual sesgo en la selección de la población, que podría diferenciarse de las ENFR. Finalmente se reconoce que la modalidad utilizada es —entre los diferentes tipos de muestreo probabilístico— la menos representativa de la población, pero constituye en definitiva la misma técnica aplicada por los estudios con los que se compara.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

En el presente estudio, así como en el análisis y en la confección del reporte participaron estudiantes de medicina, docentes en distintas etapas de su carrera académica y agentes de salud de distintos sectores de la salud de la región, lo que sin duda resultó en formación del equipo y transferencia de conocimientos y habilidades entre los participantes.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Este estudio aporta valiosa información para diseñar acciones de intervención en la población de la ciudad y la región, así como para establecer el punto de inicio de vigilancia epidemiológica sobre los principales factores de riesgo cardiovascular y las enfermedades no transmisibles.

AGRADECIMIENTOS

Al jefe de Gobierno de la ciudad de Cipolletti, Sr. Abel Baratti por el apoyo logístico, económico y de difusión del estudio; al director de la Fundación Médica de Río Negro y Neuquén, Dr. Alejandro Schroeder, por el financiamiento y la difusión del estudio; a la Sra. Marisa Marín, del Departamento de Posgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Comahue; al Prof. Sergio Bramardi, de la Facultad de Agronomía de la Universidad Nacional del Comahue; y al grupo de estudiantes investigadores de la Facultad de Ciencias Médicas, por su colaboración en el

trabajo de campo y posterior carga de la base de datos del cuerpo principal del estudio, del cual se desprende este subanálisis: Néstor A. Jerez, Yanet L. Dietrich, María V. Fernández, Daniela Toloza, Gastón Montiveros, Juan M. Salgado, Vanesa B. Moreno, Alejandra Ordinola, Antonella Della Gaspera, Sergio A. Pérez, María E. Perramón, Tatiana López, Carla V. Benítez, María Y. Luffi, Brenda B. Jones, Nadia Mendoza

Ponce, Jenifer Nichols, Laura Taub, Leonardo A. Orellana Kittsteiner, Joaquín Urdiales Peñalva, Lorena V. Colque, Noelia N. Lallana, María C. Bellusci, Cardina Correa Uranga, Mayne A. Cianci, Pamela La Paz, María F. Rodríguez, Zuleica Mansilla, Emanuel A. Llanquiman, Marisol A. Acencio, Hernán Figueroa Willam, Emiliano J. Altina y Carolina G. Fuentes.

Cómo citar este artículo: Olavegogeoascoechea PA, Allevato JA, Schroeder A, Lamfre L, Terenzi JA, Zabert GE. Características epidemiológicas del tabaquismo en la población estable de la Ciudad de Cipolletti, 2013-2014. Rev. Argent Salud Pública. 2017; Jun;8(31):7-12.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Mathers CD, Loncar D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Med.* 2006;3(11):e442.
- Rossi S, Roger ME, Leguiza J, Irurzun A. "Carga global de enfermedad por tabaquismo en la Argentina". Resumen de los resultados; 2002. [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000034cnt-carga-global-enfermedad-tabaquismo-argentina.pdf>] [Último acceso: 7/04/2017]
- Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2009 - Crear ambientes libres de humo. *Organización Mundial de la Salud*; 2009. [Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/es>] [Último acceso: 27/03/2017]
- Convenio Marco para el Control del Tabaco. *Organización Mundial de la Salud*; 2003. [Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42813/1/9243591010.pdf>] [Último acceso: 27/03/2017]
- MPOWER: Un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. *Organización Mundial de la Salud*; 2008. [Disponible en: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_spanish.pdf?ua=1] [Último acceso: 27/03/2017]
- Boletín Oficial de la República Argentina N° 32170. *Ministerio de Salud de la Nación*; 2011. [Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000658cnt-2011-11_Ley-Nacional-Control-Tabaco_ley-26687.pdf] [Último acceso: 28/03/2017]
- Olavegogeoascoechea P, Allevato J, Bavio E, Federico A, Lamfre L. Prevalencia de factores de riesgo para enfermedad vascular en Cipolletti, Río Negro. Estudio FARICI. *Rev Argent Salud Pública.* 2015;6(22):7-13.
- Ferrante D, Virgolini M. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005: resultados principales. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en la Argentina. *Rev Arg Cardiol.* 2007;75(1):20-29.
- Enfermedades no transmisibles: perfiles de países. *Organización Mundial de la Salud*; 2014. [Disponible en: http://www.who.int/nmh/countries/ch_es.pdf?ua=1] [Último acceso: 28/03/2017]
- Herramienta para Vigilancia de ENTs: Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. *Organización Panamericana de la Salud*; 2014. [Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/ncd-surv-tools.htm>] [Último acceso: 28/03/2017]
- La nueva Encuesta Permanente de Hogares de Argentina. *Instituto Nacional de Estadística y Censos*; 2003. [Disponible en: http://www.indec.gov.ar/nuevaweb/cuadros/4/Metodologia_EPHContinua.pdf] [Último acceso: 28/03/2017]
- Ferrante D, Konfino J, Linetzky B, King A, Virgolini M, Laspier S. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009: evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina. *Rev Argent Salud Pública.* 2011;2(6):34-41.
- Galante M, Konfino J, Ondarsuhu D, Goldberg L, O'Donnell V, Begue C, et al. Principales resultados de la tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de enfermedades no transmisibles en Argentina. *Rev Argent Salud Pública.* 2015;6(24):22-29.
- Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos - Argentina 2012. *Ministerio de Salud de la Nación*; 2013. [Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2013-09_encuesta-tabaquismo-adultos-25-junio.pdf] [Último acceso: 28/03/2017]
- Unal B, Critchley JA, Capewell S. Explaining the Decline in Coronary Heart Disease Mortality in England and Wales between 1981 and 2000. *Circulation.* 2004;109(9):1101-1107.
- Global Youths Tobacco Survey (GYTS). *Organización Mundial de la Salud*; 2000. [Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/surveillance/argentina%20report.pdf?ua=1>] [Último acceso: 28/03/2017]
- Boletín Oficial - Ordenanza de Fondo N° 120. *Concejo Deliberante de la Ciudad de Cipolletti*; 2008. [Disponible en: http://www.ficargentina.org/aliar/images/stories/Legislacion/02-00ordenanza-120_ciudad_de_cipolletti.pdf] [Último acceso: 28/03/2017]
- Boletín Oficial N° 354 - Ordenanza de Fondo N° 4521. *Municipalidad de General Roca*; 2008. [Disponible en: http://www.ficargentina.org/aliar/images/stories/Legislacion/02-03ordenanza-4521_ciudad_de_gral_roca.pdf] [Último acceso: 28/03/2017]
- Boletín Oficial - Ordenanza N° 10866. *Concejo Deliberante de la Ciudad de Neuquén*; 2007. [Disponible en: http://www.cdnqn.gov.ar/inf_legislativa/digesto/digesto/ordenanzas/10866.htm] [Último acceso: 28/03/2017]
- Ley N° 4714. Legislatura de la Provincia de Río Negro; 2011. [Disponible en: http://www.msal.gov.ar/tabaco/images/stories/institucional/pdf/2013-03-20_ley-4714-rio-negro.pdf] [Último acceso: 28/03/2017]
- Día Mundial sin Tabaco. *Gobierno de la Provincia del Neuquén*; 2008. [Disponible en: <http://www.neuqueninforma.gob.ar/dia-mundial-sin-tabaco/>] [Último acceso: 28/03/2017]
- Cipolletti intensifica campaña antitabaco. *Diario Río Negro*; Octubre de 2008;Ed, impresa p. 18. [Disponible en: <http://www.r1onegro.com.ar/diario/diario/2008/10/28/122516193294.php>] [Último acceso: 07/04/17]
- Navarra G. Libres de humo: el desafío de dejar de fumar. *La Nación*; 14 de mayo de 2006, pág. 12.