



Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones
4ª Generación
2007 – 2008

Reporte de Investigación Final
Para concluir el Programa Académico de la
Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones

Tema:
"Conocimientos y actitudes de Médicos Familiares y Generales
sobre tabaquismo"

Alumno:
Dr. Carlos Alberto Juárez Fuentes

México, D.F. Marzo de 2009.



Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones
4ª Generación
2007 – 2008

Reporte de Investigación Final
Para concluir el Programa Académico de la
Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones

Tema:
"Conocimientos y actitudes de Médicos Familiares y Generales
sobre tabaquismo"

Revisor:
Dra. Rosalía Rodríguez Cuevas

México, D.F. Marzo de 2009.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.

1.- MARCO TEORICO.

- 1.1.1 Definición de tabaquismo.
- 1.1.2 Historia
- 1.1.3 Epidemiología.
- 1.1.4 Legislación en México
- 1.1.5 Tabaquismo y Sistemas de Educación en México.
- 1.1.6 El humo del tabaco y su toxicidad.
 - 1.1.6.1 El cultivo del tabaco.
 - 1.1.6.3 Mecanismos del daño
- 1.1.7 Daños a la salud y Mortalidad atribuible.
 - 1.1.7.1 Tabaquismo y enfermedades cardiovasculares.
 - 1.1.7.2 Tabaquismo y cáncer de pulmón.
 - 1.1.7.3 Tabaquismo y cáncer laríngeo.
 - 1.1.7.4 Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
 - 1.1.7.5 Tabaquismo y Enfermedad cerebrovascular.
 - 1.1.7.6 Tabaquismo activo y pasivo.
 - 1.1.7.7 Tabaquismo en el niño.
 - 1.1.7.8 Efectos del tabaquismo en el embarazo.
- 1.1.8 El papel del médico familiar en el tabaquismo.
 - 1.1.8.1 Estrategias para disminuir el tabaquismo.
 - 1.1.8.2 Test de Ritchmond y Cuestionario de Fargestöm.
 - 1.1.8.3 Etapas de cambio Prochaska D´ Clemente.
- 1.1.9 Tratamiento del tabaquismo.
 - 1.1.9.1 Medicamentos sin Nicotina.
 - 1.1.9.2 Terapia de Reemplazo con Nicotina.
 - 1.1.9.3 Tratamiento Psicológico de la adicción a la nicotina.
 - 1.1.9.4 Estrategias conductuales. El consejo Médico”
 - 1.1.9.5 Terapias Cognitivo-Conductual.
- 1.2 Planteamiento del problema.
- 1.3 Justificación.
- 1.4 Objetivos generales y específicos

2.- MATERIAL Y MÉTODOS.

- 2.1 Tipo de estudio.
- 2.2 Diseño de la investigación.
- 2.3 Población lugar
- 2.4 Muestra.
- 2.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.
- 2.6 Variables (tipo escala y medición).
- 2.7 Instrumentos de recolección de datos.
- 2.8 Método de recolección de datos.
- 2.9 Maniobras para evitar y controlar sesgos.
- 2.10 Prueba piloto.

2.11 Procedimientos estadísticos.

2.12 Recursos humanos, materiales, físicos y financieros del estudio.

2.13 Consideraciones éticas.

3.- RESULTADOS.

4.- DISCUSIÓN.

5.- CONCLUSIONES.

6.- ANEXOS.

7.- REFERENCIAS.

INTRODUCCIÓN.

El tabaquismo es considerado en la actualidad uno de los problemas prevenibles de Salud más importantes en el mundo. El consumo se asocia a más de 5.000.000 de muertes al año, debido a la alta incidencia de padecimientos crónicos con invalidez que provoca su consumo³² (OMS 1997).

El problema del tabaquismo se debe abordar por medio de un plan integral para el control del tabaco. Por lo tanto, para cambiar actitudes y conductas respecto al tabaco y revertir la tolerancia social, es necesario educar, comunicar y formar personal de salud capacitado.

Desde 1986, el sector salud cuenta con un programa específico contra el tabaquismo, el cual se actualizó en 1992 y posteriormente en el año 2000.

En donde menciona adecuar los servicios a las necesidades de la población, al perfil epidemiológico y a los problemas de salud emergente; privilegiar al primer nivel de atención; apoyar la intervención de los ayuntamientos y ampliar la participación comunitaria. Dando origen al Programa contra el Tabaquismo 2001 - 2006. Siendo, su finalidad promover y proteger la salud de la población a través de acciones de control y prevención, tratamiento e investigación del tabaquismo y prevenir los daños asociados a su consumo.

Cabe destacar la adhesión en 2004 por México al convenio marco para el control del tabaco CMCT que implemento la OMS en 2003 como un esfuerzo para coordinar esfuerzos nacionales, regionales e internacionales con el fin de disminuir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo y exposición al humo tabaco.

El Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del estado (ISSSTE) realizan para la población derechohabiente, en los tres niveles de atención, actividades de información y difusión sobre los daños que produce el consumo del tabaco a la salud. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) incluye en los programas de promoción de la salud para grupos vulnerables, acciones de prevención del tabaquismo que se realizan a través de sesiones educativas e informativas sobre aspectos básicos del cuidado de la salud, sobre el abandono del tabaquismo y de otras adicciones²⁰.

La atención primaria a la salud, es la estrategia propuesta por la Organización de las Naciones Unidas, para elevar el nivel de salud de la población la implantación del modelo de atención primaria a la salud ha encontrado diferentes obstáculos, los cuales limitan en cierto grado su total aplicación y el logro de sus objetivos.²¹

Paralelamente con la emergencia del tabaco como problema de salud, se identifica a los médicos como líderes naturales contra la lucha de esta problemática. La OMS en su documento "los Médicos y el tabaco: el gran reto de la medicina" menciona los roles reconocidos para el profesional en la salud

sobresaliendo el papel asistencia, administrativo, político, asesor, investigador y docente, comunicador, ciudadano y modelo no fumador.

Paradójicamente con la problemática y el importante papel que juega el médico se cuenta con información la cual reporta que la prevalencia de tabaquismo entre médicos fue del 22%; 16% en las mujeres y 24.9% en hombres; la percepción que tiene el paciente o el mensaje es “no debe ser tan malo si él lo hace”, de esta manera el médico pierde autoridad ante el paciente fumador.^{22,}

Es muy importante pues, que el médico en virtud del papel que juega ante la comunidad abandonen el consumo del tabaco o no fumen en público o en áreas sanitarias destinadas al público, informen y eduquen a la comunidad y muestren actitud inequívoca en contra del tabaco.^{21, 22, 24.}

La intervención más efectiva de los médicos de primer contacto en atención primaria es el consejo breve, firme y claro sobre la necesidad de dejar de fumar, repetido de diferentes formas en todas las ocasiones posibles.^{22, 24.}

En el presente trabajo de investigación se mencionan la definición del tabaquismo, así como la importancia de reconocer a este padecimiento no como un mal habito, si no como una adicción definiendo cada uno de estos conceptos.

En el presente trabajo de investigación se menciona datos recientes sobre epidemiología resaltando la importancia de hacer promoción a la salud en la población de 12 y más, así como de promover la cesación del tabaquismo.

Se mencionan los daños a la salud derivados de esta adicción, con la implicación en costos para el paciente, el sector salud y la comunidad, principalmente por los daños crónicos, como son EPOC, cáncer.

Haciendo hincapié en el importante papel que juega el médico familiar al poder atender al paciente y su familia, incluso mucho tiempo antes de que el paciente pueda presentar padecimientos relacionados al consumo de tabaco.

En este trabajo se realizo encuestas a Médicos familiares y generales, ambos prestadores de servicio en el primer nivel de atención. Detectando la prevalencia de médicos fumadores así como tener una apreciación de la calidad en la información que tienen acerca de la epidemiología en tabaquismo, daños a la salud, tabaquismo pasivo y tratamiento, identificando la actitud que tienen frente a un paciente fumador así como identificar los factores que intervienen en una adecuada consejería para dejar de fumar.

1- MARCO TEORICO.

1.1 ANTECEDENTES.

1.1.1 Definición de tabaquismo.

No existe un acuerdo unánime sobre cuándo se considera que una persona es fumadora. No hay ningún valor de consumo que sea seguro, ni tampoco ningún tipo de consumo.

Fumar un cigarrillo supone la absorción de sustancias tóxicas e irritantes, que no son inocuas en ninguna dosis. Ahora bien, el riesgo asociado está en relación con el número de cigarrillos fumados y con el tiempo que se lleva fumando.

Según la OMS un fumador es una persona que ha fumado diariamente durante el último mes, cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno.

En trabajos de intervenciones de profesionales sanitarios de atención primaria en estados unidos cataloga como fumador a toda persona que haya consumido tabaco, aunque sea una calada en la última semana.

En la práctica habitual, y en el contexto de la mayoría de los protocolos clínicos, fumador es la persona que responde afirmativamente a la pregunta “¿usted fuma?”.

Parte del problema del tabaquismo es la creencia de que se trata de un mal hábito, sin embargo para entender la magnitud del problema se debe de partir del concepto, el tabaquismo es una adicción.

La adicción se establece mediante la progresiva instauración de la tolerancia farmacológica (necesidad de dosis mayores para conseguir los mismos efectos) y la aparición de la dependencia psíquica y física, actualmente se tiende a la situación del término “dependencia Física” por el de “neuroadaptación”²⁴,

Entendiendo como adicción al conjunto de fenómenos del comportamiento, cognoscitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de una sustancia en este caso de la nicotina^{8, 24}.

Existen varias clasificaciones de las drogas desde el punto de vista de sociología de Freixa quien divide a las drogas en institucionalizadas, o legales y no institucionalizadas, o ilegales. Entre las primeras destacan el alcohol, tabaco y café.

De las más usadas por su operatividad, esta la de Nahas, elaborada con criterios farmacológicos a partir de las experiencias de autoadministración de drogas en simios. Nahas considera ocho factores: acción sobre el humor, neurotoxicidad, acción de refuerzo positivo, tolerancia, síndrome de abstinencia, patología mental, patología somática y letalidad de la sobredosis.

Lo divide en 7 grupos que son Opiáceos, Psicoestimulantes mayores, Psicodpresores, cannabis, alucinógenos, solventes y Psicoestimulantes menores; clasificando al tabaco en este último grupo junto con la cola, Khat y la cafeína.

Dando puntos de neurotoxicidad, tolerancia, síndrome de abstinencia, patología mental y sobredosis letal.

La nicotina es un compuesto sumamente adictivo entendiendo como sustancia adictiva a aquella que altera funciones mentales y a veces físicas, que al ser consumidas reiterativamente tiene la posibilidad de dar origen a una adicción.

Estos productos incluyen las sustancias estupefacientes psicotrópicos clasificados en la Ley General de Salud, a aquellos de uso médico, los de uso industrial, los derivados de elementos de origen natural, los de diseño, así como el tabaco y las bebidas alcohólicas.

La nicotina es la droga más difundida en el mundo, es altamente adictiva, su consumo es legal y aceptado universalmente.

Es la sustancia responsable del “bienestar psicológico” y la dependencia biológica del fumador³.

1.1.2 HISTORIA.

El uso del tabaco se origino en el continente americano. Existen distintas teorías sobre el origen de la palabra “tabaco”. Unas sostienen que proviene de la isla Tobago, donde fue descubierto y otras que se denominaba tabaco a un utensilio en forma de Y, que los indios empleaban en sus inhalaciones para aspirar el humo.¹

En México, los aztecas y los mayas hicieron referencia a esta planta y posteriormente su uso se extendió al resto del mundo, haciéndola una de las prácticas más comunes.^{1,2}

La planta de tabaco fue descrita y clasificada por Linneo quien le dio el nombre de *Nicotiana tabacum* L en honor del embajador francés en Portugal Jean Nicot quien envió un contrabando de tabaco a París en 1561 en donde su uso se popularizo.¹

Inicialmente y mucho antes de la llegada de los españoles a América, el empleo del tabaco tenía sólo un significado ritual y se fumaba para sellar compromisos de paz.^{1,2} La palabra cigarro deriva probablemente de sikár que en maya significa fumar.²

Entre los siglos V y VII los mayas se desplazaron hacia el norte y transmitieron el uso del tabaco a los toltecas, quienes posteriormente heredaron su cultura a los aztecas¹ La mayoría de la información en México proviene de las zonas donde habitaron estos últimos.

Fue a partir del siglo XVII que fumar dejó de ser costumbre para convertirse en moda, en torno a esto aparecen pipas, boquillas, petacas, estuches etc.

La extraordinaria difusión del tabaco fue debida no sólo al placer que proporciona el fumarlo, sino a que se lo consideraba una planta medicinal de asombrosas propiedades.

Francisco Hernández, médico de Felipe II, afirmaba que el humo aspirado por la boca era beneficioso para los asmáticos y trato de aclimatar el tabaco a España. En 1574, el botánico Kart Clusius escribía “El tabaco es un remedio universal para toda clase de enfermedades”. Se hacían infusiones. Se preparaban ungüentos y se aplicaban hojas de tabaco por todo el cuerpo.

Los conquistadores lo utilizaron como antídoto contra el veneno de las flechas^{1,3,13}

Fue hasta el siglo XX que se dio la voz de alarma, cuando la ciencia médica se atrevió a denunciar la relación directa que existe entre el tabaco y ciertas enfermedades. La asociación entre tabaco y cáncer fue descrita hacia 1761 por John Hill, al notificar la presencia de cáncer nasal entre aspiradores de polvo de tabaco; posteriormente en 1795 Samuel Von Sömmerring propuso una posible asociación entre el cáncer de labio y el uso de pipa. Pero fue hacia 1950 que los informes de Wynder y Graham, así como de Doll y Hill, establecieron la relación abierta entre fumar cigarrillos y cáncer de pulmón.

En 1974 la Organización Mundial de la Salud (OMS) le dio oficialmente al tabaco la denominación de droga.^{1,3}

Con el fin de dar a conocer al público los peligros que implica el consumo de tabaco, así como las prácticas de negocio que realizan las compañías tabacaleras, la OMS desde 1987 en la asamblea Mundial de la Salud acordó que el 7 de abril sería el Día Mundial sin Tabaco. Posteriormente, en 1988, se estableció que la celebración de este día se realizaría cada año el 31 de mayo. A partir de entonces año con año la OMS establece y promueve un eslogan alrededor de cual en todo el mundo se realizan actividades para fortalecer la lucha contra el tabaquismo.

Desde 1999 con la puesta en marcha del mandato de 191 ministros de salud en todo el mundo se reunieron para adoptar medidas que limiten la propagación del tabaquismo y reduzcan el número de muertes causadas por esta pandemia, dieron inicio las negociaciones del convenio Marco para el Control del tabaco de la OMS. México se unió a esta iniciativa firmando este convenio el 12 de agosto del 2003, ratificando su posición el 28 de mayo del 2004.¹

1.1.3- EPIDEMIOLOGIA

En México el tabaquismo representa 165 muertes diarias a consecuencia de todas las enfermedades que se asocian a esta adicción. Estas defunciones representan 10% de las muertes nacionales.

La prevalencia del tabaquismo en México principalmente basados en la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) del 2002, que es la fuente de información más relevante sobre consumo de tabaco en México. Muestra que 26.4% de la población entre 12 y 65 años de edad son fumadores. Lo que representa más de 16 millones de personas fumadoras. Siendo en su mayoría hombres aunque cada vez es mayor el número de mujeres que fuman.^{5,25,}

Dicha encuesta reporta que los hombre son los que fuman más 66.4% y 33.6 de mujeres, en las mujeres en comparación con la encuesta del 1998 en las mujeres se observo un aumento en el consumo, ya que en 1998 solo un 29% de los fumadores correspondía a las mujeres

La ENA 2002 también reporto que el 27% de la población adulta de 18 a 65 años es fumadora. Un 18.2% se considera ex fumador y 55.4% no ha fumado.

La tendencia en el consumo de tabaco en la población mexicana se ha mantenido estable durante los últimos 15 años, observándose en general una tendencia hacia el abandono al tabaco del consumo en la población general.

La ENA 2002 también reposta población rural, población que no era tomada en cuenta en las anteriores encuestas, mostrando la misma tendencia de fumadores por sexo.

Tabaquismo en adolescentes.

En cuento a la edad de inicio se advierte que el consumo de tabaco comienza a una edad cada vez más temprana.

El consumo entre adolescentes. Casi un millón de adolescentes de 12 a 17 años en área urbana son fumadores con una mayor prevalencia en hombres 15.4% que en mujeres 4.8%

La facilidad del acceso al tabaco por los menores de edad se refleja en México en la información disponible de consumo de tabaco en adolescentes a pesar de la legislación vigente.

En cuento a la edad de inicio, casi la mitad de los adolescentes (47.6%) comenzó a fumar entre los 15 y 17 años, 10% de los hombres comenzó a fumar antes de los 11 años.

Tabaquismo en adultos.

Los fumadores en adultos de 18 a 65 años edad, la prevalencia es de 30.2%. por sexo es de 45.3% 18.4 en mujeres.

La edad de inicio en los adultos tuvo lugar en edades muy tempranas, entre 15 y 17 años 41.1%. Sólo un 3.7% inició entre los 26 y 35 años y 1.3% a edades mayores de 35 años. Con un promedio de consumo de 5 cigarrillos al día.

Tabaquismo pasivo.

Por otra parte existe el problema de los fumadores pasivos, ya que según la ENA de 2002 se estimó que el 52.6% de la población era fumadora pasiva, lo que equivale a 18 millones de mexicanos expuestos involuntariamente a los efectos del humo esta exposición se encuentra tanto en hogares como en lugares públicos y áreas de trabajo.⁴ La exposición de los no fumadores al humo del tabaco aumenta el riesgo de cáncer de pulmón y cardiopatías, empeora enfermedades especialmente en niños como asma y bronquitis. Neumonías e infecciones de oído medio.^{4,5,}

Tabaquismo y personal de salud.

En México se han realizado desde hace 25 años varios trabajos del consumo de tabaco en el personal de salud. En 1986, Puente Silvia efectuó una encuesta en el personal médico de siete hospitales de tercer nivel y señaló que por lo menos 7 de cada 10 habían fumado alguna vez en su vida.

Otro estudio en 1997 que condujo Tapia-Conyer señala que la prevalencia de consumo entre médicos era de 27%, es decir uno de cada 3 consumen tabaco. Seis de cada 10 lo hacen de manera cotidiana y 50% fuma, en promedio, uno a cinco cigarrillos por día como la población en general.²²

También se han realizado protocolos en aspirantes a las residencias médicas con el propósito de conocer la prevalencia así como intervención ante el consumo de tabaco en sus pacientes. Se encontró que un 20% era fumador actualmente, 34% ex fumador y 46% no fumaba, con una edad de inicio de 16 años. Y dos terceras partes fumaba de 1 a 5 cigarrillos.

1.1.4 LEGISLACION EN MÉXICO.

En México el derecho a la protección a la salud se encuentra consagrado al artículo 4º. De la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. La ley General de Salud reconoce el grave problema de adicción al tabaco y el riesgo de desarrollo de enfermedades crónicas. En el capítulo III trata sobre el Programa contra el Tabaquismo y establece la obligación de la Secretaría de Salud, de las entidades federativas y del Consejo de Salubridad General de coordinarse para la ejecución de dicho programa, haciendo énfasis en la prevención del tabaquismo y el llevar a cabo acciones para controlarlo y en la educación sobre los efectos que tiene en la salud. El último aspecto va dirigido especialmente a la familia, los niños

y adolescentes a través de métodos individuales, colectivos o de comunicación masiva.⁷

De esta preocupación y esfuerzos se han obtenido leyes, tales como en el artículo 277 que “En ningún caso y en ninguna forma se podrá expender o suministrar tabaco a menores de edad.” En 1990 el titular de la Secretaría de Salud suscribió un acuerdo No. 88 en donde restringen las áreas para consumo de tabaco en las unidades de salud e institutos. Por su parte el titular del IMSS a partir de 1997 declaró en su totalidad de las instalaciones del IMSS tanto regionales, estatales y del D.F. “libres de humo de tabaco”⁶

En el ámbito de la Secretaría de Salud (SSA) opera programas contra adicciones a través de los 31 consejos Estatales contra las adicciones (CECA) a los que se suman 242 comités Municipales contra las adicciones (COMCA) los cuales hacen énfasis en la prevención, orientación, capacitación, elaboración y distribución de materiales.

La Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de las Adicciones (NOM-028-SSA2-1999) publicada en el D.F. el 15 de septiembre del 2000, enfatiza la importancia del tabaquismo como una adicción y como problema de salud pública con sus repercusiones sociales. Siendo obligatoria en todo el territorio mexicano.

Definiendo al tabaquismo como una enfermedad sistémica progresiva asociada a la adicción de la nicotina que puede ser una conducta inadecuada que afecta al individuo que fuma y también a los que están a su alrededor.⁸

Actualmente la última reglamentación en relación al tabaco es la que se menciona en la Ley de establecimientos mercantiles de DF ^I, la ley de protección a la salud de los no fumadores del DF ^{II} también en el ámbito local y la Ley general de control de tabaco en el ámbito federal ^{III}, como puntos importantes son los referentes a la protección de los no fumadores al establecer ambientes 100% libres de humo de tabaco incluyendo aquellos que eran habituales como bares, billares, restaurantes donde se podía fumar libremente o se tenía un área designada para ello además de continuar vigentes las restricciones en relación con los menores de edad para prohibir la venta a estos y la adquisición en unidades menores de 14 o mayores de 20 piezas así como el uso de máquinas expendedoras y adquisición vía internet, Telefónica, correo o por otro medio de comunicación, así como regalar productos al público en general con fines de promoción o utilizar su logos u otro distintivo en productos no relacionados con el tabaco; otro avance lo constituye el uso de pictogramas y el espacio disponible en las cajetillas para desalentar el uso del tabaco y que el público permanentemente sea consciente de las consecuencias a su salud de continuar fumando estrategias que han mostrado disminuyen el consumo en la población en un tiempo determinado al hacer pensar a la población el querer dejar de fumar ^{IV}

1.1.5 TABAQUISMO Y SISTEMAS DE EDUCACION EN MÉXICO.

Es bien sabido que la población adolescente es de la más propensa a iniciar con problemas de tabaquismo y otras adicciones, por lo que es imperativo dar orientación.

La Secretaría de Educación Pública (SEP) cuenta con un programa de salud escolar incluyendo el tema de adicciones en los libros de texto. Promoviendo además que las escuelas se encuentren libres de humo del tabaco.

Para la población estudiantil de las instituciones de educación superior como la Universidad Nacional Autónoma de México, el Instituto Politécnico Nacional, el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey, la Universidad del Valle de México, la Universidad Anáhuac y la universidad La Salle realizan campañas de prevención contra el tabaquismo, dirigidas a toda la población escolar.

Cabe mencionar que la U.N.A.M. cuenta con una Clínica de ayuda para dejar de fumar. Localizada en la Facultad de Medicina, en la que se atiende a universitarios y trabajadores, realizando promoción a la salud, ofrece tratamiento a base de terapias de grupo en donde además se realiza investigación.

El papel de los médicos es fundamental y crítico. De aquí se desprende la necesidad de un programa de educación y capacitación para el tratamiento de tabaquismo, debiendo comenzar desde las facultades y escuelas de medicina, involucrando a los médicos ya en ejercicio, por medio de educación continua.^{26,}

1.1.6 EL HUMO DEL TABACO Y SU TOXICIDAD.

Se han identificado en el “humo del cigarrillo” cerca de 4000 sustancias químicas, la mayoría son nocivas. Algunas son componentes de la hoja del tabaco, otras llegan al tabaco como consecuencia de la industrialización del mismo. Así como por procesos químicos desencadenados por la combustión del cigarrillo^{3,4,5}

Entre algunas de las sustancias se encuentra el amoníaco, arsénico, acetona, monóxido de carbono, fenol, dimetilnitrosamina, tolueno, butano, naftaleno, DDT, ácido clorhídrico, entre otros.

El humo de la combustión del tabaco es un aerosol constituido por una fase gaseosa en la que se hallan suspendidas más de 3000 millones de partículas, hasta ahora se han identificado 4000 componentes. 400 a 500 de ellos se encuentran en la fase gaseosa y el resto en la fase sólida (partículas).

Los elementos más relevantes de la fase particulada son: nicotina, agua, alquitrán, el cual no es otra cosa que el residuo que queda tras la extracción de las dos primeras.

Los alquitranes contienen un gran número de compuestos como los hidrocarburos y diversos metales, elementos radioactivos y fenoles entre otros.

La industria tabacalera modifica alguna (s) sustancias o agrega otras sustancias para disminuir el sabor desagradable agregando por ejemplo menta, y sabores, convirtiéndolos atractivos principalmente a los nuevos fumadores, siendo principalmente adolescentes.

1.1.6.1 EL CULTIVO DEL TABACO.

El tabaco se cultiva en más de 100 países, de los cuales 80 e encuentran en desarrollo.

Dos de las terceras partes de la producción se encuentra en 4 países: China, Estados Unidos, India y Brasil. Siendo China el mayor productor¹³

Históricamente, el tabaco es un cultivo muy atractivo para los agricultores y proporciona ingresos netos más elevados por unidad de tierra cultivada que la mayoría de los cultivos comerciales y sustancialmente más altos que los productos alimentarios.

El precio del tabaco es más estable que el de otros cultivos, por otra parte la industria tabacalera apoya a los agricultores con tecnología y prestamos, las hojas de tabaco son poco perecederas, el costo de las cosechas y el traslado son relativamente bajas. Siendo estas sólo algunas de las razones por las que el cultivo de tabaco resulta conveniente.

1.1.6.2 MECANISMOS DEL DAÑO.

El daño sistémico provocado por el consumo de tabaco y la exposición al humo es ocasionado por las distintas sustancias que contiene. Sustancias irritantes, carcinogénicas por la nicotina y el monóxido de carbono.

Las sustancias irritantes son responsables de la irritación principalmente a nivel de mucosas de las vías respiratorias, se encuentran en la fase gaseosa, de los más importantes son fenoles, ácidos orgánicos, peróxido de hidrógeno y amoniacos entre otros. Los cuales además provocan inflamación crónica que se genera en el aparato respiratorio que conjuntamente con otras enzimas provocan alteraciones a nivel tisular; como en el caso del enfisema.

El proceso carcinogénico lo causan principalmente los hidrocarburos, como el benceno, el plomo, el níquel, y partículas como el polonio.

El desarrollo de cánceres un proceso del cual dependen muchos factores. Uno de los procesos que se alteran los genes implicados en el funcionamiento normal de la célula responsable de mantener el equilibrio entre la proliferación y la muerte celular, aumentando la producción de oncogenes y la inactivación de genes que normalmente actuarían inhibiendo la proliferación (genes supresores de tumor).

La nicotina es la sustancia química del tabaco responsable de la adicción. La nicotina es un alcaloide líquido natural con propiedades insecticidas.

La nicotina origina efectos farmacológicos complejos, actúa sobre los receptores principalmente dopaminérgicos estimulando dando una sensación de bienestar y también actuando desensibilizando a los receptores.

Cada cigarrillo contiene un promedio de 10mg de nicotina de los que sólo se absorben 1 a 3 mg, ya que el resto se destruye. La concentración letal de nicotina sérica es de 63 ngr/ml.

El Monóxido de Carbono es un gas incoloro, inodoro insípido y no irritante que resulta de la combustión incompleta de la materia orgánica la toxicidad de CO se debe a su capacidad para combinarse con la hemoglobina y formar carboxihemoglobina (COHb) impidiendo el transporte de oxígeno da los tejidos.

Un cigarrillo produce entre 40 y 100 ml/d CO y varios paquetes pueden elevar hasta uno o dos litros, se calcula que quien fuma dos paquetes de cigarrillos. Produciendo hipoxia por disminución de la capacidad de transporte de oxígeno.

1.1.7 DAÑOS A LA SALUD Y MORTALIDAD ATRIBUIBLE.

Desde hace varias décadas se sabe que el tabaquismo es una de las principales causas prevenibles de enfermedad y muerte en el mundo. Desde los primeros estudios sobre el consumo de tabaco realizados en los médicos ingleses como sujetos de estudio, aunados al primer informe del “ Surgeon General” en Estados Unidos se sabe fehacientemente de los daños directos y la contribución de dicha adicción a la salud, con las consecuencias económicas, laborales y sociales con la peculiar característica de que esta droga adictiva es socialmente aceptada, aunque estos factores se han modificado en los últimos años.^{5.}

La susceptibilidad individual al humo del tabaco es muy variable, dependiendo de la edad de inicio, la duración, la inestabilidad y el tipo de exposición, los factores genéticos, las exposiciones ambientales, ocupacionales, el uso de fármacos y los factores de riesgos así como exposiciones coexistentes^{21.}

En cuanto a la mortalidad atribuible el efecto del tabaquismo en la población mexicana como problema de salud pública se basa en la tasa de morbilidad y mortalidad de padecimientos relacionados.

Se cuenta con información calculando al mortalidad de 2004 para medir los efectos de la epidemia por el consumo de tabaco en México. El número total de muertes anuales atribuibles al tabaquismo por enfermedades concomitantes es de más de 60 mil (165 muertes al día) 38% de éstas (22778 defunciones) consecutivo a enfermedades isquémica del corazón, 29% (17 390 muertes) a enfisema, bronquitis crónica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. (EPOC), 23% (13751 defunciones) a enfermedad cerebrovascular y 10% a cáncer de pulmón, bronquios y tráquea. (6168 muertes).

Para 1998 46.8% de la población tenía menos de 29 años de edad, por lo que los daños a la salud actuales solo son la punta del iceberg y se espera un incremento en el número de casos en los próximos años y de patología relacionada con su uso.

En los adolescentes el consumo de tabaco actúa como puerta de entrada al consumo de otras drogas se señala por ejemplo que adolescentes que fuman tienen un riesgo 13 veces mayor de consumo de alcohol y otras drogas como marihuana. En las encuestas de adicciones entre los jóvenes la brecha entre sexos tiende a desaparecer por lo que la mortalidad atribuible en esta población muy probablemente se incremente aún más.

En cuanto a las causas que promueven el abandono del tabaquismo el principal motivo, es la conciencia de daño, en un segundo lugar por indicación médica. De aquí la importancia en que el Médico de primer contacto este conciente del problema, haga detección de pacientes fumadores, oriente y ofrezca tratamiento, conociendo este último así como las alternativas para lograr el abandono del tabaco. El método más utilizado la interrupción abrupta.

Otro indicador para estimar el peso del tabaquismo, lo constituyen los Años de Vida Saludables (AVISA), diseñado por el Banco Mundial y la OPS para contabilizar los años de vida saludables que se pierden debido a muertes prematuras y a discapacidades.

La pérdida de los (AVISA) originada por el consumo de tabaco en México representa 3.6% del total de AVISA para la población. Siendo mayor después de los 45 años, con predominio en varones.^{8,4}

Las enfermedades asociadas con el tabaquismo que más contribuyen a la pérdida de AVISA son la cardiopatía isquémica, (25%), la enfermedad obstructiva crónica (23%), la enfermedad cerebro vascular (16%) y el cáncer pulmonar (6%). Además de que, las enfermedades que se asocian con el tabaquismo son padecimientos, en su mayoría padecimientos crónicos que generan un alto grado de discapacidad.⁸

1.1.7.1 TABAQUISMO Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.

Estudios han demostrado que los fumadores tienen un riesgo 50% más en la progresión de la aterosclerosis¹² que tiende a estrechar las arterias coronarias si no que también aumenta la tendencia de coagulación de la sangre, fumar un cigarrillo aumenta la activación plaquetaria más de cien veces. Mientras que en los ex fumadores se reduce hasta en un 25%. El Internacional Study of Infarct Survival (ISIS) de infarto al miocardio indica que hay cinco veces más infartos en fumadores entre los 30 y 40 años comparados con los no fumadores.^{9, 4,3}

Además de un efecto tóxico directo el tabaco sobre el endotelio, ya que induce estrés oxidante produciendo LDL oxidadas que, a su vez, estimulan una respuesta inflamatoria por parte de los macrófagos. De aquí la importancia de realizar perfil

de lípidos en pacientes fumadores con el objetivo de prevenir y alertar al paciente a que deje de fumar ¹²

El abandono de la adicción al tabaquismo por 30 a 60 días se acompaña de incremento de los niveles de HDL- colesterol, recuperando así en el caso de los fumadores su cardioprotección.

En mujeres, el riesgo de cardiopatía isquémica y otras enfermedades cardiovasculares es similar al de los hombres. Entre las mujeres que toman anticonceptivos orales, las fumadoras presentan un riesgo de coronopatía 10 veces superior al de las no fumadoras^{3,4,21}

1.1.7.2 TABAQUISMO Y CÁNCER DE PULMÓN.

El cáncer de pulmón es la clasificación que se da a los carcinomas primarios en el pulmón, incluyendo cuatro tipos histológicos (carcinoma de células escamosas, de células pequeñas, adenocarcinoma y carcinoma de células grandes) La supervivencia es escasa, con sólo 13% luego de 5 años de diagnosticado.

El pulmón es el sitio principal para el depósito de carcinógenos del humo del tabaco. El estudio estadounidense que efectuaron Wynder y Graham, y el británico Doll y Hill, indican que los fumadores experimentan casi 10 veces más riesgo creciente de cáncer de pulmón cuando se compara con los no fumadores.

La evidencia epidemiológica ha mostrado también relación en la dosis respuesta. Esto es: hay relación entre el número de cigarrillos fumados al día y la duración del tabaquismo. Siendo los hombres más afectados en esta patología.^{9,3}

Con el abandono del tabaquismo tiene una importante reducción del riesgo de sufrir cáncer de pulmón, de tal forma que después de 10 años el riesgo pasa de 30 a 50% de los que continúan fumando

1.1.7.3 TABAQUISMO Y CÁNCER LARINGEO.

Este cáncer se origina en las cuerdas vocales, las estructuras fibrosas que genera el habla; sus síntomas característicos son tos, sangre al toser y ronquera ocurriendo en la primeras etapas de la enfermedad. Esta patología es aún más frecuente en hombres que en mujeres, encontrando también que el alcohol aunado al tabaquismo tienen mayor prevalencia en esta patología. Reconociendo que el abandono del tabaquismo disminuye el riesgo de este cáncer.

Se pueden enumerar aunque con menor frecuencia cáncer oral, iniciando con lesiones no malignas denominadas leucoplasia se asocian con el tabaquismo y a medida que prosiguen los daños genéticos, es posible que aparezcan los cánceres orales.

El cáncer de esófago, tienen una baja supervivencia, Los estudios epidemiológicos muestran que el riesgo de cáncer de esófago muestra que el riesgo de cáncer se eleva hasta 5 veces más que en los no fumadores.

En cuanto al riñón, actúa como de excretor mayor, bañándose en carcinógenos provenientes del tabaco que están en la sangre y luego concentrándose en la orina.⁹

1.1.7.4 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA.

Se define como un proceso caracterizado por un descenso de los flujos respiratorios que no cambian de manera notable en un periodo de varios meses de tratamiento.

Se puede agrupar en distintas afecciones como son Bronquitis crónica y enfisema pulmonar. La morbilidad y mortalidad por EPOC ha experimentado un crecimiento exponencial en los últimos años. Son numerosos los estudios que confirman que el humo de cigarro induce a la pérdida acelerada de la función pulmonar, conduciendo a la incapacidad respiratoria y muerte anticipada. Esta pérdida no se recupera, pero si se estabiliza cuando se deja de fumar^{21,3}

Se caracteriza por la presencia de tos y expectoración con las características de bronquitis crónica simple. Al cabo de tiempo se desarrollan alteraciones obstructivas de las vías aéreas y finalmente cambios enfisematosos de predominio centrolobulillar con lo que el padecimiento queda definido como Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

La EPOC condiciona a mayor y más frecuentes enfermedades infecciosas de las vías respiratorias superiores e inferiores, desde infecciones virales, bacterianas como en el caso de neumonías, siendo estas última, causa de muerte en personas con tabaquismo.⁹

1.1.7.5 TABAQUISMO Y ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR.

La embolia y accidente cerebrovascular son términos generales que se refieren a las consecuencias clínicas de hemorragias dentro del cerebro o a la muerte del tejido cerebral que se produce por la oxigenación deficiente.⁹ Los mecanismos en como el tabaquismo es causa de EVC es muy similar al de IAM.

El Framingham Heart Study estableció en 1988 la relación entre el tabaquismo y EVC, por tipo, número de cigarrillos fumados y el efecto de la cesación. Así mismo entre el tabaquismo e hipertensión, los fumadores hipertensos tienen 20 veces más riesgo de EVC, comparados con los no fumadores sin hipertensión.^{9,4,3}

1.1.7.6 TABAQUISMO ACTIVO Y PASIVO.

Tanto los fumadores activos como los pasivos absorben componentes del humo del tabaco a través de las vías respiratorias y los alvéolos y muchos de estos componentes, como el monóxido de carbono entran después en la circulación y se distribuyen en general, el sistema genitourinario está expuesto a las toxinas del humo del tabaco por la excreción de compuestos en la orina. El tracto gastrointestinal se expone por el depósito directo del humo en las vías respiratorias superiores y la remoción desde la tráquea a través de la glotis hacia el esófago.⁹

Algunos de los efectos en los fumadores expuestos son:

Ocasiona enfermedades como cáncer de pulmón en paciente no fumadores El tabaco fumado por otras personas es el causante de producir, 30 veces más cáncer de pulmón, que todos los contaminantes habituales del aire juntos.

El riesgo de muerte por cáncer en pacientes expuestos de manera permanente al humo del tabaco.

La posibilidad de padecer enfermedades cardiopulmonares, se eleva de manera importante en los fumadores pasivos, así como la frecuencia de padecer infecciones del tracto respiratorio inferior.

1.1.7.7 TABAQUISMO EN EL NIÑO.

Se aprende a fumar durante la infancia o la adolescencia. Esto mostrado en múltiples estudios donde se muestra que alrededor del 60% de los fumadores empezó a fumar a los 13 años y más del 90% antes de los 20 años.^{10,4}

Está comprobado que los menores que se encuentran expuestos a humo de tabaco tienen mayor riesgo de presentar constantes cuadros de infección de vías respiratorias, además de exacerbación en pacientes con padecimientos como asma sin dejar de mencionar padecimientos como otitis media entre otras.

El niño fumador pasivo tiene un número incrementado de ataques de ASMA superior al 20%.

El riesgo de padecer bronconeomopatías infantiles se incrementa casi 1000 veces en familias donde uno o más miembros del núcleo familiar fuma en las proximidades de los niños.

En cuanto a la patología pulmonar, las madres y padres que fuman 10 o más cigarrillos al día pueden actualmente causar más de 26.000 nuevos casos de ASMA a sus hijos cada año.

La muerte súbita en el lactante, se da 6 veces más en hijos de madres y padres fumadores durante el embarazo y lactancia.

1.1.7.8 EFECTO DEL TABAQUISMO DURANTE EL EMBARAZO.

Se sabe que el tabaquismo durante el embarazo ocasiona disminución del peso al nacer y la longitud del recién nacido.

No existe demasiada información al respecto, sin embargo uno de los estudios más importantes en este tema es el que se realizó en México durante los años de 1993 a 2000 investigando sobre tabaquismo en el embarazo y reconociendo el peso de los productos al nacer observando que en promedio los hijos de madres fumadoras, nacen con 200 grs menos que los recién nacido de madres no fumadoras.

1.1.8 PAPEL DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL TABAQUISMO.

La importancia de los médicos en el problema de tabaquismo radica en que gran parte de los fumadores consultaran o asistirán al consultorio del médico de 1er contacto por cualquier otro motivo, sin que tengan aún problemas relacionados con el cigarro. De tal forma que son múltiples las oportunidades que tenemos para iniciar consejería. Se pueden reconocer varios papeles que juega el médico como son:

- asistencial el 70% de los fumadores consultan al médico al menos una vez al año, por lo que se constituyen una oportunidad para desarrollar las acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. Estas acciones se pueden llevar a cabo por medio de los tres niveles de atención que son:

Atención Primaria.- con acciones dirigidas a la población sana, por medio de campañas de información y sensibilización, Promover el Día Mundial sin Tabaco. También detectando grupos de alto riesgo como son, población infantil, adolescentes, embarazadas y fumadores involuntarios. En quienes se debe hablar de los beneficios de un estilo de vida sana, hablando de los daños que provoca el tabaquismo pasivo, de esta manera incidiendo en el individuo y de su familia.

Atención secundaria. Esta etapa se debe identificar a pacientes con tabaquismo, iniciando consejo médico para dejar de fumar, identificando si existen ya, daños a la salud secundarios al tabaquismo, refiriendo oportunamente en caso de ser necesario.

Atención terciaria.- Esta etapa esta principalmente dirigida a los fumadores quienes ya presentan complicaciones por el tabaquismo, por lo que se realizará diagnóstico, y envió a clínicas de ayuda para dejar de fumar; de conseguir que el paciente abandone el tabaquismo, se debe dar seguimiento para que el paciente continúe sin fumar.

- **Administrativo o Directivo** Los médicos en funciones de administrar recursos de salud pueden o deben influenciar fuertemente en las asignación de los mismos para acciones de lucha contra el tabaquismo.
- **Investigador o científico.** En la función de generador de nuevos conocimientos a través de investigación básica, clínica o epidemiológica en tabaquismo, así como interpretando los adelantos de la ciencia.
- **Docente.** En este ámbito debe actuar como amplificador de acciones contra el tabaquismo capacitando a estudiantes, otros médicos y profesionales relacionados con la salud en los conocimientos actuales sobre el problema de tabaquismo. Transmitiendo habilidades y destrezas necesarias para el abordaje del paciente fumador.
- **Comunicador.** El médico debe tener conciencia de que su opinión es respetada y atendida por la sociedad.
- **Ciudadano.** Como ciudadano y en su condición de profesional de la salud puede accionar desde diferentes espacios ya sea propiciando regulaciones de consumo y espacios libres de tabaco, exigiendo el cumplimiento de las normas ya establecidas para los espacios libre de humo de tabaco.
- **Modelo no fumador.** Es muy importante el consejo médico predicando con el ejemplo. De lo contrario el mensaje será “No puede ser tan malo si él lo hace”.

1.1.8.1 ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR EL TABAQUISMO

Una vez que se identifica al paciente que fuma, es importante interrogarlo sobre algunos aspectos esenciales para aumentar la efectividad de la consejería en tabaquismo. Las intervenciones deben ser adecuadas al grado de motivación y a la dependencia del tabaco que padezca el fumador.

Para valorar la dependencia física de la nicotina y saber si es candidato a tratamiento de reemplazo se puede usar el cuestionario Fargestrôm el cual se validado y adaptado en México.

El que se presenta a continuación es el Cuestionario de Fagerstrôn el cual fue validado en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

En cuanto al Test de Ritchmond nos ayuda para identificar a los pacientes con cierto grado de motivación para dejar de fumar.

1.1.8.2 CUESTIONARIO FAGERSTRÖM.

Es un cuestionario que se llena por el mismo paciente en donde consta de preguntas como:

| | | | |
|---|--|--|------------------|
| 1 | ¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día? | 31 o más 21 a 30 11 a 20 Menos de 10 | 3 2 1 0 |
| 2 | ¿Fuma usted más cigarrillos durante el primera parte del día que durante el resto? | SI NO | 1 0 |
| 3 | ¿Cuánto tiempo transcurre desde que usted despierta hasta que fuma el primer cigarrillo? | Menos de 5 min. 6 a 30 min. 31 a 60 min. Más de 60 min. | 3 2 1 0 |
| 4 | ¿Qué cigarrillo le es más difícil omitir? | El 1º de la mañana. Algún otro. | 1 0 |
| 5 | ¿Le es difícil no fumar donde se prohíbe fumar? | SI NO | 1 0 |
| 6 | ¿Fuma usted cuando está enfermo o incluso en cama? | SI NO | 1 0 |

Consejería en tabaquismo.

Tomando en cuenta la conversión:

1 pipa = 3 cigarrillos.

1 puro = 4-5 cigarrillos.

1 puro pequeño = 3 cigarrillos.

CALIFICACIÓN:

ES DEPENDIENTE SI

TIENE 5 PUNTOS O

MÁS.

Test de Motivación para dejar de fumar.

1.- ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?

SI = 1

NO =0

2.- ¿Qué interés tiene en dejar de fumar?

Ninguno 0

Poco 1

Bastante 2

Mucho 3

3.- ¿Intentaría dejar de fumar en las dos próximas semanas?

Definitivamente no 0

Quizás 1

Si 2

Definitivamente si 3

4.- ¿Cree en la posibilidad de continuar SIN dejar de fumar en los próximos seis meses?

Definitivamente no 0

Quizás 1

Si 2

Definitivamente si 3

Valores: 0 a 4 = baja motivación.

Valores de 5 y 6 con media motivación.

Valores mayor a 7 con alta motivación.

Versión validada por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

1.1.8.3 ETAPAS DEL CAMBIO EN LA CESACIÓN DEL CONSUMO DE CIGARROS. *PROCHASKA D´CLEMENTE.*

Siempre que un paciente esta con nosotros por primera vez debemos recordar que el 30% de la población fuma y que, de estos hasta un 70% quiere dejar de fumar. De tal forma que el médico de primer contacto debe conocer las etapas del fumador para poder valorar factores de riesgo, determinar el consumo y dependencia a la nicotina, poder clasificarlo.

Reconociendo que, el dejar de fumar es un proceso dinámico en el que se han descrito 5 fases o estadios que son:

Fase de **precontemplación** en la que los pacientes no están interesados en dejar de fumar en un futuro cercano o fecha previsible. Tienen una duración de aproximadamente 6 meses.

En esta etapa es conveniente analizar con el paciente los motivos por los cuales fuma, como pueden ser psicosociales, estimulante, por manipulación, por distracción o placer, Por creencias o mitos, por necesidad evitando el síndrome de abstinencia, o por tabaquismo automático.

Siendo esta la etapa en la que debemos de realizar el cuestionario de Fargerström o prueba de dependencia a la nicotina. Mencionando los riesgos a la salud.

La fase de **contemplación** es la etapa en los que los individuos están seriamente pensando en dejar de fumar, a diferencia de la primera etapa estos pacientes aceptan con facilidad los mensajes externos acerca de los peligros del cigarro.

En esta etapa el paciente esta receptivo al consejo médico así como a la información que el médico pueda ofrecer, por lo que es importante conocer los beneficios que tienen el dejar de fumar. Así como insistir en la cesación del tabaquismo a corto plazo.

La tercera etapa de **preparación** es el estadio en el que el individuo esta seriamente dejar de fumar pero esta conciente de que el fumar es ya un problema en su vida. Un porcentaje de estos pacientes ya han intentado dejar de fumar y han recaído siendo esta una etapa muy importante en la que tiene un gran peso el consejo medico, ofreciendo estrategias para dejar de fumar, así como alternativas informando al paciente sobre la existencia de clínicas para dejar de fumar, así como medicamentos para lograr dicho objetivo.

Se debe proponer una fecha para dejar de fumar no mayor a una semana.

La fase de **acción** es cuando el paciente ha decidido modificar incluso, su estilo de vida al dejar de fumar, tiene una duración de aproximadamente 6 meses. En esta etapa el paciente es muy vulnerable a recaídas. Por lo que se debe orientar con recomendaciones para mantenerse sin fumar.

La fase de **recaída** que forma parte del proceso, en la que el paciente reinicia. Esta dado frecuentemente por estrés o incluso motivos de relajación. Por lo que se

debe aconsejar al paciente no exponerse a circunstancias en las que pueda favorecer esta etapa.

1.1.9 TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO.

Es papel determinante el que se puede realizar en los consultorios de primer contacto al identificar pacientes fumadores en quienes se pueden realizar acciones específicas para motivar al abandono del tabaco¹³.

El tabaquismo debe considerarse como una afección médica de carácter crónico caracterizada por la adicción a la nicotina. En la actualidad se clasifica entre las enfermedades psiquiátricas, como ocurre en otras adicciones.

El tratamiento puede dividirse en farmacológico y psicológico. Dentro del tratamiento farmacológico se distinguen dos grupos: compuestos sin nicotina y terapia de reemplazo con nicotina (TRN).

En el primer grupo se encuentra el tartrato de vareniclina, así como los medicamentos antidepresivos como el bupropión y la nortriptilina. Dentro de la TRN se encuentran los parches, goma de mascar, tabletas sublinguales y orales, así como aerosol nasal.

1.1.9.1 MEDICAMENTOS SIN NICOTINA.

Vareniclina actúa como agonista de los receptores nicotínicos cerebrales alfa4 beta 2. Una vez unido a su receptor, promueve la liberación de dopamina en el sistema mesolímbico cerebral equivalente al 40% del observado con la estimulación de la nicotina del mismo receptor, es decir tienen un efecto agonista parcial.

Es un compuesto no nicotínico que estimula el área de recompensa del sistema mesolímbico del que depende el reforzamiento positivo de la conducta de fumar y al mismo tiempo bloquea la respuesta del receptor en la presencia de nicotina.

El tratamiento consta de 6 semanas de tratamiento, los efectos adversos consisten en náuseas.

En el caso de los antidepresivos se usan como auxiliares en el tratamiento de tabaquismo, el uso de estos medicamentos se basa en la teoría de que la abstinencia a la nicotina puede producir síntomas depresivos o precipitar un episodio de depresión mayor.

Además la nicotina puede tener algún tipo de efecto antidepresivo que mantiene la cantidad de fumar, de manera que los antidepresivos puedan sustituir dicho efecto.

Por otra parte algunos medicamentos antidepresivos pueden actuar en forma específica sobre las vías de neurotransmisores que participan en los mecanismos de adicción de la nicotina (p. ej bloqueando receptores) de manera independiente a sus efectos como antidepresivos.

1.1.9.2 TERAPIA DE REPLAZO DE NICOTINA.

El bupropión estimula la función noradrenérgica y dopaminérgica duplica la tasa de abstinencia derivado de la supresión súbita de la sustancia.

Existen diferentes modalidades de administración como son goma de mascar de 2 y 4mg, parches de liberación transdérmica de 16 a 24 hrs en dosis de 5 mg, 15mg, y 21 mg. Y dispositivos de inhalación de nicotina. Estos en presentaciones de cartuchos que contienen 10 mg de nicotina, lo que libera 13nanogramos de nicotina.

Es importante mencionar que el fumador debe controlar los aspectos conductuales de la abstinencia, por lo que se ha señalado la combinación de la terapia farmacológica con la terapia cognitivo-conductual como la estrategia más efectiva para dejar de fumar.

1.1.9.3 TRATAMIENTO PSICOLOGICO DE LA ADICCIÓN A LA NICOTINA.

Estrategias Conductuales.¹²

Consejo Médico: Es la herramienta disponible más simple con la que un médico cuenta para influir de manera decisiva en un fumador para que deje de fumar. Sin embargo solo el 35% de los médicos realizan consejo médico³¹.

1.1.9.4 ESTRATEGIAS CONDUCTUALES, EL CONSEJO MÉDICO.

Para un consejo médico efectivo expertos en la materia como lo es el Dr, Raúl Sansores propone la “Regla de las cinco A” que es un método sistematizado creado con la finalidad de ofrecer a los médicos una guía práctica para dar un consejo médico efectivo a los pacientes fumadores.

Averigüe.- Averigüe sistemáticamente a todos sus pacientes sobre tabaquismo activo y pasivo además investigando sobre fumadores con deseos de dejar de fumar (por medio del cuestionario de motivación para dejar de fumar).

Aconseje.- Recomiende claramente el dejar de fumar.

Asista.- Brinde asesora al fumador que quiere dejar de fumar, si ya quiere dejar de fumar; proporcione apoyo inmediato. Si quiere un programa formal proporcione una dirección. Si no quiere dejar de fumar, proporcione un apoyo motivacional.

Apoye.- Fije una fecha para dejar de fumar junto con el paciente, recomiende avisar a la familia sobre la decisión, oriente al paciente para hacer cambios en el estilo de vida, explicando y fomentando el hacer ejercicio, modificar la dieta. Identifique la comorbilidad Psiquiátrica (depresión, abuso de alcohol y otras drogas).

Arregle una cita.- Esta etapa de debe de dar seguimiento y fortalecer los logros del fumador, Puede haber recaídas incluso hasta 5 años después por lo que se debe considerar este un problema a largo plazo.

1.1.9.5 TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL.

Se utiliza para el tratamiento de las dependencias físicas, Psicológicas y social asociadas con el consumo de tabaco. Se trabaja en la modalidad de terapia grupal e individual. Esta técnica parte del enfoque cognitivo-conductual, cuyo objetivo es la reestructuración cognoscitiva por medio de las técnicas de asertividad, motivación, y el autorregistro.

Dentro de las Modalidades de la terapias Psicologotas se encuentra las terapias de grupo e individuales principalmente en pacientes con adicción severa a la nicotina, quienes ya tienen algún tipo de daño y que pese a esto el individuo continúe fumando, como en el caso de pacientes con cáncer y EPOC así como pacientes con datos de Depresión o ansiedad.

La terapia familiar se basa en la teoría de sistemas para detectar disfunciones que puedan dificultar el objetivo del tratamiento: dejar de fumar. Se lleva a cabo en pacientes con dependencia severa a la nicotina y con comorbilidad Psiquiátrica, principalmente como ayuda al paciente y/o a la familia.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El tabaquismo es la principal causa prevenible de muerte prematura en el mundo. El médico de primer contacto tiene la gran oportunidad de incidir en el individuo y su familia. De aquí la importancia de que el médico cuente con información acertada y reciente sobre tabaquismo así como de su tratamiento.

Sin embargo la realidad es que en la consulta del médico tanto familiar como de otras especialidades no siempre hace este tipo de detección, siendo como posibles causas el tabaquismo del propio médico así como la falta de conocimientos sobre el tema y la importancia de este.

El daño sistémico provocado por el consumo de tabaco y la exposición al humo es ocasionado por las distintas sustancias que contiene. Sustancias irritantes, carcinogénicas entre otros efectos dañinos para la salud, por la nicotina y el monóxido de carbono³ hasta ahora identificadas aproximadamente 4000 sustancias en el humo de tabaco.

El consumo de tabaco se asocia a más de 5.000.000 de muertes anuales en el mundo³². Con repercusiones a nivel personal, familiar y para los sistemas de salud, aunque es difícil estimar la repercusión económica, en EUA representa según diversos estudios entre 6-8% del total de gastos médicos x enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco³³, en México se cuenta con datos limitados pero un reporte del IMSS quien estima que el gasto por enfermedades secundarias al tabaquismo es de aproximadamente 30 mil mdp al año.

La prevalencia del tabaquismo en México principalmente basados en la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) del 2002, Muestra que 26.4% de la población entre 12 y 65 años de edad son fumadores. Lo que representa más de 16 millones de personas fumadoras. Siendo en su mayoría hombres aunque cada vez es mayor el número de mujeres que fuman.^{5,25},

Con las consecuencias que implica el que en esta población se encuentren mujeres en edad reproductiva con los consecuentes daños a la salud en mujeres embarazadas ocasionado productos de bajo peso al nacer, y muerte perinatal.^{4,4',4''}

Por otra parte también la ENA 2002 estimó que el 52.6% de la población era fumadora pasiva, lo que equivale a 18 millones de mexicanos expuestos involuntariamente al humo de tabaco, con las repercusiones, principalmente en menores, lo que implica mayor número de recaídas en pacientes con ASMA, otitis media, además de que se encuentran los menores en riesgo de iniciar en el tabaquismo por imitación.

Uno de los principales problemas del tabaquismo es entre otros muchos factores la tolerancia al tabaquismo. Pese a ser una adicción.

En el INER se han realizado múltiples estudios^{22,23,27,28} en los que se ha pretendido conocer la prevalencia y el grado de conocimientos como factor que impide dar un adecuado manejo al paciente con tabaquismo, en los que trata de asociar el tabaquismo del mismo médico como uno de los factores importantes por los cuales no se puede abordar al paciente.

Así mismo en el IMSS se ha escrito sobre motivación³⁰ para dejar de fumar en el personal de primer nivel de atención encontrando que los médicos tienen baja motivación para dejar de fumar, lo que refleja la desinformación acerca de los daños a la salud, con la imposibilidad de otorgar un adecuado manejo al paciente y su entorno.

Es por eso que en este estudio se pretende conocer el grado de conocimientos que se tienen en tabaquismo, principalmente en el aspecto de epidemiología, daños a la salud, abordaje, tratamiento y la actitud del médico ante el tabaquismo.

Los médicos de primer contacto o “generalistas” (internistas, pediatras, médicos familiares o generales) deben estar preparados para poder ayudar de manera profesional ante la eventualidad que significa que el 60-70% de los fumadores quieren dejar de serlo y que el 70-90% de estos consideren que el consejo del médico es importante para poder tomar esta decisión, siendo esto más efectivo cuando el paciente muestra algún síntoma relacionado con el tabaquismo.

Desgraciadamente el hecho de que 75% de la población acuda cuando menos 1 vez al año al médico, se desaprovecha por que el médico no interviene adecuadamente al no abordarlo, al no tener capacitación o información adecuada para poder ayudar al paciente.

Se han diseñado diversas estrategias para el tratamiento del tabaquismo como el caso del “consejo médico”³² en donde éste, se asume como una guía o instructor y no como un sanador o curador (también puede utilizarlo enfermeras trabajadoras sociales, técnicos en salud etc...). Su papel es ayudar al paciente en el proceso el médico abordara en su consulta a todos los fumadores brindándoles de 3 a 5 minutos con la premisa de que es más efectivo y productivo “un minuto a 30 pacientes y no 30 minutos a un paciente”, debiendo tener el médico los siguientes principios breves: Motivación, compromiso, educación y preparación del consultorio, siguiéndolos se podría lograr que un 5-6% de los pacientes logra el abandono al tabaco al cabo de 1 año¹³.

1.3 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

Existen evidencias de que el tabaquismo se ha convertido en uno de los problemas de salud más importantes de salud pública en todo el mundo y México, Con consecuencias graves de salud, económicas y familiares. Un problema que es potencialmente prevenible una vez identificando.

Los médicos familiares dentro del primer nivel de atención establecen contacto directo con la población en general pudiendo detectar a la población de alto riesgo para hacer prevención y orientación, identificando a pacientes fumadores, orientando sobre daños a la salud y los beneficios del abandono a esta adicción, ofreciendo apoyo y alternativas para lograrlo. Así mismo identificando a paciente con complicaciones por tabaquismo y derivando a 2º o 3er nivel de atención para su tratamiento y rehabilitación.

De aquí la importancia de capacitación permanente al personal de salud así como adecuada información sobre el tema en la formación de los médicos de pregrado y en las diferentes especialidades ya que el tabaquismo es un problema de salud y sus complicaciones son vistas por varias especialidades. Sabiendo ya, que el consejo medico tiene un gran poder sobre el paciente, es de vital importancia, que el médico de primer contacto tenga conocimientos acerca de adicciones en particular sobre tabaquismo y su tratamiento para de esta manera poder incidir de manera positiva sobre la población de riesgo.

*En cuanto a los daños a la salud se ha publicado múltiples estudios ^{4,6,11,12,} en los que muestran las consecuencias en pacientes con tabaquismo sobre todo de manera crónica, ocasionado daños a nivel pulmonar, cardiovascular, gástrico.

Sin olvidar lo concerniente a fumadores pasivos ^{6,10} exacerbando los episodios de recaídas en niños con ASMA déficit de atención, otitis media de repetición entre otros; Por otra parte se ha estudiado el daño en mujeres embarazadas ^{4,4',4''} ocasionando, productos de bajo peso al nacer y muertes súbitas del recién nacido y durante el primer año de vida.

Es importante mencionar que el medico de primer contacto tiene la posibilidad de incidir en todos estos grupos de edad, viendo al individuo y a su familia. Por lo que el contar con conocimientos sobre esta patología es de vital importancia por los alcances que puede lograr, no solo en pacientes ya con daños sino en población sana y de riesgo.

1.4 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS.

Objetivo General.

Identificar los conocimientos que tienen sobre tabaquismo en aspectos epidemiológicos, daños a la salud, tratamientos disponibles e indagar algunos aspectos propuestos en médicos de las Clínicas de Medicina Familiar del ISSSTE Que podrían estar Involucrados en su actitud como profesionales de la salud sobre es tabaco.

Objetivos Específicos.

- 1.- Identificar los conocimientos que tienen los médicos de las dos Clínicas de medicina familiar sobre tabaquismo específicamente sobre epidemiología, daños a la salud, diagnóstico así como abordaje al paciente fumador y opinión sobre “espacios libres de humo de tabaco”.
- 2.- identificar a los médicos familiares y generales que son fumadores y no fumadores de las dos CMF encuestadas.
- 3.- Una vez conociendo a los médicos fumadores evaluar grado de motivación para dejar de fumar así como adicción a la nicotina.
- 4.- conocer la dependencia a nicotina de los médicos que son fumadores
- 5.- conocer la presencia de algunas conductas como fumador y en el abordaje de pacientes fumadores en la consulta diaria de primer nivel de atención que podrían condicionar la actitud ante el tabaquismo en los médicos familiares y generales de las dos CMF encuestadas.

2.- MATERIAL Y METODOS.

2.1 Tipo de estudio.

Descriptivo, transversal.

2.2 Diseño de investigación del estudio.

Para llevar a cabo el presente estudio se realizó el diseño conociendo la plantilla de ambas clínicas, para conocer el número de médicos asignados en ambos turnos.

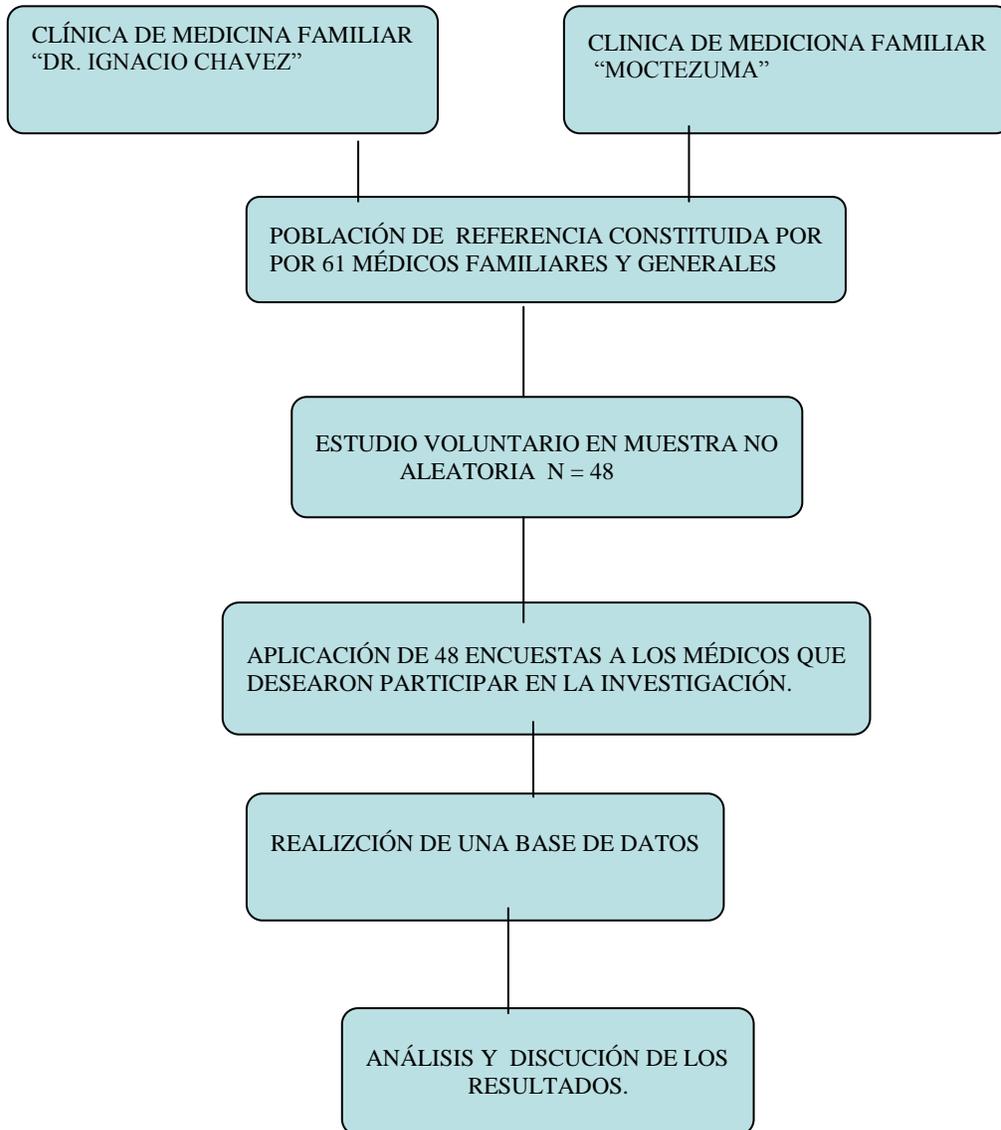
La Clínica de medicina familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE conto con 13 médicos generales y 21 médicos familiares; La Clínica de Medicina familiar “Moctezuma” se encontró un total de 27 médicos, de los cuales 21 son médicos generales y 6 médicos familiares.

Se solicito autorización de ambas clínicas para realizar la aplicación de las encuestas en los consultorios de cada medico, en ambos turnos.

Se aplico encuestas a médicos generales y familiares que estuvieron de acuerdo en participar de manera voluntaria, aceptando participar un total de 48 médicos.

Finalmente se realizó un análisis y descripción de los resultados obtenidos en la investigación.

FIGURA 1
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO.



2.3 POBLACION LUGAR

Se realizó encuestas a los médicos generales y familiares de las CMF “Dr. Ignacio Chávez” y “Moctezuma” del ISSSTE en ambos turnos con un total de 48 participantes.

2.4 MUESTRA.

Muestra no probabilística, no representativa, solo representativa para las Clínicas en donde se realizó este estudio. La muestra estuvo formada por 16 médicos de una sede y 32 médicos de otra. Haciendo un total de 48 médicos participantes de turnos matutino y vespertino, adscritos a las CMF “Dr. Ignacio Chávez” y “Moctezuma” del ISSSTE.

Tamaño de la muestra:

La Clínica de medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE tiene una plantilla conformada por 42 médicos de los cuales se encuentran divididos de la siguiente forma:

Médicos Familiares 21.

Médicos Generales 13.

De los cuales participaron de manera voluntaria 32. (94%)

En cuanto a la Clínica de Medicina Familiar “Moctezuma” del ISSSTE tiene una plantilla conformada por:

Médicos Familiares 6

Médicos generales 21

Participando de manera voluntaria 16. (59%)

Total muestra 61 médicos

Participantes voluntarios 48 (78%)

2.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.

Criterios de inclusión.

- Médicos de las Clínicas de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” y “Moctezuma” del ISSTE
- Médicos familiares y generales quienes aceptaran participar de manera voluntaria en el estudio.
- Médicos familiares y generales que laboren en consultorio medico.

Criterios de exclusión.

- Médicos que no desearon participar en el estudio.
- Médicos familiares y generales que no estuvieran adscritos a las clínicas.

Criterios de eliminación.

- Médicos quienes no completaran la encuesta.

2.6 VARIABLES TIPO DE ESCALA Y MEDICIÓN.

En esta sección se presentan las tablas las cuales contienen el tipo y la escala de medición utilizada para las variables, divididas de acuerdo a las secciones de la encuesta aplicada. Especificando cada una de las variables, al igual que el tipo a cual pertenece la variable, escala de medición y valor de cada una.

PARTE I. INFORMACIÓN GENERAL DEL MÉDICO.

| NOMBRE DE LA VARIABLE | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICIÓN | VALORES QUE TOMA LA VARIABLE. |
|-----------------------------------|-------------------------|---------------------------|---|
| Sexo | Cualitativa | Dicotómica nominal | 1. femenino 2. masculino |
| Edad | Cuantitativa | Continua | Números enteros |
| Escolaridad | Cualitativa | Ordinal | 1. Médico General 2. Médico Familiar |
| ¿A que edad inicio a fumar? | Cuantitativa | Continua | Números enteros |
| ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? | Cuantitativa | Continua | Números enteros |
| Actualmente fuma? | Cualitativa | Nominal | 1. Si 2. No |
| Se quita la bata para fumar | Cualitativa | Nominal | 0. no fuma 1. si 2. No |

PARTE II. STATUS DE FUMADOR.

| NOMBRE DE LA VARIABLE | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICIÓN | VALORES QUE TOMA LA VARIABLE. |
|---|-------------------------|---------------------------|---|
| Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente? | Cualitativa | Nominal | 0. no 1. si 2. no fuma |
| ¿Qué interés tiene en dejar de fumar | Cualitativa | Nominal | 0. ninguno 1. poco 2. bastante 3. mucho 4. no fuma |
| ¿Intentaría dejar de fumar en las dos próximas semanas | Cualitativa | Nominal | 0. definitivamente no 1. Quizás 2. Si 3. Definitivamente si 4. no fuma |
| ¿Cree en la posibilidad de continuar SIN dejar de fumar en los próximos seis meses? | Cualitativa | Nominal | 5. definitivamente no 6. Quizás 7. Si 8. Definitivamente si 9. no fuma |
| ¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día? | Cualitativa | Discontinua | 0. menos de 10 1. 11 a 20 2. 21 a 30 3. 31 o más 4. No fuma |
| ¿Cuánto tiempo transcurre desde que usted despierta hasta que fuma el | Cualitativa | Discontinua | 0. más de 60 min. 1. 31 a 60 2. 6 a 30 min. 3. menos de 5 min. 4. No fuma |

| | | | |
|---|-------------|---------|--|
| primer cigarrillo? | | | |
| ¿Qué cigarrillo le es más difícil dejar? | Cualitativa | Nominal | 0. cualquier otro 1. el 1º de la mañana 2. No fuma |
| ¿Le es difícil no fumar en donde se prohíbe fumar? | Cualitativa | Nominal | 0. No 1. Si 2. No fuma |
| ¿Fuma usted cuando está enfermo(a) o incluso en cama? | Cualitativa | Nominal | 3. No 4. Si 5. No fuma |

PARTE III. CONOCIMIENTOS SOBRE TABAQUISMO.

| NOMBRE DE LA VARIABLE | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICIÓN | VALORES QUE TOMA LA VARIABLE. |
|--|-------------------------|---------------------------|--|
| El tabaquismo se considera | Cualitativa | Nominal. | 1. Un mal habito 2. Una dependencia 3. Una adicción. 4. No sé |
| Qué porcentaje de sujetos se considera que permanecerán sin fumar al año si ingresan a un programa de Terapia formal. (Terapia Psicológica y tratamiento farmacológico) para dejar de fumar? | Cualitativa | Nominal. | 1. Un 80% 2. Un 35% 3. Un 10% 4. No sé |
| ¿Cuál es una causa por la que | Cualitativa | Nominal. | 1 .Por que el tabaco es una sustancia muy adictiva y al |

| | | | |
|--|--------------|----------|---|
| un sujeto que dejó de fumar vuelve a fumar? | | | dejar de fumar el tabaco origina en el individuo síntomas de abstinencia importantes. 2. Porque le ofrecen nuevamente cigarrillos. 3. Porque no llevo un adecuado Tx. 4. No sé |
| ¿Cuál es el síntoma principal de abstinencia que desarrolla un sujeto que dejó de fumar? | Cualitativa | Nominal. | 1. insomnio 2. náuseas 3. ganancia de peso 4. deseos muy intensos de fumar 5. no sé |
| ¿Qué tratamientos disponibles existen para tratar al tabaquismo? | Cualitativa | Nominal. | 1. vareniclina 2. Bupropion 3. Reemplazo con terapia de nicotina 4. todas las anteriores. 5. no sé |
| Los siguientes son daños a la salud que ocasiona el tabaquismo pasivo: | Cualitativa | Nominal. | 1. muerte súbita del recién nacido 2. Déficit de atención en el niño. 3. otitis media en el niño 4. todas las anteriores 5. No sé. |
| De las siguientes enfermedades escoja la que se asocia más fuertemente al consumo de tabaco: | Cualitativa | Nominal. | 1. cáncer de riñón 2. cáncer de pulmón 3. Infarto agudo al miocardio 4. cáncer de mama 5. No sé |
| En mayores de 22 | Cuantitativa | Nominal. | 1. <al 10% |

| | | | |
|--|-------------|----------|--|
| años ¿cuál ha sido la prevalencia de tabaquismo en México en los últimos años? | | | <ol style="list-style-type: none"> 2. Más del 30% 3. Entre 10 y 20% 4. Entre 20 y 30% 5. No sé |
| ¿Cuántas sustancias tóxicas se encuentran en el humo del tabaco? | Cualitativa | Nominal. | <ol style="list-style-type: none"> 1. 500 2. cerca de 2000 3. 1000 4. más de 4000 5. No sé |
| ¿Qué neurotransmisores están involucrados en el proceso del tabaquismo? | Cualitativa | Nominal. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dopamina y adrenalina 2. Serotonina y adrenalina 3. Aproximadamente 2000 4. acetilcolina y serotonina. 5. No sé |
| ¿Cuál sería la mejor forma de medir la adicción a la nicotina? | Cualitativa | Nominal. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Con el número de cigarrillos fumados. 2. Con la medición de CO² espirado 3. con un cuestionario para ansiedad 4. Con el cuestionario de Fargeström 5 No sé |
| ¿Considera usted que su lugar de trabajo debe ser catalogado como espacio libre de humo de tabaco? | Cualitativa | Nominal. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No |
| Cuando recibe a un nuevo paciente ¿Le pregunta si es fumador? | Cualitativa | Nominal. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No |
| 24.-Cuando llega un fumador a su consultorio ¿acostumbra aconsejar a su | Cualitativa | Nominal. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No |

| | | | |
|---|-------------|----------|---|
| paciente para que deje de fumar? | | | |
| Si usted no acostumbrara aconsejar a sus pacientes que dejen de fumar, cuál sería la opción por la que no lo haría: | Cualitativa | Nominal. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Los fumadores no hacen caso al consejo médico 2. No influye el que uno aconseje a un fumador para que éste deje de fumar 3. No hay tiempo 4. Todas las anteriores son correctas |

| | | | |
|--|-------------|----------|--|
| ¿Lleva un registro del tabaquismo de sus pacientes, así como un plan de manejo en la historia clínica o en la nota médica? | Cualitativa | Nominal. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No |
|--|-------------|----------|--|

2.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

La recolección de datos fue realizado por medio de un instrumento que fue adecuado para lograr los propósitos específicos de la investigación.

Esta encuesta fue dividida en tres secciones la primera con datos generales del médico que constó de 6 parámetros. La segunda para catalogar el Status del fumador que fue contestada solo por los médicos actualmente fumadores que constó de diez reactivos los cuales forman parte de cuestionarios ya validados de Ritchmond para evaluar la motivación para el abandono del tabaquismo y Fargeström que mide el grado de dependencia a la nicotina. La tercera sección que consta de 16 reactivos que fueron validaos por un grupo de expertos en tabaquismo y metodología para tratar de medir la actitud y los conocimientos del médico sobre el tabaquismo.

La cedula de registro que contestaron los médicos se encuentra en el anexo 1.

2.8 METODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

En las Clínica de medicina Familiar. “Dr. Ignacio Chávez” y “Moctezuma” ambas del ISSSTE se procedió de la siguiente forma para la recolección de datos.

- 1).- Se obtuvo la autorización del comité de investigación y ética de ambas clínicas para la realización de la presente investigación, además de llevar el registro correspondiente del protocolo de investigación.
- 2).- Se tomo como muestra a todos los médicos designados a los consultorios en ambas unidades. Dicha muestra fue obtenida no probabilística no representativa y no aleatoria.
- 3).- Se identifico al número de médicos generales y familiares adscritos a la unidad de ellos se tomo a los que se encuentran laborando en las clínicas. Restando del total asignados en comisión quedando un universo de 55 médicos.

4) Se solicitó a los médicos tanto del turno matutino y vespertino, su colaboración con el presente trabajo de investigación.

5) A los médicos quienes aceptaron participar voluntariamente en el trabajo de investigación se les informó sobre las características del estudio, haciendo hincapié en el consentimiento informado.

6) Una vez que los médicos aceptaron las condiciones de investigación $n= 48$ Se procedió a llenar el cuestionario de datos en ese mismo momento y en presencia del investigador verificando únicamente el completo llenado y legibilidad en las respuestas haciéndose hincapié en que fue anónimo y sin ninguna repercusión laboral

2.9 MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SESGOS.

Control de sesgos:

- Sesgos de información. Al médico se le dio privacidad y tiempo necesario para su realización y como ya se mencionó se tuvo que realizar en ese momento. El Ritchmond y Fargeström son instrumentos ya estandarizados y de uso común por investigadores Mexicanos.
- Sesgo de selección.- Aunque se trató de incluir a toda la población universo, hubo quien si rechazó el participar en el trabajo de investigación y a quienes no se pudo localizar para su inclusión. Considerando que esto no tuvo trascendencia sobre el sesgo de selección ya que se pudo realizar en 48 médicos de un universo de 55.

2.10 PRUEBA PILOTO.

Se realizó una prueba piloto realizada a 10 médicos residentes y adscritos al Hospital Regional “Adolfo López Mateos” del ISSSTE. Para detectar los problemas al llenado de la misma y si su formato permitía medir los que pretendía de acuerdo al trabajo de investigación teniéndose que modificar solo una de las preguntas ya

que causaba confusión en cuanto a la redacción. El tiempo de llenado estimado fue de diez minutos con buena aceptación por parte de los entrevistados.

2.11 RECURSOS HUMANOS MATERIALES Y FINANCIEROS DEL ESTUDIO.

El único recurso humano para el trabajo de campo fue el investigador.

Recursos materiales: disquetes de computadora y USB, computadora laptop, bolígrafos, fotocopias, lápices, borradores, 48 Guías técnicas de consejería en tabaquismo editado por la CONADIC. Software SPSS V 12, Word

Recursos financieros. El financiamiento para la compra de todo el material de papelería descrito en recursos materiales y los gastos inherentes a traslados, estuvieron a cargo de la autora del trabajo. Las guías proporcionadas a los médicos al concluir el llenado de la cédula se obtuvieron de manera gratuita por gestión ante el INER.

2.12 CONSIDERACIONES ETICAS.

De acuerdo al reglamento de la ley general de Salud en materia de investigación para la salud, vigente en nuestro país, el presente trabajo se apega al título segundo, capítulo 1 artículo 17 categoría 1 sobre “investigación sin riesgo” debido a que los individuos que participan en el estudio únicamente aportan datos a través de la entrevista, lo cual no provoca daños físicos ni mentales así mismo la investigación no viola y está de acuerdo con las recomendaciones para guiar a los médicos en investigación biomédica en donde participan seres humanos, contenidos en la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial enmendada en la 52 asamblea general mundial celebrada en Edimburgo Escocia del 2000.

Adicionalmente se solicitó la participación voluntaria y se explicó que era anónimo y sin repercusiones laborales explicando que la información obtenida era solamente para fines estadísticos como grupo para la investigación. Esta información se plasmó en las instrucciones del cuestionario.

3.- RESULTADOS.

PARTE I DATOS GENERALES.

SEXO DEL MÉDICO.

Se entrevistaron a 25 hombres (52%) de los cuales 17 se encontraron en la Clínica Ignacio Chávez y 8 en la Clínica Moctezuma.

23 mujeres. (48%), 8 de la Clínica Moctezuma y 15 de la Clínica Ignacio Chávez.
Fig. 1

EDAD DEL MÉDICO.

El promedio de edad en los sujetos estudiados fue de 43 años, con una desviación estándar de 10.4 y un mínimo de 26 y máximo de 66.

ESCOLARIDAD DEL MEDICO (POSGRADO O LICENCIATURA)

Se encontró que un 52% (25) con licenciatura (Médicos Generales) y un 48% (23) con especialidad (Médicos familiares) fig. 2

PARTE II TABAQUISMO EN MEDICOS.

FUMADORES.

Sólo se encontró que 7 (17%) Médicos fuman y 41 Médicos no lo hacen que, corresponde a un 85%.

6 Médicos son del sexo masculino y 1 del sexo femenino.

4 de ellos pertenecen a la Clínica Dr. Ignacio Chávez y 3 a la Clínica Moctezuma.

En cuanto a la escolaridad 4 son Médicos Generales y 3 son Médicos Familiares
fig. 3

EDAD DE INICIO EN LOS FUMADORES.

La edad de inicio fue en promedio de 23 años con una máxima de 46 y mínima de 15 años.

NÚMERO DE CIGARRILLOS.

Entre los médicos que fuman el promedio de cigarrillos consumidos al día fue de 4 con un mínimo de 1 y máximo de 8 cigarrillos.

SE QUITAN LA BATA PARA FUMAR.

De los 7 médicos fumadores, 5 (71.4%) de ellos se quita la bata cuando fuma y 2 (28.6%) no lo hacen.

GRADO DE MOTIVACION PARA DEJAR DE FUMAR. TEST DE RITCHMOND.

De los 7 médicos que fuman, se encontró que 2 (28.6%) obtuvieron puntuaciones de 0 a 4 puntos, lo que corresponde a una baja motivación para dejar de fumar. 3 (42.8%) médicos se encontraron con puntuación de 5 a 6 correspondiente a una motivación media. Y por último, 2 (28.6%) médicos tuvieron 7 puntos o más, lo que indica una alta motivación para dejar de fumar. Fig. 4

ADICCION A LA NICOTINA. CUESTIONARIO DE FARGESTRÖM.

De los 7 médicos que si fuman, no se identifico adicción a la nicotina de acuerdo al puntaje obtenido, el cual fue menor de 5

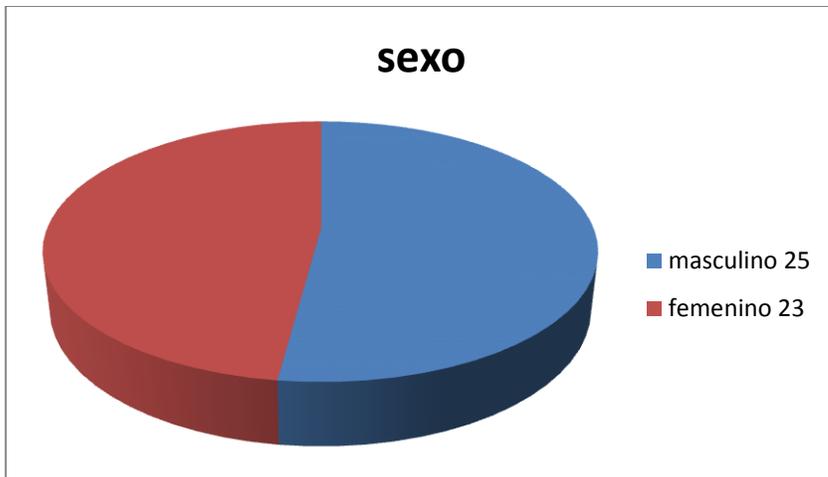


Fig. 1 Sexo de los médicos encuestados.

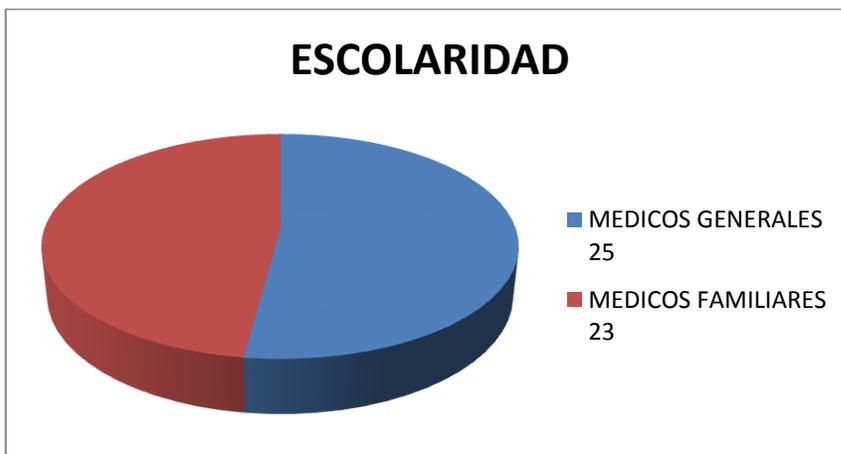


Fig. 2 Escolaridad de los médicos encuestados

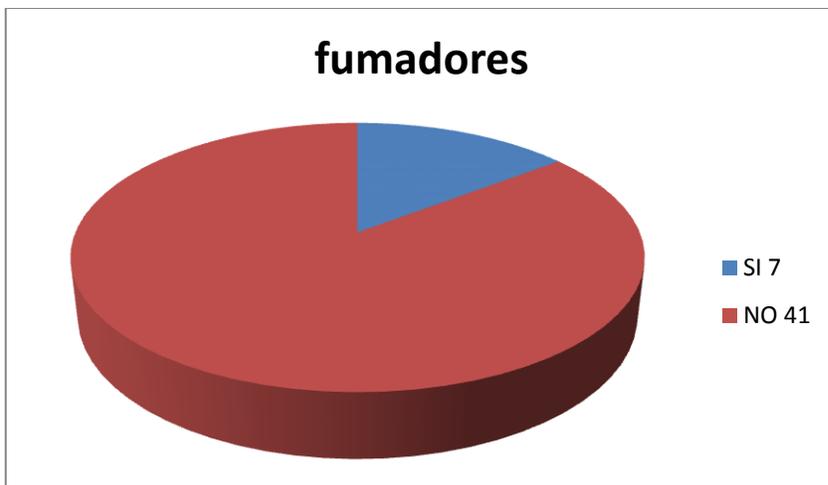


Fig. 3 numero de fumadores



Fig. 4 grado de motivación para el abandono del tabaquismo.

PARTE III CONOCIMIENTOS SOBRE TABAQUISMO.

EL TABAQUISMO SE CONSIDERA.

Los 48 médicos encuestados, respondieron lo siguiente: 3 (6.3%) consideraron al tabaquismo como mal hábito, 9 (18.8%) estimaron como dependencia, 33 (68.8 %) una adicción y 3 (6.3%) no saben.

QUE PORCENTAJE DE SUJETOS SE CONSIDERA QUE PERMANECERÁN SIN FUMAR AL AÑO SI INGRESAN A UN PROGRAMA DE TERAPIA FORMAL. (TERAPIA PSICOLOGICA Y TRATAMIENTO FARMACOLOGICO). PARA DEJAR DE FUMAR.

De los médicos encuestados 8 (16.7%) respondieron que un 80% lo logran, 18 (37.5%) médicos respondieron que solo lo hará un 35%, 12 (25%) de ellos respondieron que solo un 10% lo lograrán y 10 (20.8%) médicos no lo saben.

¿CUAL ES LA CAUSA POR LA QUE UN SUJETO QUE DEJO DE FUMAR, VUELVE A FUMAR?

25 (52.1%) médicos estimaron que se debe a que, el tabaco es una sustancia muy adictiva y al dejar el tabaco, origina síntomas de abstinencia importantes.

9 (18.8%) lo atribuyen a que le ofrecen nuevamente cigarrillos (medio socio ambiental negativo).

12 (25%) respondieron que no llevaron un adecuado tratamiento y 2 (4.2%) no lo saben.

¿CUÁL ES EL SÍNTOMA PRINCIPAL DE ABSTINENCIA, QUE DESARROLLA UN SUJETO QUE DEJÓ DE FUMAR?

6 (12.5%) médicos respondieron que, desarrollan insomnio, 3 (6.3%) opinaron que, el principal síntoma es náuseas, 12 (25%) consideraron que el síntoma es ganancia de peso, 21 (43.8%) que son deseos muy intensos por dejar de fumar. Y 6 (12.5%) médicos no lo saben.

¿QUÉ TRATAMIENTOS DISPONIBLES EXISTEN PARA TRATAR EL TABAQUISMO?

23 (47.9%) de los médicos encuestados respondió que el tratamiento es, la terapia de reemplazo con nicotina. 19 (39.6%) contestaron que el tratamiento disponible es por medio de vareniclina, bupropion y la terapia de reemplazo con nicotina, 6 (12.5%) no lo saben

LOS SIGUIENTES SON DAÑOS A LA SALUD QUE OCASIONA EL TABAQUISMO PASIVO:

De los médicos que participaron, 7 (14.6%) opinan que el tabaquismo pasivo ocasiona muerte súbita en el recién nacido, 3 (6.3%) opinaron que causa déficit de atención en el niño. Otros 3 (6.3%) estimaron que causa otitis media en el niño, 19 (39.6%) médicos contestaron que el tabaquismo ocasiona, muerte súbita en el recién nacido, otitis media y déficit de la atención en el niño. Y finalmente 16 (33.3%) no saben.

DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES ESCOJA LA QUE SE ASOCIA MÁS FUERTEMENTE CON EL CONSUMO DE TABACO.

32 (66.7%) médicos respondieron que la enfermedad que más fuertemente se asocia es el cáncer de pulmón, 11 (22.9%) dijo que el Infarto al miocardio, 2 (4.2%) médicos lo asocian al cáncer de mama y 3 (6.3%) médicos no saben.

EN MAYORES DE 12 AÑOS ¿CUÁL HA SIDO LA PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN MÉXICO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS?

De los médicos, 21(43.2%) opinan que la prevalencia es más del 30%, 2 (4.2%) dicen que entre un 10 y 20%, 7 (14.6%) médicos dijeron que la prevalencia es de entre 20 y 30% y finalmente 18 (37.5%) médicos contestaron que no saben.

¿CUANTAS SUSTANCIAS TÓXICAS SE ENCUENTRAN EN EL HUMO DEL TABACO?

De los médicos encuestados, 6 (12.5%) contestaron que, existen 500 sustancias, 8 (16.7%) médicos consideran que se encuentran cerca de 2000 sustancias, 5 (10.4%) opinaron que son más de 4000 y 20 (41.7%) médicos desconocen que número de sustancias toxicas existen.

¿QUÉ NEUROTRANSMISORES ESTAN INVOLUCRADOS EN EL PROCESO DEL TABAQUISMO?

16 (33.3%) médicos opinaron que la dopamina y la adrenalina son los neurotransmisores involucrados, 12 (25%) mencionaron que son la serotonina y la adrenalina, 3 (6.3%) médicos respondieron que son aproximadamente 2000, 8 (16.7%) médicos escogieron a la acetilcolina y serotonina como neurotransmisores involucrados y 9 (18.8%) médicos dijeron no saber.

¿CUAL SERÍA LA MEJOR FORMA DE MEDIR LA ADICCIÓN A LA NICOTINA?

16 (33.3%) opinaron que la mejor forma es con el número de cigarrillos fumados. 1 médico (2.1%), dijo que con la medición de CO espirado; 1 médico (2.1%) más menciona que con un cuestionario para ansiedad; 6 médicos (12.5%) respondieron que, con el cuestionario de Fargeström y finalmente 24 médicos (50%) mencionaron no saber.

¿CONSIDERA USTED QUE SU LUGAR DE TRABAJO DEBE SER CATALOGADO COMO ESPACIO LIBRE DEL HUMO DE TABACO?

De los 48 médicos encuestados 37 (77%) opinaron que si y 11 (23%) opinaron que no.

CUANDO RECIBE A UN NUEVO PACIENTE ¿LE PREGUNTA SI ES FUMADOR?

39 Médicos (81%) mencionaron que si lo hacen y 9 (19%), mencionaron que no lo hacen

CUANDO LLEGA UN FUMADOR A SU CONSULTORIO ¿ACOSTUMBRA ACONSEJAR A SU PACIENTE PARA QUE DEJE DE HACERLO?

44 (91.7%) médicos menciono que si aconsejan, y 4 (8.3%) médicos no lo hacen.
SI UD NO ACOSTUMBRARÁ ACONSEJAR A SUS PACIENTES QUE DEJEN DE FUMAR, CUÁL SERÍA LA CAUSA POR LO QUE NO LO HARÍA:

Del total de médicos encuestados 10(20.8%) mencionaron que no lo harían por que los fumadores no hacen caso al consejo médico; 7 (14.6%) dijeron que, no influye el que, uno aconseje a un fumador para que este deje de fumar, 17 (37.4%) médicos opinan que no hay tiempo para hacerlo y 14 (29.2%) médicos consideraron que, los fumadores no hacen caso al consejo médico, que tampoco influye el que uno aconseje a un fumador para que este deje de fumar y que tampoco hay tiempo.

¿LLEVA UN REGISTRO DEL TABAQUISMO DE SUS PACIENTES, ASÍ COMO UN PLAN DE MANEJO EN LA HISTORIA CLÍNICA O EN LA NOTA MÉDICA?

12 (25%) médicos respondieron si hacerlo y 36 (75%) médicos respondieron no llevar un plan de manejo en la historia clínica o en la nota médica.

PORCENTAJE DE RESPUESTAS CORRECTAS. Total

| PREGUNTA | RESPUESTA CORRECTA | NO. DE MÉDICOS QUE ACERTARON |
|---|--|------------------------------|
| EL TABAQUISMO SE CONSIDERA. | Una adicción. | 34 (69%) |
| QUE PORCENTAJE DE SUJETOS SE CONSIDERA QUE PERMANECERÁN SIN FUMAR AL AÑO SI INGRESAN A UN PROGRAMA DE TERAPIA FORMAL. (TERAPIA PSICOLOGICA Y TRATAMIENTO FARMACOLOGICO). PARA DEJAR DE FUMAR. | Un 35% | 18 (37.5%) |
| ¿CUÁL ES LA CAUSA POR LA QUE UN SUJETO QUE DEJE DE FUMAR, VUELVE A FUMAR? | El tabaco es una sustancia muy adictiva y al dejar el tabaco, origina síntomas de abstinencia importantes. | 25 (52%) |
| ¿CUÁL ES EL SÍNTOMA PRINCIPAL DE ABSTINENCIA, QUE DESARROLLA UN SUJETO QUE DEJÓ DE FUMAR? | Deseos muy intensos por volver a fumar. | 21 (44%) |
| ¿QUÉ TRATAMIENTOS DISPONIBLES EXISTEN PARA TRATAR EL TABAQUISMO? | Vareniclina, Bupropión y la terapia de reemplazo de nicotina | 19 (40%) |
| LOS SIGUIENTES SON DAÑOS A LA SALUD QUE OCASIONA EL TABAQUISMO PASIVO: | Muerte súbita en el recién nacido, déficit de atención en el niño y otitis media. | 19 (40%) |
| DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES ESCOJA LA QUE SE ASOCIA MÁS FUERTEMENTE CON EL CONSUMO DE TABACO. | Cáncer de pulmón | 32 (66.6%) |
| EN MAYORES DE 12 AÑOS ¿CUÁL HA SIDO LA PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN MÉXICO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS? | Entre 20 y 30% | 7 (15%) |
| ¿CUANTAS SUSTANCIAS TÓXICAS SE ENCUENTRAN EN EL HUMO DEL TABACO? | Más de 4000. | 5 (10%) |
| ¿QUÉ NEUROTRANSMISORES ESTAN INVOLUCRADOS EN EL PROCESO DEL TABAQUISMO? | Dopamina y adrenalina | 16 (33%) |
| ¿CUAL SERÍA LA MEJOR FORMA DE MEDIR LA ADICCIÓN A LA NICOTINA? | Con el cuestionario de Fargeström | 6 (12.5%) |

| | CMF DR. "IGNACIO CHAVEZ". | | CMF "MOCTEZUMA" | | TOTAL |
|--|-----------------------------------|----|--------------------------------|----|--|
| PREGUNTA. | SI | NO | SI | NO | SI |
| ¿Considera Ud. que su lugar de trabajo debe ser catalogado como espacio libre del humo de tabaco? | 24 | 8 | 13 | 3 | 27(56%) |
| Cuando recibe un nuevo paciente, ¿le pregunta si fuma? | 26 | 6 | 3 | 3 | 29 (60%) |
| Cuando llega un fumador a su consultorio ¿acostumbra aconsejar a sus pacientes que dejen de fumar? | 29 | 3 | 15 | 1 | 44(91%) |
| Si Ud. no acostumbrará aconsejar a sus pacientes para que dejen de fumar, ¿cuál sería la opción por la que no lo haría? | **A =7 B = 4 C =11 D =10 | | **A =3 B =1 C =6 D =6 | | **A =10(21%) B = 5(10%) C = 17(36%) D = 16(33%) |
| ¿Lleva un registro del tabaquismo de sus pacientes, así como un plan de manejo en la historia clínica o en la nota médica? | 8 | 24 | 4 | 12 | 12 (25%) |

** A) Los fumadores no hacen caso al consejo médico. B) No influye el que uno aconseje a un fumador para que éste deje de fumar. C) No hay tiempo. D) Todas las anteriores.

4.-DISCUSIÓN.

Al margen de la validez de los resultados y el tamaño reducido de la muestra en relación a otras encuestas^{22, 23} la prevalencia de médicos fumadores, se encontró menor a la reportada. En el presente estudio solo el 17% de los médicos es fumador, correspondiendo con la epidemiología en general de un mayor número de hombres que en mujeres, 6 hombres fumadores con solo una medica fumadora.

En el INER durante el 2001 se realizó una encuesta²⁹ a la población estudiantil de medicina encontrando una prevalencia de fumadores de 36%, mayor a la reportada para la población general, además encontraron que, durante su estancia en la facultad iniciaron e incluso intensificaron su tabaquismo.

En el presente trabajo se encontró como edad de inicio, a los 23 años en promedio.

Por otra parte, es importante reconocer al tabaquismo como una adicción^{8, 24}, ya que de él dependerá el abordaje y el tratamiento que el médico pueda ofrecer a su paciente así como la prevención al fomentar estilos de vida saludable en sus pacientes como lo es el no fumar. En el reciente estudio se encontró que de los médicos de la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” y “Moctezuma” solo el 68% reconocen al tabaquismo como una adicción.

Es fundamental el papel del medico como modelo para el paciente fumador, de ahí la importancia que tiene que el profesional de la salud para que no fume. Siendo el tabaquismo del medico un obstáculo para poder llevar a cabo el adecuado manejo del paciente fumador, principalmente dando consejo médico.

En el estudio que se realizo a médicos generales aspirantes a residencias medicas^{25, 27} se evaluó la actitud hacia el paciente con tabaquismo, encontrando que, solo 6 de cada 10 preguntaban a sus pacientes si fumaban. En la encuesta realizada se observó que 81% si pregunta a sus pacientes si fuman, sin embargo solo un 25% lo integra a la nota médica o expediente, de tal forma que se sigue quedando inconcluso el adecuado manejo de este paciente como lo marca la NOM SSA 0168, desaprovechando la oportunidad de iniciar el consejo médico, sin dejar de mencionar que el médico de primer contacto tiene un lugar privilegiado para llevar a cabo acciones a la población sana quien aún no ha tenido contacto con el tabaco, población quien ya es fumadora pero aún no presenta daño, pudiendo dar consejo medico para el abandono de esta adicción, además de poder hacer detecciones de daños ocasionados por el tabaquismo.

Se realizó un estudio en el INER sobre conocimientos en médicos, en donde se comparo el nivel de conocimientos en el tema específicamente del tratamiento para tabaquismo. Comparando entre diferentes especialidades incluyendo a profesionales en tres Clínicas de Medicina Familiar de la zona sur, comparando con cardiólogos del Instituto de Cardiología y Neumólogos del INER, suponiendo que los médicos neumólogos y cardiólogos que son quienes tratan directamente las principales complicaciones por tabaquismo, podrían tener más conocimientos, al respecto sin embargo lo que reporto dicho estudio es que se tienen poca información al respecto sin importar la especialidad.

Dentro del ISSSTE no se encontró con información específica al respecto, sin embargo en el estudio arrojó datos importantes en los que se desconoce la prevalencia de tabaquismo, así como el manejo y los daños a la salud.

En cuanto a motivación para dejar de fumar se encontró un estudio de tesis realizada en el IMSS en la Unidad de Medicina Familiar No20³⁰ midiendo el grado de motivación para dejar de fumar en todo el personal de la clínica. Con un total de 324 trabajadores encontrando que el 60.7% (54) tenían baja motivación, el 29.2% (26) moderada y solo el 10.1% (9) con alta motivación. En nuestro estudio se encontraron datos semejantes el 28.6% (2) tienen baja motivación para dejar de fumar. 42.8% (3) con motivación media y 28.6% (2) con alta motivación para dejar de fumar.

De acuerdo a la información obtenida en el presente trabajo se encontró que se le da poca importancia a los espacios libres del humo de tabaco, lo cual podría reflejar en la falta de información con respecto a los daños que ocasiona el tabaquismo pasivo.

Esta investigación solo es válida para médicos generales y familiares de las clínicas “Dr, Ignacio Chávez” y “Moctezuma” que participaron en este trabajo.

La limitación de esta investigación en cuanto a los resultados obtenidos no se puede generalizar, porque el muestreo no fue aleatorio y el universo de trabajo solo pertenece a dos clínicas de medicina Familiar encuestadas.

5. CONCLUSIONES.

Con base a los hallazgos de esta investigación se encontró que los conocimientos sobre tabaquismo en los médicos estudiados son deficientes y el porcentaje de médicos que fuman fue menor al reportado en otros estudios.

Es de suma importancia que los médicos generales y familiares de las Clínicas de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” y “Moctezuma” del ISSSTE actualicen sus conocimientos referentes al tema de tabaquismo, por medio de sesiones generales, talleres o educación medica continua, esto, en cuanto a los médicos en formación valdría la pena considerar el abordaje del tema a mayor profundidad dentro de los planes de estudio; Con lo que se espera una modificación hacia la percepción de la adicción al tabaco y así prevenir su propio tabaquismo.

Actualmente existen acciones como la realizada por la Facultad de Medicina de la UNAM que organizó en la Facultad de Medicina una clínica de ayuda para dejar de fumar en donde se atienden estudiantes y trabajadores de la UNAM, lo cual podría modificar la visión de la problemática desde las aulas, teniendo información adecuada para el ejercicio profesional; ya que un aprendizaje significativo supone una modificación en la actitud del individuo en este caso del médico.

En el presente estudio encontramos que los médicos familiares y generales de las clínicas en estudio no cuentan con conocimiento adecuados en tabaquismo, suponemos que esto puede ser causa en algunos casos de su propio tabaquismo y en otros a que no se le ha dado la importancia al tabaquismo como un problema de salud pública lo que dificulta su adecuado manejo por desconocimiento de los daños a la salud e incumplimiento de las normas referentes a su diagnostico y la relevancia que tiene el iniciar estrategias contra el tabaquismo.

Un aprendizaje significativo supone una modificación en una conducta, que en el caso del tabaquismo la modificación conductual deseable por parte de los médicos sería al menos hacia un cambio de actitud sobre este importante problema de salud, por lo que la información que se proporcione a los médicos debe lograr impactar a este nivel .

Esto traerá como consecuencia una disminución en los daños a la salud provocados por el tabaquismo.

ANEXOS.

Folio ____

CEDULA REGISTRO SOBRE TABAQUISMO EN MÉDICOS DE PRIMER CONTACTO.

Las siguientes preguntas tienen como objetivo determinar conocimientos sobre tabaquismo en médicos de primer contacto, así como su propio status de fumador. No hay calificación. Usted no tiene que saber todas las respuestas. Debido a esto en la mayoría encontrará la opción "No sé" la información será manejada estadísticamente en forma global. Es anónimo y no tienen implicaciones laborales sino de investigación.

ACEPTO PARTICIPAR. SI _____ NO _____

PARTE I

DATOS GENERALES.

- a) Femenino _____ Masculino _____
b) Edad _____
c) Médico General _____ Médico Familiar _____
d) ¿Actualmente fuma? SI _____ NO _____ (PASE A LA PREGUNTA 11)
e) A que edad inicio a fumar _____ ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? _____
f) ¿Se quita la bata para fumar? Si _____ No _____

PARTE II STATUS DEL FUMADOR

SOLO FUMADORES.

ESCOJA UNA OPCIÓN Y MARQUE CON UNA "X"

- 1.- ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?
SI _____ NO _____
- 2.- ¿Qué interés tiene en dejar de fumar?
Ninguno _____ Poco _____ Bastante _____ Mucho _____
- 3.- ¿Intentaría dejar de fumar en las dos próximas semanas?
Definitivamente no _____ Quizás _____ Si _____ Definitivamente si _____
- 4.- ¿Cree en la posibilidad de continuar SIN dejar de fumar en los próximos seis meses?
Definitivamente no _____ Quizás _____ Si _____ Definitivamente si _____
- 5.- ¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día?
31 ó más _____ 21 a 30 _____ 11 a 20 _____ Menos de 10 _____
- 6.- ¿Fuma usted más cigarrillos durante la primera parte del día que durante el resto del día?
Si _____ No _____
- 7.- ¿Cuánto tiempo transcurre desde que usted despierta hasta que fuma el primer cigarrillo?
Menos de 5min _____ de 6 a 30 min _____ 31 a 60 min _____ Más de 60 min _____
- 8.- ¿Qué cigarrillo le es más difícil dejar?
El 1º de la mañana _____ Cualquier otro _____
- 9.- ¿Le es difícil no fumar en donde se prohíbe fumar?
Si _____ No _____
- 10.- ¿Fuma usted cuando está enfermo(a) o incluso en cama?
Si _____ No _____

PARTE III CONOCIMIENTOS SOBRE TABAQUISMO.

FUMADORES Y NO FUMADORES.

ESCOJA SOLO UNA OPCIÓN Y MARQUE CON UNA "X"

- 11.- El tabaquismo se considera:
a) Un mal hábito _____ c) Una adicción _____
b) Una dependencia _____ d) No sé _____
- 12.- ¿Qué porcentaje de sujetos se considera que permanecerán sin fumar al año si ingresan a un programa de Terapia formal (terapia Psicológica y tratamiento farmacológico) para dejar de fumar?
a) Un 80% _____ c) Un 10% _____
b) Un 35% _____ d) No sé _____

- 13.- ¿Cuál es una causa por la que un sujeto que dejó de fumar vuelve a fumar?
 a) Porque el tabaco es una sustancia muy adictiva y al dejar el tabaco origina en el individuo síntomas de abstinencia importantes _____
 b) Porque le ofrecen nuevamente cigarros (medio socio/ambiental negativos) _____
 c) Porque no llevo un adecuado tratamiento. _____
 d) No sé _____
- 14.- ¿Cuál es el síntoma principal de abstinencia que desarrolla un sujeto que dejó de fumar?
 a) Insomnio _____ c) Ganancia de peso _____ e) No sé _____
 b) Náuseas _____ d) Deseos muy intensos de fumar _____
- 15.- ¿Qué tratamientos disponibles existen para tratar al tabaquismo?
 a) Vareniclina _____ c) Reemplazo con terapia de nicotina _____ e) No sé _____
 b) Bupropion _____ d) Todas las anteriores _____
- 16.- Los siguientes son daños a la salud que ocasiona el tabaquismo pasivo:
 a) Muerte súbita en el recién nacido _____ d) Todas las anteriores _____
 b) Déficit de atención en el niño _____ e) No sé _____
 c) Otitis media en el niño _____
- 17.- De las siguientes enfermedades escoja la que se asocia más fuertemente al consumo de tabaco:
 a) Cáncer de riñón _____ c) Infarto agudo al miocardio _____ e) No sé _____
 b) Cáncer de pulmón _____ d) Cáncer de mama _____
- 18.- En mayores de 12 años ¿cuál ha sido la prevalencia de tabaquismo en México en los últimos años?
 a) < al 10 % _____ c) Entre el 10% a 20% _____ e) No sé _____
 b) Más del 30% _____ d) Entre 20 y 30% _____
- 19.- ¿Cuántas sustancias tóxicas se encuentran en el humo del tabaco?
 a) 500 _____ c) 1000 _____ e) No sé _____
 b) Cerca de 2000 _____ d) Más de 4000 _____
- 20.- ¿Qué neurotransmisores están involucrados en el proceso del tabaquismo?
 a) Dopamina y adrenalina _____ c) Aproximadamente 2000 _____ e) No sé _____
 b) Serotonina y Adrenalina _____ d) Acetilcolina y serotonina _____
- 21.- ¿Cuál sería la mejor forma de medir la adicción a la nicotina?
 a) Con el número de cigarros fumados _____ d) Con el cuestionario de Fargeström _____
 b) Con la medición de CO espirado _____ e) No sé _____
 c) Con un cuestionario para ansiedad _____
- 22.- ¿Considera usted que su lugar de trabajo debe ser catalogado como espacio libre de humo de tabaco?
 Si _____ No _____
- 23.- Cuando recibe a un nuevo paciente ¿Le pregunta si es fumador?
 Si _____ NO _____
- 24.- Cuando llega un fumador a su consultorio ¿acostumbra aconsejar a su paciente para que deje de fumar?
 Si _____ No _____
- 25.- Si usted no acostumbrara aconsejar a sus pacientes que dejen de fumar, cuál sería la opción por la que no lo haría:
 a) Los fumadores no hacen caso al consejo médico _____ d) Todas las anteriores son correctas _____
 b) No influye el que uno aconseje a un fumador para que éste deje de fumar _____
 c) No hay tiempo _____
- 26.- ¿Lleva un registro del tabaquismo de sus pacientes, así como un plan de manejo en la historia clínica o en la nota médica?
 SI _____ NO _____

GRACIAS.

REFERENCIAS.

1. Méndez TM. El origen del tabaco y su consumo. Primer informe sobre el combate al tabaquismo. Ed. Instituto Nacional de Salud Pública. 2005. 285-287
2. Cicero S R, Staines C. L, Cicero F P. El consumo de tabaco desde los mayas al siglo XXI, algunos puntos de vista. Rev Ins Nal Enf Resp Mex. Vol 16 número 2. abril – junio 2003.
3. Zanutto, F A. W. Müller. Consumo de tabaco en el mundo. Cesación tabáquica. Capitulo 3, pag 55-57
4. DAÑOS A LA SALUD POR EL TABAQUISMO. Folletos de divulgación sobre temas de la patología respiratoria. fascículo 8 Ed. INER SSA.
5. Raydel V S. Las cifras de la epidemia. Daños a la salud y mortalidad atribuible. Primer informe sobre el combate al tabaquismo. Ed. Instituto Nacional de Salud Pública 2005. pag 30-35.
6. Chávez H R. López A F, COSUMO DE TABACO, UNA ENFERMEDAD SOCIAL. Rev Inst Nal Enf Resp Mex. Vol 17 numero 3 julio sep 2004 pag 204-214.
7. Ibáñez H N, Disposiciones jurídicas federales sobre la prohibición de fumar. Primer informe sobre el combate al tabaquismo. Ed. Instituto Nacional de Salud Pública 2005. .pag 142-143
8. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-028-SSA2-1999, PARA LA PREVENCIÓN TRATAMIENTO Y CONTROL DE LAS ADICCIONES.
9. SEMINARIO SOBRE EL TABAQUISMO EN MÉXICO. SECRETARIA DE SALUD. INSTITUTO NACIONAL. DE SALUD PÚBLICA. INSTITUTE FOR GLOBAL TOBACCO CONTROL. 2000.

10. Samet M J. Los Riesgos del Tabaquismo activo y pasivo. Primer informe sobre el combate al tabaquismo. Ed. Instituto Nacional de Salud Pública 2005.
11. DAÑOS A LA SALUD POR EL TABAQUISMO. Folletos de divulgación sobre temas de la patología respiratoria. fascículo 3 Ed. INER SSA.
12. Sansores, HR, INER 2000 Programa Conductivo Conductual de la Clínica para dejar de fumar.
13. Ramírez VA, Mayar MM. Gorbachev D. Prevalencia de dislipidemia en los fumadores que acuden a un programa de ayuda para dejar de fumar. Revista del INER abril-junio 2006 vol.19 No. 2
14. CONSEJERÍA EN TABAQUISMO. Secretariado Técnico del Consejo Nacional Contra las adicciones. Junio 2005.
15. Méndez T M, Educación, formación y concientización del público. Primer informe sobre el combate al tabaquismo. Ed. Instituto nacional de salud pública. 2005. 200-2001
16. Sansores H R, Cordova PM, Espinoza M M. Evaluación del programa cognitivo-conductual para dejar de fumar del Instituto de Enfermedades Respiratorias. Rev Inst, Enf Resp Mex. Vol 11, No.1 1998 pag 22-24
17. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología , Instituto Mexicano de Psiquiatría, Encuesta nacional de Adicciones. Tabaco México D.F. SSA 1993
18. Chávez A H El médico en la atención primaria a la salud. Rev Méd. IMSS. (mex) 1995, 33 (2)
19. Samet JM Coultas s Clinics in Chest Medicine Smoking 1991 12:4
20. Chávez Aguilar Héctor. El médico familiar en la atención primaria a la salud. Rev. Med IMSS (Mex). 1995; 33 (2) pag 173-176.
21. Sansores Raúl, Ramirez Venegas Alejandra, Espinoza Martinez Marlene. Exposición pasiva al humo de tabaco en los Institutos nacionales de Salud en México. Rev Ist Nal Enf Resp Mex Vol 13 No 2 pag 96 – 100.

22. Sansores R, Villalba J; Herrera Jaime, Soriano A. Prevalence of cigarette smoking among employees of the mexican national Institutes of Health. Salud Pública de México. Vol 41, No 5 septiembre- octubre de 1999.
23. Fernandez Ferré, Gual Solé, Cabezas Peña c. Atención primaria. Cap 24. tabaquismo, alcoholismo y otras drogodependencias. Pag 893,894.
24. Kuri Morales P, González Roldan J, Cortés Ramírez M. Epidemiología del tabaquismo en México. Salud Pública de México suplemento 1 vol (48) 2006, 591 -596.
25. Rubio Monteverde H, Sansores Raúl, Oviedo Gómez M. Modelo para la prestación de servicios en materia de tabaquismo en México. Rev Ins Nal Enf Resp Mex. Vol 16 número 2. abril – junio 2003. pag 92 – 102
26. Hoy-Gutiérrez M, Kuri P, Camacho Solís M. Encuestas en aspirantes a residencias médicas. Secretaria de Salud. 2000, 69-70.
27. Tanley Vega R, Actitudes y conocimientos de los médicos Mexicanos hacia el tabaquismo. Sep 2001 T 287.
28. Sandoval Padillas R, Actitudes y conocimientos de estudiantes de medicina mexicanos hacia el tabaquismo. Sep 2001 INER.
29. Torres G.C “Prevalencia del tabaquismo en personal de la UMF No.20 y su grado de motivación para el abandono del mismo” Tesis para la obtención de diploma en especialista de medicina familiar UNAM IMSS 2004.
30. Sansores H. R, Ramírez V A. Pérez P. R Tratamientos y terapias contra el tabaquismo disponibles en México. REV INER 2005 pag 236-239.
31. Regalado P J, Lara R.G, Osio E J Tratamiento actual del tabaquismo. Salud Pública de México, suplemento 2 Vol 49 2007. pag 270-274.
32. World Health Organization. The smoking epidemic: “a fire in the global village”. 25th August, Press Release WHO/61. Geneve. 1997.
33. Warner KE, Hodgson TA, Carrol CE, Medical cost of smoking in the United States: estimates, their validity, and their implications Tob. Control 1999;8;290-300
34. NOM 168 SSA1 1998 Del expediente clínico.