

**EL CONSEJO MEDICO PARA DEJAR DE FUMAR COMO APOYO
TERAPEUTICO EN PACIENTES DE VIH/SIDA DE LA UNEME CAPSITS
TOLUCA**

NOVIEMBRE 2007 - ENERO 2008

MARIA DE LA LUZ PEREZ MENDOZA

ASESOR: LIC MONSERRAT EURIDICE LOVACO SANCHEZ

**SUBDIRECTORA DE CONSULTA EXTERNA DE CENTROS DE
INTEGRACIÓN JUVENIL**

FEBRERO 2008

INDICE

1.- Introducción	1
2.- Antecedentes Históricos	6
3.- Componentes del Tabaco	10
4.- Sustancia Química de la Nicotina	11
5.- Historia Natural de VIH	14
6.- Consejo médico para dejar de Fumar	17
7.- Panorama Epidemiológico	24
8.- Planteamiento del problema	27
9.- Justificación	28
10.-Objetivos	29
11.-Hipótesis	30
12.-Universo de Trabajo	31
13.-Metodología	32
14.-Resultados	38
15.-Conclusiones y sugerencias	40
16.-Anexo	41
17.-Bibliografía	42

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS), **el tabaquismo** es responsable de más muertes en el mundo que el virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH), el alcohol, la tuberculosis, los accidentes automovilísticos, los suicidios y los homicidios, considerados de manera conjunta.¹

Cada Día mueren en el mundo cerca de 14,000 personas (5 millones al año) por alguna de las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco.

El total de fumadores en el mundo se estima en más de 1 300 millones de personas, lo que significa que cerca de 650 millones de ellas, finalmente morirán si continúan fumando, como consecuencia de algunas de las enfermedades que se asocian con el tabaquismo. Uno de cada dos fumadores que comienza a fumar en edad temprana y continúa haciéndolo durante toda su vida de forma regular, morirá probablemente a mediana edad, perdiendo alrededor de 22 años de vida saludable, por lo que se ha considerado que el tabaquismo es una causa prevenible de discapacidad, enfermedad y muerte prematura.²

En México, el tabaquismo se considera un problema prioritario de la salud que diariamente fallecen 165 mexicanos por esta causa (60, 225 al año).³

Las principales causas de mortalidad asociadas con el consumo de tabaco son enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, enfermedad pulmonar crónica obstructiva (EPOC) y el Cáncer de Pulmón.⁴

El Sector Salud gasta anualmente por estos padecimientos aproximadamente 29 mil millones de pesos en el tratamiento de estos padecimientos.⁵

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones de 2002, en México hay cerca de 16 millones de fumadores activos, lo que representa 26.4% de los

individuos de 12 a 65 años de la población urbana y el 14.3% de la rural. En lo que respecta a sujetos expuestos de manera involuntaria al humo de tabaco de segunda mano, representan el 36% de la población.⁶

Se cuentan ya con estudios que demuestran que las tendencias en países en desarrollo, el inicio del consumo de tabaco en edades cada vez más tempranas, así como un aumento en el porcentaje de mujeres fumadoras.

Las enfermedades directamente relacionados con el tabaco son numerosas, sin embargo están pueden ser prevenibles, retrasar o mitigar, si se deja de fumar, se tiene antecedentes que la enfermedad pulmonar obstructiva crónica aparece en 15 a 20% de los fumadores, lo mismo que la Bronquitis recurrente, como la causa de cáncer de tráquea, bronquios y pulmón, y que sus metástasis son hacia laringe, esófago, cavidad bucal, vejiga, páncreas, mama, cervix entre otros.

También debemos considerar que repercute sobre el embarazo, el parto y puerperio, así como el impacto de la exposición involuntaria al humo del tabaco ambiental sobre el fumador pasivo.

Asimismo el tabaquismo incide negativamente en el desarrollo humano y social al producir daños graves a la salud y reducir la productividad de quienes sufren las consecuencias, que de no establecer medidas integrales para su control, rebasará la capacidad sanitaria que se requiere para su atención. Esto se reflejado con el ausentismo laboral, las incapacidades y discapacidades, no sólo en las personas que fuman, sino además en quienes se ven obligados a inhalar el humo de tabaco en los espacios que comparten con los fumadores.

No debemos olvidar a los ex fumadores, ya que sabemos que el porcentaje de recaídas en el tabaquismo es muy alto, (ENA 2003). La distribución por grupo de edad su mayor frecuencia fue de los 18 a 29 años de edad, de los 30 a 39 años, la distribución de fumadores que consumen diario es de uno a cinco cigarrillos; el 19 % de 6 a 10; 10.7% de 11 a 20 y de 6.3% más de una cajetilla. Los fumadores pasivos son entre 12 a 29 años de edad.⁶

Desde 1981, cuando se detectaron los primeros casos de **VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana)** de lo que posteriormente se denominaría **sida**, más de 60 millones de personas se han infectado por el virus y actualmente es una de las causas más importantes de muerte en el mundo.⁷

La epidemia ha evolucionado de diferente forma y con distinta intensidad en las diversas áreas geográficas, en función de los factores sociodemográficos, culturales, económicos y políticos. El Programa de sida de las Naciones Unidas (UNAIDS) calcula que en el mundo hay 33,2 millones que viven con el VIH. A pesar de los logros conseguidos en el retroceso de la epidemia, actualmente la prevalencia del VIH, está aumentando entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y continúa siendo elevada entre los usuarios de drogas inyectables en los últimos 15 años, con porcentajes que oscilan entre el 30 y el 50%.⁷

En el ámbito mundial entre el 75 y 80% de las infecciones se han producido por relaciones sexuales no protegidas, en los niños más del 90% son atribuibles al contagio vertical. A pesar de que la adquisición del virus mediante el uso compartido de material de inyección entre usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) supone sólo entre el 5 y el 10% del conjunto de las infecciones, esta vía de contagio ha sido la predominante en muchas regiones occidentales y, en los últimos años de la epidemia, esta vía de transmisión ha con llevado un importante incremento del 38% en Europa (Portugal), no así en México que se tiene un .3% en registro.⁸

Con mayor frecuencia en jóvenes de los 18 a los 35 años de edad, que son diagnosticados de VIH/SIDA y que algunos tienen un antecedente de haber probado algún tipo de droga, (tabaco, alcohol, marihuana, inhalables, cocaína, metanfetaminas, entre otras).

La OMS considera que, la vigilancia epidemiológica del VIH/sida de segunda generación debe incorporar, además de la notificación de los nuevos

diagnósticos de infección por VIH, la monitorización de comportamientos de riesgo (relaciones sexuales desprotegidas, en heterosexuales, hombres que tienen relaciones con otros hombres (HSH), transmisión vertical y Usuarios de Drogas por vía parenteral (UDVP).

En México como en otros países la marginalidad e ilegalidad del colectivo, las intervenciones preventiva dirigidas a los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) nunca serán efectivas si no se contempla la globalidad de su problemática social y sanitaria, incluyendo la detección, tratamiento y seguimiento de la patología orgánica asociada.⁹

Los recientes avances en el tratamiento antiretroviral han presentado un cambio sin precedentes en la historia de la epidemia. Sin embargo nos enfrentamos con pacientes negligentes, debido a que tienen mal apego a sus medicamentos, por situaciones emocionales, económicas, infecciones oportunistas o por algún tipo de adicción a drogas (tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, inhalables, metanfetaminas, anfetaminas entre otras).

Por lo anterior este estudio, pretende demostrar que un Diagnostico Situacional del uso y abuso del tabaco, en los pacientes seropositivos a VIH y casos de SIDA, que acuden a este Centro, y que de aplicarse el “**Consejo Médico para dejar de fumar**” desde el ingreso al UNEME CAPSITS (Unidad Especializada Médica, Centro Ambulatorio para Sida e Infecciones de Transmisión Sexual), se podrá evitar las afecciones y complicaciones del tabaco, logrando un mejor apego a los medicamentos antirretrovirales, y una mejor Calidad de Vida.

ANTECEDENTES HISTORICOS

El Tabaco originario de América, desde hace más de 10,000 años, con la aparición de las primeras prácticas agrícolas, el ser humano seleccionó las plantas especialmente valiosas para protegerlas y así disponer de ellas para satisfacer sus necesidades.

Las especies *Nicotiana Tabacum* y *Nicotiana Rústica* fueron las de mayor uso en rituales entre los indios de América. Los primeros métodos para ingerir tabaco fueron mascando su hoja y bebiendo su “jugo”.

El tabaco como elemento sagrado

el tabaco estaba íntimamente relacionado con la religión, la magia y la medicina. Se convirtió en un elemento medular del chamanismo centro y suramericano. Hasta la fecha se sigue utilizando en ciertos rituales y para curación.¹⁰

Se pueden clasificar en:

- **Rituales** – Como ofrenda para los dioses y los muertos así como un medio para alcanzar estados extáticos por parte de los sacerdotes y chamanes.
- **Ceremoniales** – Como parte de un protocolo diplomático. Se empleaba al declarar la guerra, al pedir una mujer en matrimonio, etc.
- **Medicinales** – Utilizado con distintos métodos para tratar al menos unas cincuenta enfermedades.
- **Eufóricos o estupefacientes** – Para combatir el cansancio, tener visiones y embriagarse

El Tabaco en el México Precolombino. El consumo del tabaco existió en la mayor parte de las culturas mesoamericanas. Los mayas, toltecas, mexicas y otros grupos prehispánicos de esta zona cultivaron el tabaco y lo consumieron en diversas formas, aunque predominó su uso en pipa.

La Colonia

Paulatinamente, los españoles organizaron el cultivo del tabaco, primero en Santo Domingo en 1535, para pasar después a Trinidad, Cuba, México y las Filipinas; y es hasta principios del siglo XVII que las exportaciones se consolidan y se reflejan en las contabilidades de la época y alcanzan volúmenes que permiten la creación de la primera empresa de tabaco en Sevilla.

La Independencia

En 1824, se expide una ley que se designa a los estados de la federación como sustentantes directos de las rentas del tabaco en rama. La Fábrica de Puros Y Cigarros de la Ciudad de México sería la encargada de proveer al consumo de la capital y los territorios de la federación.

El Porfiriato

Las exportaciones del tabaco siguieron la tendencia general de crecimiento continuo, el tabaco se mantuvo entre el octavo y décimo lugar de los principales productos exportados. A fines del siglo XIX, el tabaco mexicano, ya era conocido en el mercado internacional, especialmente en Europa y en menor proporción en Estados Unidos y Sudamérica.

El Siglo XX

El aumento en el consumo de cigarros, y particularmente de cigarros rubios de "mezcla americana", conduce a los industriales del ramo a experimentar, con el fin de disminuir sus importaciones.

En este marco, el estado de Nayarit comienza a destacar cada vez más en la producción nacional; aquí se tiene el mayor éxito en adaptar los tabacos rubios a los suelos mexicanos.

El primer antecedente de este proceso aparece en 1923, año en que British American Tobacco establece plantas elaboradoras de cigarros en el Distrito Federal, Irapuato y Monterrey.

En 1932 a las afueras de la ciudad de Monterrey, se inicia la construcción de la planta de Cigarros El Águila, que comenzaría operaciones en el año de 1934.

El Cultivo.- La siembra del tabaco se inicia en la segunda semana de septiembre y termina la tercera semana de noviembre. A las seis semanas se obtiene una planta con un tallo de 15cm. de altura y 5mm., para ser trasplantada.

La primera fertilización o fertilización base, se realiza al momento de efectuar la plantación, cuando esta se hace con máquina trasplantadora; o de 3 a 5 días después cuando se hace en forma manual.

La cosecha hace por cortes a las 9 o 10 semanas de que se plantó, iniciando con un primer corte y así sucesivamente hasta el quinto corte, observando que exista uniformidad en su madurez, en el tamaño de la hoja y cuidando que no se mezclen hojas de distinto corte.

La cosecha de estos tabacos dura de 7 a 8 semanas, se ensarta y se cuelga en la galera, para su curado. Se cosecha a las 14 o 15 semanas de que se plantó.

El tiempo de curado de 5 a 7 semanas aproximadamente en galerón. Se enfarda, teniendo el debido cuidado en que cada fardo sea uniforme de 50 kg., con tabaco del mismo grado (sin mezclas en cortes, textura, color y tamaño de hoja) y con una humedad entre los 14 y 18%. En estas condiciones se envía en camiones a las Plantas Desvenadoras.

El tabaco es clasificado de acuerdo a su peso y grado. Después de ser llenados los estantes, son almacenados en espera de ser procesados.

El tabaco a ser procesado, es alimentado a la línea, iniciando en la mesa de alimentación, donde se forman las mezclas con ciertas características.

Posteriormente los tabacos entran a un cilindro de acondicionado, donde les son aplicados vapor, calor y/o agua.

Una vez acondicionado, pasa por bandas a las mesas de selección, en donde son retirados los tabacos que están fuera de norma.

La vena es removida de la lámina (hoja) mediante el uso de trilladoras y separadores, para obtener el máximo tamaño de partículas posible, conforme a especificaciones.

Posteriormente el producto pasa a los Secadores; en ellos se reduce el contenido de humedad de forma tal que pueda ser empacada en cajas de cartón; se almacenan en bodegas en donde se estiban durante un periodo variable antes de ser enviadas a la fábrica de cigarros.

México posee hoy en día una de las plantas manufactureras de cigarros más modernas en Latinoamérica gracias a que se invirtieron alrededor de 48 millones de dólares durante el 2001.

México es el segundo mercado en importancia en América Latina. La planta tiene capacidad actual para producir alrededor de 28 mil millones de cigarros al año; también se exporta a Los Estados Unidos de Norteamérica

Una vez en el almacén de producto terminado, las cajas son transportadas en trailer a los centros de distribución. Desde estos, se distribuyen a los más de 250,000 puntos de venta en toda la República Mexicana.

Se distinguen principalmente 5 canales de comercialización: las tiendas de conveniencia, las tiendas de autoservicio, las tiendas tradicionales, los mayoristas y los hoteles, restaurantes y cafeterías.

Componentes del Tabaco.- La hoja de la planta contiene, entre otros compuestos, carbohidratos, celulosa, proteínas, aminoácidos, lípidos, fenoles, ácidos orgánicos, ceras y alcaloides. Entre éstos últimos destaca **la nicotina**, sustancia altamente adictiva. Durante el proceso de combustión se llevan a cabo reacciones químicas que producen nuevos componentes. De hecho, de las más de 4.000 sustancias que componen el humo del tabaco sólo la mitad se encuentra originalmente en la hoja.¹¹

Componentes del humo del cigarro considerados causantes de distintas enfermedades;

Adicción al tabaco:

Nicotina

Cáncer:- Hidrocarburos aromáticos polinucleares (benzopireno)

N-nitrosaminas (algunas específicas del tabaco)

Aminas aromáticas (2-Naftilamina, 4-Aminobifenil)

Aza-arenes

Aminas N-Heterocíclicas

Aldehídos

Arsénico

Cromo

Polonio 210 (emisor de partículas radioactivas alfa)

1.3-Butadieno

Benceno

Vinil clorhídrico

Acrifamida

Enfermedad cardiovascular (EC):

Monóxido de carbono (CO)

Óxidos de nitrógeno

Hidrógeno de cianuro

Hidrocarburos aromáticos polinucleares (benzopireno)

N-nitrosaminas

Aminas aromáticas (2-Naftilamina, 4-Aminobifenil)

Cadmio (secundario)

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC);

Hidrógeno de cianuro

Aldehídos volátiles

Óxidos de nitrógeno

Monóxido de carbono (CO)

Hidrocarburos aromáticos polinucleares (benzopireno)

N-nitrosaminas

Aminas aromáticas (2-Naftilamina, 4-Aminobifenil)

México no se encuentra entre los principales productores de tabaco del mundo. La producción nacional del 2003 (21,895 tm), ocupó el quinto lugar en Latinoamérica, después de Brasil (648,500 tm), Argentina (126,000 tm), Colombia (29,000 tm) y Cuba (34,494 tm).

Son principalmente cuatro los estados donde se cultiva tabaco en la república. Nayarit es el principal productor (86.05% en 1999) y se cultiva fundamentalmente tabaco rubio destinado a la fabricación de cigarros. El segundo lugar lo ocupa Veracruz seguido por Chiapas y Jalisco.

Según datos reportados por la industria tabacalera, en 1987 se dio empleo durante el proceso agrícola a 350,000 personas al menos en turnos parciales. Esto sería el equivalente de 117,000 empleos de tiempo completo, lo que representaba apenas el 2.2% de la fuerza laboral agrícola del país. La producción nacional de tabaco en el 2003 representó menos del 50% de la registrada en 1987 (50,496 tm) y las hectáreas dedicadas al cultivo de ésta planta disminuyeron a casi una tercera parte en el mismo periodo. Los datos anteriores podrían sugerir que también se vio disminuido el número de trabajadores empleados.

SUSTANCIA QUÍMICA: La Nicotina es una amina terciaria con una piridina y un anillo de pirrolodina, se deriva de la ornitina, que se encuentra en las plantas del género *Nicotiana sp.*

Es una base débil (pKa 7.9), sin color y volátil que adquiere su color café y el olor característico a tabaco cuando se pone en contacto con el aire.

El humo de tabaco también contiene el isómero R-nicotina, producido durante el proceso de pirólisis, en cantidades mayores a 10% del total de la nicotina presente, este isómero es un agonista débil de los receptores colinérgicos.

FARMACOCINÉTICA DE LA NICOTINA.- En Los fumadores hay dos rutas principales de absorción: e de la nicotina n los que no inhalan profundamente el humo del tabco ésta se realiza básicamente a través de la mucosa bucal y es dependiente del pH, en los fumadores cuya inhalación es profunda, la absorción de la nicotina se lleva a cabo en los alvéolos, donde el pH no es un factor limitante. Las concentraciones sanguíneas de nicotina se incrementan súbitamente durante el consumo de tabaco; esta rápida absorción puede explicarse por la gran superficie de contacto que representan los alvéolos y la disolución de la nicotina en fluidos con pH fisiológico.

El aparato respiratorio cuenta con 300 a 400 millones de alvéolos, lo que representa una superficie de absorción de aproximadamente 200 m². los capilares pulmonares ocupan un área de 90 m² y los pulmones reciben en un minuto un volumen de sangre igual al que pasa por el resto del cuerpo en el mismo intervalo, esto nos permite comprender por qué después de 10 a 19 segundos de haber inhalado el humo, la nicotina llega hasta el cerebro, sin embargo sus niveles cerebrales declinan también rápidamente a medida que se distribuye en otros tejidos corporales y se inicia su metabolismo y excreción. La dosis de nicotina absorbida por cigarro es de 1 mg., pero puede variar de 0.37 a 1.56 mg.

Después de 30 segundos de haber inhalado el humo de tabaco, se alcanza un pico de nicotina de aproximadamente 100ng/ml en la sangre arterial.

Tiene una vida media inicial de distribución es de aproximadamente de 7 a 10 minutos y las concentraciones más elevadas se han encontrado en el cerebro, estómago, riñón e hígado.

La nicotina es distribuida extensamente hacia los tejidos orgánicos, con un volumen de 180 l (2.6 veces el peso corporal en kg) en el estado estable.

La nicotina cruza libremente la placenta, se ha encontrado en el líquido amniótico y en la sangre del cordón umbilical de neonatos, también se ha encontrado en la leche materna. ¹²⁻¹³

La nicotina se metaboliza extensa y rápidamente por las enzimas microsomales del hígado (citocromo CYP2A6).

La vida media de la nicotina es de aproximadamente 2 horas, aunque existe una amplia variación individual (1 a 4 horas). La nicotina presenta un incremento en el organismo durante las primeras 6 a 8 hrs. del día, sus niveles descienden considerablemente durante la noche.

Uno de los principales metabolitos de la nicotina es la cotinina, debido a que tiene una mayor, debido a que tiene una mayor vida media que la nicotina (16-20 hrs.) y a la que se encuentra prácticamente en cualquier fluido (lágrimas, saliva, sudor, sangre, líquido amniótico, leche, semen, orina y moco cervical) se ha utilizado como marcador biológico de exposición al humo de tabaco, tanto en fumadores pasivos como en activos.

ELIMINACION: La depuración de la nicotina varía de 55 a 146 l/hora; su vida media de eliminación es de aproximadamente dos horas (1 a 4 hrs.), la mayor parte se elimina a través del metabolismo hepático solo un pequeño porcentaje se elimina por la orina.

La farmacodinamia de la nicotina: La molécula de la (S)- nicotina se une a receptores acetilcolinérgicos o receptores nicotínicos de la acetilcolina que se localizan en los ganglios autónomos, la médula adrenal, uniones neuromusculares y el sistema central, estos receptores se caracterizan como

canales iónicos compuestos de cinco subunidades, que se une a los receptores de dos moléculas de nicotina se produce un flujo de iones (Na^+) que abre el canal iónico, despolariza a la célula y produce una respuesta excitatoria y la liberación de catecolaminas. Los receptores de subtipo nicotínico de acetilcolina, los neuronales y los musculares, este tipo de receptores se encuentran en órganos y tejidos que no son musculares ni neuronales, como células del tejido respiratorio, particularmente en las paredes de las vías aéreas de conducción y vasos, en el epitelio bronquial, en epitelio vascular, en keratinocitos de mucosa bucal y en piel.

La nicotina al absorberse a través de las mucosas nasal, oral y alveolar, llega al cerebro al cabo de 10 segundos, cruza rápidamente la barrera hematoencefálica y se distribuye por todo el sistema nervioso central.

AFECCIONES ASOCIADAS AL CONSUMO DE TABACO: Astenia desaparece con el acto de fumar y la anorexia por el contrario se incrementa, manifestándose como la sensación de plenitud gástrica y falsa existencia de hambre compensada, Disnea, Fatiga, Disfonías, Despertar displacentero, pinchazo precordial, cefaleas, labilidad tensional, disminución de la libido, impotencia, coloración amarillenta de los dientes, gingivitis y atrofia gingival, dolor torácico difuso.

Complicaciones; la nicotina estimula el sistema nervioso simpático, aumentando la frecuencia cardíaca y la presión arterial, volumen sistólico y gasto cardíaco, así como el flujo sanguíneo coronario. Se presentan niveles elevados de lipoproteínas de baja densidad (LDL) y niveles reducidos de lipoproteínas de alta densidad (HDL), lo cual da como resultado un factor de riesgo para la aterosclerosis.

EL monóxido de carbono disminuye la entrega de oxígeno a los tejidos, incrementa la permeabilidad vascular y desplaza la curva de disociación de la hemoglobina a la izquierda, por lo que se presenta incrementos en la carboxihemoglobina (HbCO) de entre 2 y 20%, los normales son de 0.01% por 100 volúmenes.

La cardiopatía isquémica es la causa más importante dentro de las enfermedades cardiovasculares, causado por el daño endotelial producido por

el CO y la nicotina, hay reducción de la concentración plasmática de HDL, aumento de la agregación plaquetaria que predispone la formación de trombos, todo ello mediado por catecolaminas que se liberan al interactuar la nicotina con los receptores de la médula adrenal.

La vasculopatía periférica, la tromboangeítis obliterante, la enfermedad de Raynaud.

Después de fumar un cigarrillo hay aumento de la resistencia al aire inspirado y alteraciones en la distensibilidad dinámica, histológicamente hay presencia de pérdida de cilios, hiperplasia de células basales, aparición de células atípicas con núcleos hipercrómicos y metaplasma epidermoide.¹²⁻¹³

HISTORIA NATURAL, CLASIFICACIÓN Y PRONÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR VIH- I

El virus de la inmunodeficiencia humana de tipo (VIH-I) es el agente causal de una enfermedad de curso más o menos prolongado que culmina con una destrucción prácticamente completa de los linfocitos CD4.

Una vez que entra el virus en el organismo, se inicia una infección en la que se pueden diferenciar distintas fases o estadios evolutivos relativamente bien definidos- aunque no siempre identificados clínicamente, y con una duración variable que depende de distintos factores relacionados tanto con el virus como en el huésped.

Las distintas fases en que se puede dividir la historia natural de la infección son: la fase aguda, que se presenta entre las 2 y 4 semanas después de la entrada del virus en el organismo, en más del 50% de los casos se producirá un cuadro clínico de infección aguda o primoinfección, de intensidad variable y caracterizado normalmente por fiebre, cefalea, adenopatías, mialgias y rash, junto a este cuadro clínico pueden aparecer alteraciones analíticas inespecíficas como leucopenia, trombopenia y elevación de las transaminasas, así mismo puede presentarse infecciones oportunistas debidas a un profundo deterioro inmunológico, como la neumonía o la esofagitis candidiásica.

Durante esta fase no es posible la detección por medio de pruebas serológicas, dado que se encuentra en replicación virológica y se encuentran en desarrollo los anticuerpos.

En la fase crónica; Tras una fase aguda de la infección, caracterizada por la existencia de cargas virales plasmáticas muy elevadas, éstas se reducen en aproximadamente 100 veces con el desarrollo de una respuesta T citotóxica hasta alcanzar los 6 y los 12 meses, un equilibrio dinámico entre la producción y el aclaramiento del virus. El riesgo de progresión pueden presentarse, progresión rápida 5 al 10% (progresión a sida entre 1 y 5 años), progresores típicos del 80 al 90% (progresión a partir de los 5 años con mediana de progresión a sida de 10 años) y progresores lentos del 5 al 10% (pacientes asintomático con más de 10 años sin inmunosupresión).

La estimulación inmunológica a través de vacunaciones o nuevas infecciones producen incrementos transitorios de la viremia plasmática sin repercusión a largo plazo en el nivel de CD4, viremia plasmática, evolución a sida o muerte.

Fase Final; la fase avanzada de la infección o sida se caracteriza esquemáticamente por ser una fase con recuento de células CD4 inferiores a 200 (normal de 700 a + 1000), aumento en la tasa de replicación viral, descenso de la actividad de los linfocitos citotóxicos anti-VIH, destrucción de la arquitectura linfática, síntomas constitucionales y desarrollo de infecciones oportunistas. Los pacientes actualmente al recibir el tratamiento antirretroviral con apego a los mismos reducen la replicación viral y por tanto aumentan los anticuerpos CD4, evitando infecciones oportunistas.¹⁴

MECANISMOS DE TRANSMISIÓN DEL VIH Y SU PREVENCIÓN:

Por orden de frecuencia relaciones sexuales desprotegidas, por intercambio de jeringas (usuarios de drogas parenterales), elevado tiempo de drogadicción, transmisión vertical (madre-hijo), transfusión de sangre y hemoderivados, y trasplante de órganos y tejidos.

La prevención esta dada por Campañas de información, uso correcto del condón, Programas de recambio de jeringas, información escolar sobre el consumo de drogas, Detección e información en las mujeres embarazadas, Programas de selección y retención de donantes de hemoderivados y órganos para trasplante.

“CONSEJO MEDICO PARA DEJAR DE FUMAR”

El abordaje terapéutico del paciente fumador se puede realizar mediante un tratamiento no especializado que se fundamente en el consejo antitabaco, integrado dentro del concepto de lo que se conoce como intervención mínima.

En el Primer Nivel de Atención el 37% de los pacientes que acuden a ellas serán fumadores, y la atención que reciben, en la mayoría de los casos, difiere bastante de la ofrecida a otros grupos de pacientes, tanto en cantidad como en calidad.¹⁵

La Atención Primaria ofrece un marco idóneo para realizar el tratamiento del tabaquismo al tener una mayor cobertura y mejor accesibilidad que los servicios especializados, además de las características propias de la atención dispensada: una relación médico-paciente preexistente facilitando el abordaje de los problemas que vayan surgiendo durante el proceso de abandono del tabaco, y un seguimiento más estrecho del paciente fumador al ser una atención continuada y permanente.¹⁵

El Consejo Médico implica una mayor exploración, motivaciones, fuerzas, áreas problemática y patrones de conducta del paciente con relación a la conducta a modificar, es decir, incorpora un papel de facilitador al médico mediante la discusión y la exploración de la forma en que el paciente puede hacer cambios necesarios. El profesional ayudará a fomentar la conciencia del problema y actuará como catalizador para el cambio.¹⁶

La norma Oficial Mexicana NOM-168 del Expediente Clínico define al tabaquismo, alcoholismo y a otras adicciones como padecimientos que requieren diagnóstico, intervención y seguimiento, en la práctica diaria todavía son pocos los profesionales de la salud que están concientizados acerca de esta problemática.

Los estudios han demostrado que una intervención de 3 minutos por parte de los médicos de cabecera puede conseguir que un 5% de los pacientes que

acuden a consulta por cualquier Motivo, dejen de fumar al menos durante un año. Cuando hacen intervenciones más intensivas, logran alrededor de un 22.5%, y se han reportado hasta 39% de éxitos al año.

El Consejo Medico, debería ser proporcionado por los médicos en el primer contacto con pacientes que consumen tabaco o alguna otra droga, sin embargo hay gran desconocimiento del mismo y de cómo transmitirlo.

Generalmente se estará ante individuos que no se consideran enfermos y ofrecer una intervención médica no siempre puede ser bien entendido, sobre todo cuando dicha intervención no es demandada por el sujeto.

Tiene la finalidad de adaptar el tratamiento a la situación particular de cada fumador, haciéndole progresar racionalmente por las distintas fases de abandono del tabaco y posteriormente ayudar a consolidar su abstinencia son las bases del tratamiento del tabaquismo.

El Consejo Medico debe ser:

- a) FIRME, SERIO,**
- b) BREVE Y**
- c) PERSONALIZADO**

La Intervención Mínima:

- ❖ Preguntar sobre el consumo de tabaco
- ❖ Registrarlo en la historia clínica
- ❖ Dar el consejo médico
- ❖ Proporcionar ayuda y apoyo psicológicos
- ❖ Entregar material escrito con información y guías para el abandono del tabaco, en función de la fase en la que se encuentre el fumador
- ❖ Hacer seguimiento de su proceso de abandono del tabaco.

Si esta actitud se repite en cada consulta que el sujeto realice por el motivo que fuese, entonces se estaría hablando de intervención mínima sistematizada.

ETAPAS:

AVERIGUAR.- Indagar sobre si el paciente fuma.

- Identificar sistemáticamente a todos los fumadores (fumador, exfumador o no fumador).
- Interrogar sobre su consumo de tabaco (cigarros/día) y desde cuándo, dependencia, intentos previos y motivos de recaída.
- Se recomienda al menos registrar la tensión arterial y el peso.
- Registrarlo, es una medida que induce una actitud de intervención del profesional sanitario.

ACONSEJAR.-

- Firme y convincentemente dejar de fumar a todo fumador.
- Los mensajes deben ser claros y convincentes:

“Como médico suyo, debo informarle de que dejar de fumar es lo más importante que puede hacer para proteger su salud ahora y en el futuro.”

APRECIAR - ACORDAR –

- valorar la disposición del paciente para dejar de fumar y programar una ayuda concreta.
- Si no quiere dejar de fumar, habrá que realizar una entrevista motivacional: ofrecer apoyo y poner de manifiesto las ventajas de no consumir tabaco

AYUDAR – APOYAR –

- Si no tiene claro qué hacer, hay que ofrecer ayuda y la posibilidad de un tratamiento.
- Si el paciente está dispuesto a intentarlo, además de ofrecer nuestra ayuda hay que realizar una oferta terapéutica concreta, valorando la conveniencia de iniciarlo en ese mismo momento
- Al paciente en el abandono del tabaquismo:
 - Prepararle para el día D.
 - Que elija la fecha para dejar de fumar. Buscar una fecha propicia para el fumador, evitar situaciones estresantes.
 - En los días previos, conviene realizar algún cambio en su conducta de fumador: fumar menos, autorregistro de los cigarrillos previo a su consumo, no llevar encendedor, fumar sólo sus cigarrillos, guardar y lavar los ceniceros después de usarlos.
 - Solicitar la ayuda y colaboración de las personas que le rodean (familiares, amigos, compañeros del trabajo).
 - Informar de los síntomas del síndrome de abstinencia.
 - Ofrecer algunos consejos útiles para que en caso de que se presenten sean más llevaderos.
 - Facilitar material adecuado que le sirva de apoyo e información.
 - Valorar la conveniencia de un tratamiento farmacológico de eficacia demostrada

ACORDAR

- Y programar el seguimiento y frecuencia de los controles, realizando en cada uno de ellos una evaluación del proceso.
- Opción: seguimiento telefónico.
- Actividades a realizar durante el seguimiento:
- Felicitar por el éxito
- Analizar las causas del consumo de tabaco
- Identificar los problemas surgidos y las situaciones de riesgo que puedan inducir a fumar
- Valorar la derivación del paciente hacia otra modalidad terapéutica

FASE DE PRECONTEMPLACIÓN.-

- No quieren dejar de fumar.
- No conocen los efectos nocivos del tabaco.
- No conocen las ventajas del abandono del tabaco
- No creen que el tabaco les perjudique

Intervención.- Consejo Medico, para abandonar el consumo de tabaco (más informativo que impositivo).

- Manifestar la ayuda para cuando decida dejar de fumar.
- Buscar motivaciones para cambiar de actitud y favorecer el progreso en el proceso de cambio.
- Proporcionar apoyo psicológico orientado a aumentar la autoeficacia del Fumador.

- Dar folletos con información sobre el tabaquismo

Debe haber **una intervención motivacional**;

- ❖ **Relevancia**
- ❖ **Riesgos**
- ❖ **Recompensa**
- ❖ **Resistencias**
- ❖ **Repetición**

FASE DE CONTEMPLACION.-

- Consideran que el tabaco puede estarles causando daño, y tal vez algún día dejen de fumar, pero no de forma inmediata.
- Han tenido alguno o muchos intentos previos fallidos.
- Muestran frustración ante un nuevo fracaso.
- La ambivalencia está presente.

INTERVENCIÓN.- Consejo médico que aumente la autoconfianza de los fumadores.

- Dar apoyo personal y/o terapéutico.
- Analizar de forma detenida las motivaciones para dejar de fumar.
- Dar folleto informativo sobre tabaquismo.
- Dar guía práctica/decalogo para dejar de fumar.

FASE DE PREPARACION.- Se están planteando seriamente el abandono del tabaco y quieren hacer un intento serio de dejar de fumar.

INTERVENCIÓN.- Reforzar positivamente su decisión de dejar de fumar.

- Dar apoyo psicológico.

- Proporcionar ayuda terapéutica sistematizada -fijar una fecha, desarrollar habilidades conductuales, material de apoyo.
- Establecer seguimiento para el proceso de dejar de fumar.
- Reforzar positivamente su decisión de dejar de fumar.
- Dar apoyo psicológico.
- Proporcionar ayuda terapéutica sistematizada -fijar una fecha, desarrollar habilidades conductuales, material de apoyo.
- Establecer seguimiento para el proceso de dejar de fumar.

FASES DE ACCIÓN Y MANTENIMIENTO.- El paciente ya dejó de fumar y lleva algún tiempo en abstinencia.

- Reconocer el esfuerzo realizado
- Análisis individualizado de las situaciones de riesgo en las que puede ser más fácil volver a fumar.
- Establecer un seguimiento

PANORAMA EPIDEMIOLOGICO DEL TABAQUISMO EN MÉXICO

Los patrones de consumo actuales en México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) de 2002, hay cerca de 16 millones de fumadores activos, lo que representa el 26.4% de la población de 12 a 65 años de la población urbana y 14.3% de la rural, incremento de 5% de la frecuencia de consumo en mujeres en un lapso no mayor de cinco años, es factible predecir que en pocos años México se verá inmerso en una de las epidemias de enfermedades no infecciosas más graves de su historia.

La organización Mundial de la Salud (OMS) señala que de la población mundial 30% de los adultos son fumadores, y de estos fumadores 3.5 millones fallecen al año, lo que equivale a la muerte de siete personas cada minuto por enfermedades relacionadas, con el tabaquismo.

Desde 1980 las enfermedades del corazón constituyen la primera causa de mortalidad en México, el 62.4% corresponde a cardiopatía isquémica.

Uno de los indicadores del impacto actual de la epidemia de tabaco en México es la mortalidad por cáncer pulmonar; la evidencia epidemiológica ha mostrado que 85% de estas neoplasias son atribuibles al consumo de tabaco; los tumores malignos en labio, cavidad bucal y faringe tendió a incrementarse durante los años 1992 al 2000, de acuerdo con este indicador se puede predecir que directamente, para el año 2010 en México morirán 30 personas diariamente en promedio tan sólo por esta neoplasia y, para darle una mayor dimensión a las consecuencias a futuro de la epidemia, a esas muertes habrá que sumarle un número similar o mayor de las de otro tipo identificadas como asociadas con el consumo.

En contraste con esa aparente disminución en la producción de cigarrillos, la propia industria tabacalera reporta en 1999 un crecimiento de 1.9% en su producción, pasando de 47 400 millones de cigarrillos durante 1998 (aproximadamente 2 370 millones de cajetillas), a 48 300 millones en 1999 (aproximadamente 2 415 millones de cajetillas), producción que rebasa en 23%

la información dada para 1998-2000 por el Departamento de Agricultura de Estados Unidos.

Con la adquisición de la mayoría accionaria de las dos principales tabacaleras asentadas en México, es evidente que la industria incrementará su papel en la producción de cigarrillos tanto para el mercado interno como para el exportador. Tan sólo en 1998 y 1999 la industria había exportado a países como EUA, Emiratos Arabes, Uruguay, Canadá, Inglaterra, y a otros más 903 toneladas métricas de cigarrillos, y sólo había importado 163 del producto. México se incorporará a la lista de países que servirán como puntos para la expansión del comercio de cigarrillos y, aun cuando no se desee, será un punto de expansión para mantener la epidemia mundial de tabaco.

PANORAMA EPIDEMIOLOGICO DE VIH/ SIDA

En los 25 años transcurridos desde que se declaró el primer caso de SIDA, la enfermedad ha provocado la muerte de 25 millones de personas mundialmente y se ha convertido en la principal causa de muerte tanto de hombres como de mujeres entre los 15 y los 59 años de edad.

En la actualidad, se estima Mundialmente que más de 41 millones de personas están afectadas por el VIH/SIDA, pasando a ser uno de los principales retos mundiales de nuestra generación.

- En México se han acumulado 110 mil 339 casos de SIDA, desde 1983 hasta el 2006.

- A nivel Nacional se tienen registrados de 1995-2006, 37 797 personas infectadas.
- Se presentan los casos en hombres en un 77%, mujeres 20.7%, en menores de 15 años 2.3%.
- La vía de transmisión, continua siendo sexual 96.9%, Transmisión sanguínea 3.0%, Usuario de drogas inyectables (UDI) 3.0%, Exposición ocupacional 0%, Otras (homosexual/UDI) 0.1%.
- Según la evolución se tiene el 93.6% vivos y el 6.4% han muerto, durante el año 2006.
- La tasa de Mortalidad observada entre la población de 25 a 44 años en el año 2006 es de 16.3 para los hombres y 3.2 en las mujeres.
- En el año 2006 se registraron en el país 4 mil 949 defunciones causadas por SIDA, 295 más que en 2005; 82.7% fue de hombres y 17.3% de mujeres.
- De cada diez defunciones por SIDA en 2006, seis personas tenían entre 30 y 49 años y dos eran jóvenes de 15 a 29 años.
- De las personas que fallecieron por SIDA, 55.8% era soltera y 33.8% estaba casada o unida.

EL Estado de México por casos acumulados de 1983- 2006, ocupa el segundo lugar a Nivel Nacional, con 11,527 casos.

Se registraron 399 defunciones, durante 2006.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El tabaco es uno de los productos más nocivos para el organismo humano, y que dentro de sus afecciones se relacionan de manera directa o indirecta, la Bronquitis Crónica, Enfermedad Pulmonar Crónica (EPOC), Cáncer de Laringe, Pulmón y Enfermedades Cardiovasculares, no se han podido controlar a pesar de haber programas preventivos dirigidos a adolescentes, mujeres y a quienes ya son consumidores.

Los pacientes de VIH/SIDA son controlados con medicamentos antirretrovirales, con la finalidad de evitar que el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) continúe replicándose y de adquirir recuperación de anticuerpos de CD4, para evitar infecciones oportunistas, que en el caso del tracto respiratorio y cardiovascular pueden presentar, Neumonía por diferentes agentes causales, Tuberculosis Pulmonar, EPOC y Cáncer Pulmonar. Se ha observado que algunos de los pacientes tienen antecedentes de consumo de tabaco, y que lo dejaron por iniciativa propia o quienes posterior al recibir el diagnóstico de Seropositivos a VIH incrementaron el consumo, ocasionando que se presenten afecciones respiratorias o se exacerben los padecimientos respiratorios crónicos.

Por lo que es necesario que los médicos tratantes de pacientes con VIH/SIDA del UNEME CAPSITS TOLUCA (Unidad de Especializada Medica, Centro Ambulatorio de Prevención y Atención) conozcan la existencia del, “**Consejo Medico para dejar de fumar**”, instrumento especializado para el manejo de quienes presentan uso y abuso del tabaco, lo cual es necesario conocer para que el paciente de VIH disminuya las complicaciones que desencadena la propia enfermedad y el tabaco, mejorando así el apego al tratamiento de antirretrovirales.

JUSTIFICACIÓN

- ❖ Los pacientes que ingresan a la Unidad Clínica, para el Control y seguimiento de VIH/SIDA, presentan antecedentes de uso y abuso de tabaco, no siendo relevante para el médico tratante, pero si para el paciente.
- ❖ Los pacientes con VIH/SIDA, que se encuentran con tratamiento de medicamentos antirretrovirales, y presentan uso o abuso del tabaco, con afecciones y complicaciones del mismo consumo, pueden presentar mal apego a los mismos.
- ❖ Si se concientiza a los pacientes consumidores de tabaco, que el abstenerse o dejar de fumar evitará las afecciones y complicaciones Cardiovasculares y Respiratorias, que de por si el VIH afecta, esto por medio del “**Consejo Médico para dejar de Fumar**”.
- ❖ Los médicos tratantes de VIH/SIDA, desconocen este **Consejo Médico**, que de aplicarse, no solo beneficiaran a los pacientes de este tipo de adicción, si no que se puede orientar sobre otro tipo de adicción de Drogas, evitando así complicaciones que requieran atención hospitalaria, que es un decremento emocional y económico para la familia.

OBJETIVOS

GENERAL.-

Disminuir las afecciones y complicaciones del Tabaco, en los pacientes con VIH/SIDA.

ESPECIFICOS.-

- ❖ Determinar la prevalencia de los fumadores activos de tabaco en los pacientes de VIH/SIDA, del Uneme Capasits Toluca.
- ❖ Que conozcan los Médicos tratantes de VIH/SIDA el **“Consejo Médico para Dejar de Fumar”**
- ❖ Aplicar el “Consejo Médico para dejar de fumar” en todos los pacientes que así lo requieran.
- ❖ Lograr que los pacientes tengan un mejor apego a los medicamentos antirretrovirales, gracias a la abstinencia del consumo del tabaco.

HIPOTESIS

Si se aplica el “**Consejo Médico para Dejar de Fumar**” en los pacientes de VIH/SIDA, consumidores de tabaco, se abatirán las afecciones y complicaciones por el consumo del mismo y se logrará mejorar el apego al tratamiento, como la calidad de vida.

UNIVERSO DE TRABAJO

Unidad de Investigación.-

Se llevará a cabo en los 299 expedientes clínicos de Uneme Capsits Toluca.

Criterios de inclusión:

- ❖ Los 299 Expedientes Clínicos de VIH/SIDA de la UNEME CAPSITS Toluca
- ❖ Pacientes con antecedente de Uso y abuso de tabaco
- ❖ Pacientes que cuenten con un índice tabaquico máximo de 9
- ❖ Aceptación del “Consejo Médico para dejar de Fumar”

Criterios de exclusión:

- ❖ Expedientes Clínicos de Pacientes de niños y no consumidores de tabaco
- ❖ Que tenga uso, abuso o dependencia de otro tipo de sustancias tóxicas adictivas.

LÍMITE DE ESPACIO Y TIEMPO:

Se realizará exclusivamente en el UNEME CAPSITS Toluca, durante los meses de Noviembre, Diciembre del 2007 y Enero del 2008.

METODOLOGIA

Este estudio es de tipo Prospectivo, Descriptivo y Transversal.

Se incluirán todos expedientes clínicos de VIH/SIDA, de la Unidad Médica, con la finalidad de obtener las variables de género, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, antecedentes del uso y abuso de tabaco y complicaciones asociadas al tabaco en pacientes de VIH/SIDA.

Una vez obtenida la información, se analiza y se toma como objetivo solo los expedientes que incluyan uso y abuso del tabaco, de pacientes que tienen más de 20 años de control y los de nuevo ingreso que no se encuentren en Fase 3 de SIDA.

Se realiza una entrevista breve de conocimientos del “Consejo Médico para dejar de fumar” en los 3 médicos adscritos a la Unidad.

Se decide implementar el “Consejo Médico” en dos pacientes de nuevo ingreso con diagnóstico de seropositivo a VIH e ingreso a medicamentos antirretrovirales, y con el antecedente de abuso de tabaco y complicaciones al mismo (Poliglobulia, Bronquitis Crónica).

Se les aplico el cuestionario de Fagerström, solo a los dos pacientes de nuevo ingreso.

Se solicito el apoyo de Psicología para la contención de la crisis por el Diagnóstico reciente de Seropositivos o caso de VIH/SIDA, posteriormente de evaluar el duelo, y de encontrarse en la fase de aceptación, se les proporciono el “**Consejo Médico para Dejar de Fumar**”, como la accesoria del apego a los medicamentos antirretrovirales.

Los médicos del Uneme Capsits Toluca recibirán la información y el beneficio del conocimiento de aplicar el “**Consejo Médico para Dejar de Fumar**”.

**EVALUACION DE LOS EXPEDIENTES CLINICOS, DE PACIENTES CON
USO Y ABUSO DE TABACO**

PACIENTES MASCULINOS	74
PACIENTES FEMENINOS	05
TOTAL	79

CONSUMO DE TABACO

	USO	ABUSO
HOMBRES	21	53
MUJERES	01	04
TOTAL	22	57

GRUPO DE EDAD

EDAD	NO. PACIENTES
18 - 20 a.	02
21 - 24	05
25 - 29	22
30 - 34	22
35 - 39	18
40 - 44	02
45 - 49	07
50 - 54	07
55 - 54	01
TOTAL	79

ESTADO CIVIL

EDO.CIVIL	NO.
SOLTEROS	59
CASADOS	12
UNION LIBRE	05
DIVORCIADOS	03
TOTAL	79

ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	NO.
PRIMARIA	15
SECUNDARIA	28
BACHILLERATO	19
TÉCNICA	12
LICENCIATURA	07
TOTAL	79

OCUPACIÓN

OCUPACION	NO.
OBRERO	05
CHOFER	03
ESTILISTA	06
EMPLEADO	27
DESEMPLEADO	09
ESTUDIANTE	04
HOGAR	03
COMERCIANTE	09
OTROS	13
TOTAL	79

ENFERMEDADES ASOCIADAS AL TABACO Y A VIH/SIDA

PADECIMIENTO	NO. CASOS
BRONQUITIS	14
CA. PULMONAR	01
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	05
POLIGLOBULIA	01
ANSIEDAD	01
TOTAL	23

RESULTADOS

Se revisaron 299 expedientes clínicos activos de pacientes con VIH/SIDA, de los cuales solo el 26.8% presentan uso y abuso de tabaco, con complicaciones por el mismo el 29% (Bronquitis crónica, Hipertensión arterial, Ansiedad, Poliglobulia y Cáncer Pulmonar).

Se observó que del total de los expedientes clínicos, el 30% de las Historias Clínicas, se omitió los antecedentes de Tabaquismo y Alcoholismo y otras adicciones, impidiendo una mejor evaluación y detección de consumidores de tabaco.

El 43.2% correspondía a Antecedentes negados a tabaquismo y alcoholismo.

Quedando fuera de evaluación 5 expedientes clínicos de niños menores de 14 años.

Se aplicó el Consejo Médico para dejar de fumar en dos pacientes de nuevo ingreso en el mes de noviembre del año 2007, se utilizó como apoyo el Cuestionario de Fagerström, las secciones (04) en su inicio fueron de 15 minutos durante su cita médica para control por VIH, en ese momento se encontraban como seropositivos, sin embargo había que iniciarles el tratamiento antirretroviral por tener el parámetro de Anticuerpos CD4 126 (la referencia es de 700-1000 cél.) y Carga Viral de 306 000 copias, con Bronquitis Crónica y Poliglobulia (clínicamente y por laboratorio Hemoglobina de 18.7gr/dl) en el primer paciente. El segundo paciente con CD4 207 y Carga viral de 158 000 copias, con solo abuso de tabaco. Hasta la última consulta el primer paciente, disminuyó el consumo de una cajetilla de cigarros a solo 3 cigarrillos ocasionales durante la semana, con remisión de la Poliglobulia (Hb 15.5gr/dl) y mejoría de la Bronquitis crónica. El segundo paciente de 10 cigarrillos diarios en promedio, presentó abstinencia mejorando la Bronquitis Crónica.

Los pacientes aceptaron satisfactoriamente este Consejo Médico, ya que pudieron constatar la mejoría.

A los médicos se les realizó una entrevista verbal sobre los puntos fundamentales sobre el Consejo Médico para dejar de fumar, los cuales eran desconocidos por la totalidad de los médicos (03).

Así mismo se observó que el 93.6% son hombres fumadores y en mujeres el 6.3%, con el 27.8% en uso de tabaco y 72.2% con abuso.

La edad de los consumidores fue de 25-39 años de edad, por su preferencia sexual de relaciones hombres con hombres (HSH) el Estado Civil es del 74.6%, el 15% son casados, en unión libre el 6.3% y divorciados 3.7%, esto ha sido importante por quién cuenta con una pareja estable, tiene el apoyo familiar indispensable en el apego y en Consejo médico.

La escolaridad tiene gran importancia, por el conocimiento más claro, con Nivel medio superior fue 39.2%, secundaria 35.4%, primaria 18.9% y nivel licenciatura el 18.9%.

La ocupación es un parámetro importante, ya que hay un ingreso que permite la adquisición del producto fácilmente, el 88.7% se encuentran como empleados en diferentes ramas y el 11.3% están desempleados.

CONCLUSIONES

Es necesario que el “Consejo Médico para dejar de fumar” sea del conocimiento del médico tratante de pacientes con VIH/SIDA, ya que esto ha demostrado la disminución y abstención del consumo de tabaco, evitando las afecciones y complicaciones relacionadas con esta adicción. Así mismo favorece el apego de medicamentos antirretrovirales ya que el paciente no siente ningún temor, por que ya no hay posibilidad de interacción o reacciones adversas por el consumo de tabaco.

SUGERENCIAS

EL Consejo Médico, debe ser conocido y aplicado por todos los médicos que tengan contacto con el Primer Nivel de Atención, para evitar no solo las complicaciones en los pacientes de VIH/SIDA, si no en todas las enfermedades crónicas.

CUESTIONARIO FARGERSTRÖM

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 la 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 primero 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
Conversiones	1 pipa 1 puro 1 puro pequeño	3 cig. 4-5 cig 3 cig.
Calificación Es dependiente si tiene puntuación de 5 puntos o más.		

Versión validada por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- OMS "La Epidemia de tabaquismo, Ginebra 2004.
- 2.- Tobacco Control in Developing Countries OMS GINEBRA 2000
- 3.- Panorama epidemiológico del tabaquismo en México., Tapia Conyer, Kuri-Morales P. Hoy-Gutierrez MJ Salud Pública 2001; 43- 478-489.
- 4.- Mortalidad atribuible al tabaco en México., Tapia Conyer, Kuri morales, Salud Pública 1992 44; 372-381
- 5.- Instituto de salud Pública, Conocimiento personal, Ceremonia 31 de mayo 2004.
- 6.- ENA 2003. Encuesta nacional de adicciones 2002, tabaco, Alcohol y otras Drogas. CONADIC Secretaria de Salud México 2003.
- 7.- ONUSIDA Situación de la epidemia de SIDA Diciembre 2004 Ginebra 2004.
- 8.- EUROPEAN Centre for the Epidemiological monitoring of AIDSHIV/ AIDS Surveillance in Europe, End-year report. 2003 report No. 70.
- 9.- Panorama epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México, 31 de diciembre 2006, CENSIDA (Consejo Nacional para la Prevención y Control de VIH/SIDA).
- 10.- La Vida Cotidiana de los Aztecas. Fondo de la Cultura Económica Méx. 1997.
- 11.- "Metabolismo, pharmacokinetics and pharmacodynamics of nicotina in man" 1987.
- 12.- Farmacología., Goodman & Gillman 2007., Edición 11
- 13.- Tratamiento integral del tabaquismo. Guadalupe Ponciano Gutiérrez.
- 14.- Historia Natural, Clasificación y pronóstico de la infección de VIH., JLBlanco. J Mallolus, JM Gatell
- 15.- Ayuda al Fumador, tratar el tabaquismo. M Torrecilla García. M. Barroeco Ferrero, CA Jiménez Ruiz Vol. No. 4 Madrid abril 2001.
- 16.- Consejo médico para dejar de fumar CONADIC, SmFyC 1997.
- 17.- norma Oficial mexicana NOM-028-ssa2-1999 Para la prevención y Control de las Adicciones.

