



11276
Zej
80

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado

**EL TABAQUISMO COMO PROBLEMA DE
SALUD SUBESTIMADO.
PAPEL DEL MEDICO FAMILIAR.**

T E S I S

**Que para obtener el Título de
Especialista en Medicina Familiar**

P r e s e n t a

LUIS ALFONSO DURAN MONTES

México, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1985



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

CAPITULO I :	Página
Antecedentes Científicos.	1
CAPITULO II :	
Planteamiento del Problema.	14
Objetivo.	15
Hipotesis	15
Material y Método	15
CAPITULO III :	
Análisis de Resultados.	19
CAPITULO IV :	
Comentario.	27
Conclusiones.	28
BIBLIOGRAFIA.	29

**CAPITULO I : ANTECEDENTES
CIENTIFICOS**

En los últimos años, el tabaquismo o "enfermedad de fumar" ha pasado a ocupar un primer plano entre los problemas médicos. Es un riesgo al que voluntariamente se exponen los fumadores, -- quienes a cambio de la pasajera satisfacción que obtienen mediante el tabaco, pueden llegar a adquirir, mucho antes que los no fumadores, enfermedades que limitan la actividad e incluso ponen en peligro la vida. Como lo demuestran estudios recientes, ya no solo los fumadores resultan afectados con este hábito, sino también quienes se ven obligados a compartir el humo de los cigarrillos u otras formas de combustión del tabaco.

El tabaco (*Nicotiana tabacum*), es una planta originaria de América, donde se cultivaba en los territorios que hoy ocupan -- Brasil, México, Florida y Virginia, destinado a utilizarse al parecer con fines rituales y en oficios religiosos. Su importación hacia Europa fue promovida por Jean Nicot desde el siglo XVI, -- donde inicialmente fue prohibido e incluso castigado su uso, para posteriormente constituirse en un hecho socialmente aceptado, signo de cultura y distinción. A mediados del siglo XIX, nuevas variedades de tabaco, cambios en los métodos de curación de la hoja y la implementación de máquinas para la producción en masa, facilitaron la difusión de un nuevo producto, el cigarrillo, más barato y limpio que el cigarro y de humo tan suave que podía -- inhalarse. En el siglo XX y a raíz de su gran difusión, surgieron controversias sobre sus efectos; mientras que algunos consideraban que era una costumbre placentera e inclusive le atribuían propiedades medicinales, otros afirmaban que era un hábito dañino y de mal gusto.

Conforme el hábito se fue generalizando se empezó a notar el aumento de algunos padecimientos. Se ha mencionado recientemente que las enfermedades relacionadas con el tabaquismo son -- una causa tan importante de incapacidad y muerte de los países desarrollados, que el control del tabaquismo ha de ser por prolongar la vida que otras actividades en el campo de la medicina-

preventiva, pues en 1960 en los Estados Unidos se consumían anualmente más de 600 mil millones de cigarrillos y pese a los rótulos de advertencia y a las campañas educativas, el 38% de la población adulta seguía fumando en 1978.

Los factores considerados como primordiales para su persistencia son:

- * La falta de deseo de los fumadores para abandonar el hábito
- * los factores económicos, y
- * la publicidad [1].

Valdría la pena tratar de analizar los tres puntos antes expuestos como un conjunto dependiente o quizás incluso como un factor único: el factor Económico con los medios por el utilizado y sus consecuencias. Veamos cifras recientemente obtenidas en nuestro medio. Existen en nuestro país nueve establecimientos dedicados a la fabricación de cigarrillos, en los cuales se ocupan -- 5,484 individuos mismos que obtienen entre sueldos, salarios y -- prestaciones sociales 392'762,000 pesos en un mes; la producción de esos 9 establecimientos en el mes de junio de 1984 fue de 196'150,000 cajetillas y en el periodo de Enero-Junio del mismo año -- de 1'254,663 millares de cajetillas. El valor de esta producción en un mes es de 5'460,595 miles de pesos y en el periodo de Enero a Junio es de 27'931,998 MILES de pesos [2]. Probablemente ni la imaginación sea suficiente para determinar el producto de la venta y el capital obtenido como ganancia, tomando en cuenta que el precio por cajetilla vendida al público estima la inversión en maquinaria, materia prima, sueldos y prestaciones sociales MAS la ganancia. Este es el único factor que tomamos como directamente implicado. Veamos ahora sus medios, o el más importante de ellos: La Publicidad.

De nadie es desconocido que los medios masivos de comunicación transmiten continuamente anuncios publicitarios en los que -- se hace aparecer a los fumadores de ambos sexos como jóvenes audaces, en traje de fiesta, trabajadores, todos ellos sensuales, agresivos e intrépidos que disfrutan de la vida cada uno en su --

ambiente y encienden un cigarrillo para disfrutar más del momento, creando una atmósfera de confianza e intimidad, o para relajarse durante el descanso. Esto no es más que una broma de mal gusto, ya que ni el sabor es agradable, ni las expectativas de los fumadores a largo plazo son de éxito y bienestar en la salud. Si a ello agregamos que ningún medio de comunicación transmite anuncios ni tan sugestivos ni de ningún tipo en contra del hábito de fumar, lo más lógico es que nuestra población, tan susceptible de consumir lo -- que se vende por estos medios, siga consumiendo cigarrillos y se niegue a abandonar el tabaquismo.

Uno de los factores que frecuentemente se mencionan favorables para la persistencia de dicha industria es la generación de fuentes de trabajo, lo cual resulta infantil como argumento si tomamos en cuenta las carencias de alimentos básicos y su producción que afronta el país, renglón en el que podrían utilizarse los recursos destinados en la producción de cigarrillos.

Además de las características específicas del tabaco, la morbilidad del hábito es influida por factores como son: la edad al iniciar el hábito, duración del mismo, número de cigarrillos al día grado de inhalación del humo y la suspensión del hábito (1).

EPIDEMIOLOGIA.

En México, como en la mayoría de los países, el hábito más arraigado entre la población es el consumo de cigarrillos, elemento que utilizan el 97.4% de los fumadores. Se ha estimado que el 47% de los individuos en edad de fumar tienen el hábito, de los -- cuales el 55% son hombres y el 45% mujeres; el grupo de edad en el que la prevalencia es mayor está entre los 25 y los 54 años, estimándose la edad promedio de inicio en el hábito a los 11.2 años -- (1). Respecto al tabaquismo entre los adolescentes, el estudio de la Dra Castro S. y cols (1982) señala que de 3,408 estudiantes entre 14 y 18 años, el 49% son fumadores, correspondiendo el 62.1% -- al sexo masculino y el 37.9 al femenino, sin que al parecer influya en la prevalencia la clase social (3). Esta persistencia en el hábito desde edades tempranas hace pensar que en el futuro será mayor la incidencia de cardiopatía isquémica, cáncer broncogénico y

otras patologías asociadas al tabaquismo. Aunque la disponibilidad podría argumentarse como factor determinante en la preferencia del uso del cigarrillo entre los adolescentes sobre otras drogas, los artículos publicados detectan directa y fuertemente el tabaquismo de los padres como una de las principales influencias para que los adolescentes se inicien en el hábito [4,5].

COMPOSICION QUIMICA DEL TABACO.

Alrededor de 4,000 componentes se forman al arder el tabaco; las características del humo que aspira el fumador dependen no solo de la composición misma del tabaco, sino también de la densidad con que se le empaqueta, de la longitud de la columna de tabaco, de las características del filtro y del papel y de la temperatura a la cual se quema el tabaco. Entre los componentes de la fase gaseosa que producen efectos indeseables figuran el monóxido de carbono, anhídrido carbónico, óxidos de nitrógeno, amoníaco, nitrosaminas volátiles, cianuro de hidrógeno, alcoholes, aldehídos y cetonas. Algunas de estas sustancias son potentes inhibidores de los movimientos ciliares. La fase particulada contiene nicotina, agua y alquitrán. Según los expertos, los componentes que más pueden contribuir a los daños para la salud que entraña el fumar son el monóxido de carbono, la nicotina y el alquitrán [6].

El monóxido de carbono (CO), es un gas que resulta de la combustión incompleta de la materia orgánica y es el contaminante más abundante en la atmósfera inferior. La concentración promedio de CO es de 0.1 partículas por millón (ppm). Una fuente importante de CO es precisamente el hábito de fumar; se ha encontrado que los fumadores fuertes de cigarrillos (2 cajetillas de cigarrillos al día o más), tienen niveles medios de carboxihemoglobina (COHb) de 5.9%. La exposición crónica al CO en diferentes condiciones naturales produce niveles de COHb 2 a 3 veces mayores en fumadores que en no fumadores [6]. El CO debe su toxicidad a su combinación con la hemoglobina (Hb) para formar COHb; la hemoglobina en esta forma no puede transportar oxígeno, pues ambos gases (CO y O₂) reaccionan con el mismo grupo en la molécula de Hb, siendo la afinidad de ésta por el CO 220 veces mayor que por el oxígeno, lo cual lo hace -

peligroso aún en bajas concentraciones. Además, la COHb tiene influencia inhibitoria sobre la disociación de la oxihemoglobina, con lo que se reduce la cantidad de oxígeno disponible para los tejidos aunque éste esté presente (6). El CO de bajo nivel pero en exposiciones prolongadas es dañino principalmente para el sistema cardiovascular y en especial para el corazón, el cual con una concentración del 6 al 12% de CO produce desplazamiento del metabolismo aerobio al anaerobio. Se ha llegado a la conclusión que el principal efecto crónico del CO sobre el hombre resulta del stress hipóxico secundario a la menor capacidad de transporte de oxígeno de la sangre; la sensibilidad del humano al stress hipóxico reacciona inmediatamente con aumento del gasto cardíaco y el flujo a los órganos críticos, cuyas consecuencias son fácilmente deducibles (6).

La Nicotina fue aislada de las ramas del tabaco por Posselt y Reitman en 1828; es un alcaloide natural líquido, fácilmente soluble en agua y forma sales hidrosolubles. Se absorbe casi íntegramente del tracto respiratorio, mucosas bucales y piel, bastando -- contener la respiración de 2 a 5" para que se absorba el 90% de la nicotina (6). Se altera principalmente en el hígado, pero también en riñón y pulmón, siendo sus principales metabolitos la conitina y la nicotina-1-N-óxido; su vida media después de la inhalación es de 30 a 60'. Sus efectos son diversos e incluso imprevisibles debido a que el alcaloide tiene fases de acción estimulante y depresora; la acción que ejerce sobre el sistema nervioso periférico consiste principalmente en la estimulación transitoria y posteriormente en una depresión más persistente de todos los ganglios autónomos. En el sistema nervioso central (SNC), actúa como potente estimulante, con excitación respiratoria directamente a bulbo seguida de depresión que puede producir la muerte por paro respiratorio. -- También es estimulante del área gatillo del vómito en el bulbo. Las respuestas cardiovasculares a la nicotina se producen principalmente a la estimulación de ganglios simpáticos y de la médula suprarrenal, así como por la acción sobre los quimiorreceptores carotídeos y aórticos, que por reflejo dan vasoconstricción, taquicardia y --

elevación de la presión arterial.

El alquitrán es el resultado de remover la nicotina y la humedad de la fase particulada del humo del cigarrillo. Constituye en hidrocarburos aromáticos y policíclicos como el benzopireno, las nitrosaminas no volátiles y las aminas aromáticas, carcinógenos documentados con probable efecto etiológico sobre el cáncer de vejiga.

PATOLOGIAS ESPECIFICAS ASOCIADAS AL USO DEL TABACO.

Aperato Respiratorio.- Se ha comprobado que a este nivel el tabaquismo produce alteraciones tanto funcionales como orgánicas. Contra lo que inicialmente se creía el hábito de fumar tiene repercusiones negativas sobre la función respiratoria, demostrada por un deterioro en la capacidad vital forzada (CVF) y en el volumen espiratorio forzado por un minuto (VEF) (7). Una de las pocas noticias alentadoras para los fumadores es que este deterioro es reversible casi completamente después de 5 años de haber abandonado el hábito (8).

A nivel orgánico, tanto la bronquitis crónica como el enfisema pulmonar, problemas relacionados con la obstrucción crónica de las vías aéreas ya sea por un proceso localizado que afecta las vías aéreas centrales o por un trastorno difuso que afecta preferentemente las vías aéreas periféricas, se relacionan íntimamente con el tabaquismo de cigarrillos (9). En ambas, el componente principal es la excesiva producción de moco, que produce la migración de neutrófilos hacia las estructuras alveolares por medio de un factor quimiotáctico producido por los macrófagos a este nivel (10); se ha hecho la hipótesis de que la destrucción pulmonar del enfisema es producida por la liberación de este factor de limitación funcional, incapacidad laboral y factor predisponente para la presencia de infecciones de las vías respiratorias.

El tema de la fisiología de las vías respiratorias y patología de las vías respiratorias.

elevación de la presión arterial.

El alquitrán es el resultado de remover la nicotina y la humedad de la fase particulada del humo del cigarrillo. Consiste en hidrocarburos aromáticos y policíclicos como el benzopireno, las nitrosaminas no volátiles y las aminas aromáticas, carcinógenos documentados con probable efecto etiológico sobre el cáncer de vejiga.

PATOLOGIAS ESPECIFICAS ASOCIADAS AL USO DEL TABACO.

Aparato Respiratorio.- Se ha comprobado que a este nivel el tabaquismo produce alteraciones tanto funcionales como orgánicas. Contra lo que inicialmente se creía el hábito de fumar - tiene repercusiones negativas sobre la función respiratoria, de mostrada por un deterioro en la capacidad vital forzada (CVF) y en el volumen espiratorio forzado por un minuto (VEF) (7). Una de las pocas noticias alentadoras para los fumadores es que este deterioro es reversible casi completamente después de 5 años de haber abandonado el hábito (8).

A nivel orgánico, tanto la bronquitis crónica como el enfisema pulmonar, problemas relacionados con la obstrucción crónica de las vías aéreas ya sea por un proceso localizado que afecta las vías aéreas centrales o por un trastorno difuso que afecta preferentemente las vías aéreas periféricas, se relacionan íntimamente con el tabaquismo de cigarrillos (9). En ambas, el componente principal es la excesiva producción de moco, tos y expectoración. Se ha demostrado que el humo del cigarrillo produce la migración de neutrófilos hacia las estructuras alveolares por medio de un factor quimiotáctico producido por los macrófagos a este nivel (10); se ha hecho la hipótesis de que la destrucción pulmonar del enfisema es producida por la elastasa liberada por estos neutrófilos. Como sabemos, esta patología es causa frecuente de limitación funcional, incapacidad laboral y factor predisponente para la presencia de infecciones de las vías respiratorias.

El asma. patología de las vías respiratorias y patogenia-

multifactorial y no bien precisada, en la cual el sistema inmunitario se ve intensamente implicado, también tiene una gran relación con el hábito de fumar, pues se supone que puede inducir un estado de hipereactividad en los bronquios, mantener y reforzar dicha hipereactividad y la expresión de ésta como ataques de asma clínicamente reconocibles (11).

Dentro del mismo contexto, podemos mencionar que el mejoramiento de las expectativas de vida a largo plazo hace que una mayor cantidad de gente llegue a edades propicias para la aparición de enfermedades malignas, entre las cuales ocupa un lugar primordial el carcinoma broncogénico. En la actualidad es la primera causa de muerte por cáncer entre los varones y la tercera en mujeres. En los Estados Unidos se estima que su presentación ha aumentado 25 veces en los últimos 45 años, sobretodo por incremento de los tipos epidermoide e indiferenciado, ambos relacionados íntimamente con el tabaquismo (9), ya que por lo menos un 80% de los casos de cáncer broncogénico se atribuye a los efectos de fumar cigarrillos.

Aparato Cardiovascular.- Como ya mencionamos, el corazón es el órgano más sensible a este nivel para las alteraciones -- producidas por el tabaco. Actualmente se encuentra establecido que el hábito de fumar cigarrillos aumenta el riesgo de infarto del miocardio tanto en mujeres como en hombres. La nicotina tiene una serie de efectos potenciales de relevancia sobre el sistema cardiovascular: eleva la presión sistólica sanguínea y el gasto cardíaco; aumenta la cantidad de ácidos grasos libres, lo cual propicia la arterosclerosis; aumenta la secreción diurna de cortisol, lo cual puede contribuir a la presencia de arritmias cardíacas; y puede aumentar la adhesividad plaquetaria (12). Se ha demostrado también, contrario a lo que se suponía, que dicho riesgo no se modifica con la introducción de nuevos tabacos con menor contenido de nicotina y alquitrán (12). Según investigaciones recientes, un aspecto importante en la toxicidad del tabaco para el aparato cardiovascular es la inhibición de la --

síntesis de prostaciclina, encontrando en estudios comparativos, que la excreción de PGF₁ (metabolito urinario de prostaciclina) se halla disminuida en fumadores respecto a no fumadores lo que sugiere que el tabaquismo y en especial la nicotina, actúa como una toxina vascular (13). Otros padecimientos cardiovasculares relacionados con el hábito de fumar son la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad vascular periférica y la enfermedad de Buerger, al parecer de nuevo por efecto de la hipoxia crónica debido a la COHb, así como a la acción motora vascular y sobre los lípidos ejercida por la nicotina.

Tabaquismo y Embarazo.- Probablemente en esta rama se donde se ha estudiado con más frecuencia el efecto nocivo del tabaco. El hábito de fumar cigarrillos se ha relacionado con un retardo en el crecimiento fetal, aumento en la presentación de partos prematuros y elevación en el riesgo de óbitos o muerte perinatal. Algunas de las posibles causas del bajo peso en los productos podrían ser la baja ingesta de nutrientes por la madre durante el embarazo, la inducción de hipoxia fetal por la COHb, y períodos de vasoconstricción que reducen la perfusión útero-placentaria (14). Existe controversia sobre el efecto que produce el tabaquismo sobre la hemoglobina materna, y aún más sobre la repercusión de una baja concentración de Hb materna en el crecimiento fetal, pues se sugiere que la viscosidad sanguínea disminuida mejora la perfusión y el intercambio materno-fetal, actuando como protectora para el producto (15). Como probable causa de la vasoconstricción útero-placentaria se ha citado una disminución en la producción de prostaciclina por el endotelio vascular de las madres fumadoras (14), proceso que ya se había mencionado en cardiopatía isquémica de los fumadores. Aun con esto, se menciona que el 42.9% de las madres persisten consumiendo la misma cantidad de cigarrillos durante el tercer trimestre que antes del embarazo, lo cual es más notorio entre las madres jóvenes (14).

Úlcera Péptica.- En la úlcera duodenal, patología cuya --

prevalencia es del 5 al 17% en la población, se ha encontrado también íntimamente relacionado el tabaquismo con un incremento en su frecuencia, falla en el tratamiento y aumento en la mortalidad [16]. Pese a los avances en el tratamiento con bloqueadores de receptores H_2 , se ha demostrado que el efecto terapéutico es menor en los fumadores (curación en el 63% de los casos), que entre los no fumadores (curación en el 95% de los casos); - se ha demostrado también mayor número de recaídas entre los fumadores (84%), que entre no fumadores (53%) [17].

Con lo anterior queda demostrado que el tabaquismo se asocia íntimamente con las más graves de las patologías pulmonares y cardiovasculares, así como con una de las más frecuentes a nivel gastrointestinal, por lo que el panorama futuro para los fumadores dista mucho de ser alagador.

LOS FUMADORES PASIVOS.

Desde el primer reporte del Surgeon General en 1964 hasta el de 1979, se publicaron alrededor de 20,000 artículos sobre el tabaquismo y sus consecuencias, de los que solo el 1% hacían referencia a los fumadores involuntarios o pasivos. [18]. El tabaquismo involuntario se define como la exposición de los no fumadores a los productos de la combustión del tabaco en espacios cerrados.

Entre los efectos agudos del tabaquismo involuntario, estudiado tanto en individuos sanos como en pacientes con enfermedad cardiopulmonar, se ha observado que lo más frecuente entre los primeros es la irritación ocular (69% de los sujetos), seguida por el dolor de cabeza, la irritación nasal y la tos (30% de los sujetos estudiados). Entre los pacientes con patología cardiopulmonar, fueron estudiados portadores de angina de pecho estable, los cuales al exponerse al humo del tabaco tuvieron elevación en la concentración de COHb, con modificaciones en la frecuencia cardíaca y alteraciones en el segmento S-T del electrocardiograma [18]. Dentro de las patologías pulmonares existe controversia sobre la relación del tabaquismo con el asma, ya -

que como sabemos, incluso los factores psicológicos pueden contribuir al broncoespasmo.

Dentro de los efectos crónicos del tabaquismo involuntario se ha observado que la bronquitis y las neumonías son más frecuentes en los niños pequeños cuando uno o ambos padres fuman; se menciona que la frecuencia de ingresos a hospitales por estos motivos es 27.5% mayor entre los hijos de fumadores que de padres no fumadores, sobretodo en niños menores de 2 años (18). Así mismo, la prevalencia del asma es de 5.0 a 7.7% mayor para hijos de fumadores que en hijos de no fumadores. Estos reportes hicieron necesaria la comprobación objetiva de la exposición al humo del tabaco para dar validez a los datos expuestos. Se ha medido la concentración de cotinina en orina de niños menores de un año no amamantados por madres fumadoras, encontrando que el radio de excreción urinaria es de 351 nanogramos (ng) para niños expuestos contra 4ng/ml para niños no expuestos, relacionandola directamente con la concentración de cotinina y nicotina en saliva de los padres (19).

PREVENCION.

En México el problema del tabaquismo no tiene la magnitud que en algunos países desarrollados por lo que la situación es ideal para iniciar medidas preventivas. Estas medidas competen tanto a las autoridades legales como a las instituciones y agentes de salud. En algunos países, como Dinamarca y Japón, se ha apelado a la cooperación voluntaria de los productores de cigarrillos para que reduzcan su publicidad, pero quizá en el nuestro se requieran medidas como las adoptadas por los gobiernos de Noruega y Finlandia, quienes han prohibido introducir propaganda de cigarrillos en revistas, periódicos y T.V.. Con esta disminución en la propaganda del tabaco se espera que los jóvenes puedan crecer en un medio ambiente donde el fumar no sea proyectado como una actividad social "normal" (20). Algunas medidas moderadas ya adoptadas en nuestro país son la prohibición de fumar en sitios públicos como bibliotecas, museos, cine,

auditorios, etc., el prohibir la venta de cigarrillos a menores de edad y el advertir del daño potencial del tabaco en las cajetillas de cigarrillos. Aún así, sería ilusorio suponer que bastaran las medidas prohibitivas legales para prevenir y combatir el tabaquismo.

A nivel de instituciones de salud, el I.M.S.S. por su amplia cobertura, y dentro de él el Médico Familiar es quien se encuentra en una posición ideal para tomar partido en contra del tabaquismo. Uno de los aspectos más satisfactorios de la Medicina Familiar es la relación médico-paciente, relación que debe ser aprovechada para influir en el hábito de nuestros pacientes [21]. Además del papel de consultante, el Médico Familiar tiene una responsabilidad como educador, ayudando de esta manera no solo a curar enfermedades sino a prevenirlas. Obtener una historia sobre el tabaquismo del paciente es esencial; una vez que se ha obtenido esta historia positiva para el tabaco, el paciente no debe ser considerado más como sano. La auscultación normal del corazón, la placa radiográfica de torax y el electrocardiograma normales solo indican que no existe un daño reconocible [21].

Es importante no subestimar el impacto del consejo y la advertencia del médico hacia sus pacientes como únicos medios para ayudarlos a abandonar el tabaquismo, pues se ha demostrado que por medio de ellos se logra que del 5 al 9.7% de los pacientes abandonen el tabaquismo [22]. Se ha mencionado que si el médico Familiar interroga a sus pacientes en cada una de las visitas logra enfatizar la realidad del hábito como un problema de salud [22].

Como ya mencionamos, el solo hecho de advertir al paciente de los daños que el fumar produce a la salud tiene buenos resultados. Estos mismos pueden mejorarse si se aprovechan las situaciones óptimas para hacerlo; se ha demostrado que si el motivo de consulta puede relacionarse con el hábito de fumar como causa, se logra hasta un 40% de resultados favorables [23]. El-

consejo debe incluir el riesgo que sufren los convivientes del paciente como serían la esposa, los hijos, etc.; dichos consejos deben ser balanceados con información positiva, como la reducción de los riesgos inmediatamente que se abandona el hábito mismos que con el tiempo se igualan con quienes nunca han fumado [23]. Otro método sugerido es la detección de ciertas conductas que asocien estímulos reales o ficticios con el fumar, las cuales pueden ser el fumar rápidamente (inhalizaciones cada 15"), o el imaginar una sensación nauseosa despertada al fumar. Con este tipo de terapia los fumadores aprenden a asociar el hábito con experiencias negativas, desplazando así las asociaciones de bienestar sugeridas por la publicidad [24].

Además del solo consejo médico, se han sugerido otro tipo de terapias, entre las que encontramos la hipnosis, la psicoterapia, la acupuntura y terapia medicamentosa a base de goma de mascar con nicotina; se ha reportado que con el uso de esta última, comparada contra un placebo, se logran resultados positivos del 47% contra solo 21% del placebo [25].

Con todo lo previamente expuesto se demuestra que el tabaquismo tiene repercusiones nocivas sobre la salud lo suficientemente importantes para que merezca la atención de todos los que de una forma u otra constituyen el equipo de salud, dentro del cual el Médico Familiar es quien por su posición y sus características puede desempeñar un papel de primordial importancia en la lucha contra el tabaquismo, sin requerir para ello de recursos o períodos de tiempo mayores que los disponibles.

CAPITULO II : PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

OBJETIVO

HIPOTESIS

MATERIAL Y METODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En su papel de consultor, terapeuta y educador, como primer contacto por períodos de tiempo prolongados, la posición -- del Médico Familiar ante el problema del tabaquismo es ideal. -- La evidencia de que el consejo médico resulta de gran utilidad -- para ayudar al paciente a abandonar el hábito ha sido emplimen -- te documentada, sin que hasta el momento exista en nuestro me-- -- dio una perspectiva real acerca de como afronta el Médico Fami-- -- liar este problema.

Existen reportes de que entre la población médica el por-- -- centaje de fumadores es similar al resto de la población, quie-- -- nes persisten en su hábito en el consultorio y aún en presencia del paciente. ¿Falta de conciencia quizá? ¿de conocimientos, -- información, interés? Las elucubraciones pueden ser muchas. Al-- -- parecer nos hemos acostumbrado tanto al tabaquismo como conduc-- -- ta social "normal" que olvidamos nuestro papel como agentes de-- -- salud, obligados no solo a "reparar" la "máquina humana", sino -- a prevenir hasta donde sea posible que ésta enferme. Si monito-- -- rizamos concienzudamente la ingesta de sal del paciente hiper-- -- tenso o la glucemia del diabético, ¿no debería formar parte del mismo mecanismo, de la misma metodología el estudio del pacien-- -- te fumador? Quizá aquí reside el problema: no consideremos el -- tabaquismo como problema de salud.

No podemos esperar más. Nuestros adultos fuman, los ado-- -- lescentes empiezan a hacerlo cada vez más temprano y se mues-- -- tran cada vez más renuentes a abandonarlo. ¿O es que nuevamente permaneceremos en nuestro papel de médicos tradicionales, espe-- -- rando que los estragos del cigarrillo aparezcan en la radiogra-- -- fía de torax o en el electrocardiograma? Por desgracia, nuestra -- área de trabajo comprende material que no puede reponerse.

OBJETIVO.

Conocer la posición del médico Familiar ante el tabaquismo y su actividad hacia el paciente de primer nivel tendiente a disminuir su incidencia.

HIPOTESIS.

H₀.- El Médico Familiar subestima al tabaquismo como problema de salud y no proporciona al paciente de primer nivel la información pertinente acerca del tabaquismo.

H₁.- El Médico Familiar no subestima al tabaquismo como problema de salud y proporciona al paciente de primer nivel la información pertinente acerca del tabaquismo.

MATERIAL.

Recursos Materiales.- Se utilizaron 100 cuestionarios para pacientes con 10 preguntas de opción múltiple y Falso-verdadero cada uno, así como 20 cuestionarios para Médicos Familiares con iguales características. (Se anexan cuestionarios).

Recursos Humanos.- Participaron 100 pacientes de primer nivel, 20 Médicos Familiares y un residente de segundo año en Medicina Familiar.

METODO.

Se estratificó el total de consultorios de Medicina Familiar de la UMF 29 en horarios A-C y B-D. De cada horario y al azar por medio de tablas de números aleatorios se obtuvieron 10 consultorios. Por entrevista directa, se aplicó un cuestionario a cada médico del horario y consultorio elegido; posteriormente se aplicó el cuestionario elaborado para pacientes a 5 de ellos del sexo masculino, con edades entre 25 y 54 años que fumaran más de 10 cigarrillos al día, sin otros criterios de inclusión o exclusión. Los pacientes se entrevistaron directamente en el área física de la UMF mientras esperaban consulta con su Médico Familiar.

CUESTIONARIO PARA PACIENTES DE TERCER NIVEL UMF 29
TABAQUISMO

- 1.- Fuma usted:
 - a) De 10 a 20 cigarrillos al día
 - b) Más de 20 cigarrillos al día
- 2.- Considera usted el tabaquismo como:
 - a) Hábito social
 - b) Problema de salud
 - c) Hábito social que constituye un problema de salud
- 3.- Cree usted que el humo de su cigarrillo daña la salud de quienes lo rodean mientras fuma?
SI NO
- 4.- Cree usted que su tabaquismo incluya para que sus hijos se inicien en el hábito de fumar?
SI NO
- 5.- Considera usted que debiera dejar de fumar?
SI NO
- 6.- Su Médico Familiar le ha preguntado si fuma?
SI NO
- 7.- Le informa su Médico Familiar de los daños a la salud que ocasiona el fumar?
SI NO
- 8.- Interroga usted a su Médico Familiar sobre los daños que produce el fumar al organismo?
SI NO
- 9.- Ha tratado su Médico Familiar de convencerlo de abandonar el tabaquismo?
SI NO
- 10.- Le ha propuesto su Médico Familiar algún tipo de ayuda para que abandone el tabaquismo?
SI NO

CUESTIONARIO PARA MEDICOS FAMILIARES UMF 29

TABAQUISMO

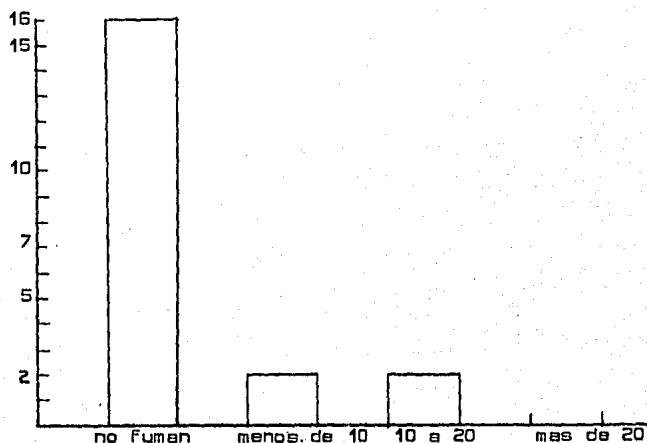
- 1.- Fuma usted?
a) No
b) Menos de 10 cigarrillos al día
c) De 10 a 20 cigarrillos al día
d) Más de 20 cigarrillos al día
- 2.- Considera usted el tabaquismo como:
a) Hábito social
b) Problema de salud
c) Hábito social que constituye un problema de salud
- 3.- El humo del cigarrillo daña la salud de convivientes no fumadores
V F
- 4.- El tabaquismo de los padres influye para que los adolescentes se inicien en el hábito de fumar
V F
- 5.- Interroga usted a sus pacientes si fuman:
a) En la visita inicial únicamente
b) Cada vez que se presentan a consulta si son fumadores
c) Nunca
- 6.- Informa usted a sus pacientes de los riesgos a la salud que implica el fumar?
SI NO
- 7.- Trata usted de que sus pacientes fumadores abandonen el tabaquismo?
SI NO
- 8.- Les propone a sus pacientes algún método o estrategia para ayudarlos a abandonar el tabaquismo?
SI NO
- 9.- El Departamento de Medicina Familiar de la Unidad ha organizado algún tipo de sesión sobre tabaquismo?
SI NO
- 10.- Si la respuesta anterior es NO ¿Cree usted necesario -- que se llevara a cabo?
SI NO

CAPITULO III ; ANALISIS DE RESULTADOS

Analizando independientemente cada una de las variables, podemos observar datos importantes; entre las respuestas obtenidas del cuestionario para Médicos Familiares, llama la atención que la incidencia del tabaquismo es relativamente baja -- pues solo el 30% son fumadores y la mitad de ellos consumen menos de 10 cigarrillos al día (Gráfica 1).

GRAFICA 1

Incidencia del tabaquismo y promedio de cigarrillos consumidos por día. UMF 29, IMSS. 1984



FUENTE: Cuestionario para Médicos Familiares. UMF 29. IMSS.

Tabaquismo. Pregunta 1.

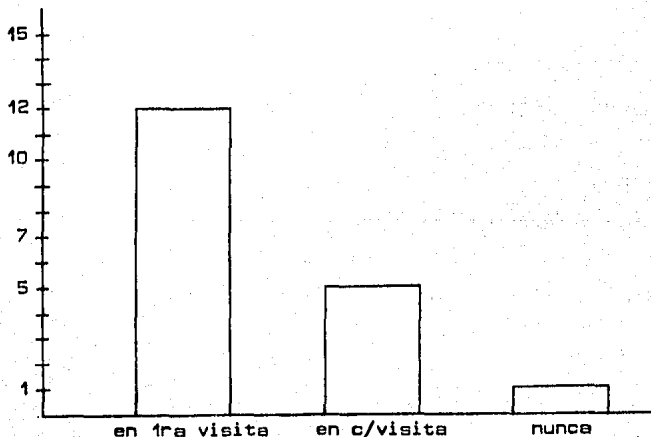
Respecto a como consideran los Médicos Familiares el tabaquismo (Pregunta 2), el 80% lo aceptan como hábito social que constituye un problema de salud, 15% como problema de salud Úncamente y el 5% como un hábito social. Esto es, el 95% percibe el tabaquismo como un problema de salud, de lo cual cabría esperar una posición abierta en contra del mismo.

Más aún, el 100% de los Médicos Familiares aceptan como verdadero que el humo de los cigarrillos daña a convivientes no fumadores y que el tabaquismo de los padres influye para que los adolescentes se inicien en el hábito, por lo que se supone que además de mantener una posición en contra del tabaquismo, el Médico debiera interesarse permanentemente en el hábito de sus pacientes, mismo que una vez detectado, debiera ser combatido por todos los medios a su alcance. Esto es investigado por medio de las siguientes preguntas.

En la pregunta 5, aunque el 95% de los Médicos afirma interrogar al paciente acerca del hábito, el 60% acepta hacerlo solo en la primer entrevista, el 35% en las subsecuentes si el paciente es fumador y el 5% no interroga al respecto (Gráfica 2)

GRAFICA 2

Investigación del Médico Familiar sobre el tabaquismo de sus pacientes. UMF 29 IMSS. 1984



FUENTE: Cuestionario para Médicos Familiares. UMF 29 IMSS
Tabaquismo. Pregunta 5.

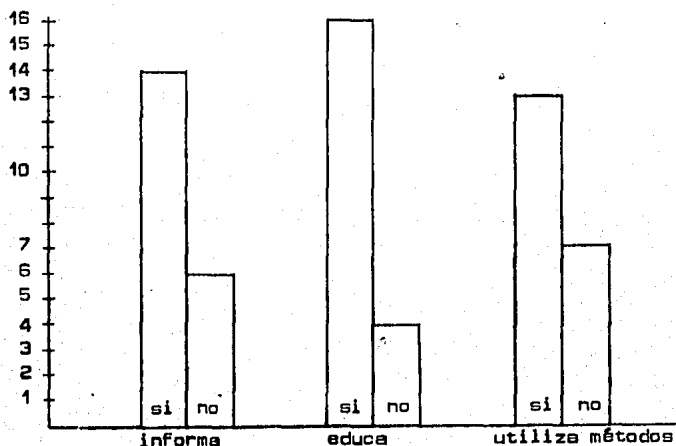
Esto refleja que, aún cuando el Médico Familiar considera al tabaquismo como un problema de salud, su interés respecto al mismo no es permanente.

Por medio de las siguientes 3 preguntas tratamos de conocer cual es la actividad que desempeña el Médico Familiar ante el paciente fumador, tendiente a discontinuar el tabaquismo entre su población. En terminos generales, Interrogamos si el Médico informa a su paciente de los daños a la salud que ocasiona el fumar, si además de que informa, trata de modificar la conducta y si para ello utiliza algún método o estrategia.

El 70% de los Médicos encuestados afirma informar al paciente, el 80% trata de discontinuar el hábito y el 65% se vale para ello de alguna estrategia o método. (Gráfica 3).

GRAFICA 3

Actividades realizadas por el Médico Familiar. UMF 29 IMSS 1984



FUENTE: Cuestionario para Médicos Familiares. UMF 29 IMSS
Tabaquismo. Preguntas 6, 7 y 8.

Lo anterior sugiere que el Médico Familiar cumple adecuadamente con su papel como educador de la población tratando de modificar las conductas negativas, para lo cual se vale de algún método en la mayoría de los casos.

Considerando que un problema de salud que afecta a un sector importante de la comunidad merece atención permanente y la búsqueda constante de información actualizada que ayude a combatirlo, interrogamos a los Médicos Familiares si las autoridades de la Unidad y concretamente las de Medicina Familiar promueven alguna actividad que fomente la obtención de nuevos conocimientos, y de no ser así, si los Médicos consideran que esto sería necesario (Preguntas 9 y 10). El 100% de los Médicos negaron la promoción informativa sobre tabaquismo por parte de la Jefatura de Medicina Familiar y también la totalidad de ellos afirmó la necesidad de que esto se lleve a cabo.

De lo hasta aquí expuesto podemos deducir que en nuestra Unidad los Médicos Familiares dan al tabaquismo la importancia que merece, tanto por la manera como lo perciben, como por la actividad desempeñada para tratar de combatirlo.

Veamos ahora las respuestas de los pacientes. Como ya se mencionó, solo se tomaron en cuenta los fumadores del sexo y de los grupos de edades en que el tabaquismo tiene la mayor prevalencia según la bibliografía revisada.

El 89% de ellos fuman entre 10 y 20 cigarrillos, y solo el 11% consume más de 20 cigarrillos al día (Pregunta 1), lo cual resulta un tanto alentador, pues si bien es cierto que todo aquel que fuma se expone a un riesgo, este es mayor al aumentar el número de cigarrillos consumidos; lo anterior de ninguna manera sugiere que podemos subestimar el problema.

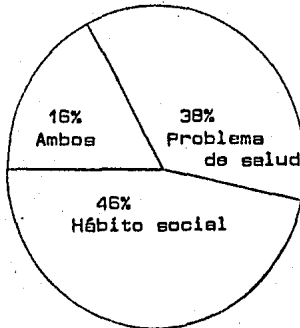
Por medio de las respuestas a la pregunta 2, nos damos cuenta que el 46% de los encuestados consideran al tabaquismo como un hábito social y el 54% lo perciben como problema de salud (Gráfica 4).

Las 3 siguientes preguntas nos muestran que el 96% de la

muestra entrevistada acepta que el humo del cigarrillo daña a convivientes no fumadores, el 80% afirma que su tabaquismo influye para que los hijos o adolescentes convivientes se inicien en el hábito y el 98% de ellos considera que debiera abandonar el hábito; los porcentajes restantes respondieron negativamente a cada una de las preguntas.

GRAFICA 4

Concepto de los pacientes fumadores acerca del tabaquismo.
UMF 29 IMSS. 1984



FUENTE: Cuestionario para pacientes de Primer Nivel. UMF 29 IMSS. Tabaquismo. Pregunta 2.

Por medio del resto del cuestionario (exceptuando la pregunta 8), tratamos de captar la percepción que tienen los pacientes fumadores encuestados acerca de la actividad que desempeñan sus Médicos Familiares para disminuir la incidencia del tabaquismo.

El 67% de los pacientes afirma que su Médico Familiar lo ha interrogado sobre su hábito, mientras el 33% contestó negativamente (Pregunta 6). Del total de pacientes encuestados, --

solo el 40% acepta haber recibido información de su Médico Familiar de los daños a la salud que produce el cigarrillo, mientras el 60% niega haber sido informado (Pregunta 7). Dado que más de la mitad de los pacientes aceptaron que el tabaquismo constituye un problema de salud y considerando que ellos deberían participar también en la solución del problema, interrogamos sobre la petición de información de éste hacia el Médico Familiar, misma que fue respondida en forma negativa en el 92% de los casos. (Pregunta 8). Aunque esto no puede tomarse específicamente como subestimación del problema (por una parte debido a que para la encuesta no se tomó en cuenta la escolaridad o el grado de cultura), si denota falta de interés del paciente respecto a la modificación de su hábito.

Por medio de las 2 últimas preguntas tratemos de conocer si el paciente percibe alguna actividad educadora de su Médico Familiar dirigida a modificar su tabaquismo y si este propone algún tipo de apoyo terapéutico. El 19% de los pacientes contestó que su Médico Familiar había tratado de convencerlo de abandonar el tabaquismo, conducta negada por el 81% de los pacientes (Pregunta 9). Llama aun más la atención que únicamente el 3% de los pacientes aceptó haber recibido algún tipo de ayuda (método) para que lograra abandonar el tabaquismo (Pregunta 10).

De la encuesta realizada entre los pacientes fumadores podemos mencionar que estos perciben al tabaquismo únicamente como hábito social en un porcentaje elevado, aunque acepten que el hábito debiera ser abandonado y que este repercute sobre los convivientes no fumadores, sin que por ello el paciente solicite ayuda alguna a su Médico Familiar para tratar de abandonar el tabaquismo.

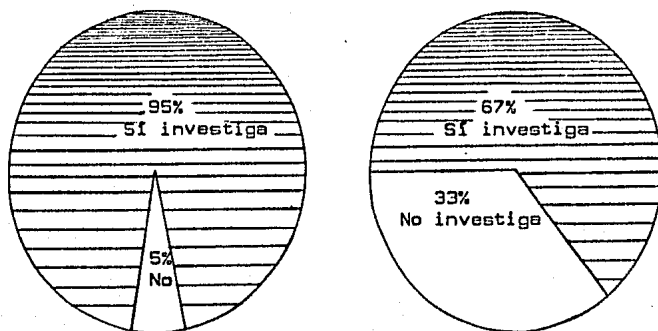
De las preguntas del cuestionario para pacientes que coinciden con las elaboradas para Médicos Familiares respecto a la actividad de este para tratar de discontinuar el tabaquismo resulta más objetivo compararlas directamente para contrastar lo manifestado con lo percibido, para lo cual utilizaremos las --

preguntas 5, 6, 7 y 8 del cuestionario para Médicos Familiares y las preguntas 6, 7, 9 y 10 del cuestionario para pacientes. -

El 95% de los Médicos afirma haber interrogado al menos una vez a sus pacientes sobre el hábito del tabaquismo, mientras que el 67% de los pacientes refiere haber sido interrogado sobre el particular (Gráficas 5 y 6).

GRAFICAS 5 y 6

Investigación manifestada por el Médico Familiar y referida por el paciente de primer nivel. UMF 29 IMSS. 1984



FUENTE: Cuestionario para Médicos Familiares. UMF 29 IMSS. Tabaquismo. Pregunta 5.

FUENTE: Cuestionario para pacientes de primer nivel. UMF 29 IMSS. Tabaquismo. Pregunta 6.

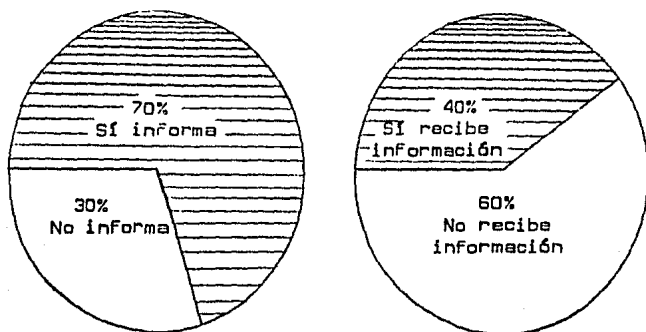
El 70% de los Médicos proporciona información al paciente sobre los daños a la salud del tabaquismo, en tanto que el 40% de los pacientes menciona haber recibido información al respecto. (Gráficas 7 y 8).

De acuerdo a la pregunta 7, el 80% de los Médicos Familiares tratan de modificar el hábito del tabaquismo de sus pacientes, mientras que el 19% de ellos manifiesta que su Médico ha -

tratado de convencerlo de abandonar el tabaquismo.

GRAFICAS 7 Y 8

Información proporcionada por el Médico Familiar e información recibida por el paciente de primer nivel. UMF 29 IMSS. 1984



FUENTE: Cuestionario para Médicos Familiares. UMF 29 IMSS. Tabaquismo. Pregunta 6.

FUENTE: Cuestionario para pacientes de primer nivel. UMF 29 IMSS. Tabaquismo. Pregunta 7.

Por último, el 65% de los Médicos contestó afirmativamente al interrogarsele si propone algún método o estrategia a sus pacientes fumadores para ayudarlos a abandonar el tabaquismo, mientras que únicamente el 3% de los pacientes manifestó que se le halla propuesto algún tipo de ayuda con este propósito.

Consideramos que los datos antes expuestos y gráficamente representados no requieren mayor comentario.

**CAPITULO IV : COMENTARIO
CONCLUSIONES**

COMENTARIO.

Los resultados obtenidos mediante el presente estudio sugieren que el Médico Familiar si considera el tabaquismo como un problema de salud, el cual debe ser atacado, y que para ello se requiere de información y de la colaboración de las autoridades del departamento de Medicina Familiar, quienes hasta el momento al parecer han tenido una actitud pasiva al respecto.

Las respuestas emitidas por los pacientes manifiestan -- que no existe una posición activa por parte del Médico Familiar pues al parecer en la mayoría de los casos no se transmite el interés existente ni se proporciona el consejo requerido para que los pacientes se percaten de la importancia y la trascendencia que tendría el abandonar el hábito, ni la manera adecuada, por medio de una responsabilidad compartida, que permitiera lograrlo.

Aun cuando es posible inferir que existe una relación directa entre la actitud del Médico Familiar y la observada por los pacientes a su cargo, de ninguna manera se puede establecer un relación de causa efecto, pues el estudio se ve limitado tanto por la magnitud de la muestra de pacientes como por las características de los mismos, ya que sería valido argumentar que la cultura del paciente influye en la relación médico-paciente en la responsabilidad por él adoptada y la manera en que percibe y la medida en que acepta la ayuda que pudiera ofrecerle.

El presente estudio, con sus características de observacional descriptivo, ofrece la posibilidad de ser complementado por otro de tipo observacional prospectivo, con lo que se podría corroborar en nuestro medio los resultados obtenidos por investigadores en países con medios y circunstancias diferentes.

Concretamente y respecto a lo perseguido en el objetivo y planteado por las hipótesis, consideramos que el primero fue alcanzado, pues logramos conocer la posición y la actividad del médico Familiar en relación al tabaquismo, refutándose la parte de la hipótesis correspondiente a la posición y corroborándose lo referente a la actividad desempeñada.

CONCLUSIONES.

- ** Tanto el Médico Familiar como el paciente de primer nivel consideran al tabaquismo como un problema de salud
- ** El Médico Familiar manifiesta una actividad positiva tendiente a discontinuar el tabaquismo del paciente de primer nivel
- ** Dicha actividad no se refleja en la opinión del paciente, el cual manifiesta falta de consejo médico en un porcentaje importante
- ** A pesar de que el paciente de primer nivel considera al tabaquismo como un hábito que debe ser abandonado, prácticamente niega la solicitud de apoyo médico
- ** El Médico Familiar manifiesta la necesidad de apoyo teórico respecto al problema del tabaquismo por parte de las autoridades del Departamento de Medicina Familiar.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Tepia JR. Tabaquismo. Sal. Páb. Méx., XXII:601-615, 1980.
- 2.- Encuesta Industrial Mensual. Instituto Nacional de Geografía y Estadística. Junio, 1984.
- 3.- Castro MA y cols. Consumo de sustancias tóxicas y tabaco entre la población estudiantil de 14 a 18 años. Sal. Páb. Méx., XXIV:565-574, 1982.
- 4.- West M et al. Factors associated with cigarette smoking in elementary school children. Can. Fam. Physician, 1983; 29:747-749.
- 5.- Sheehan TP. Children and smoking. Aust. Fam. Physician, - 1983; 12[9]:685-687.
- 6.- Goodman A and cols. Estimulantes ganglio nares. Agentes estimulantes y de bloqueo de los ganglios. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. Sexta Edición, 1982.
- 7.- Tashkin DP et al. Comparison of lung function in young non-smokers and smokers before and after initiation of smoking habit. Am. Rev. Respiratory Dis., 1983; 128:12-16.
- 8.- European Coal and Steel Community. Changes in lung function after smoking cessation: an assessment from a cross-sectional survey. Am. Rev. Respiratory Dis. 1982; 125:122-124.
- 9.- Hinshaw y Murray. Cáncer Pulmonar. Enfermedades del Torax Cuarta Edición. Editorial Interamericana 1983.
- 10.- Hunninghake GW et al. Cigarette smoking and lung destruction. Am. Rev. Respiratory Dis. 1983; 128:833-838.
- 11.- Gortmaker et al. Parental smoking and the risk of childhood asthma. Am. J. Public Health, 1982;72:574-579.
- 12.- Kaufman et al. Nicotine and carbon monoxide content of cigarette smoke and the risk of myocardial infarction in young men. N. Engl. J. Med. 1993; 308:409-13.
- 13.- Nadler JL and cols. Cigarette smoking inhibits prostacyclin formation. Lancet, 1983; 1[8336]: 1248-1250.

- 14.- Bussaca M et al. Maternal smoking and prostacyclin production by cultured endothelial cells from umbilical arteries. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1994; 148:1127-1130.
- 15.- Nielsen ST et al. Smoking, hemoglobin levels and birth -- weights in normal pregnancies. *Am. J. Obstet. Gynecol.* - 1994; 149:752-759.
- 16.- Harrison's. Principles of Internal Medicine. Peptic Ulcer Disorders of alimentary tract. Ninth Edition. 1990.
- 17.- Korma MG et al. Influence of cigarette smoking on healing and relapse in duodenal ulcer disease. *Gastroenterology.*- 1983;95:871-874.
- 18.- Weiss ST et al. The health effects of involuntary smoking. *Am. Rev. Respiratory Dis.* 1983; 128:933-942.
- 19.- Greenberg RA and cols. Measuring the exposure of infant - to tobacco smoke. *N. Engl. J. Med.* 1984;310:1075-8.
- 20.- Marks L. Smoking and health. Policies and postures on smoking control. *Br. Med. Jour.* 1992; 284:391-395.
- 21.- Genesove LJ. Prevention of smoking; It's our bussiness. - *Can. Fam. Physician.* 1982; 29:1459-1460.
- 22.- British Toracic Society. Comparison of four methods of smoking withdrawal in patients with smoking related disease. *Brit. Med. J.* 1983; 286:595-597.
- 23.- Wilson D. Smoking cessation strategies; The Family Physicians Role. *Can. Fam. Physician.* 1982; 28:513-516.
- 24.- Ahmed MB et al. How to help patient stop smoking. *Am. Fam Physician.* 1982; 25(2):133-136.
- 25.- Hill D. The Family Physicians influence on patient's smoking habits. *Aust. Fam. Physician.* 1983; 12:678-679.