

Curso Anual de Auditoria Medica Hospital Alemán

Director: Dr. Agustín Orlando

TABAQUISMO

Enfoque asistencial

Autores:

Dr. Ricardo Pagella

Dr. Juan Pablo Barbagelata

Dra. Zulma Brandan

Sra. María Ruiz Moreno

Sra. María del Carmen Rivello

Noviembre, 2007

Introducción:

El tabaco fue introducido en Europa por los españoles a su regreso de América. Su consumo fue minoritario hasta el siglo XIX, cuando el cigarro puro y el cigarrillo fueron aceptados socialmente. Primero en España, extendiéndose posteriormente a Francia y, de ahí, a todo el mundo.

La revolución industrial hizo posible la fabricación de cigarrillos manufacturados, lo que favoreció que el hábito se hiciera masivo entre los hombres a partir de la Primera Guerra Mundial y entre las mujeres después de la Segunda Guerra Mundial. La demostración de los efectos nocivos para la salud se realizó en los años 50 en EEUU e Inglaterra, siendo posteriormente uno de los problemas más estudiados y ejemplo de investigación del origen de enfermedades.

El tabaco es una droga institucionalizada y su consumo en nuestro país es importante. Aunque en los últimos años el uso de tabaco ha empezado a reprobarse socialmente, la incorporación de los adolescentes, especialmente las chicas, se está consolidando.

¿Qué contiene?

En la combustión del tabaco se producen miles de sustancias (gases, vapores orgánicos y compuestos suspendidos en forma de partículas) que son transportadas por el humo hacia los pulmones, actuando principalmente sobre el aparato respiratorio. Aunque también, algunas de ellas son absorbidas y pasan a la sangre desde donde afectan tejidos y órganos del cuerpo.

Estas sustancias pueden clasificarse en: Nicotina, irritantes, alquitrán y otros agentes cancerígenos, monóxido de carbono.

Nicotina:

Es el alcaloide responsable de la mayoría de los efectos del tabaco sobre el organismo y el que da lugar a la dependencia física. La vida media de la nicotina en la sangre es menor de dos horas y, según se reduce su concentración, aparecen los síntomas que inducen al fumador adicto para que fume otra vez.

Irritantes:

El humo del tabaco contiene muchas sustancias irritantes como acroleína, fenoles, peróxido de nitrógeno, ácido cianhídrico, amoníaco... Son responsables de la constricción bronquial, de la estimulación de las glándulas secretoras de las mucosas. Altera los mecanismos de defensa del pulmón, por lo que favorecen las infecciones y la aparición de bronquitis crónica y enfisema pulmonar.

Alquitrán y otros agentes cancerígenos:

Se incluyen en éste grupo toda una serie de hidrocarburos aromáticos policíclicos que tienen acción cancerígena. El alfabenzopireno es el más estudiado y directamente relacionado con el cáncer.

Monóxido de carbono:

Se encuentra en una concentración elevada en el humo del tabaco. Tiene una gran afinidad para combinarse con la hemoglobina, con la que forma carboxihemoglobina y, por lo tanto, disminuye la capacidad de la sangre de transportar el oxígeno. Sus efectos inciden fundamentalmente a nivel del sistema central y del aparato cardiocirculatorio.

¿Por qué se fuma?

La mayoría de las personas comienzan a fumar por motivos psicosociales y continúa haciéndolo por necesidades fisiológicas, químicas y psicológicas.

La principal razón que expresan, tanto fumadores adultos como los jóvenes de ambos sexos para empezar a fumar, es la presión que sobre ellos ejercieron los compañeros y amigos íntimos. Por otra parte, el tabaco es una droga legal, muy fácil de conseguir y su consumo está favorecido por un soporte publicitario explícito o subliminal en los medios masivos de comunicación (televisión, cine, radio, periódicos etc.)

Una vez que se ha comenzado a fumar, se establece una dependencia física, producida por la nicotina; por ello el fumador sufrirá molestias(síndrome de abstinencia) al intentar disminuir la dosis habitual. Además, se establece una dependencia psicológica, cuando se convierte en “una necesidad” que llega a tener un efecto reductor de la ansiedad.

¿Qué efectos produce?

Fumar un cigarrillo da lugar a una elevación del ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria y la tensión arterial.

Cuando el fumador inhala el humo del cigarrillo, de forma casi inmediata, la nicotina llega a su cerebro, donde tiene un efecto recompensante. Poco a poco se va convirtiendo en un hábito muy arraigado en la conducta de la persona, que todos los días realiza el gesto automático de fumar.

Esta conducta se va asociando a todas las vivencias, tanto positivas como negativas, que experimenta en su vida cotidiana. El cigarrillo acaba convirtiéndose en una prótesis psicosocial que el fumador considera insustituible.

Los fumadores piensan que el tabaco es una droga relajante, pero no es así, es una droga estimulante. Lo que ocurre es que una vez creado el hábito, el cigarrillo calma la ansiedad que provoca su falta en los momentos en los cuales tiene asociado su uso.

CONSECUENCIAS DEL CONSUMO PROLONGADO:

Aparato respiratorio:

El humo del tabaco produce una acción irritante sobre las vías respiratorias. Esta irritación origina una mayor producción de moco y una mayor dificultad para eliminarlo, debido a la alteración de los cilios, los cuales realizan esa labor de limpieza. Esto origina el síntoma más frecuente del fumador: **la tos**.

La irritación continua da lugar a la inflamación de los bronquios y aparece la llamada bronquitis crónica. Es importante recordar que el 95% de los bronquíticos son fumadores.

La secreción en las vías aéreas produce una obstrucción crónica del pulmón, con ruptura de los alvéolos pulmonares y retención del aire en el pulmón (enfisema).

La obstrucción bronquial y el aumento de mucosidad produce una disminución de la capacidad pulmonar del fumador. Por eso los fumadores se cansan más y disminuyen su resistencia con relación al ejercicio físico. Estos efectos se manifiesta precozmente poco después de iniciarse el hábito.

Tabaco y cáncer:

Es indudable, por otra parte, la relación de causa efecto entre el tabaco y el cáncer de pulmón. Existe una fuerte correlación entre el riesgo de padecer cáncer de pulmón y la cantidad de cigarrillos fumados, la precocidad de iniciación del hábito, el número de aspiraciones que se da en cada cigarrillo y la costumbre de mantener el cigarrillo en la boca entre una y otra aspiración.

Cuando se abandona el tabaco disminuye el riesgo de cáncer de pulmón en comparación con el que sigue fumando, de modo que a los 10-15 años es similar a los de los no fumadores.

Además de lo señalado en el aparato respiratorio, determinados carcinógenos del humo del tabaco que pasan a la sangre inducen cánceres en otros órganos, distintos del pulmón. Así, por ejemplo, la binaftina induce cáncer en la vejiga y en el riñón, la nitrosamina está relacionada con el páncreas.

Aparato circulatorio:

El tabaco es un factor de riesgo importantísimo en las enfermedades cardiovasculares (principal causa de muerte en los países desarrollados), junto con el aumento del colesterol en sangre, la hipertensión, la obesidad y la vida sedentaria.

Los efectos del tabaco aumentan la aparición de arteriosclerosis y esta lesión va a favorecer el desarrollo de trastornos vasculares y cerebrales (hemorragias, trombosis, infarto cerebral) y cardíacos (cardiopatías isquémicas o infartos de miocardio).

Además, también afecta a los miembros inferiores y puede aparecer la enfermedad vascular periférica.

En todos los casos de enfermedades cardiovasculares relacionadas con el tabaco se ha comprobado una regresión del riesgo de la morbi-mortalidad cuando se abandona el hábito.

Otras consecuencias del consumo del tabaco:

- Aumente el riesgo de padecer úlceras digestivas.
- Favorece la aparición de faringitis y laringitis crónicas, afonías y alteraciones del olfato.
- Alteraciones del color de la lengua y dientes, que se oscurecen, así como alteraciones de las papilas gustativas.
- Puede producir conjuntivitis en ambientes cerrados.

El rol de la Auditoría Médica:

En la actualidad deberíamos tener una visión sistemática/totalizadora que nos permita un abordaje integral propiciando la mejor calidad de vida para nuestros pacientes, sin perder de vista la clara diferenciación del valor-costos de las prestaciones, por que a nuestro entender una mayor inversión inicial se traduce en una reducción de los costos finales.

La aplicación de procedimientos orientativos destinados a prevenir los daños más frecuentes, llevaría a la progresiva disminución de los tiempos de internación y por ende de los costos finales.

Creemos que el área de Auditoría médica tiene un rol importante en el asesoramiento, tanto al equipo tratante del paciente como a la financiadora sobre la reducción de los costos que resultan de una adecuada supervisión de las necesidades, en tiempo y forma para prevenir complicaciones.

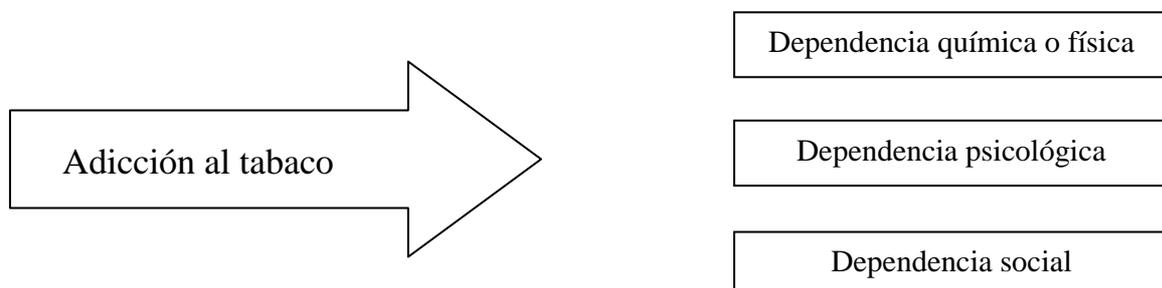
FISIOPATOLOGÍA

La adicción a una sustancia química se caracteriza por los cambios de comportamiento, deseo de recibir esa sustancia (Búsqueda de droga) para experimentar sus efectos o evitar el síndrome de abstinencia.

La dependencia física es un estado de neuro-adaptación producida por la administración repetida de una droga que exige continuar con la misma para evitar el Síndrome de privación.

Fumar si bien es un hábito social, es fundamentalmente una adicción porque cumple con los criterios específicos que definen las adicciones (Tolerancia, Dependencia, Compulsión, Abstinencia).

El humo del cigarrillo contiene mas de 4000 sustancias tóxicas muchas de ellas cancerígenas.



Dependencia Química

Fármaco-dependencia:

Deben cumplirse 3 condiciones:

- 1- Consumo de Producto Psicoactivo.
- 2- Conducta de búsqueda de droga.
- 3- Estimulo exterior asociado al consumo.

El Producto Psicoactivo produce cambios en el humor o conducta.

La Búsqueda de droga es una actitud de autoadministración que se condiciona por sus consecuencias o efectos de reforzador positivo.

Estímulo exterior son las situaciones vivenciales asociadas al consumo: externas (música – llamado telefónico – olores o sabores) o internas (ira – hambre – miedo – alegría).

El efecto reforzador positivo es un estado afectivo positivo (Euforia).

Refuerzo de conductas:

Es un estímulo que provoca la tendencia y necesidad de repetir esa conducta.

Se caracteriza por percibir sensaciones placenteras causada por la liberación de dopamina.

Luego se instala la conducta de búsqueda de placer, lo que lleva a la utilización reiterada de esa sustancia.

Se crea un estado de neuroadaptación al consumo crónico.

Cuando el sistema nervioso central deja de recibir la sustancia se produce desequilibrio neuroquímico y se produce el Síndrome de Abstinencia (Síntomas aversivos). Si se consume sustancia en ésta situación desaparecen los síntomas aversivos, esto se llama refuerzo negativo.

En resumen la compulsión se genera para evitar el Síndrome de Abstinencia. Los refuerzos positivos promueven una adicción, los negativos la perpetúan.

Vías del refuerzo:

El inicio se genera en el AREA TEGMENTAL VENTRAL del mesencéfalo que libera rápidamente Dopamina en el núcleo Accumbens (Refuerzo positivo)

Los refuerzos negativos se originan en las vías Noradrenégicas del Locus Ceruleus del tronco cerebral y el neurotransmisor involucrado es la Noradrenalina.

El Locus Ceruleus y otros núcleos son responsables del control de las sensaciones de bienestar, sueño, hambre, ira, miedo etc y distintas funciones somáticas.

La estimulación de los receptores nicotínicos del Locus Ceruleus de acetilcolina con nicotina mejora la capacidad de concentración, el rendimiento intelectual, reduce el estrés y atenúa situaciones críticas.

La privación de nicotina en esta zona produce los síntomas de abstinencia.

Los receptores nicotínicos involucrados en la adicción son los ALFA 4 BETA 2 ubicados en el área tegmental ventral del mesencéfalo.

Dependencia (Dopamina)	Abstinencia (Acetilcolina)
Vías Dopaminérgicas	Vías Noradrenergicas
Área tegmental ventral	Locus Ceruleus
Sistema Mesolímbico Cortical	Nucleos Na Basales
Nucleo Accumbens	Corteza cerebral
Corteza cerebral	

La Nicotina es el principal alcaloide del tabaco y tiene claras propiedades adictivas especialmente porque su acción es inmediata.

La concentración plasmática de Nicotina aumenta velozmente alcanzando cifras máximas a los 10 o 15 minutos. En la sangre el 95% se ioniza y circula libre y el 5 % se une a las proteínas. A los 20 minutos cae la concentración en sangre por captación de los tejidos.

Los efectos adictivos de la Nicotina pueden ser aumentados por el agregado de sustancias químicas como el acetaldehído o compuestos de amonio que aumentan la Nicotina libre .

La Nicotina al ser captada por los receptores nicotínicos producen liberación de Dopamina (recompensa) va seguido de un proceso de tolerancia aguda (Taquifilaxia) que consiste en un bloqueo temporal del receptor. Como la Nicotina circula durante dos horas en la sangre produce estimulación e inhibición del receptor.

El consumo crónico lleva a la tolerancia crónica con cambios adaptativos en el sistema Nervioso Central.

Esto lleva al aumento y proliferación de los receptores nicotínicos. La Nicotina corresponde al 90% de los alcaloides del tabaco, el 10% son (Nomicotina – Anatabina – Anabasina – Nicotinina – Miosmerina)

Potenciales de abuso:

Es el poder adictivo de una sustancia que se relaciona con la rapidez de acción y con sus propiedades farmacológicas.

El potencial de abuso de la Nicotina es máximo por su rápida acción. Se inhala y rápidamente alcanza niveles en el SNC (8 segundos) más rápida que una inyección EV.

Es más adictivo que la cocaína y la heroína. Al llegar al SNC produce una rápida liberación de Dopamina que provoca euforia, placer o recompensa (refuerzo positivo) y en el circuito Noradrenergico se libera Noradrenalina (alerta y reducción del estrés).

Cuando falta la sustancia se produce un desequilibrio generando el síndrome de privación (Refuerzo negativo).

Con los años el fumador dependiendo de factores genéticos, culturales y personales se transformará en adicto con el grave riesgo para su salud y su calidad de vida.

Los patrones del tabaquismo varían según los años transcurridos, condiciones genéticas y capacidad de metabolizar la nicotina.

En los fumadores livianos y moderados el mecanismo de compensación (Refuerzo positivo), se produce a través de la liberación de Dopamina.

En los fumadores pesados al estar bloqueados estos receptores sería el refuerzo negativo a través del locus ceruleus (Noradrenergico) el responsable de los mecanismos reforzadores ya que los receptores Dopaminergicos están desensibilizados.

Síndrome de Abstinencia:

Resulta característico que haya una necesidad irresistible o anhelo por fumar (Craving).

Estas características más otros factores como la herencia, depresión, sobrepeso, estrés y situaciones personales llevan a la recaída.

Criterios Diagnósticos

- ❖ Estado de ánimo disfórico o depresivo.
- ❖ Insomnio
- ❖ Irritabilidad
- ❖ Ira
- ❖ Craving
- ❖ Ansiedad
- ❖ Dificultades de concentración
- ❖ Disminución de la frecuencia cardíaca
- ❖ Aumento de apetito y peso
- ❖ Enlentecimiento del EEG
- ❖ Cambios en la fase REM del sueño.
- ❖ Disminución de catecolaminas y cortisol.

Dependencia psicológica:

Es más compleja porque depende de la personalidad, de la familia, el trabajo, los vínculos, el dolor y una cantidad enorme de conductas del ser humano que no necesita esconderse para fumar porque está protegido culturalmente. Con el cigarrillo se festeja, se hace la digestión, se mejora la constipación, se calma el nerviosismo, se seduce, se disfruta, etc.

El cigarrillo se incorpora a la personalidad del fumador formando parte de sus gestos, costumbres y autoimagen haciendo del fumar un estilo de vida.

Es curioso observar los síntomas que se presentan con el solo hecho de imaginar que no se va a fumar, similares al Síndrome de abstinencia.

Durante el tratamiento, superada la abstinencia química y física, con fármacos y una buena motivación si el fumador sigue pensando en el cigarrillo (Dependencia psicológica), lo puede hacer recaer ante situaciones adversas o favorables de la vida.

Esto lo lleva a la culpa, frustración y depresión.

Además el fumar está ligado a factores familiares, hereditarios y de personalidad, a los que se agrega trastornos de la conducta alimentaria, depresión, otras enfermedades psiquiátricas y poliadicciones.

Dependencia social:

La diferencia con otras adicciones es que el tabaquismo es socialmente permitido, su consumo legal y forma parte de las costumbres instaladas.

Es barato en casi todo el mundo, no hay que esconderse ni delinquir y no hay desprestigio social por fumar.

Fuman amigos, docentes, líderes de opinión, padres, médicos.

La dependencia social se sustenta en bases culturales, en la difusión masiva con la publicidad y fundamentalmente en razones económicas para la industria y el Estado.

RECURSOS DIAGNOSTICOS:

Cuando el paciente concurre a la consulta hay que valorar 2 aspectos de su vínculo con el tabaco

❖ **Motivación**

❖ **Dependencia**

Motivación:

Conjunto de razones y estímulos que inducen al fumador a intentar abandonar el consumo de tabaco.

Hay 4 cuestionarios que son utilizados:

Diagnóstico de fase: (Prochaska y Di Clemente)

Pre-contemplación	La persona no se plantea dejar de fumar
Contemplación	El fumador comienza a pensar en dejar de fumar
Preparación	Toma la decisión y se dispone a dejar
Acción	Deja de fumar
Mantenimiento	Permanece sin fumar
Recaída	Vuelve a fumar

Un diagnóstico de fase requiere dos preguntas:

¿Piensa dejar de fumar en los próximos 6 meses?

NO – Pre – contemplación – No se cuestiona fumar ya sea por falta de información o por desconocimiento de los riesgos o desvalorización de los mismos. Si la respuesta es SI se hace la siguiente pregunta:

¿Dejaría de fumar en el próximo mes?

NO – Contemplación

Hay disociación entre actitud y voluntad. En esta fase está la mayoría de los adultos. La incoherencia oscila entre un día de estos voy a dejar y la continuidad del consumo, aún ante situaciones muy graves de salud (angustia y culpa).

Puede estar 20 años en esta etapa (contemplación crónica) de no mediar una intervención médica o un disparador de cambio de actitud (miedo – enfermedad)

Si contesta SI el diagnóstico de fase es Preparación:

En este caso se ofrece iniciar tratamiento para llevarlo a la etapa de acción.

El período de acción dura desde el comienzo del tratamiento hasta 6 meses de haber dejado de fumar.

Luego comienza la etapa de Mantenimiento.

Al año de haber dejado se lo considera ex fumador.

Los agentes de salud deben procurar que el paciente pase a la siguiente fase.

No debe iniciarse tratamiento hasta que el paciente quiera dejar de fumar.

Diagnóstico de motivación:

Una vez que el paciente se halla en fase de preparación, es conveniente indagar sobre los motivos que lo llevan a dejar de fumar.

¿Cuáles son los motivos para dejar de fumar?

Decirle que escriba en un listado o usar test adecuados como la Tabla de Motivaciones y el test de Motivaciones del Hospital Mondor de Paris.

Permiten conocer la situación en la que se encuentra la persona quien en general tiene sentimientos ambivalentes pero no son predictores del éxito del tratamiento.

Saber las motivaciones nos permite dirigir el tratamiento poniendo énfasis en los elementos que le otorga mas jerarquía.

Si la preocupación es económica le hacemos el cálculo de lo que puede ahorrar, si piensa en su familia le explicamos los beneficios para sus hijos de no ser fumadores pasivos.

Tabla de Motivación:

Permite conocer las razones del paciente pero además cuantifica y es un buen ejercicio reflexivo y conductual para compartir con el paciente.

TABLA DE MOTIVACIONES

Económicas	1	2	3	4
Salud dañada	1	2	3	4
Dañará mi salud	1	2	3	4
Dañará la salud de los otros	1	2	3	4
Mal ejemplo	1	2	3	4
Hábito sucio – mal olor	1	2	3	4
No quiero que el tabaco me domine	1	2	3	4
Otros quieren que lo dejen	1	2	3	4
Hábito social	1	2	3	4
No quiero fumar	1	2	3	4

TOTAL

0 – 10 No motivado

11 – 20 Poco motivado

21 – 30 Motivado

31 – 40 Muy motivado

El test de Motivación de París no se adapta mucho a nuestra idiosincracia.

TEST DE MOTIVACION DE RICHMOND

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

No 0 Si 1

2- Cuanto interés tiene en dejarlo?

Nada 0 Algo 1 Bastante 2 Mucho 3

3- Intentaría dejar de fumar en las próximas semanas?

Definitivamente NO 0 Quizás 1 Si 2 Definitivamente SI 3

4- Cabe la posibilidad de que sea un no fumador en los próximos 6 meses?

Definitivamente NO 0 Quizás 1 Si 2 Definitivamente SI 3

Dependencia:

Se refiere a los estados del empleo repetido de una sustancia y sus patrones de consumo.

Se requieren 3 de los siguientes criterios:

Tolerancia

Abstinencia

Consumo creciente

Deseos persistentes

Esfuerzos infructuosos por suspender el consumo

Disminución de actividades sociales o laborales por seguir consumiendo

Continuidad en el consumo a pesar de conocer los daños a los que se expone al consumir

TEST DE GLOVER NILSON
(Dependencia conductual)

- 1- Mi hábito de fumar es muy importante para mí
0 1 2 3
- 2- Juega y manipula el cigarrillo como parte del ritual de fumar .
0 1 2 3
- 3- Suele ponerse algo en la boca para evitar fumar.
0 1 2 3 4
- 4- Se recompensa con un cigarrillo al cumplir una tarea.
0 1 2 3 4
- 5- Cuando no tiene tabaco le resulta difícil concentrarse o realizar cualquier otra tarea.
0 1 2 3 4
- 6- Juega con un cigarrillo o paquete donde está prohibido fumar.
0 1 2 3 4
- 7- Algunos lugares o circunstancias lo incitan a fumar
0 1 2 3 4
- 8- Se encuentra a menudo encendiendo un cigarrillo, sin desearlo
0 1 2 3 4
- 9- Se coloca cigarrillos en la boca sin encender u otros objetos y los chupa para relajarse.
0 1 2 3 4
- 10- Parte del placer de fumar procede del ritual de encender el cigarrillo
0 1 2 3 4
- 11- Cuando esta solo o fuera de casa se siente más seguro con un cigarrillo en la mano.
0 1 2 3 4

Dependencia psicológica:

Leve	< 12
Moderada	12 - 22
Fuerte	23 - 33
Muy fuerte	+ 33

Discrimina, además dependencia psicológica, gestual y social.

Al igual que los test de motivación es útil para el terapeuta que adecuará su intervención a las características del paciente, así como para el propio individuo para conocerse mejor.

Paquetes – años:

Medida de dependencia – Se considera que cuanto más tiempo y mayor cantidad haya consumido, la dificultad para la cesación es mayor.

$$\text{Paquetes – Años} = \frac{\text{Nro. cig/día} \times \text{años de fumador}}{20}$$

TEST DE FAGERSTRÖN
(Dependencia química)

<u>Cuestionario</u>	<u>Respuesta</u>	<u>Puntos</u>
Cuanto tiempo pasa desde que se levanta hasta que enciende su primer cigarrillo?	Hasta 5 minutos	3
	De 6 a 30 minutos	2
	De 31 a 60 minutos	1
	Más de 61 minutos	0
Encuentra difícil no fumar en donde está prohibido?	SI	1
	NO	0
Que cigarrillo le molesta más dejar de fumar?	El 1ro. De la mañana	1
	Cualquier otro	0
Cuántos cigarrillo fuma por día?	10 o menos	0
	11 a 20	1
	21 a 30	2
	+ 31	3
Fuma con más frecuencia durante las primeras horas al levantarse?	SI	1
	NO	0
Fuma estando enfermo?	SI	1
	NO	0

Resultados:

4 puntos o menos	Dependencia baja
5 o 6 puntos	Dependencia moderada
7 puntos o más	Dependencia alta

Algunos autores pregonan que preguntar cuanto transcurre hasta que fuma el 1er cigarrillo y cuanto fuma por día es suficiente para valorar la dependencia.

Valor predictivo:

Nos orienta sobre la necesidad y tipo de tratamiento farmacológico que usaremos.

Richmond estableció factores predictivos a los 3, 6 y 12 meses.

3 meses	Edad y motivación
6 meses	Status socio-económico, motivación, tiempo compartido con fumadores y nivel de dependencia.
12 meses	Motivación, menos tiempo con fumadores, menos dependencia, alto nivel socio-económico y mayor edad.

En resumen, alto nivel de motivación, mayor edad, bajo nivel de dependencia, alto nivel socio-económico, menor tiempo con fumadores y autoconfianza serían valiosos predictores de éxito en la cesación tabaquica.

Además de la dependencia existen aspectos como medidas de consumo, exposición, daño o avances y retrocesos del tratamiento que cuentan con recursos diagnósticos como los marcadores biológicos.

Marcadores Biológicos:

Es un examen químico, bioquímico, funcional o citogenético que permite determinar en material biológico presencia, efecto o grado de susceptibilidad a un agente tóxico.

Los marcadores más utilizados son los que permiten cuantificar el nivel de exposición.

En tabaquismo sirven para:

- Realizar diagnóstico distinguiendo fumadores de no fumadores. Es útil en estudios epidemiológicos.
- Valorar intensidad del consumo.
- Verificar la abstinencia.
- Actuar como motivador para el abstinentes quien al comprobar el descenso del marcador objetiva los beneficios logrados.
- Cuantificar la concentración y exposición ambiental del tabaco (Tabaquismo pasivo).

Los marcadores más importantes son:

- Monóxido de carbono.
- Nicotina y sus metabolitos (cotinina)
- Tiocianato.

También se pueden medir los efectos que se producen cuando la sustancia tóxica se une a las macromoléculas (Proteínas o ADN)

Producen efectos crónicos en las células generando mutación o neoplasias.

Se miden en células, tejido o ADN.

Los biomarcadores como el gen P53 en el que se encuentran mutaciones en el 50% de las neoplasias,

Entre los marcadores de efecto esta la espirometría como prueba para medir la afectación causada por el tabaco.

Monóxido de carbono: Carboxihemoglobina y CO en el aire espirado (Monóxido de Carbono).

El monóxido de carbono se produce por la combustión del tabaco. Tiene una afinidad 240 veces mayor que el oxígeno para combinarse con la hemoglobina.

El monóxido se produce por la combustión incompleta de los productos orgánicos (calefones, estufas a gas, leña o carbón y motores a nafta).

Hay una correlación entre la cantidad de cigarrillo fumados y el CO en el aire espirado y en la carboxihemoglobina de la sangre.

CO en Aire Espirado:

Se mide con un aparato muy sencillo en estudios poblacionales o en el consultorio. En tabaquismo es útil para diagnóstico (grado de tabaquismo, riesgo de desarrollar enfermedad) sirve para ayudar y alentar al fumador quien observa la caída de los niveles ni bien deja de fumar.

El momento ideal para la medición es el final del día, ya que la vida media del CO es variable de 2 a 8 hs. disminuye a 1 hora con el ejercicio y aumenta con el sueño a 8 hs.

La coximetría no sólo está en relación con el consumo, sino con la forma de fumar (Profundidad, Nro. de caladas) El instrumento se llama Cooxímetro. Se mide en partículas por millones.

El fumador tiene niveles iguales o superiores a 10 ppm. Los no fumadores tienen hasta 6 ppm.

Carboxihemoglobina:

Se mide en sangre.

Nicotina y Metabolitos

La Nicotina se mide en sangre, pero tiene vida media corta. Es muy sensible y específico pero muy costoso. Hoy no se usa. Los fumadores tienen más de 0,5 MMOL/L.

La cotinina es el más sencillo y específico y tiene vida media larga. Hay cifras detectables 4 días después del último cigarrillo.

Se mide cotinina en sangre, aunque puede medirse en saliva u orina.

Sirve para monitorear el seguimiento del tratamiento de reemplazo nicotínico.

Los no fumadores tienen valores menores a 10 ug/ml, los poco fumadores entre 40 y 50 y los grandes fumadores entre 400 y 500.

Es útil para medir el impacto en fumadores pasivos y en el líquido amniótico.

Tiocianato:

Metabolito del cianuro de hidrógeno, sumamente tóxico. Puede detectarse en sangre, saliva y orina. Se mide en saliva fundamentalmente. El fumador tiene más de 100 ug/l. Dada la vida media prolongada (10 a 14 días) puede medir largos períodos de abstinencia. No se lo utiliza pues puede aumentar con la ingesta de brócoli, coliflor, caña de azúcar, cerveza, almendras, etc.

TRATAMIENTO

Intervenciones breves:

Debe haber un abordaje integral con medidas para disminuir la demanda y la oferta del tabaco. También es importante lograr la cesación en adultos. La cesación en adultos reduce rápidamente la mortalidad, mientras que las medidas en jóvenes producirán efectos visibles 30 años después.

Para la promoción de la cesación tabáquica se debe garantizar:

- Equipo de salud comprometido.
- Equipo de salud entrenado.
- Sistema público y de seguridad social que garantice la cobertura de los tratamientos.

Hay una elevada demanda social de servicios de cesación, con fumadores que intentan dejar de fumar por su cuenta sin éxito, y una cuarta parte de la población fumadora dispuesta a dejar de fumar ya, sin saber como hacerlo y donde pedir ayuda.

Es muy importante que el médico de un mensaje claro al paciente.

En nuestro país la formación de médicos en cesación tabáquica es deficitaria, tanto en las carreras de grado como en la formación de postgrado y residencias.

Es clave la motivación de los médicos.

Se ha visto en el mundo que primero baja la prevalencia de tabaquismo en los médicos y luego en las poblaciones.

Los médicos fuman el 32% y los estudiantes de medicina el 38%.

Se deben implementar ambientes libres de humo en Facultades de Medicina y Hospitales.

Deben realizarse intervenciones breves en el ámbito de la atención primaria y en la práctica clínica habitual, también el médico debe educar al paciente para que no exponga a la familia a los efectos del humo.

Niveles de Intervención en cesación tabáquica:

Al ser el tabaquismo una enfermedad crónica con recaídas deben recibir los pacientes cuidados médico permanentes con intervenciones de consejo, apoyo psicosocial y fármacos.

Es una adicción tratable. Hay abandono espontáneo del 5% por año y hasta del 30 % con tratamiento.

Las intervenciones efectivas varían desde la entrega de materiales de autoayuda hasta los tratamientos intensivos, pasando por el simple consejo, intervención breve, tratamientos telefónicos y por páginas WEB.

Las tasa más altas de cesación se dan con las intervenciones intensivas como los programas específicos para dejar de fumar.

Si bien los tratamientos grupales son efectivos, son pocos los fumadores que acceden a estos programas.

Las intervenciones breves son aquellas realizadas por médicos de atención primaria en su consultorio o por cualquier otro profesional entrenado. Enfermeros, Psicólogos, Trabajadores sociales, Odontólogos, Farmacéuticos y Educadores.

Las líneas de ayuda telefónica tienen alta eficacia y efectividad y alto alcance poblacional.

Con las motivaciones de auto-ayuda cesa entre el 1 a 2 % .

El consejo por parte del médico es fundamental. (Breve, clara y conciso) logra 2 o 3 % anual.

Todo el equipo de salud debe dar recomendaciones al fumador.

Las intervenciones intensivas que logran tasas del 30 % consisten en entrevista presenciales o grupales reiteradas, con un seguimiento intenso del proceso de cesación. Esto tiene bajo alcance poblacional (5%).

Las líneas telefónica de agudos se están multiplicando en el mundo dada la costo – efectividad.

Dada la alta morbimortalidad de esta enfermedad las autoridades de salud deberían disponer recursos para tener staff capacitado, proveer los medicamentos y generar espacios libres de humo.

Los entes gubernamentales deben tener acciones de educación, promoción, campañas, comunicacionales, desarrollo y mantenimiento de líneas proactivas y cobertura de los tratamientos.

Intervenciones Breves:

Es una acción de corta duración, práctica y sencilla y que puede ser implementado por cualquier integrante de un equipo de salud.

Consiste en:

- Identificar y registrar a todos los fumadores que concurren a la consulta.
- Brindar opinión explícita sobre los beneficios del abandono por constituir un grave problema de salud.
- Favorecer la reflexión entre las personas acerca de su condición de fumador.
- Aprovechar todo tipo de consulta efectuada por un motivo independiente del consumo del tabaco.
- Lograr que los fumadores progresen hacia etapas de cambio más avanzados.
- Aumentar los intentos de cesación.
- Proveer herramientas eficaces para lograr dejar de fumar.
- Obtener mayores porcentajes de éxito en cesación.

El objetivo es identificar a todos los fumadores en la consulta clínica y se le ofrezca tratamiento independiente del motivo de consulta.

Vincular los síntomas de la consulta con el tabaquismo.

La intervención breve se compone de 5 pasos:

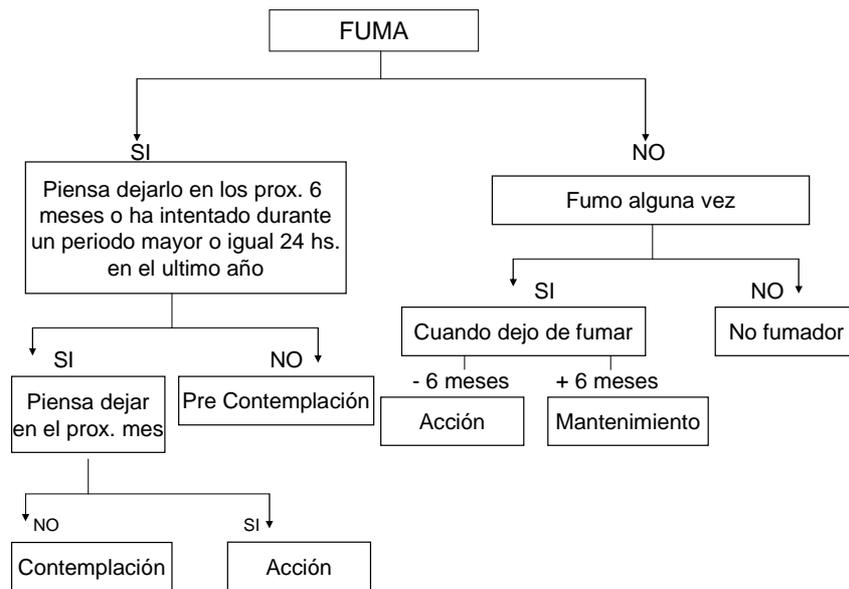
- 1- Conocer status del fumador (Registros en Historia Clínica. Tiempo grado y afectaciones).
- 2- Dar consejo antitabaquico. (Firme y consistente)
- 3- Diagnosticar etapa evolutiva de la adicción.
- 4- Realizar intervención terapéutica ``Ad Hoc ``
- 5- Elaborar plan de seguimiento.

La intervención breve debe ser realizada por el equipo de salud en Atención Primaria.

Es para todos los fumadores estimulando a los que no quieren dejar de fumar y tratando de cambiar de etapa a los fumadores y seguimiento y mantenimiento para los que dejaran de fumar.

Todo el equipo de salud debe dar consejos.

Para valorar la etapa en que se encuentra se hacen 3 preguntas.



Siempre hay que tratar de que cambie de etapa. Si está en fase de precontemplación a contemplación la intervención motivacional debe intentar ayudar al paciente a la siguiente fase de su adicción. Si está en la fase de preparación el próximo paso es progresar la fecha de cesación y brindar tratamiento.

Intervenciones motivacionales en fumadores que no están listos para dejar de fumar:

Hay que tratar de progresar por las fases y madurar la decisión de dejar de fumar. Si no pueden permanecer estáticos durante años.

Lo más efectivo es la Entrevista Motivacional con preguntas que favorezcan la reflexión y la elaboración. Jerarquizar las motivaciones del paciente para la cesación.

Es más efectivo poner el énfasis en los beneficios de dejar de fumar que el daño que provoca el cigarrillo, aunque deben tener ésta información.

Algunas preguntas útiles son:

- ¿Por qué fuma?
- ¿Qué ventajas encontraría si dejara?
- ¿Cómo piensa usted que el cigarrillo afecta su salud?
- ¿Cuáles serían sus obstáculos para dejar de fumar?
- ¿Qué le preocupa del dejar de fumar?
- ¿Cómo fueron los intentos previos de cesación?
- ¿Qué funcionó y que no?
- ¿Por qué no dejar de fumar en el próximo mes?

Intervenciones para fumadores preparados para dejar de fumar. Programa de tratamiento: -

- 1- Fecha de abandono.
- 2- Tratamiento psicosocial.
- 3- Tratamiento farmacológico.

- 1- Fijar una fecha es 4 veces más efectivo que dejar gradualmente. Se recomienda que notifique a familiares y amigos. Es importante que no sea más de 30 días desde el momento que es pautada. El pico de motivación se sitúa a las 2 semanas de pautar una fecha.
- 2- Las estrategias psico-sociales provienen de la Psicología cognitivo-conductual, están destinadas a que los adictos conozcan las características de su adicción, modificar conductas de comportamiento y habilidades para manejar la abstinencia que le permita un cambio de estilo de vida. Hay materiales de autoayuda, líneas telefónicas, tratamientos por página Web, grupos de cesación, etc.
- 3- Los fármacos no sustituyen el componente psico-social. Esto es importante ya que la adicción tiene un componente de adicción física y componentes psicológicos y conductuales. Por lo tanto el cambio de comportamiento y el desarrollo de habilidades para hacerle frente es lo que permite la recuperación.

Las estrategias psicosociales incluyen:

1- Desarrollo de habilidades y solución de problemas. Consiste en modificar patrones de conducta en torno al consumo evitando situaciones vinculadas a la recaída. Consiste en resistir la compulsión y evitar los estímulos gatillo y sustituirlos por otros.

Se le informa sobre los síntomas de abstinencia, éstos son más fuertes las 2 primeras semanas.

2- Apoyo intra-tratamiento. Profesional o de pares. Es reforzar las motivaciones positivas para dejar de fumar, fortalecer las ventajas de la cesación, aumentar la auto-eficacia (autoestima) evitar mitos y racionalizaciones en torno al consumo (fantasías de control, justificaciones) prevenir problemas de la cesación (aumento de peso, irritabilidad, humor negativo) y ayudar a resolver estados de ambivalencia.

3- Apoyo social. Brindado por los familiares y amigos. Apoyo del entorno, colaboración de la familia, generar ambientes libres de humo y apoyar a otros fumadores a dejar de fumar.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Debe integrarse a las intervenciones psicosociales y no constituyen una acción aislada.

No debe darse tratamiento en etapas tempranas (Pre-contemplación – Contemplación) dado que la eficacia se reduce notablemente si el paciente no está preparado.

Hay que establecer un plan de seguimiento dado que el 80% recae en el primer mes y la mayoría en la primer semana.

Es importante remarcar que el síndrome de abstinencia va disminuyendo con el tiempo.

Debe hacer un trabajo en equipo de todo el sistema de salud. Todos los profesionales de salud deberían incentivar al paciente a que deje el hábito.

Está demostrado que la nicotina crea dependencia, tolerancia, compulsión y síndrome de abstinencia.

Es decir hay una triple dependencia (Química, Psicológica y Social) que la convierte en una adicción.

Los que intentan dejar de fumar solos, lo logran un 3%. El tratamiento aumenta la tasa de éxitos, disminuye los síntomas de abstinencia y es costo efectivo.

Se le debe ofrecer tratamiento a todo aquel paciente que este en la etapa de acción.

Para aumentar el numero de éxitos debe darse en el momento evolutivo adecuado (Decidido a dejar y fijar fecha).

Se debe acompañar con una estrategia conductiva – conductual (Individual o grupal)

El tratamiento farmacológico puede clasificarse de la siguiente manera:

Drogas de primera línea:

Tratamiento Nicotínico

Parches
Chicles
Aerosol nasal
Inhalador bucal
Tabletas sublinguales
Caramelos

No Nicotínico

Varenicline
Brupropion

Drogas de segunda línea:

Nortriptilina

Clonidina

} Poco efectivas

Nuevas drogas:

Methoxsalen	}	Etapa de investigación
Rimonabant		
Vacunas		

Terapia de reemplazo nicotínico

Consiste en administrar nicotina en una cantidad suficiente para disminuir los síntomas de abstinencia pero a dosis incapaces de generar dependencia.

- Reduce los síntomas de abstinencia.
- Reduce la ansias de fumar (CRAVING)
- Disminuye 50% la ganancia de peso.
- Reduce las recaídas.

La tasa de éxito a los 12 meses es del 15 al 25 %. Se indica cualquier forma farmacéutica. La elección dependerá de la disponibilidad, enfermedades asociadas, efectos adversos, preferencias del paciente, experiencia del médico y costos.

En la Argentina no hay cobertura médica que financie sus costos.

Cuando se da nicotina no se debe fumar por la posibilidad de efectos tóxicos por la suma de efectos.

Parches:

Terapia Transdérmica. Logran niveles de nicotina ascendentes con una meseta a las 4 o 8 hs. La concentración de nicotina es muy baja comparada con la liberada por el cigarrillo que a los 8 a 15 seg alcanza el SNC, no produce los efectos estimulantes inmediatos, lo cual es una desventaja.

Los parches disponibles en la Argentina vienen de 30 – 20 y 10 cm².

Conviene empezar con una dosis alta y reducirla lentamente.

La duración del tratamiento es de 8 a 12 semanas.

Un esquema podría ser:

21mg/24 hs = 30 cm².....4 semanas

14mg/24 hs = 20 cm².....2 semanas

7mg/24 hs = 10 cm².....2 semanas

Comenzar con 20 en fumadores de menos de 10 cig./día.

Efectos adversos:

- Reacciones cutáneas en zona de colocación 40% (prurito, eritema, ardor) leves. Las reacciones de hipersensibilidad son varias.
- Trastornos del sueño. Insomnio o pesadillas.
- Raramente nerviosismo, cefalea, vértigos, nauseas, dispepsias, artralgias

Contraindicaciones:

- Infarto reciente, arritmia ventricular, angor, embarazo o lactancia, hipersensibilidad a la nicotina, continuidad con el hábito de fumar.

Chicles:

Son de venta libre, vienen en distintos sabores dado que el sabor a la nicotina es picante. Vienen de 2 y de 4 mg.

El chicle está compuesto por nicotina unida a una resina iónica para que se libere lentamente al ser masticado. Se absorbe en la mucosa bucal, pasa a la sangre y llega al SNC. Alcanza al sistema nervioso a los 2 o 3 minutos, logrando la máxima a los 20 minutos. En los fumadores de más de 25 cig/día se recomiendan los de 4 mg. Se puede usar 1 por hora y no fumar.

Es importante enseñarle al paciente la técnica de masticación para mejorar la liberación de nicotina.

Efectos adversos:

Leves y transitorios: Inflamación de la mucosa, dolores mandibulares, irritación, mal sabor, hipo, náuseas, dolor epigástrico.

El tratamiento dura 3 meses.

Inhalador de nicotina:

Probablemente es más adecuado para los pacientes en que más predomina la dependencia gestual para satisfacer el rito mano-boca.

Es una boquilla plástica que contiene un tapón impregnado en nicotina.

Cada cartucho tiene 10 mg., llegan a la boca 4 y se absorben 2. Se logran niveles plasmáticos estables a los 30 minutos. Cada cartucho dura 1 hora y la cantidad de nicotina se relaciona con el número de pitadas.

Se usan 6 a 12 cartuchos por 8 semanas y se disminuyen durante las 4 semanas restantes.

Reacciones adversas: Sólo irritación.

Este producto no está disponible en la Argentina.

Spray Nasal:

Es el producto más rápido de todos los derivados de la nicotina y está disponible en el país.

Alcanza a la sangre a los 5 o 10 minutos brindando rápido alivio a los sistemas de abstinencia.

Se absorbe a través de la mucosa nasal.

Es muy útil en los fumadores severos pudiendo indicarse hasta una aplicación cada media hora al principio.

Dosis: Cada dosis tiene 0.5mg y 1 en cada orificio es 1 mg a 2 dosis/hora.

Es segura y se pueden usar hasta 40 dosis diarias.

El tratamiento no debe superar los 3 meses.

No se debe inhalar. Como efectos indeseables está la irritación nasal los 2 primeros días /94% que va disminuyendo.

Tabletas sublinguales:

Se absorben rápido, alcanzan niveles plasmáticos a los 30 minutos. No difiere demasiado de todos los otros productos. No está disponible en el país. Viene 2

mg. Si se quiere equiparar a caramelos o chicles, se usan 2. La dosis se reduce en 8 o 12 semanas.

Pastillas de Nicotina:

Es la de más reciente incorporación. Hay de 1, 2 y 4 mg de Nicotina. Se observa rápida absorción y el nivel en plasma se ve a los 30 minutos. Liberan más nicotina que los chicles y mayor concentración plasmática.

El caramelo se disuelve en 20 a 30 minutos, no se debe masticar ni deglutir. Enjuagarse la boca previamente.

Se usa el de 2 mg en fumadores que tardan más de 30 minutos en fumar al levantarse y de 4 mg en los que fuman al despertarse.

Se recomienda 1 cada 1 o 2 horas con reducción a lo largo de 3 meses.

Efectos adversos: Acidez o Hipo.

En pacientes con alto nivel de dependencia se pueden combinar dos formas de reemplazo nicotínico. Ej. Parches + Spray nasal.

BUPROPION

Es un antidepresivo y es el primer medicamento no nicotínico aprobado.

Inhibe la recaptación de Dopamina a nivel central y actúa sobre la dependencia y abstinencia, disminuyendo la ansiedad y compulsión al aumentar la Dopamina a nivel del núcleo Accumbens y además inhibe las neuronas del Locus Coeruleus/Noradrenergicas atenuando los síntomas de abstinencia.

Duplica las posibilidades de éxito con 2 comprimidos diarios de 150 mg.

Se comienza con 150 mg (1 comp) 7 días hasta el día elegido para dejar de fumar para que el fármaco alcance niveles adecuados en sangre. El tratamiento se sostiene 8 a 12 semanas con 1 comp. c/12 has.

Reacciones adversas:

- Reacciones alérgicas: cutáneas en el 1 al 3 %. Si aparece suspender el tratamiento para evitar formas más graves.

- Insomnio: no deben darse 1 comprimido del otro con un intervalo mayor a 8 hs y no dar el segundo comprimido cerca de la hora de acostarse.

- Trastornos psiquiátricos: son raros (confusión – paranoia o delirio – psicosis o manía).

No se recomienda su uso en pacientes con angor inestable o IAM.

Se metaboliza en el hígado por eso interfiere con todos los fármacos que tiene este metabolismo.

Está contraindicado en pacientes con convulsiones, bulimia y anorexia, alergia a la droga, diabéticos por riesgo de hipoglucemia.

Tratamiento combinado con terapia de reemplazo nicotínico

Puede aumentar la T. Arterial. En adictos severos se puede combinar.

VARENICLINE

Esta es la última droga que apareció en el mercado y es la más prometedora. Actúa sobre los receptores nicotínicos Alfa 4 Beta 2 del núcleo Accumbens

produciendo liberación de Dopamina (acción similar a la Nicotina) y atenúa los síntomas de abstinencia, sin crear dependencia..

Los efectos adversos son náuseas (28%) cefaleas (14%) y trastornos del sueño (12%).

Aparentemente las tasas de cesación son más altas que con Bupropion, no tiene las interacciones medicamentosas del mismo con lo cual se puede combinar con otras drogas y además se usa combinado con terapia de reemplazo nicotínico.

Se administra 0.5 mg por día los 3 primeros días, 0.5 mg 2 veces por día hasta el día 7 (Día elegido para dejar de fumar) hasta las 12 semanas.

El índice de cesación tabáquica a las 12 semanas es del 45 % aproximadamente.

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DEL TABACO

MINISTERIO DE SALUD

El programa Nacional de control de tabaco del Ministerio de Salud ofrece un enfoque integral de la problemática del tabaco abarcando los principales aspectos del alto consumo en la Argentina:

- Elevada accesibilidad a los productos de tabaco.
- Presencia de imágenes positivas del consumo.
- Exposición alta al humo del tabaco ambiental.
- Poca capacidad de los servicios de salud para la cesación tabaquística.

El programa comprende un conjunto de líneas de intervención que trabajan sobre estos cuatro determinantes y que se articulan para lograr el control de la problemática del tabaco en sus tareas principales.

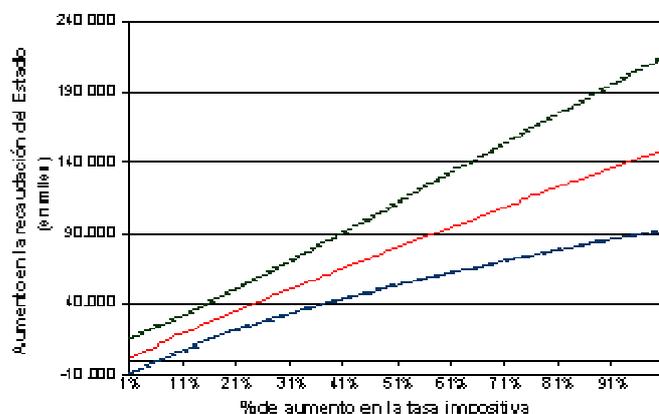
Prevención primaria, protección del fumador pasivo y cesación.

1. Regulación de la accesibilidad al tabaco

Objetivos:

- Aumentar los precios e impuestos a los productos del tabaco.
- Regular el tamaño mínimo de unidades para la venta del público.
- Prohibir las ventas del producto a menores de edad.
- Prohibir el expendio a través de máquinas u otros medios que faciliten el acceso a menores de edad.

Estudios económicos realizados de un reciente informe muestra que un incremento del 30 % en los impuestos reducirá el consumo un 10% en cuanto a los efectos de los ingresos fiscales.



La curva muestra que prácticamente cualquier aumento de impuestos superior al 6 % y hasta algo más del 100% provocaría un incremento en la recaudación fiscal.

de vida sin tabaco

2. Promoción de estilos

Se busca restringir la publicidad y comunicar mensajes que desincentiven el consumo y prevengan la iniciación.

Objetivos:

- Establecer normas que restrinjan al máximo la publicidad, patrocinio y promoción de productos del tabaco.
- Evitar la información distorsionada al consumidor.
- Ofrecer advertencias sanitarias efectivas a través de los envases y publicidad permitida de tabaco.
- Dar a conocer mensajes de contra-publicidad y re-significación del tabaquismo como adicción.
- Incorporar la prevención del tabaquismo y el control del tabaquismo pasivo en el desarrollo de proyectos educativos en la enseñanza básica.

Actividades:

- Realización de estudios sobre marketing y publicidad de tabaco.
- Elaboración y seguimiento de proyectos legislativos de nivel nacional, provincial y municipal u acuerdos con instituciones que contemplen la restricción o prohibición de la publicidad.
- Elaboración, prueba y difusión de piezas comunicacionales destinadas a la prevención y la re-significación del tabaquismo.
- Elaboración y diseminación de materiales educativos destinados a diferentes niveles escolares de niños y adolescentes.
- Apoyo al desarrollo de proyectos educativos en prevención y control del tabaco.

3. Promoción y regulación de ambientes libres de humo.

Los entornos libres de humo de tabaco se consideran el enfoque más económico y de mayor efecto en la lucha contra el tabaquismo debido a que:

- Reducen el consumo de tabaco entre los fumadores en aproximadamente 29%.
- Retardan el inicio a la adicción
- Protegen la salud de los no fumadores.
- Reducen costos de salud.
- Modifican la conducta social y disminuyen la aceptación social del consumo del tabaco.
- Mejoran la productividad al reducir el ausentismo por enfermedades relacionadas con el tabaco.

Objetivos:

- Proteger a las personas a la exposición involuntaria al humo de tabaco ambiental y promover los ambientes libres de humo. en las instituciones

públicas y privadas de nuestro país, en los hogares, medios de transporte y espacios de uso colectivo.

- Establecer normas que prohíban fumar en los ambientes laborales y públicos cerrados.

Actividades:

- Formación de multiplicadores y elaboración de guías prácticas, manuales y materiales de capacitación y comunicación destinadas a las siguientes áreas:
Hospitales y centros de salud.
Organismos públicos.
Municipios.
Universidades y escuelas.
Empresas.
Bares y restaurantes.
Hogares
Otros
- Registro nacional de empresas e instituciones libres de humo y tabaco. Desarrollo y aplicación del protocolo de observación y certificación. A su lanzamiento el 20/09/2004, se registraron más de 150 empresas, las cuales son visitadas para su acreditación por el ministerio de Salud y Ambiente.
A los 20 meses de su creación se registraron 670 instituciones anotadas y 300 certificadas. Se realizan periódicamente jornadas y talleres de capacitación para empresas libres de humo de tabaco.
Se capacita también a personal de obras sociales, universidades nacionales y otras instituciones.
- En mayo del 2005 se elaboro la guía Nacional de hospitales libres de humo de tabaco, destinada específicamente a las instituciones de salud públicas y privadas de nuestro país.
- Desarrollo de estudios y evaluaciones sobre la implementación de ambientes libres de humo.

4. desarrollo de servicios e incentivos a la cesación.

Objetivos:

- Promover la cesación tabáquica en la población.
- Promover el control del tabaco en la práctica regular de los servicios de salud.
- Promover el desarrollo de servicios de cesación tabáquica que faciliten el acceso a la población.

Actividades:

- Servicio telefónico gratuito de 0800 222 1002 para todo el país que funciona desde Febrero del 2004. Se espera poder ampliar y transformar

como línea procreativa para realizar el seguimiento de las personas que llaman a consultar.

Brinda información sobre:

organismo. Cuales son los efectos del cigarrillo en el

Porque es importante dejar de fumar.

Cuales son los beneficios de dejar de fumar

Que se puede hacer para dejar de fumar.

Donde se puede acudir para dejar de fumar.

- Pagina web www.dejodefumarhoy.gov.ar/recibe mas de 2.000 visitas mensuales dispone de información similar a la línea telefónica.
- Elaboración, publicación y diseminación de guías nacionales de cesación tabaquica en consenso con sociedades científicas. Las guías se elaboran en consenso con especialistas en el tema, para promover el desarrollo de servicios de cesación tabaquica en nuestro país. La guía recibió apoyo en más de 25 instituciones científicas, académicas y profesionales de primer nivel de nuestro país.
- Promoción, certificación y desarrollo de cursos de capacitación de recursos humanos en tratamiento y control del tabaquismo.
- Promoción de la incorporación del control y tratamiento del tabaquismo en la currícula de grado de medicina, psicología, enfermería y otras carreras de salud.
- Publicación y diseminación de materiales de auto-ayuda.
- Concursos. en la primera edición Argentina de abandone y gane 2004 participaron mas de 25.000 personas y en la segunda edición 36.000 personas.
- Creación en junio del 2006 del Registro Nacional de Servicios de Tratamiento de Tabaquismo.

El programa tiene una función rectora que se origina, desarrolla y sustenta dentro del marco del Ministerio de Salud y se fortalece a través de la creación de una red de equipos dependientes de los Ministerios de Salud de las Provincias, que se desarrollan y llevan a cabo en sus jurisdicciones las diversas estrategias, propuestas y acordadas a nivel general en el marco del Plan Federal de Salud.

La estrategia de intervención se establece con las orientaciones del Convenio Marco para el control del tabaco (CMCT) firmado en Septiembre de 2003 por el Presidente de la Nación.

Las acciones de estratégicas que atraviesan las líneas de acción y contribuyen al desarrollo del Programa y su sostenibilidad son:

1. Participación social, intersectorial e intergubernamental.
2. Comunicación social.
3. formación y capacitación.

4. Promoción de proyectos locales.
5. Estudios e investigaciones.
6. vigilancia.

Objetivos año 2007

- Consolidar en la opinión pública la percepción del tabaquismo como un problema de gran importancia.
 - Ratificar el Convenio Marco para el control del tabaco.
 - Promover la sanción de leyes para el control del tabaco a nivel nacional y provincial.
 - Disminuir la prevalencia en un 10%.
 - Favorecer la creación de ambientes libres de humo en el sector público y privado del país,
- Promover el abandono de la adicción a través del desarrollo de servicios, la ampliación de la cobertura e incentivos para la población.

TABAQUISMO Y LEGISLACION

La legislación es una herramienta efectiva que, combinada con otras medidas aplicadas

en forma simultanea, permite modificar conductas con el objetivo de retardar el inicio del consumo de tabaco, ayudar a los fumadores a dejar de fumar y proteger el derecho de los no fumadores.

Dada la magnitud de la epidemia del tabaco y sus devastadores consecuencias, la comunidad internacional representada por 192 países acordó en mayo del 2003 una estrategia mundial que se concretó en el Convenio Marco del Control del Tabaco de la OMS. Que es el primer tratado internacional de salud pública.

CONVENIO MARCO PARA EL CONTROL DEL TABACO:

Primer tratado internacional de Salud Pública.

Adoptado por unanimidad de los 192 países miembros de la OMS. En la 56 Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2003.

El CMCT. Ya ha sido ratificado por 151 países y entro en vigor el 27 de febrero del 2005.

Fue firmado por el presidente Dr. Nestor Kirchner el 25 de septiembre del 2003 en la sede de Naciones Unidas en Nueva Cork.

Para entrar en vigor en nuestro país debe ser ratificado por el Congreso Nacional.

PROPUESTAS DEL CONVENIO MARCO:

- .Reducir el consumo de tabaco mediante impuestos y políticas de precios.
- .Prohibir o restringir la venta o importación de productos de tabaco libres de impuestos y de derechos de aduana.
- .Implementar pautas eficaces de protección contra la exposición al humo de tabaco en lugares de trabajo interiores, medios de transporte públicos, lugares públicos cerrados.
- .Analizar y medir el contenido y las emisiones de los productos del tabaco.
- .Reglamentar la divulgación de información sobre los productos de tabaco.
- .Evitar expresiones como “Con bajo contenido de alquitrán” “Light” o “Suaves” en el empaquetado y etiquetado.
- .Incluir advertencias sanitarias que describan los efectos nocivos del consumo del tabaco, grandes, claras, visibles y rotativas.
- .Educar, comunicar, formar y concientizar al público, mediante un amplio acceso a programas eficaces, e integrales sobre los riesgos que acarrearán para

la salud, el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco, incluidas sus propiedades adictivas y el impacto ambiental.

.Sensibilizar a profesionales de la salud, funcionarios, educadores y otros actores de la sociedad.

.Prohibir toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.

.Si lo anterior no fuera posible constitucionalmente, prohibir la promoción por cualquier medio que sea falso o engañoso, exigir que toda publicidad vaya acompañada de una advertencia, y restringir el uso de incentivos que fomenten la compra de productos de tabaco por parte de la población.

.Adoptar medidas eficaces para promover el abandono del consumo y el tratamiento adecuado de la dependencia del tabaco.

.Luchar contra el comercio ilícito del tabaco haciendo que todos los paquetes o envases y todo empaquetado externo lleven una indicación que ayude a determinar su origen.

.Destruir los falsificados y de contrabando con métodos inocuos para el medio ambiente cuando sea factible.

.Prohibir la venta de tabaco a menores de edad.

.Proteger el medio ambiente y la salud de las personas.

La pronta aprobación y reglamentación de la ley será un paso decisivo para disminuir el tremendo impacto de una de las mayores causas de enfermedad y muerte en nuestro país.

UNA VISION DESDE LA AUDITORIA MEDICA.

ROL DEL ESTADO

EN EL CONTROL DEL HABITO DE FUMAR.

El consumo mundial de tabaco esta aumentando progresivamente. Las ultimas estimaciones 2006 indican que mas de mil millones de personas (1 de cada 3 adultos) son fumadores, perteneciendo el 80% de ellas a los países mas pobres y estimándose el numero de fumadores para el 2025 en mil seiscientos millones. Por otro lado en 2003 de las tres millones de muertes mundiales relacionadas al tabaquismo el 45% se produjeron en países en vías de desarrollo estimándose que para las 8,4 millones de muertes previstas para el 2020 la proporción aumentaría al 70%.

Podemos decir entonces que el consumo de tabaco se proyecta como la principal causa de muerte en el mundo.

En 1999 la OMS convoco al inicio de las negociaciones del primer tratado internacional de salud mundial de la historia, el Convenio Marco para el control del tabaco finalizaron en Marzo en Ginebra incluyendo a 160 países entre ellos a Argentina.

Puntos principales del Convenio.

En Argentina, 7% de lo recaudado en la venta de cigarrillos alimenta el Fondo especial del tabaco (180 millones de pesos anuales) subsidio administrado por funcionarios del estado que favorece el cultivo y la venta del tabaco.

Se promueve el uso de impuestos y políticas de precios como medidas eficaces para reducir el consumo de tabaco (art. 6 del convenio). El aumento del precio de los cigarrillos es la medida aislada más costo-efectiva para reducir las muertes por tabaquismo.

Dispone de medidas eficaces de protección contra el tabaquismo pasivo en lugares de trabajos y lugares públicos (art. 8).

Se dispone que el 50% y nunca menos del 30% de las superficies principales expuestas de los paquetes de cigarrillos estén ocupadas por advertencias sanitarias rotativas que describan los efectos nocivos del consumo del tabaco, pudiendo incluir o consistir en pictogramas (art. 11). En argentina las advertencias no son rotativas ni incluyen pictogramas y ocupan a lo sumo el 20% de las superficies.

El futuro inmediato.

El convenio podría haber sido mas fuerte pero la industria tabacalera lo debilito principalmente a través de la delegación de EEUU que cambio su posición inicial más favorable a la salud por otra mas pro tabaco al asumir la administración Bush, que habría recibido siete millones de dólares de las tabacaleras para la campaña presidencial.

Depende de toda sociedad pero especialmente de la presión que ejerzan las organizaciones no gubernamentales y los profesionales de la salud que trabajan para mejorar el bienestar de la población que los funcionarios políticos representen los intereses de la salud y no otros.

El tabaco como principal causa de muerte en el mundo y en Argentina debemos recordar que mueren 40.000 personas por enfermedades relacionadas con el hábito de fumar lo cual representa un 16% del total de las muertes de personas mayores de 35 años.

Como se puede prevenir la exposición?

Los riesgos para la salud no son solamente la presencia del olor y percepción del humo lo cual contiene sustancias, micropartículas dañinas para la salud.

La separación física de fumadores y no fumadores en un ambiente cerrado no tiene sentido ya que es el mismo humo el inhalado mezcla de aire limpio con el contaminado.

Por eso haremos mención a la importante ley sancionada por una Diputada del Pro para evitar estos inconvenientes sancionada recientemente la cual prohíbe fumar en lugares públicos, cerrados, restaurantes y confiterías en todo el ámbito de la capital federal.

DIGESTO DE LEGISLACION DE CONTROL DE TABAQUISMO

Leyes y Decretos Nacionales.

Ley N° 23.344 29.08-86 Boletín Oficial

Legisla sobre restricciones en la publicidad y promoción de tabaco, cigarrillos, cigarrillos y todo otro producto destinado a fumar. Determina la obligación de exhibir la leyenda:

“El fumar es perjudicial para la salud” en los envases de comercialización de dichos productos. No establece sanciones.

Ley N° 24.044 31-12-91 Boletín Oficial

Establece sanciones Ley Nacional 23.344/86 Vetada parcialmente por el decreto N° 2.721 23-12-91

Leyes, Ordenanzas y Resoluciones Provinciales.

1. Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires.

Ley N° 451 6-10-2000 Boletín Oficial Modificada por Ley N° 1799/05

Régimen de faltas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Establece sanciones por violación a publicidad prohibida y publicidad engañosa.

Ordenanza N° 50.985 25-11-96. Boletín Oficial

Prohíbe organizar o realizar sorteos, concursos, certámenes en los que intervenga el azar ofreciendo la entrega de premios regalos u otros beneficios que promuevan el consumo de tabaco.

Anexo I: Modelo Legislativo amplio de control de tabaco.

Este modelo contiene diversos aspectos de control de tabaco dirigidos a regular la oferta y la demanda de sus productos. Los contenidos y textos sugeridos son considerados básicos y necesarios para abordar la temática desde una perspectiva amplia de regulación, no excluyente de regulaciones posteriores más detalladas para el caso específico o más estrictas en la medida

en que existan condiciones económicas, sociales y políticas que así lo aconsejare,

Fundamentos:

El tabaco se encuentra universalmente reconocido como una de las mayores amenazas para la salud pública mundial y es responsable aproximadamente por la muerte de 5.000.000 de personas en el mundo, según últimos datos proporcionados por la OMS en el año 2002.

Los daños directos e indirectos que en la salud y en el entorno produce su consumo, afectan seriamente las economías de los países produciendo gastos y pérdidas mayores para los gobiernos, que los ingresos motivados por el empleo generado por la industria y la comercialización de sus productos.

En Argentina actualmente el tabaco mata a 39.000 personas por año según mediciones recientes del Ministerio de Salud y ocasiona gastos por costos en salud de aproximadamente 13 millones de pesos por día.

El objetivo de la Ley es reducir el consumo de los productos del tabaco, retardar el inicio de la adicción en jóvenes y niños y proteger a las personas contra la exposición al humo del tabaco mediante la regulación de la publicidad, su promoción y patrocinio, el contenido de los productos del tabaco, disposiciones sobre etiquetado y empaquetado, prohibición de venta a menores entre otras.

El impacto del tabaco en la mortalidad de la población argentina es realmente significativo. Basta pensar que 16 de cada 100 muertes son debidas a este flagelo. Los impactos más evidentes si consideramos que 1 de cada 5 muertes en hombres se pueden atribuir al tabaco y 1 de cada 4 si solamente consideramos aquellos hombres que tienen entre 35 y 64 años.

Con respecto a las causas responsables de esta mortalidad, el mayor peso en general lo tienen las enfermedades cardiovasculares. En el grupo menor de 65 años, sin embargo, el cáncer de pulmón representa la patología que mayor carga produce.

Carga Global de Enfermedad por Tabaquismo en la Argentina.

El tabaquismo es considerado una epidemia mundial con efectos devastadores sobre la salud de las poblaciones. Dado que el consumo de tabaco muestra una tendencia creciente a nivel mundial, especialmente en los países en desarrollo, se estima que, de no mediar un cambio importante en esa tendencia, se convertirá rápidamente en la principal causa de muerte y discapacidad provocando la muerte de 100 millones de personas en las dos primeras décadas del siglo XXI. Los países en desarrollo soportarán el 70% de esa carga de muerte.

El consumo de tabaco se asocia con más de 20 enfermedades. Algunas de ellas como ya lo describimos es el cáncer de pulmón, las bronquitis y el enfisema. Su consumo ha sido asociado asimismo con la elevada incidencia y gravedad de las enfermedades cardíacas. El tabaquismo en el embarazo ha sido vinculado con un mayor riesgo de aborto, bajo peso al nacer y retardo en el crecimiento fetal.

Conocer la carga de mala salud atribuible al consumo de tabaco en una población permite estimar los daños que se podrían evitar con la disminución o eliminación de ese factor de riesgo y diseñar estrategias de prevención.

El objetivo de nuestro trabajo es medir el impacto que el tabaquismo tiene en la salud de la población argentina mediante el indicador “Años de Vida Saludable”, este es un indicador que expresa en una unidad de medida única el impacto de la muerte prematura y de la discapacidad, es decir, la “Carga de la Enfermedad” de una población. Esta medida estandar permite comparar el daño producido por las distintas enfermedades y traumatismos y facilita así el establecimiento de prioridades según el impacto de los problemas de salud. Resulta de gran valor la posibilidad que brinda de comparar los resultados de la distintas intervenciones tendientes a evaluar su relación costo-efectividad. Este indicador se destaca además de incorporar otros conceptos que implican una innovación en los indicadores de salud, como son los valores sociales en torno a la duración de la vida, el valor de la vida a diferentes edades y la preferencia por el tiempo. Esta herramienta puede asimismo ser de gran utilidad para la medición de una “línea de base” a la hora de encarar campañas de reducción del tabaquismo o de otros factores de riesgo.

Objetivo General.

Medir la carga de mortalidad atribuible al consumo de tabaco en la Argentina mediante la construcción del indicador Años de Vida Saludables.

Objetivos Específicos.

1. Cuantificar las muertes prematuras ocurridas por patologías atribuibles al consumo de tabaco
2. Estimar la incidencia de enfermedades atribuibles al tabaquismo.
3. Establecer la carga global de enfermedad por tabaquismo mediante el indicador.

Material y Métodos..

Este indicador propuesto está compuesto por: los años de vida perdidos por muerte prematura y los años de vida perdidos por discapacidad. La medida común de ambos componentes es el Tiempo.

- a. Tiempo (en años) perdido por una muerte prematura.
- b. Tiempo (en años) vivido con una discapacidad.

De una determinada severidad y duración. De esta manera se adiciona el impacto de la muerte al de la discapacidad y se obtiene un indicador de la carga de enfermedad.

Población de estudio.

La población seleccionada para este trabajo es la población de 35 y más años de fumadores o ex fumadores. No se incluyeron los fumadores pasivos.

Procedimientos.

- 1. Identificar las patologías y problemas de salud cuya ocurrencia puede atribuirse al consumo del tabaco en la población estudiada.**

Para ello se consideraron experiencias realizadas a nivel internacional, estudios meta-analíticos por su mayor grado de confiabilidad. Se verificó la aplicabilidad de los resultados obtenidos a la realidad argentina.

- 2. Estimación de la fracción atribuible al consumo del tabaco**

Se adoptó como procedimiento de estimación la Fracción Atribuible Poblacional, que mide el porcentaje de casos de una enfermedad que puede atribuirse al consumo de tabaco. Este indicador fue elaborado teniendo como

insumos la prevalencia del factor de riesgo (habito de fumar) y el riesgo relativo que ese factor conlleva en la producción de cada una de las enfermedades seleccionadas.

Los riesgos relativos utilizados corresponder al del CPS-II de la American Cancer Society. Las prevalencias del tabaquismo corresponden a la encuesta del Sedronar (1999) con la elaboración de datos realizada por Conte Grand (2003).

3. Construcción del componente Años de Vida Perdidos por muerte prematura.

El procedimiento adoptado reconoció las siguientes etapas: Medición de la mortalidad por las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. Se obtuvieron las frecuencias de las defunciones realizando agrupamientos por sexo y por los grupos de edad definidos. Se aplicaron a esos datos los coeficientes de atribución al consumo de tabaco.

4. Elaboración del componente Años de vida Perdidos por discapacidad.

La valoración del tiempo de vida vivido con discapacidad por las patologías asociadas al consumo del tabaco requiere como insumos información sobre incidencia de la enfermedad, edad de inicio de las enfermedades, severidad de la discapacidad resultante y duración de la discapacidad.

Fuente de datos.

- . Egresos de establecimientos oficiales de la República Argentina.
- . Encuestas de utilización y coberturas.
- . Superintendencia de Servicios de Salud.
- . Población de la Obras Sociales y Provinciales.
- . Consultas a funcionarios.
- . Indec. Censo de población y vivienda año 2001.
- . Consulta de opinión de expertos.

Resultados.

Los resultados obtenidos en la población de estudio permitieron inferir que, de continuar con la situación actual y solo por las enfermedades en estudio, se perderán en la Argentina ochocientos venticinco mil años de vida saludable por las enfermedades producidas anualmente por el consumo del tabaco.

Años de Vida saludables perdidos por el consumo de tabaco según sus componentes. Argentina 2002.

Componentes	Nº	%
AVPM	292.908	35.5
AVD	531.896	64.5
AVISA	824.804	100,0

** AVPM: Años de vida perdidos por muerte prematura.

** AVD: Años de vida perdidos por discapacidad.

** AVISA: es un indicador que expresa en una unidad de medida única el impacto de la muerte prematura y de la discapacidad o sea la Carga de la Enfermedad de una población determinada.

Muertes atribuibles al tabaco: 526
Variación en la mortalidad: 2.66%

Finalmente podemos concluir este trabajo recomendando incluir sanciones en el cuerpo principal de la ley con la finalidad de evitar dilaciones en su cumplimiento. Se deberán garantizar recursos financieros para su aplicación y recursos humanos informados y debidamente entrenado. Las sanciones si bien deben ser cumplidas, al mismo tiempo, deberán ser suficientemente disuasivas como para evitar que la ley sea burlada o que se considere que el pago de una multa es mas beneficioso que el cumplimiento de sus preceptos.