



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE
HIDALGO**



Área Académica
de Odontología
U.A.E.H.

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE ODONTOLOGÍA**

**TABAQUISMO EN CLÍNICAS DE ENSEÑANZA DE
ODONTOLOGÍA**

T E S I N A
Que para obtener el título de
Licenciado(a) en Cirujano Dentista
P R E S E N T A

Julia Martínez Velázquez

Director: Dr. Alfonso Atilán Gil.

Coodirector: Mtro. Horacio Islas Granillo.

San Agustín Tlaxiaca, Hgo., Noviembre de 2010.



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Instituto de Ciencias de la Salud

Área Académica de Odontología

MTRO. JULIO CESAR LEINES MEDECIGO.
DIRECTOR DE CONTROL ESCOLAR
P R E S E N T E:

Manifiesto a usted que se autoriza la impresión del trabajo de investigación de la pasante **Julia Martínez Velázquez**, bajo la modalidad de **Tesina** cuyo título es: **“Prevalencia de tabaquismo en clínicas de enseñanza”**, debido a que reúne los requisitos de Decoro Académico a que obligan los Reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del Jurado.

Nombres de los Docentes Jurados	Función	Firma de Aceptación del Trabajo Escrito para su Impresión
Mtro. Horacio Islas Granillo	Presidente	
Dr. Alfonso Atitlán Gil	Primer Vocal	
C.D. Arturo José Islas Márquez	Segundo Vocal	
Mtra.Ma.de Lourdes Márquez Corona	Tercer Vocal	
Mtro. Carlo Eduardo Medina Solís	Secretario	
Mtra. Sonia Márquez Rodríguez	Suplente	
Mtra. Martha Mendoza Rodríguez	Suplente	

ATENTAMENTE
“AMOR, ORDEN Y PROGRESO”
Pachuca de Soto, Hgo. Noviembre de 2010.

C.D. JOSÉ LUIS ANTÓN DE LA CONCHA
Director del Instituto de Ciencias de la Salud

MTRO. HORACIO ISLAS GRANILLO.
COORDINADOR DEL ÁREA ACADÉMICA DE ODONTOLOGÍA

DEDICATORIA

Mi agradecimiento a Dios en primer lugar. A mi madre Consuelo Velázquez, a mis hijas Aremy y Arely, a mi esposo Pablo Vera y amigos, por su apoyo durante la elaboración de este trabajo.

A G R A D E C I M I E N T O S

Al Dr. Alfonso Atitlán Gil, por el tiempo y dedicación en la dirección del presente trabajo, labor irremplazable.

Al Mtro. Horacio Islas Granillo, mi gratitud por la colaboración en la elaboración de este trabajo.

Al Honorable Jurado, con respeto y admiración por el tiempo y consejos que compartieron conmigo, lo que contribuyó a la elaboración del presente trabajo.

INDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
OBJETIVOS	6
JUSTIFICACIÓN	7
CAPITULO I ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL TABAQUISMO	11
CAPITULO II PREVALENCIA DEL TABAQUISMO EN EUROPA	18
2.1 Estudio del tabaquismo en clínicas odontológicas de Europa	19
2.2 Estudios realizados en la Universidad de Murcia, España	20
2.3 Estudios de tabaquismo en Guanajay, municipio de España	23
2.4 Estudio comparativo entre España, Italia y Venezuela	26
CAPITULO III PREVALENCIA DEL TABAQUISMO EN ÁMERICA	30
3.1 Prevalencia del tabaquismo en Chile	33
3.2 Prevalencia del tabaquismo en Argentina	38
3.3 La práctica odontológica en relación con el tabaco en Venezuela	43

CAPITULO IV PREVALENCIA DEL TABAQUISMO EN MEXICO	48
4-1 Prevención de adicciones en escuelas preparatorias de la Universidad de Guadalajara	49
4.2 Prevalencia del tabaquismo en estudiantes michoacanos	51
4.3 Tabaquismo en estudiantes de las Ciencias de la Salud en México	53
4.4 Prevalencia de tabaquismo en clínicas de la UAEH	61
4.5 Afección bucal por tabaquismo	61
4.6 Efectos de la nicotina en el periodonto	62
4.7 Participación del odontólogo en la cesación tabáquica	65
CONCLUSIONES	69
BIBLIOGRAFÍA	72
ANEXO 1 Currículum personal	75

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es una adicción crónica generada por el tabaco, que produce dependencia física y psicológica como también un gran número de enfermedades respiratorias y cardíacas, esta adicción es reconocida como un problema de salud pública debido a que los daños a la salud son muy comunes provocando una alta mortalidad.¹

En el mundo existe una masa poblacional cada vez mayor en los grupos de la edad media y avanzada en los cuales las tasas de morbilidad relacionadas con el inicio del tabaquismo en edades tempranas son altas, estos elementos introducen al tabaquismo en el escenario de las 10 principales causas de mortalidad.¹

El consumo de tabaco y sus sustancias tóxicas en los individuos comienza con sensaciones desagradables, entre las que se encuentran tos, náuseas, e incluso vómitos, luego de un tiempo, los fumadores manifiestan sentir placer en su sabor y aroma, algunos de ellos sostienen que su consumo calma los nervios y en otras ocasiones funciona como un estimulante; siendo estos los efectos principales que produce la nicotina, dependiendo de la dosis que se consuma, de la actividad del consumidor y de su constitución física y psicológica.²

El tabaco afecta seriamente la integridad de la boca y la estética del rostro, por la magnitud de las lesiones que puede producir en zonas visibles.

La cavidad bucal es la que tiene el primer contacto con el tabaco y sufre su acción directa irritante por los componentes tóxicos del humo y la acción carcinogénica de los alquitranes, benzopirenos y nitrosaminas. Se producen lesiones a corto, mediano y largo plazo.

Algunos de los problemas causados en la boca por el tabaquismo son: manchas en los dientes, caries, disminución de las sensaciones del gusto y del olfato, halitosis (mal aliento), enfermedad periodontal, palatinitis nicotínica, leucoplasia, cáncer de la cavidad oral y cáncer de labio.

Además, en los fumadores los dientes tienden a mancharse gradualmente por la acción de la nicotina y el alquitrán. El humo de los cigarrillos contiene sustancias químicas que se adhieren fuertemente a las superficies dentales. El consumo regular de tabaco induce a modificaciones significativas en la mucosa oral. Estas consisten en la aparición de coloraciones y de lesiones diversas, pudiendo llegar a los carcinomas orales. El tabaco sobre los dientes produce coloración superficial (pardo amarronado) y favorece la aparición

de sarro dental. Las piezas dentales son pigmentadas, pues los productos del alquitrán, que hay en el humo, se disuelven en la saliva y penetran dentro del diente, atravesando el esmalte, llegando incluso hasta la dentina, donde se difunde la mancha. Su color puede variar desde el amarillo oscuro hasta el negro, según el tipo y cantidad de tabaco fumado. Con el tiempo las encías se empiezan a retraer, dejando expuesta la raíz del diente. Dicha retracción ocasiona la formación de un espacio entre la superficie del diente y la encía, en el que se acumulan bacterias y residuos de comida que dan lugar a la gingivitis. También el tabaquismo posee una acción sobre la salivación, la cual se ve aumentada, favoreciendo la mineralización de la placa bacteriana y por ende la formación de sarro. Los adolescentes fumadores están expuestos a un riesgo tres veces superior a lo normal de desarrollar una enfermedad periodontal al alcanzar la edad adulta.¹¹

Es por ello que los profesionales de la salud tienen un papel preponderante que desempeñar en el control del tabaco, ya que cuentan con la confianza de la población lo que les permite liderar iniciativas en el ámbito comunitario, pueden educar a sus pacientes sobre los daños provocados tanto por el consumo de tabaco como por la exposición pasiva al humo de tabaco ambiental, y también ayudar a los fumadores a superar su adicción. Los miembros del equipo de salud bucal, incluyendo los dentistas y auxiliares paramédicos, tienen una oportunidad única de educar a sus pacientes con respecto a los peligros para la salud del uso del tabaco y de los riesgos de desarrollar enfermedades bucales relacionadas con tabaco incluyendo cáncer bucal, enfermedad periodontal y problemas de cicatrización entre otras. Esto gracias a que el equipo de salud bucal tiene interacciones frecuentes y la posibilidad de continuidad de control con sus pacientes, que probablemente no busca otro tipo de atención médica. Por otra parte el reconocimiento de signos de uso de tabaco durante el examen bucal puede facilitar el inicio de una conversación sobre los efectos del tabaquismo. Ensayos clínicos han mostrado que la intervención de los odontólogos ayuda a los pacientes a abandonar el cigarrillo con índices de abandono que van de 10% a 44% dependiendo del grado de asistencia proporcionado.¹¹

Por otra parte, los dentistas pueden tener impacto no solamente en la cesación del hábito del consumo de tabaco, sino que también y más importante, en la prevención dirigida a los niños y adolescentes que atienden. El humo del cigarrillo entra al organismo por la boca y sale por esta y por nariz. Esta circulación del humo es una micro agresión continua que

afecta los dientes, cavidad oral, faringe, laringe, senos paranasales y parte superior del esófago, además de bronquios y pulmones. Generalmente el humo es inhalado a los pulmones donde se absorbe gran parte de la nicotina. Y también se absorbe, en menor medida, a través de la mucosa bucal, plexos sublinguales y de la piel, siendo en este caso la absorción variable y dependiente de varios factores, como son la temperatura y el pH cutáneos, el grado de humedad y de higiene personal, etc.³

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es innegable que el paciente fumador va a manifestar cambios en la cavidad oral, pues la boca es el primer lugar del cuerpo por el que se introduce el tabaco en nuestro organismo y por lo tanto el primer contacto que el fumador tiene con el tabaco, sustancia que en menor o mayor grado ocasiona cambios o alteraciones en los tejidos blandos y duros, condicionándose al tipo de tabaco, cantidad, calidad y forma de hábito, ya se mencionó anteriormente que las manifestaciones bucales en pacientes con tabaquismo son: pigmentación lingual, pigmentación dentaria, leucoplasia, mayor índice de caries y periodontitis, gingivitis ulceronecrosante aguda, disminución del gusto, halitosis y cáncer.

Realizar un diagnóstico, es con el fin de conocer la naturaleza de una enfermedad a través de la observación, de sus síntomas y signos. El servicio de diagnóstico estomatológico es el primero por el cual pasa todo paciente en la Clínica Odontológica. Se aplica la Historia Clínica, con la finalidad de diagnosticar e identificar todas las alteraciones y enfermedades del aparato estomatológico; se elaboran planes de tratamiento, derivando a los pacientes a las diferentes especialidades que brinda la Clínica Odontológica.

Por ello, es importante que el odontólogo pueda reconocer las alteraciones bucales producidas por el hábito tabáquico, para así poder realizar un diagnóstico temprano de esta adicción, para apoyar al paciente en el abandono del mismo, haciendo conciencia en él de las consecuencias y repercusiones que tendrá, no sólo en la salud bucal, sino en la salud en general.

Con base en lo dicho anteriormente, es importante responder la siguiente pregunta:

¿Cuál es la prevalencia de pacientes fumadores en clínicas de enseñanza?

El presente trabajo, intentará responder a ésta interrogante.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la prevalencia de pacientes fumadores en clínicas de enseñanza de odontología.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Describir los signos y síntomas para diagnosticar al paciente fumador en diferentes partes del mundo.

Analizar la importancia del personal de salud en el diagnóstico del paciente fumador.

JUSTIFICACIÓN

Hoy por hoy el tabaquismo es considerado más que un hábito, una enfermedad adictiva crónica, vulnerable a la recidiva a largo plazo y causante primario de discapacidad, enfermedades y de muertes prematuras en países desarrollados.

En el mundo mueren cerca de 5 millones de personas al año por enfermedades directamente relacionadas con el consumo de tabaco y la Organización Mundial de la salud (OMS), calcula que manteniendo el consumo actual para el año 2030, morirán aproximadamente 10 millones de personas por esta causa y 7 de cada 10 habitantes serán de los países en vías de desarrollo.

La nicotina es una droga altamente adictiva, que ataca al sistema nervioso central y periférico y está presente en el tabaco; al inhalarse el humo del cigarrillo, la nicotina es absorbida rápidamente y llega al cerebro. Las principales causas de muerte atribuibles al cigarrillo son cáncer, enfermedades cardiovasculares y pulmonares; el riesgo de contraer cáncer de pulmón es de 15 veces mayor en fumadores, quienes además tienen el doble de probabilidades de desarrollar enfermedades del corazón y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la cual incluye bronquitis y enfisema; además de una larga lista de otros cánceres, entre ellos el cáncer bucal.

Otras afecciones relacionadas con el consumo del cigarrillo son alteraciones en la función pulmonar, circulatoria, en el sistema inmune, envejecimiento, cataratas, degeneración macular, enfermedad de Crohn, diabetes tipo 2, disfunción eréctil, enfermedad periodontal, manchas dentarias, pérdida de dientes, exposición de superficies radiculares (recesión gingival), osteoartritis, osteoporosis, artritis reumatoide, dolor de espalda, problemas de salud mental, infertilidad, incremento del riesgo durante el empleo de anestésicos en cirugías, lentitud en la cicatrización de heridas postoperatorias y mayor vulnerabilidad a las complicaciones postquirúrgicas.

El uso del tabaco es un factor de riesgo para padecer cáncer oral, lesiones de la mucosa oral, enfermedad periodontal y problemas de cicatrización después de tratamiento periodontal, cirugía e implantes, además de recesión gingival, caries coronal y radicular. La evidencia disponible sugiere que el riesgo de enfermedad oral se incrementa en pacientes fumadores y su cesación puede resultar en disminución del riesgo, por otra parte la magnitud del efecto del tabaco en la etiología de las enfermedades de la cavidad oral es alta y los riesgos de cáncer bucal y enfermedad periodontal disminuyen con el incremento de los tratamientos para dejar de fumar, pudiendo resolverse algunas lesiones de la mucosa oral.

La cesación tabáquica proporciona grandes beneficios para la salud y disminuye los riesgos de muerte prematura, por ello los profesionales de la salud están obligados a intervenir siempre sobre el tabaquismo de sus pacientes, proporcionándoles un asesoramiento, apoyo y tratamiento farmacológico idóneo que les ayude a abandonar definitivamente el consumo del tabaco.

Se requieren políticas para reducir el consumo del tabaco y por ende disminuir la enfermedad periodontal y el cáncer oral; los tratamientos efectivos para prevenir el consumo del tabaco e incrementar la cesación, existen, están disponibles y necesitan una gran implementación, la Odontología puede proveer un campo efectivo en este sentido.

Por otra parte, el tabaco en todas sus formas, es el más importante de los factores que contribuye en la etiología de cáncer bucal. La intensidad de la combustión del tabaco en los tejidos bucales, como el paladar y la lengua, aumenta el riesgo de cáncer bucal, asociado también con factores como el tiempo fumando y la cantidad de tabaco que se fume.

La escasa implementación del consejo médico para dejar de fumar en nuestro medio, plantea la necesidad de desarrollar programas específicos de intervención mínima; Carrión Valero en el año 2000, realizó una encuesta a 501 pacientes que acudían a diferentes consultas médicas de cardiólogos, neumólogos, neurólogos, gastroenterólogos, otorrinolaringólogos y médicos internistas y encontró que el 22,9% de los pacientes (115

pacientes) eran fumadores y de ellos solo a 49 pacientes(42,6%), se les dio recomendación médica para dejar de fumar y al 57,4% (66 pacientes) restante no se les suministró ninguna información.

Dado el impacto del cigarrillo en el estado de salud periodontal, se ha considerado que los profesionales de la salud dental, deben incorporarse a las terapias de cesación en sus pacientes. El rol de los profesionales de la Odontología en la cesación tabáquica ha sido discutido incluyendo el uso de terapias motivacionales.

La Academia Americana de Periodontología establece que deben incluirse entre los parámetros de cuidado periodontal, la terapia de cesación tabáquica como parte del tratamiento periodontal, por otra parte el reporte de salud oral de los cirujanos generales en América anima a los profesionales de la Odontología a ser más activos en la cesación tabáquica ya que ello proporciona efectos beneficiosos sobre la salud bucal y general.

También el odontólogo debe incorporar la terapia farmacológica, incluyendo terapia de reemplazo de nicotina, siendo la más común los parches de nicotina, otras terapias con fármacos, así mismo terapias conductuales para cesación.

Los profesionales de la salud tienen un papel preponderante que desempeñar en el control del tabaco, ya que cuentan con la confianza de la población lo que les permite liderar iniciativas en el ámbito comunitario, pueden educar a sus pacientes sobre los daños provocados tanto por el consumo de tabaco como por la exposición pasiva al humo de tabaco ambiental, y también ayudar a los fumadores a superar su adicción. Los miembros del equipo de salud bucal, incluyendo los dentistas y auxiliares paramédicos, tienen una oportunidad única de educar a sus pacientes con respecto a los peligros para la salud del uso del tabaco y de los riesgos de desarrollar enfermedades bucales relacionadas con tabaco incluyendo cáncer bucal, enfermedad periodontal y problemas de cicatrización entre otras.

Con base en lo expuesto anteriormente, se pretende que el presente trabajo coadyuve en la formación de profesionales de la salud capacitados para la detección oportuna de los

pacientes fumadores en las clínicas de enseñanza del Área Académica de Odontología (AAO), pudiéndose tomar como referencia para la elaboración de un objeto de aprendizaje que ayude a los alumnos a reconocer los signos y síntomas propios de un paciente fumador, para su detección y apoyo en el abandono del hábito tabáquico.

CAPITULO I

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL TABAQUISMO

El nombre **tabaco**, para denominar a la misma planta, es explicado por uno de los primeros cronistas americanos, el padre Gonzalo Fernández de Oviedo y Valdez, quien en su obra “Historia general de las Indias” relata: “entre otras costumbres reprobables los indios tienen una que es especialmente nociva y que consiste en la absorción de una cierta clase de humo a lo que llaman “tabaco” para producir un estado de estupor”...”algunos absorben el humo por medio de una caña hueca, eso es lo que los indios llaman “tabaco” y no a la hierba.¹

Colón, afirman algunos cronistas, quedó sorprendido por aquellas costumbres, pues los indígenas la practicaban en ciertas ceremonias y no como una costumbre cotidiana y de placer, sino que se realizaban en ceremonias de paz y de purificación del espíritu, pues para ellos el uso del tabaco poseía poderes mágicos y agradaba a los dioses. El tabaco era considerado como panacea, ya que se utilizaba como un fármaco para combatir el asma, fiebres, convulsiones, trastornos intestinales o nerviosos, y también mordeduras de animales.

2

Hacia 1560 el tabaco era ya conocido en España y Portugal. En este último país, para esos años, se encontraba como embajador de Francia el caballero Jean Nicot, quien se interesó por la exótica planta. Cuando el mencionado embajador regresó a su país, llevó consigo hojas de tabaco para obsequiárselas a la reina Catalina de Medicis por lo que se le llamó “hierba de la reina”, “Nicotiana” o “hierba del embajador”.

2

2

En 1584 uno de los más célebres aventureros, Sir Walter Raleigh, fundó en América del Norte la colonia de Virginia y adquirió de los indígenas la costumbre de fumar en pipa. Personalmente fue el propio dicos de la época que “consideraba esta costumbre tan repugnante como dañina para la salud y para el cerebro, peligrosa para los pulmones”.

2

En otras naciones como Japón, Rusia, China, Turquía, se pasó de la sanción moral a medidas más drásticas. El sultán Murad IV mandó a ejecutar a numerosos fumadores. En 1638 las autoridades chinas amenazaban con decapitar a todo el que traficase con tabaco.

2

En el siglo XVIII apareció la moda del rapé. Algunos médicos lo acostumbraban a recetar como terapéutica contra el malestar de cabeza y también pare detener hemorragias.

2

Federico I fundó el “Tabaco collegion” que era frecuentado por altos dignatarios de la corte, donde se fumaba guardando una severa etiqueta.

2

En la segunda quincena de abril de 1778 el “estudio preliminar de Dais y Ripodas Ardanaz” dice: Zarpan de Cádiz rumbo a Montevideo, en las fragatas Carmen y Aurora, los integrantes de la que bien puede llamarse Expedición del tabaco; su misión era difundir el consumo del tabaco para la conservación de la salud pero no menos útil para las arcas de la Real hacienda. Su difusión fue importante en las provincias del norte, provincias conocidas como “Coqueras”.¹

La reina Victoria tenía una fuerte aversión contra los fumadores y se establecieron una serie de ordenanzas prohibiendo fumar a los integrantes del ejército real. En Berlín las autoridades prohibían fumar en espacios públicos, estas ordenanzas tuvieron vigencia hasta mediados del siglo XIX.

2

En 1828 dos científicos que trabajaban en la Universidad de Heilderberg, Posser y Reimann, consiguieron aislar un alcaloide de la planta de tabaco y a propuesta de Guisa bautizaron su descubrimiento con el nombre de Nicotina en honor del embajador francés Jean Nicot.¹

En este punto de la historia hizo su aparición el cigarrillo definido por ese entonces como: tabaco picado rodeado de fino papel. Este producto hechizó a pueblos como el francés y el

inglés, aunque se sostiene que su patria de origen fue España, donde lo denominaban “pitillo”. A partir de esta transformación el cigarrillo empezó a fumarse en todo el mundo.¹

En el siglo XX, y durante la primera guerra mundial, aumentó en forma notable el hábito de fumar y en especial la costumbre de consumir cigarrillos. El comandante en jefe de las tropas norteamericanas cablegrafió a Washington el siguiente texto: “el tabaco es tan indispensable como la ración diaria: necesitamos miles de toneladas de él sin demora”.

2

Estas palabras son lo suficientemente demostrativas para alarmarnos sobre el signo distorsionante en plena conflagración mundial, reclamaba al tabaco en un plano de necesidad similar al de los alimentos.

2

Los libros de historia cuentan que el tabaco ya era conocido por los nativos americanos antes de que los conquistadores lo llevaran como un gran descubrimiento a Europa.³

Como antecedentes de este curioso hábito se han encontrado registros que se remontan al siglo X. Entre ellos una vasija de origen Maya decorada con la figura de un humano fumando un objeto cilíndrico, grueso, hecho con hojas de tabaco enrolladas.³

Se cree que la palabra cigarro derivaría precisamente de los mayas, ya que el término sik´ar significaría fumar.³

Si continuamos recorriendo las culturas precolombinas, también los aztecas consumían el tabaco, lo hacían introduciendo en un pedazo de caña vacía, tabaco picado al que luego encendían.³

Los españoles introducen en su país la planta de tabaco en el siglo XVI y son los miembros de las clases sociales más altas quienes lo fuman en forma de cigarros. Doscientos años más tarde este hábito se dispersa por el resto de Europa y llega a Medio Oriente y Rusia.³

A fines del siglo XIX se comienza a industrializar el cigarrillo y así accede masivamente en la clase media.³

El significado de fumar también fue cambiando con las épocas. A principios del siglo XX el cigarrillo era privilegio único de los varones, símbolo de virilidad y distinción. En la década del siglo XX el cine mudo impone la figura femenina con un cigarrillo en la boca y premeditadamente o no, difunde el hábito de fumar a las mujeres que lo adoptan como símbolo de sensualidad y de frivolidad colocándolo en largas y elegantes boquillas. A partir de este momento, las tabacaleras comienzan a aumentar considerablemente sus ganancias.¹

La epidemia actual del tabaquismo tuvo su origen en los países más industrializados; se inició a finales del siglo XIX y se intensificó durante las primeras décadas del siglo XX. Dicho crecimiento se desencadenó al iniciarse la producción masiva de cigarros manufacturados. Muy pronto, y por razones básicamente económicas y de mercado, su utilización se popularizó. Los pitillos resultaban muy baratos para el gran público, a la vez que altamente rentables para los productores. Este cambio de dimensiones comerciales y el desarrollo de nuevas técnicas de promoción fueron los factores que permitieron a las empresas elaboradoras invertir enormes esfuerzos económicos y técnicos en sofisticadas estrategias publicitarias, en una época en la que no existía limitación legislativa al respecto.

1

Así, en muy poco tiempo el hábito de tabaco se ha generalizado en la mayoría de los países occidentales hasta alcanzar a más del 50% de la población adulta; lo que ha ocasionado uno de los problemas sociales más graves ya que afecta la salud de los fumadores y de los que lo rodean, este problema es susceptible a ser prevenido y al que tiene que hacer frente la sociedad moderna.¹

Los condicionantes que explican el despegue de este hábito masivo en la sociedad industrial de principios del siglo XX son los mismos en todos los países. Para describirlos se van a utilizar datos de lo sucedido en diversas naciones, incluida Guatemala, que por motivos de desarrollo, fue una de las últimas en incorporarse masivamente al consumo de esta droga.

2

En la mayor parte del mundo industrializado, el tabaco es la droga más accesible para cualquier ciudadano, ya sea adulto, joven o adolescente, tanto en lo que se refiere a la facilidad de adquisición como de consumo.⁴

Existen muchas formas de venta desde expendedurías, hasta máquinas automáticas situadas en locales públicos. Además, es legal la venta de tabaco en bares, restaurantes, comercios de alimentación, supermercados, hipermercados, etcétera. Esto hace que sea el único producto del mercado que se encuentra a mano en cualquier sitio y a cualquier hora del día o de la noche, por lo que supera de forma destacada al número de puntos de venta de otros servicios básicos como alimentos, productos de limpieza, periódicos y revistas, medicamentos y, por supuesto, libros, artículos para el ocio y tiempo libre, etc.⁵

La globalización ha logrado que este tipo de productos se han propagado fácilmente hasta lo más recóndito del mundo y mediante los anuncios y todo tipo de publicidad han logrado entrar en la mente de la gente y que sus productos sean muy demandados y usados, además de ser hechos un hábito de vida cotidiana hasta llegar a la necesidad, también el cigarro se ha vuelto una moda gracias al consumismo imperante en este Sistema Económico Neoliberal.⁴

El tabaco tiene principalmente dos ventajas de consumo sobre las otras drogas: es socialmente aceptada y es de consumo legal lo que contribuye a que sea más utilizado.³

El tabaquismo es una enfermedad causada por el consumo excesivo de tabaco, no sólo es un problema de salud pública sino también es un problema social ya que tiene efectos nocivos a la salud, no solo para las personas que lo consumen, sino de las que conviven con ellas.³

Esta enfermedad, considerada como una adicción de riesgo voluntario, es muy difícil de abandonar y controlar, por lo que una vez iniciado el hábito es muy difícil de dejarlo, ya que pasa a ser parte del de la vida de una persona, quien a veces a pesar de saber el daño que hace, no se da cuenta que a cambio de un rato de placer, de forma lenta, pero efectiva, el tabaco va ocasionando daños irreversibles en la mayoría de los órganos del cuerpo,

generando varias enfermedades crónicas y degenerativas y es causa de muerte prematura.³

Un problema severo del tabaquismo, es que produce no solo daños a la salud de los consumidores, sino también de las personas que los rodean, a quienes se conoce como fumadores pasivos, a quienes también ocasionan muchas molestias provocadas por el humo y el olor. También existen muchos riesgos en el crecimiento y desarrollo de los niños en gestación o durante la lactancia, cuando sus madres son fumadoras. Es importante el estudio del tabaquismo ya que esta adicción es la causante del 30% de los cánceres, genera o ayuda a desarrollar una serie de enfermedades especialmente en el aparato respiratorio, cardiovascular y gastrointestinal. El tabaquismo es el principal causante de muertes evitables alrededor del mundo, por lo tanto se debe trabajar en la concientización de dicho tema y en la prevención de tales enfermedades.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 4.9 millones de personas mueren al año como consecuencia del tabaco. Esa cifra podría alcanzar los 10 millones para el año 2030. Según las estadísticas, el cigarro mata a una persona cada 6.5 segundos.¹

La OMS desarrolló la Encuesta Global de Tabaquismo en los Jóvenes (GYTS por sus siglas en inglés) para observar el uso de tabaco entre los jóvenes, en países que usan una metodología y un cuestionario central comunes. El sistema de monitoreo de la GYTS tiene como objetivo mejorar la capacidad de los países para diseñar, implementar y evaluar los programas de control y prevención del consumo de tabaco. El financiamiento para la GYTS ha sido proporcionado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, la Agencia Canadiense de Salud Pública, el Instituto Nacional de Cáncer y la UNICEF.

La Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en los Jóvenes (GYTS, por sus siglas en inglés), un proyecto internacional de monitoreo establecido en forma conjunta por la OMS y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), les permite a los países analizar el consumo de tabaco entre los jóvenes y de esa manera darle dirección a la ejecución y evaluación de los programas de prevención y control del tabaco. La encuesta GYTS ha sido completada en 121 sitios en 76 países y la Franja de Gaza/Margen

Occidental, y ha recogido datos a nivel nacional en 52 países y a nivel de estados, provincias, regiones y ciudades en 24 países. Este documento informa sobre las diferencias entre los sexos en el consumo de tabaco, específicamente entre los jóvenes de las seis regiones de la OMS a nivel mundial. Dos hallazgos no esperados surgieron del estudio. Primero, que hay poca diferencia entre los sexos con relación al consumo de cigarrillos así como en el consumo de otros productos de tabaco. De 120 sitios que recopilaban información sobre la forma en la que fuman cigarrillos los varones y las jóvenes, más de la mitad (n=61) no reflejó diferencia entre los sexos. Para otros productos del tabaco, 82 de los 117 sitios (70.1%) no mostraron diferencia entre los sexos. Segundo, el análisis reveló el uso sorprendentemente alto de otros productos del tabaco con relación a los cigarrillos. Los hallazgos sugieren que los programas deben enfocarse ampliamente en todos los productos del tabaco, no sólo en los cigarrillos. Además, los programas requieren componentes especialmente dirigidos a cada uno de los sexos que se enfoquen en las consecuencias únicas para las mujeres, como los efectos en su sistema reproductivo. La falta de diferencias en el estudio resalta el crecimiento potencial de la epidemia del tabaco, especialmente entre las mujeres en los países en desarrollo en los cuales se encuentra la mayoría de sitios incluidos en este estudio.¹

El 21 de mayo de 2003 fue un día histórico para la salud pública mundial. En la 56a Asamblea Mundial de la Salud, los 192 Estados Miembros de la OMS adoptaron por unanimidad el primer tratado mundial de salud pública, el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Negociado bajo el auspicio de la OMS, éste es el primer instrumento jurídico diseñado para reducir las defunciones y enfermedades relacionadas con el tabaco en todo el mundo. Ahora es decisivo que los países firmen y ratifiquen el Convenio lo antes posible.⁵

En la actualidad, el consumo de tabaco es la principal causa de mortalidad evitable en el mundo. Habida cuenta de los 4.9 millones de defunciones anuales relacionadas con el tabaco, ningún otro producto de consumo es tan peligroso ni mata a tantas personas como el tabaco. Se está trabajando en tratados y leyes en donde se podrá proteger a miles de

millones de personas de las devastadoras repercusiones del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco.⁵

CAPITULO II

PREVALENCIA DEL TABAQUISMO EN EUROPA

Los primeros europeos que llegaron a América observaron que los indígenas fumaban en pipa las hojas del tabaco, y copiaron esta práctica y la llevaron a Europa a mediados del siglo XVI. Casi todo el tabaco se consumía en pipas, puros o como rapé. Este modelo cambió a comienzos del siglo XX, cuando cada fumador venía consumiendo más de mil cigarros al año. La actitud general de la sociedad era que el tabaco aliviaba tensiones y no tenía efectos nocivos (no se conocían). Durante la II Guerra Mundial los médicos recomendaban enviar cigarros a los soldados, por lo que se incluyeron en los lotes de raciones.¹

Sin embargo, los epidemiólogos no tardaron en observar que el cáncer de pulmón, poco frecuente antes del siglo XX, había aumentado de forma considerable a comienzos de la década de 1930. Algunas organizaciones iniciaron estudios comparando las muertes de fumadores con las de no fumadores durante un periodo de varios años, ya sea que murieran de cáncer o de otras causas. Por otro lado, los estudios experimentales con animales

demonstraron que muchas de las sustancias químicas contenidas en el humo del cigarro son carcinógenas.¹

Los análisis estadísticos realizados por los investigadores demostraron, por otra parte, que la exposición al humo del tabaco que sufren los fumadores pasivos está significativamente relacionado con algunas de las patologías analizadas, entre los fumadores pasivos son significativamente más frecuentes los ahogos nocturnos, las dificultades respiratorias tras la realización de esfuerzos físicos o el despertarse de noche debido a problemas respiratorios. El lugar en el que se produce la exposición al humo parece además particularmente importante ya que, mientras no se halló ninguna relación estadística entre las enfermedades analizadas y el tabaquismo pasivo en el hogar, el trabajar con compañeros fumadores se asoció estadísticamente al asma y a la práctica totalidad de las patologías respiratorias analizadas. Según los investigadores, una de las razones de estas diferencias puede estar en que, en el hogar, los fumadores pueden estar más dispuestos a no fumar, o a hacerlo en otra habitación, cuando otras personas manifiestan algún problema respiratorio.⁶

Los investigadores encontraron, por otra parte, una significativa relación entre el grado de exposición al humo y la prevalencia de enfermedades respiratorias: así, según los autores del estudio, cuando el contacto con compañeros fumadores se prolonga durante más de ocho horas, el riesgo de padecer alguna de las enfermedades señaladas se incrementa de forma significativa. Pese a ello, recientes estudios han puesto de manifiesto que la prohibición de fumar se incumple en casi la mitad de los lugares públicos en los que no está permitido fumar.⁶

2.1 Estudio del tabaquismo en clínicas odontológicas de Europa

Este estudio fue realizado para conocer el efecto del tabaco en pacientes no fumadores, por lo que fue llevado a cabo en 109 niños de 6 a 12 años, la mitad (51), fueron expuestos al tabaquismo pasivo y la otra mitad (58) no lo fueron. Al comparar los dos grupos, los investigadores encontraron que los niños expuestos al humo tienen índices más altos de cotonina (metabolito de la nicotina) en la orina y la saliva, así como en el fluido gingival. Al mismo tiempo, observamos en los niños expuestos al humo del tabaco que produce una

mayor pérdida de anclaje de las encías (lo que corresponde a una recesión de las encías a lo largo de la raíz, es decir, a un aflojamiento incipiente).⁷

Por lo expuesto anteriormente, es especialmente importante que los padres estén vigilantes para no exponer a sus hijos al humo del tabaco como palpante o prevalencia de la enfermedad periodontal, la cual se ha incrementado considerablemente en los últimos años al punto que todos los grupos de edad son población en riesgo, y sólo los mayores como sucedía anteriormente, ya que se comprobó que la exposición al humo del tabaco por los padres que fuman podrían aumentar la incidencia de aflojamiento en los dientes de sus hijos.⁷

El humo del tabaco es responsable de muchas enfermedades dentales y del periodonto, porque la boca es la primera línea de la exposición a toxinas en el humo. Durante el tratamiento, el fumar expone a la triplicación del riesgo de complicaciones de la herida quirúrgica, independientemente del tipo de cirugía: cirugía general, las muelas del juicio o los implantes. Dejar de fumar 6-8 semanas antes de la cirugía elimina este riesgo. Todos los profesionales de la salud deben ser conscientes de qué hacer con la etapa de preparación para el cierre y el manejo de la terapia de reemplazo de nicotina y otras ayudas para el abandono terapéutico. Por la frecuencia de sus contactos con los pacientes jóvenes, los profesionales son actores importantes en la lucha contra el tabaco, que se han movilizadado en muchos países, en torno al tema de la salud individual y la salud pública.⁷

Pero, ¿Qué es lo que realmente hace que fumar sea tan peligroso? La respuesta está en las diversas sustancias que contienen los cigarrillos, dentro de las que figura la nicotina, la cual después de haber sido inhalada, pasa a los pulmones y después entra a la circulación sanguínea y por lo tanto, llega hasta los finos vasos sanguíneos de las encías. Debido a las propiedades vasoconstrictoras de la nicotina, ya no hay suficiente sangre y por consecuencia, no hay un suministro suficiente de oxígeno y otros nutrientes y, en consecuencia, baja las defensas de los dientes y las encías, facilitando el asentamiento de bacterias dañinas que pueden causar una inflamación más profunda.⁸

2.2 Estudios realizados en la Universidad de Murcia, España.

Hay una nueva verdad científica que tal vez ignoran los fumadores: en comparación a los no adictos a la nicotina, ellos tienen entre 2.6 a 6 veces más probabilidades de contraer la enfermedad periodontal, comúnmente conocida como piorrea. Esta mayor o menor posibilidad depende del criterio empleado para definir esta patología, llamada también periodontitis.⁹

En esencia, es una infección bacteriana crónica que afecta a las encías y al hueso que soporta la dentadura. Cuando estos tejidos se debilitan, los dientes aflojan y, finalmente, caen.⁹

Según informa Roberto Von Krammer, cirujano dentista especializado en rehabilitación oral, numerosos estudios recientes demuestran que el fumar puede ser uno de los factores de riesgo más significativos en el inicio y progresión de esta patología. Con el tabaquismo no sólo aumenta el riesgo de padecer cáncer o trastornos cardíacos, sino también el que puedan aflojarse los dientes perfectamente sanos e intactos, destaca.⁹

La encía se inflama y, paralelamente, se reabsorbe el hueso. Al quedar entonces el diente desprotegido, existe la posibilidad de que se deposite placa bacteriana sobre la raíz de la pieza dentaria. Una vez que esa placa se calcifica (en aprox. 36 horas) ya no podrá ser eliminada mediante el cepillado dental.⁹

Explicó que el origen de esta enfermedad es multifactorial, pero que intervienen en su grado de respuesta la genética de cada individuo, la diabetes mellitus y el fumar.⁹

El odontólogo está particularmente preocupado por la juventud, ya que frecuentemente se comienza a fumar a partir de la pubertad o al final de la adolescencia. En su opinión, los jóvenes por la necesidad de representar una imagen madura o de rebeldía, son los factores que más predominan para adquirir este hábito.⁹

Precisa que mientras más temprano empiece la juventud a fumar, mayor será la cantidad de cigarrillos que fumarán, de modo que más difícil se les hará a futuro abandonar el tabaquismo. Es decir, estos fumadores precoces guardarán en su agenda orgánica una mayor cantidad de cigarrillos consumidos en el tiempo, con los consiguientes problemas a la salud.⁹

Los efectos nefastos del tabaco aparecen con prontitud en las encías, como se verificó, por ejemplo, en exámenes dentales efectuados en jóvenes que realizan su servicio militar en España. Se observó que a edad temprana (19 años en promedio) ya existen claros indicios de esta enfermedad en los que fuman.⁹

El especialista señala que varios estudios demuestran una marcada relación entre la cantidad fumada con la prevalencia y la severidad de la periodontitis. Enfatiza que un estudio sugiere que el fumar es un factor de riesgo más importante que el no obedecer a los cuidados de higiene oral o presentar una inflamación severa de las encías.⁹

Más aún, Roberto Von Krammer cree que el tabaquismo juega un rol muy significativo cuando la enfermedad es refractaria al tratamiento. Cuando ello sucede, un alto porcentaje de los pacientes son fumadores, acota. Los pacientes que optan por continuar con la costumbre de fumar no responden bien ni a los tratamientos periodontales ni a los implantes, recalca.⁹

En términos prácticos, los fumadores requerirán una mejor higiene oral y visitas pos tratamiento, más frecuentes. Perderán más dientes, más hueso y también más implantes que los no fumadores.⁹

En general, el status periodontal de ex fumadores está en un grado intermedio entre los que nunca han fumado y los fumadores presentes. Aunque el daño ocasionado por el tabaco no puede revertirse en estos casos, tales hallazgos sugieren que la cesación de fumar es igualmente beneficiosa para la salud dental.⁹

Los resultados del estudio realizado en la Universidad de Murcia, España, arrojaron lo siguiente:

- "Las personas que fuman tienen un mayor riesgo de infección después de la cirugía, y puede curar más lentamente", dijo el Dr. Arturo Sánchez Pérez, del Departamento de Periodoncia de la Universidad de Murcia. "Cuando un implante se coloca en un fumador, es más probable que fracase. Esto significa que la sonrisa de un paciente pueden verse afectadas negativamente, y la posibilidad de pérdida de masa ósea más en los alrededores de las encías y los dientes. "
- Fumar afecta negativamente el flujo de sangre al hueso y los tejidos circundantes y sobre las encías, lo cual afecta la cicatrización ósea. Implantes fallar debido a una falta de integración con los tejidos del hueso circundante. El estudio dio seguimiento a 66 pacientes mayores de 5 años, que recibieron 165 implantes. Ellos encontraron que el 15,8% de los implantes no en los fumadores, en comparación con 1,4% de los implantes en los no fumadores.
- "El consumo de tabaco ha demostrado ser un factor de riesgo para las enfermedades periodontales, que es la principal causa de pérdida de dientes en adultos," dijo a Dr. Preston D. Miller, DDS, presidente de la Academia Americana de Periodontología, "Esta investigación muestra que si quiere que su

implante dental para durar, no debe fumar. Además, el dentista tratante debe asegurarse de que sus pacientes son conscientes de ello antes de colocar un implante, y hacer hincapié en la importancia de dejar de fumar.⁹⁹⁹

2.3 Estudio de tabaquismo en Guanajay, municipio de España.

El tabaquismo ha sido identificado como el factor de riesgo ambiental más significativo en la enfermedad periodontal destructiva. Se realizó un estudio no experimental que comenzó prospectivo y continuó descriptivo; la muestra fue intencional de sujetos tipo, voluntarios, y la constituyeron 214 pacientes fumadores mayores de 19 años. Se agruparon los individuos atendiendo a la edad, grado de higiene bucal, estado periodontal y cantidad de cigarrillos que consumen diariamente. La intensidad del tabaquismo a medida que aumenta reporta mayores daños en la higiene bucal, así como en el estado periodontal.¹⁰

Se realizó un estudio observacional, que comienza prospectivo, continúa descriptivo, en adultos fumadores mayores de 19 años de edad del Consultorio 39 del médico de la familia en Guanajay, desde febrero del 2006 hasta septiembre del 2006.¹⁰

El universo estuvo constituido por los 1 116 adultos mayores de 19 años de edad del Consultorio 39 del médico de la familia en Guanajay. La muestra la constituyeron 642 personas que acudieron al servicio de la Clínica Estomatológica en el período antes referido, con el consentimiento previo para formar parte de la investigación y que cumpliesen los criterios de inclusión en la misma, los cuales fueron: adultos fumadores mayores 19 años de edad que acudan al Servicio de Estomatología de la Clínica Estomatológica de Guanajay en el período antes referido, con el consentimiento de integrar el estudio y que poseían al menos 6 dientes naturales.¹⁰

La información recogida se registró en un formulario con el objetivo de conocer las variables a estudiar. Los examinados se agruparon según edad, grado de higiene bucal, estado periodontal y número de cigarrillos fumados diariamente. Atendiendo a ésta última variable se consideró:

- Tabaquismo leve ----- 1-5 cigarrillos.
- Tabaquismo moderado ----- 6-10 cigarrillos.
- Tabaquismo intenso ----- más de 10 cigarrillos.

A cada paciente se le realizó el índice de higiene bucal (IHB) de Greene y Vermillón revisado por la OMS y se formaron 2 grupos: pacientes con placa y con cálculo, además se le aplicó el índice periodontal de Russell, revisado por la OMS, donde se consideran: el valor 0 como sano, los valores de 1-2 como gingivitis y 6-8 para la periodontitis.¹⁰

Se creó una base de datos en SPSS 10.0 para el procesamiento de todos los datos obtenidos, la cual se inició con la revisión y clasificación de los formularios, cuyos resultados se llevaron a tablas de contingencias según grupo de edad y práctica del tabaquismo. Como medida resumen para el análisis de las variables en estudio se utilizó el análisis porcentual; para determinar la asociación entre variables se empleó una dócima de hipótesis.¹⁰

En el referido estudio se concluyó que la intensidad del tabaquismo según grupo de edades nos muestra que de forma general la población examinada realiza una práctica intensa de este hábito, para el 41,1 %. Al analizar el comportamiento de la intensidad de esta práctica con respecto a la edad, los grupos de 35-59 y 60 años y más, experimentan un aumento progresivo de la intensidad del tabaquismo, lo cual no se comporta de la misma forma en el grupo de 20-34, donde el registro más significativo es el de leve tabaquismo, para el 43 %, por lo que podemos inferir que en esta muestra, a medida que se avanza en la edad, las personas afianzan la práctica de este hábito, con la consecuente intensificación del mismo. El papel que desempeña la edad en la iniciación del tabaquismo es de gran importancia para el conocimiento del profesional de la salud, pues el 88 % de los fumadores comienza a hacerlo antes de los 18 años y el 90 % de los jóvenes fumadores se hacen fumadores diarios antes de llegar a los 21 años.¹⁰

La forma más frecuente en que se manifestó la enfermedad periodontal fue la de periodontitis, con el 50,9 %. Es importante aclarar que esta prevaleció en los mayores de 35 años, lo que se corresponde con la evidencia epidemiológica que existe del comportamiento de esta entidad.¹⁰

En el análisis de la higiene bucal en el grupo de pacientes fumadores. Solo 4 pacientes tenían una higiene bucal óptima, pues no presentaban placa ni cálculo, lo cual se corresponde con el criterio 0 del índice aplicado. Los registros que prevalecieron en los examinados fueron la condición 4 y 6, para el 31,7 %, seguido por el 27,1 % de pacientes que presentaban una condición 5. Todos estos registros se corresponden con presencia de cálculo en las bocas de dichos pacientes y habla a favor de un continuo deterioro de la higiene bucal de los mismos. El comportamiento del parámetro higiene bucal con respecto a la edad, no aflora diferencias evidentes entre los grupos establecidos, ya que en todos los grupos de edades la condición que prevalece fue la presencia de cálculo.¹⁰

Se plantea que en estas edades, sobre todo a los 15 años, hay un ligero descuido de los hábitos de aseo. Este hecho se reconoce universalmente como una manifestación normal de la adolescencia y sin embargo, puede constituir una conducta de riesgo para el inicio y avance de la enfermedad periodontal.¹⁰

La higiene bucal de los fumadores en relación con la intensidad del tabaquismo se aprecia en la misma medida que el individuo realiza una práctica del tabaquismo más intenso, esto contribuye ostensiblemente en el deterioro de su higiene bucal. Muestra de lo antes planteado resultan los registros de higiene que poseen los pacientes con intenso tabaquismo, que todos poseen cálculos en sus diversas variantes, predominando el cálculo que cubre más de un tercio de la corona, para el 65,9 %. Al analizar el grupo clasificado como tabaquismo moderado, se observa que en su gran mayoría presentan cálculo o placa, pero esta se encuentra cubriendo más de 2/3 de la corona del diente.¹⁰

Se observa que en los casos de tabaquismo leve predominan los casos de gingivitis establecida, para el 55, 5% y 27,7 % de gingivitis leve, con un incremento de la severidad del proceso inflamatorio hacia la forma destructiva de la misma en los casos de moderado tabaquismo, ya que se obtuvo 31,9 % casos de periodontitis, así como el 87,5 % de casos para los de intenso tabaquismo, lo que reafirma una asociación significativa entre la intensidad del hábito y el estado de los tejidos periodontales.¹⁰

Estos estudios coinciden con la literatura revisada, según la cual la morbilidad por enfermedad periodontal se incrementa con el aumento a la exposición al tabaco.

Estudios realizados en la Universidad de Sevilla, España, muestran que el 43 % de los examinados fumaban entre 5 y 20 cigarros diarios, presentando un estado periodontal con diferencias significativas en el 26,85 % de los casos. ¹⁰

Trabajos llevados a cabo en diferentes partes del mundo han demostrado el efecto nocivo del cigarro en dependencia con la dosis. ¹⁰

Se han desarrollado también investigaciones que asocian el estado periodontal con el tiempo de exposición al hábito, que demuestran que los fumadores de más de 5 años presentan mayor recesión periodontal, mayor profundidad de las bolsas, mayor pérdida de la altura ósea, lesiones de furca y movilidad dental. ¹⁰

Finalmente, se concluyó que la prevalencia de la enfermedad periodontal es del 100 % de los examinados fumadores. La higiene bucal de los fumadores se encuentra muy comprometida; al aparecer en dicha población predominio del cálculo en una amplia extensión, y la intensidad del tabaquismo a medida que aumenta, reporta mayores daños en la higiene bucal, así como en el estado periodontal. ¹⁰

2.4 Estudio comparativo entre España, Italia y Venezuela.

El uso de tabaco en sus distintas formas ha sido claramente asociado a alteraciones sistémicas como cáncer y enfermedades cardiovasculares. En la cavidad bucal, es causa irrefutable de leucoplasia y eritroplasia y ha sido relacionado con halitosis, enfermedad periodontal, pigmentaciones de la mucosa y/o restauraciones y hasta fracaso de tratamientos con implantes dentales. Entre los profesionales de la salud, es el equipo odontólogo/higienista el que tiene mayor oportunidad de intervenir en la cesación tabáquica de la población, ya que la práctica odontológica comprende un contacto regular con los pacientes y los signos bucales producidos por el tabaco son evidentes para estos profesionales. Además, los odontólogos pueden causar un gran impacto en prevención de tabaquismo dada su constante relación con la comunidad. Lamentablemente la intervención de los odontólogos en el proceso de prevención y cesación del tabaquismo es muy poca y esto se deba posiblemente a la falta de capacitación de los estudiantes en los programas de odontología a nivel mundial. ¹¹

El odontólogo es capaz de ejercer un gran impacto en el tabaquismo a través de su contacto con los pacientes y la detección precoz de lesiones bucales.¹¹

El objetivo de este estudio fue determinar el conocimiento y la actitud de los odontólogos frente al tabaquismo en tres países distintos.¹¹

El estudio mencionado consistió en una encuesta que se realizó a 293 odontólogos, en Caracas (Venezuela) (OV), en Madrid (España) (OE), y en Milán (Italia) (OI). Fueron seleccionados profesionales con vinculación con la academia, con práctica privada, o con práctica privada exclusivamente. Fueron recolectados datos en relación a las siguientes variables:

- Género, edad y nivel de postgrado.
- Nivel de conocimientos en relación al diagnóstico y tratamiento del tabaquismo.
- Práctica de dichos conocimientos en la clínica.
- Participación en el diagnóstico o detección de cáncer bucal.

Los resultados arrojados fueron: doscientos noventa y tres odontólogos (93 OV, 90 OE y 110 OI) completaron la encuesta de 300 instrumentos aplicados (97,6% respuesta). 170 odontólogas (58,02%) y 123 odontólogos (41,98%) en total distribuidos entre los países de la siguiente forma:

63 (67,74%) mujeres y 30 (32,26%) hombres OV; 60 (66,67%) mujeres y 30 (33,33%) hombres OE y, finalmente, 47 (42,73%) mujeres y 63 (57,27%) hombres OI, con edades comprendidas entre 23 y 72 años (OV media edad $30,88 \pm 8,52$ años; OE media edad $27,96 \pm 7,005$ años, OE media edad $40,4 \pm 12,32$ años). Ciento sesenta y tres Odontólogos (55,63% población estudiada) refirieron poseer estudios de postgrado, distribuidos entre los países de la siguiente manera: 54 OV en las áreas de Operatoria y Estética, Medicina Bucal, Implantes, Endodoncia, Cirugía Bucal, Periodoncia, Estomatología integral del adulto, Docencia universitaria, Odontopediatría, Ortopedia funcional, Patología bucal, Prótesis. 64 OE en las áreas de Implantes y Estética, Periodoncia, Prótesis, Medicina Bucal, Odontología Conservadora, Endodoncia, Cirugía Bucal, Ortodoncia, Sanitaria, Cirugía Maxilofacial, Odontopediatría y Forense. 45 OI en las áreas de Odontoestomatología y Ortodoncia. Cuarenta y seis OE (51,11%) y 22 (20%) OI indicaron ser fumadores, mientras que tan solo 10 (10,75%) OV admitieron fumar.¹¹

Todos los fumadores consumían el tabaco de manera inhalada en cigarrillos. Ochenta (86,02%) OV, 66 (73,33%) OE y todos los OI refirieron preguntar y registrar en la historia datos relacionados con tabaquismo en la primera consulta del paciente. La mayoría motiva a sus pacientes a dejar de fumar, sin embargo, 72,04% (67) OV, 55,55% (50) OE y 100% OI no recomiendan ninguna terapia de apoyo. Entre las recomendaciones indicadas a los pacientes para dejar de fumar los odontólogos prescriben parches y chicles de nicotina, uso de caramelos sin azúcar, uso de hilo dental y cepillado, terapias psicológicas o referencias a otros médicos, entre otros. Sólo 7 odontólogos (2,38%) (2 OV y 5 OE) reconocieron el medicamento Bupropion pero ninguno lo había indicado. Finalmente, 137 odontólogos han diagnosticado cáncer bucal, de los cuales 108 eran OI.¹¹

Los odontólogos, independientemente de su país de origen, tienen una actitud positiva para participar activamente en el control del tabaquismo. Estudios previos coinciden en que el odontólogo intenta motivar a su paciente para cesar el consumo del tabaco en cualquiera de sus formas pero no tiene buen conocimiento sobre terapias cognitivas, conductuales o farmacológicas utilizadas para el tratamiento del tabaquismo.¹¹

Los odontólogos están conscientes de su responsabilidad en el tratamiento del tabaquismo y su prevención, sin embargo no se sienten lo suficientemente preparados para brindar dicha terapéutica. Esta situación es debido a la falta de entrenamiento a nivel de pregrado y/o postgrado y al poco énfasis que se hace al tabaquismo y el manejo del paciente en forma integral durante los estudios de odontología. La incorporación del tabaquismo en la plenitud de su estudio debe ser reforzada en el currículo de las escuelas de Odontología, e inclusive debe ser tema incorporado en los estudios de higienista dental.¹¹

Los higienistas dentales tienden a recomendar mucho más a los pacientes la cesación del tabaquismo, e inclusive los pacientes sienten más confianza y comparten mayor tiempo de consulta con higienistas que los odontólogos, sin embargo su adiestramiento en el área les impide dar un efectivo tratamiento al paciente. Para un verdadero impacto en el problema de tabaquismo se ha sugerido enfáticamente la inclusión de los siguientes aspectos en el currículo de odontología: Enseñanza de los efectos biológicos producidos por el uso de tabaco, historia del tabaco y aspectos socio-culturales

asociados a su uso, prevención y tratamiento del tabaquismo y desarrollo de habilidades clínicas para el manejo de pacientes con tabaquismo. ¹¹

Otros aspectos que han sido considerados en la falta de participación del odontólogo en la cesación del uso del tabaco son la falta de tiempo durante las consultas y la poca remuneración en términos del procedimiento. La consulta para dejar de fumar no debe ser un aspecto extra de la consulta odontológica, debe planificarse para tal fin y darle el tiempo que se estipule necesario para de esta forma garantizar un porcentaje mayor de éxito. La inclusión del odontólogo en el equipo de salud comunitaria, en cualquiera de sus niveles, es hoy día una obligación más que una opción, por lo que los cambios curriculares de las escuelas de odontología deben ser planificados para dar respuesta a este perfil que demanda la sociedad. La adquisición de competencias relacionadas al manejo del tabaco es, sin duda, congruente con la necesidad social y los cambios actuales del perfil del profesional de la salud. ¹¹

CAPITULO III

PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN AMERICA

El tabaquismo es una enfermedad que afecta la población mundial, sin distinguir fronteras, género, edad, estrato social o religión. Es la principal causa de enfermedad y muerte prematura prevenible, que se manifiesta en la región de América Latina como un grave problema de salud pública, con una cifra estimada de 120 millones de fumadores. Las estadísticas señalan que el tabaco es responsable de más de 25 enfermedades mortales e incapacitantes; del 90% de los casos de cáncer de pulmón; 30% de los casos de cáncer; 85% de los casos de bronquitis crónica y enfisema; 30% de las muertes por enfermedad cardiovascular y se estima que terminará con la vida de la mitad de sus consumidores crónicos.¹²

La adicción a la nicotina que genera el tabaco está considerada como una condición médica recurrente. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, menos del 5% de los fumadores que intentan dejar el tabaco sin apoyo se mantienen sin fumar al paso de un año. Dejar de fumar requiere de arduo trabajo y mucho esfuerzo, el apoyo médico es de vital importancia en este proceso para dejar el tabaco para siempre.¹²

Más de 400 latinoamericanos mueren cada día por causa del tabaco. A la fecha, se estima que hay 150 mil muertes anuales en América Latina y el Caribe por causa del tabaco. Los números están creciendo continuamente y en los próximos 25 años la cantidad de muertes se triplicará. Para el año 2020, el tabaco estará ocasionando el fallecimiento de 400 mil personas cada año; y es muy preocupante en esta proyección de las muertes causadas por tabaco, que una gran parte de ellas ocurrirán entre las mujeres.¹³

El paso de la transición epidemiológica en América Latina y el Caribe está entre las mayores en cualquier región en vías de desarrollo. Actualmente más personas mueren por enfermedades no transmisibles, muchas de las cuales son causadas por el tabaco, que por enfermedades transmisibles, condiciones maternas y prenatales y deficiencias nutricionales.¹³

En América Latina y el Caribe, la predominancia de enfermedades no transmisibles, ya aparente en 1990, se volverán más evidentes en las próximas décadas. Entre 1990 y el año 2020, las muertes ocasionadas por enfermedades crónicas se espera que se dupliquen y para esa época comprenderán aproximadamente tres cuartos del total de muertes en la región. Para el año 2020, habrá siete veces más muertes ocasionadas por enfermedades no transmisibles que por enfermedades infecciosas, comparándolo con el doble que ocurre en el presente.¹⁴

La prevalencia del fumar en América Latina y el Caribe es variable, pero alcanza 50% o más entre la población joven y en algunas áreas urbanas. Un significativo número de mujeres de la región han comenzado a fumar recientemente. Estudios llevados a cabo en un gran número de países de América Latina y el Caribe, indican que tres cuartas partes de los fumadores comienzan a hacerlo en las edades comprendidas entre los 14 y 17 años. Parece ser que existe un incremento de la prevalencia de fumar entre los adolescentes mayormente en áreas urbanas. Por el contrario, en poblaciones rurales, particularmente indígenas, se registra una relativamente baja prevalencia de fumar.¹⁴

En América Latina y el Caribe, el conocimiento público de los riesgos a la salud ocasionados por el uso del tabaco es generalmente bajo, así como los niveles de motivación para dejar de fumar.¹⁴

La publicidad y promoción del tabaco por parte de las compañías multinacionales que lo fabrican es muy prolífica a través de la región. Frecuentemente son patrocinadoras de eventos deportivos y culturales, sobre todo de aquellos con gran popularidad y aceptación entre los segmentos jóvenes de la población. En algunos de los países, los niños trabajan vendiendo cigarrillos por unidad así como en el cultivo del tabaco en áreas rurales.¹⁵

En general los profesionales de la medicina no están ampliamente informados acerca de los riesgos ocasionados por el consumo del tabaco. También existe una falta de programas dirigidos a la promoción de la salud. Esto resulta en una falta de conocimiento del público en general, lo que ayuda a reforzar una cultura en donde el

uso del tabaco es socialmente aceptable, dificultando esta actuación el avance de los programas del control del tabaquismo.¹⁵

A pesar de que muchos países de América Latina y el Caribe han aprobado legislaciones para el control del tabaco, éstas tienden a ser débiles y contienen muchos vacíos que funcionan en ventaja de las compañías de tabaco. En años recientes algunos países de América Latina y el Caribe tienen legislaciones fuertes para el control del tabaco, sin embargo muy pocas han adoptado programas y políticas comprensivas para el control del tabaco según las recomendaciones de la OMS.¹⁴

Debido al evidente impacto en la salud producida por el tabaco se torna fundamental conocer la prevalencia de tabaquismo, para así poder diseñar políticas de intervención dirigidas a su control.¹⁵

Para elaborar políticas de salud pública, es imprescindible un sólido sistema de vigilancia epidemiológica que proporcione datos confiables, reproducibles y sostenidos en el tiempo y garantice una adecuada monitorización de la efectividad de las Intervenciones que se lleven a cabo.¹⁵

Las revisiones sistemáticas deberían constituir una herramienta metodológica útil para la vigilancia. Sin embargo históricamente han sido aplicadas al campo de la terapéutica, sustentándose en las búsquedas exhaustivas de la literatura mundial. En contraposición creemos que una revisión sistemática puede ser una herramienta extremadamente útil para la valoración de estudios observacionales (como son los de prevalencia) con información acotada a un país.¹⁵

Esta nueva visión paradigmática de las revisiones sistemáticas amplía su utilidad a campos como la Salud Pública, permitiendo obtener información válida y exhaustiva que facilite el proceso de toma de decisiones sanitarias.¹⁵

No creemos que acotar la revisión a un país o a una región, invalide el concepto de “sistemática”, si desde el punto de vista metodológico se preserva su rigurosidad.¹⁵

En nuestro país, no tenemos conocimiento de precedentes similares, y creemos que este tipo de información contribuye al fortalecimiento de una salud pública basada en la mejor evidencia disponible en la región.¹⁵

En América Latina se han realizado numerosas encuestas de factores de riesgo, sin embargo, según reportan Silva y col, no existen datos confiables y válidos sobre la prevalencia de los factores de riesgo en dicha región³ debido a diversas fallas metodológicas.¹⁵

Para que las encuestas realizadas sean útiles desde el punto de vista de la vigilancia, los mismos autores proponen un instrumento con el que se evalúan los mínimos requerimientos metodológicos necesarios. Según este instrumento, y aplicado por los mismos autores a las encuestas de hipertensión arterial, se concluye que ninguna encuesta en población Argentina cumplió con los cuatro requisitos metodológicos básicos.¹⁵

A pesar de las advertencias, la población de fumadores sigue en peligroso aumento en todo el globo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) existen 1,3 billones de fumadores a nivel planetario, siendo los hombres los más adictos con un 47%.¹⁵

Una expansión que según el organismo internacional, en caso de que siga creciendo en el ritmo actual pasará a convertirse en la tercera causa más importante de mortalidad a nivel global.¹⁵

3.1 Prevalencia del tabaquismo en Chile.

El consumo de tabaco en Chile, es uno de los más altos de la región, afecta a hombres y mujeres; Y aunque los hombres presentan índices de prevalencia mayores que las mujeres, estas evidencian un progresivo aumento.¹⁶

El especialista broncopulmonar del Hospital Clínico Universidad de Chile, Dr. Felipe Rivera, comenta: “la lista de enfermedades asociadas a esta adicción es larga. El fumar afecta los sistemas cardiovascular, respiratorio y reproductivo y es la causa principal de cáncer en distintos órganos. El tabaquismo provoca enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad coronaria, males nutricionales, mayor incidencia en muerte súbita

y enfermedades pulmonares en recién nacidos, problemas en la cicatrización de heridas. El fumar se asocia al riesgo de angina, infarto agudo al miocardio, etc. Por eso se debe insistir a todo nivel y tempranamente sobre los daños que provoca el cigarrillo, no en vano cada año mueren en el mundo 5,4 millones de personas y en Chile la cifra ya alcanza más de 14 mil muertes por año”.¹⁶

“El tabaco es la principal causa evitable de muerte en el mundo. Pero la alarma hoy, es el aumento en el consumo entre las mujeres chilenas. Actualmente el consumo de tabaco en las mujeres jóvenes, en edad fértil ha aumentado y con esto sus riesgos de enfermar y morir a consecuencia de ello. Las mujeres que comienzan a fumar alrededor de la pubertad (12-15 años), tienen mayores probabilidades de desarrollar cáncer de mama antes de la menopausia, es decir más jóvenes, dado que el efecto cancerígeno del tabaco actúa sobre células que están en rápida multiplicación. También se incrementa el riesgo en la aparición de aterosclerosis; hipertensión, obesidad, diabetes, sedentarismo”, indica el Dr. Rivera. El especialista advierte, además, que las mujeres que fuman se exponen a perder los dientes a causa del efecto atrófico sobre las encías, envejecimiento prematuro por efecto sobre la piel y el pelo, la menopausia se adelanta varios años, hay también infertilidad, y daño en el aspecto personal: dientes y manos amarillos y mal aliento, el pelo se ensucia mucho más rápido, luce opaco y pegoteado, la voz se hace más ronca y viril, por eso se habla que el tabaco incapacita, enferma y mata lentamente.¹⁶

Según la OMS, Chile es el país con más alta prevalencia de tabaquismo en América Latina, con 42 por ciento de la población. Pero lo peor es que los niños chilenos son los mayores fumadores del mundo. Además, son más de cinco millones de chilenos los que sufren de tabaquismo, fumando en promedio ocho cigarrillos diarios.¹⁶

El tabaquismo constituye la principal causa de muerte evitable en el mundo y sigue siendo uno de los principales problemas de salud pública. Está asociado a más de 4 millones de muertes anuales en todo el mundo. La OMS ha informado que la prevalencia anual promedio de tabaquismo en el mundo es de aproximadamente 30%, con amplias variaciones territoriales, culturales y económicas¹. Según información reciente del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), organismo dependiente del Ministerio del Interior de Chile, la cifra de prevalencia anual

de consumo de tabaco en la última década (1994-2004) ha permanecido estable en hombres (de 43,3% a 44,8%) y ha presentado un significativo aumento entre las mujeres (de 35% a 40%) en el mismo período. Sin embargo, se ha producido un alarmante incremento en la prevalencia de tabaquismo en mujeres entre los 19 y 25 años; desde un 42,5% en 1994 hasta un 55% en 2004. Este aumento cobra mucha mayor importancia si se considera que muchas de las mujeres fumadoras en edad reproductiva continúan fumando durante el embarazo, en especial las más jóvenes. Aunque los efectos mortales de la exposición al humo de tabaco durante el embarazo, tanto en la salud de la madre como del hijo, sean ampliamente conocidos, existe muy poca información acerca de la prevalencia de tabaquismo durante el embarazo, en particular en poblaciones de bajo nivel socioeconómico. ¹⁶

Los datos anteriores se obtuvieron con la investigación que se llevó a cabo en el Hospital CRS El Pino, el cual atiende a pacientes provenientes del sector sur de Santiago (comunas de San Bernardo y El Bosque), Chile. En esta maternidad se atienden en promedio 3.800 partos anuales y sirve a una población de bajos recursos socioeconómicos. Cuatrocientas de estas madres fueron aleatoriamente seleccionadas para responder un cuestionario con preguntas relativas al tabaquismo activo (uno o más cigarrillos diarios) y pasivo (inhalación involuntaria de humo de tabaco por presencia de fumadores en su casa), dirigido en especial a tabaquismo durante el embarazo. Todas ellas fueron entrevistadas por un médico pediatra durante su hospitalización en los primeros días del puerperio. ¹⁶

El cuestionario incluía preguntas sobre el consumo de tabaco de las madres tales como: tabaquismo diario previo al embarazo (fumaba todos los días desde que empezó a fumar) y ocasional (fumaba "a veces"), tabaquismo en el puerperio inmediato (presencia de consumo de tabaco en el momento de la aplicación de la encuesta), tabaquismo durante el embarazo (1 ó más cigarrillos diarios), período de la gestación en que fumó (1°, 2° ó 3° trimestre), edad de inicio del tabaquismo, suspensión del consumo de tabaco debido al embarazo, exposición dentro del domicilio al humo de tabaco durante el embarazo y comorbilidades durante la gestación (anemia, colestasia, infección urinaria, toxemia, amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, diabetes gestacional, retardo del crecimiento intrauterino, u otros). ¹⁶

Además se registraron datos respecto a peso, talla, Apgar al primer y quinto minuto, y edad gestacional de los recién nacidos (RN). El peso de los RN fue obtenido en una balanza electrónica (Seca™ modelo 727), y se consideró como RN de bajo peso los que pesaban menos de 2.500 g. La clasificación de la edad gestacional como adecuados, grandes o pequeños se basó en la curva de crecimiento intrauterino de Juez et al. Por su parte se definió como prematuros a los menores de 37 semanas de edad gestacional.¹⁶

Dicho estudio fue aprobado por el comité de ética del Hospital El Pino y todas las madres firmaron el consentimiento plenamente informado previo a su participación, el estudio arrojó como resultado que de las 400 madres seleccionadas, 397 fueron satisfactoriamente encuestadas para este estudio. La prevalencia total de tabaquismo previo al embarazo fue de 68%, con un 45,1% de fumadoras diarias y 22,9% fumadoras ocasionales. Las madres fumadoras informaron que el 95,4% fumaba entre 1 y 10 cigarrillos/día; el 3,2% fumaba entre 11 y 20 y el 1,4% fumaba más de 20 cigarrillos/día. Con respecto a las mujeres que fumaban antes del embarazo y que también fumaron durante éste, el 50,3% era fumadoras diarias y sólo el 9,6% eran fumadoras ocasionales. El 43,3% de las madres fumadoras que dijeron haber dejado de fumar cuando supieron que estaban embarazadas, fumaron posteriormente en el transcurso del embarazo, sin que hubiera concordancia entre dejar de fumar por embarazo y no fumar durante el embarazo.¹⁶

La prevalencia total de tabaquismo durante el embarazo fue de 28%. En relación a la prevalencia por trimestre, se observó una disminución significativa en la prevalencia de tabaquismo durante el embarazo con un 27% en el primer trimestre, 14,6% en el segundo y 12,3% en el tercero. La prevalencia de tabaquismo durante el embarazo entre las madres adolescentes fue significativamente mayor que entre las madres mayores de 19 años (46,7% versus 26,7%); hubo también una proporción significativamente mayor de madres adolescentes entre las madres que fumaron durante el embarazo en relación con las madres no fumadoras (18,9% versus 8,4%). Sin embargo, no hubo diferencia significativa entre la edad promedio de las madres fumadoras (24,3 años, IC95% 23,1-25,6) y no fumadoras (25,3 años, IC95% 24,5-26,1) durante el embarazo.¹⁶

Las madres fumadoras durante el embarazo también estuvieron significativamente más expuestas al humo de tabaco dentro del domicilio en relación a las no fumadoras (79,3%

versus 65,7%), con una prevalencia total de tabaquismo pasivo de 68% para el total de la muestra seleccionada. Se destaca el alto porcentaje de madres no fumadoras (59%) que estuvieron expuestas al humo de tabaco dentro del domicilio durante su embarazo. El porcentaje de madres que ya había fumado uno o más cigarrillos por día en los primeros días después del parto fue de un 12,6% y todas fueron madres que fumaron durante el embarazo.¹⁶

Esta investigación demostró que la prevalencia total de tabaquismo durante el embarazo en esta población de madres de bajo nivel socioeconómico fue de 28%, tan alta como la informada recientemente en países desarrollados y mucho más alta que el 4,7% descrito en México. En nuestra muestra, la prevalencia de tabaquismo diario previo al embarazo fue 61,3% siendo esa cifra mayor que la recientemente informada por CONACE que indica una prevalencia de 55% en el año 2004 en mujeres chilenas de 19-25 años (rango de edad de mayor prevalencia). En Estados Unidos, las variaciones de la prevalencia del tabaquismo en embarazo oscilan entre 15,8% y 38,5%.¹⁶

99

Los efectos del consumo de tabaco durante el embarazo y su impacto en la salud del RN son abundantes y entre ellos se destacan el bajo peso al nacer, retardo de crecimiento intrauterino, el aumento de la tasa de aborto espontáneo y partos prematuros, el aumento de la morbilidad perinatal, síndrome de muerte súbita en lactante, disminución de la función pulmonar el primer año de vida, mayor riesgo de desarrollar asma en la niñez y mayor morbimortalidad por enfermedades respiratorias en la infancia. Aunque en nuestro estudio no hubo diferencias significativas en los parámetros antropométricos de los RN de madres que fumaron o no durante el embarazo, el grupo de RN cuyas madres fumaron en el embarazo tuvo en promedio 100 g menos de peso al nacer que los niños del grupo no expuesto.¹⁶

Está demostrado que la nicotina es un vasoconstrictor placentario y que reduce el flujo sanguíneo intravelloso ocasionando una disminución del aporte de nutrientes y oxígeno para el feto. Además la placenta de la madre fumadora es más pequeña, tiene mayor incidencia de infartos y demuestran con mayor frecuencia signos de perfusión inadecuada, lo cual revelaría el profundo efecto vascular de los derivados del tabaco. Nuestro estudio, al demostrar que los recién nacidos de madres que eran fumadoras diarias antes del embarazo tienen un menor peso de nacimiento y una mayor frecuencia

de retardo de crecimiento intrauterino, independientemente de si dejaron o no de fumar en el embarazo, sugiere un efecto muy precoz y persistente del tabaco sobre las estructuras vasculares del complejo útero-placenta-feto. De esta manera sería razonable inferir que en las mujeres fumadoras en edad fértil, posiblemente los mecanismos responsables del efecto del tabaquismo materno sobre los RN (y también posteriormente en la niñez) estén establecidos antes del embarazo o en etapas muy iniciales de la gestación. Esto podría explicar, al menos en parte, el hallazgo de este estudio en el sentido que las madres que eran fumadoras diarias antes del embarazo dieron a luz recién nacidos con un peso promedio significativamente menor que el de los niños de madres que eran fumadoras ocasionales y de aquellas no fumadoras. En nuestro estudio el hecho que las madres suspendieran o no el tabaquismo al saber del embarazo no estableció diferencias en términos de peso de RN, patología asociada al embarazo, ni en el tipo de parto. ¹⁶

En conclusión, este estudio descriptivo demostró que el 28% de las mujeres embarazadas de bajo nivel socioeconómico fuma durante la gestación. El porcentaje de tabaquismo durante el embarazo en la población estudiada es tan alto como los descritos en mujeres embarazadas de países desarrollados. Destacan la mayor prevalencia de tabaquismo durante el embarazo en madres adolescentes y el alto porcentaje de mujeres embarazadas, fumadoras y no fumadoras, expuestas a humo de tabaco en sus hogares. Los resultados de este estudio también se suman a la amplia evidencia existente acerca del efecto deletéreo del consumo de tabaco materno en la salud de las madres y de los recién nacidos. ¹⁶

3.2 TABAQUISMO EN ARGENTINA

Al igual que en Chile, en Argentina se realizó un estudio similar al descrito anteriormente, pero la diferencia con el anterior es que en éste, los encuestados fueron médicos, Dicho estudio fue realizado durante los meses de abril a julio de 2004. Se evaluaron 6.497 médicos de ambos sexos y de distintas especialidades, que fueron seleccionados en forma aleatoria simple en todo el país. ¹⁷

Se definió fumador al sujeto que consumía con regularidad al menos un cigarrillo diariamente, que lo había hecho como mínimo durante un año y que había fumado el

último año. Se consideró ex fumador al individuo con antecedentes de tabaquismo pero que no había fumado durante el último año. Se consideró no fumador al que nunca había fumado.¹⁷

Los datos fueron recolectados por los investigadores a través de un cuestionario estructurado que incluía, entre otras, las siguientes variables: tabaquismo, actividad física, índice de masa corporal (IMC), antecedentes de hipertensión arterial (HTA), dislipidemia, diabetes (DBT) e historia familiar de coronariopatía. Se recogió el antecedente de infarto de miocardio (IAM) y de revascularización coronaria mediante angioplastia o cirugía. Se definió actividad física a la realización de caminatas o cualquier deporte durante al menos 30 minutos, tres o más veces por semana. Se consideró hipertenso, dislipidémico o diabético al que tenía conocimiento de que padecía esa enfermedad o que recibía tratamiento específico. El IMC se calculó mediante el índice de Quetelet (kg/m^2); el peso y la altura de los médicos se obtuvieron a partir de los datos aportados por ellos mismos en el momento de la encuesta. Se consideraron tres estratos: índice menor de 25, de 25 a 29,9 (sobrepeso) e igual o mayor de 30 (obeso). Se consignó el antecedente familiar de enfermedad coronaria en los que referían a padres o hermanos con antecedentes de infarto agudo de miocardio.¹⁷

Se solicitó información sobre el número de cigarrillos consumidos por día, edad de inicio, lugares en donde se fumaba y si se hacía en áreas no autorizadas, el tiempo transcurrido desde el despertar hasta el encendido del primer cigarrillo, si se fumaba durante alguna enfermedad y el consumo de tabaco durante el embarazo. Se investigó la presencia de antecedentes de familiares fumadores y se analizó la prevalencia de algún tipo de capacitación en tabaquismo, ya sea como cursos formales o reuniones informativas, la frecuencia con la que el médico aconsejaba a sus pacientes fumadores el abandono del tabaco y la utilización de fármacos para lograr la cesación del hábito de fumar.¹⁷

La prevalencia de los médicos no fumadores fue del 47,6%, la de los ex fumadores del 22,4% y la de los fumadores del 30,0%, que consumían un promedio de 13,9 cigarrillos diarios. El porcentaje de mujeres fumadoras fue del 31,0% y el de los hombres, del 29,4% (OR 0,93 [IC 95% 0,83-1,04], $p = 0,18$).

Observamos además que entre los médicos que se desempeñaban en las áreas de urgencia, la probabilidad de ser fumadores era el 21% superior en relación con los médicos que no lo hacían (OR 1,21 [IC 95% 1,08-1,35], $p < 0,0001$). En nuestra muestra se observó que entre los médicos fumadores la presencia de antecedentes familiares de tabaquismo fue más frecuente de manera significativa en lo que respecta a ambos padres, a los hermanos y a las parejas. La probabilidad de que los hijos mayores de 15 años de los fumadores y ex fumadores fumen es casi cuatro veces superior respecto de los hijos mayores de 15 años de médicos no fumadores (OR 3,90 [IC 95% 3,18-4,77], $p < 0,00001$). El consejo de los médicos a los pacientes fumadores para que abandonen el consumo de tabaco era dado en todas las consultas u ocasionalmente por el 94% de los facultativos. Entre los que siempre lo brindaban, los médicos ex fumadores lo hacían con mayor frecuencia (81%), con relación a los médicos fumadores que refirieron hacerlo (59%) ($p < 0,00001$).¹⁷

En la muestra, la edad de comienzo del tabaquismo fue de aproximadamente 18 años (fumadores $18,2 \pm 4,2$ años y ex fumadores $17,8 \pm 3,9$ años, $p = 0,006$). El 36,1% de los médicos consumían 20 o más cigarrillos por día. Más del 40% de los médicos fumaban al despertar, el 76% lo hacía por la mañana y casi el 30% cuando padecían alguna enfermedad. El 72% de los médicos fumadores lo hacían durante su trabajo en el hospital y más del 30% fumaban en zonas prohibidas. Entre las mujeres fumadoras, el 15,5% lo hicieron durante el embarazo. En el caso del tratamiento combinado de parches de nicotina y de bupropión, la indicación por parte de los profesionales con capacitación fue cuatro veces superior.¹⁷

En esta muestra de médicos de la Argentina, la prevalencia de fumadores fue del 30,0% y de ex fumadores, del 22,4%. En concordancia con otros estudios, se observó una proporción ligeramente mayor de mujeres entre los fumadores y de hombres entre los ex fumadores, que además tenían más edad y más factores de riesgo vascular asociados. La proporción de médicos fumadores fue inferior a la tasa de tabaquismo de la población general de nuestro país, que según los relevamientos realizados oscilaría entre el 33% y el 39% de los adultos.¹⁷

En otros países, el porcentaje de los médicos fumadores también fue inferior a la de los fumadores de la población general. Sin embargo, en los países más desarrollados, esta

diferencia es mayor. Por ejemplo (prevalencias aproximadas de tabaquismo en médicos y en población general, respectivamente): Holanda 6% y 40%, Finlandia 5,5% y 23%, Suecia 6% y 18%, Japón 17% y 35%, Estados Unidos 4% y 23%.

Debe llamar la atención que aproximadamente un tercio de los profesionales de la Argentina fuman y que un número importante de ellos reúnen criterios de dependencia moderados a mayores.¹⁷

Se observó una proporción mayor de fumadores entre los que cumplen funciones en áreas de urgencia. Esto podría relacionarse, entre otras causas, con las características de las tareas, la tensión emocional y el horario prolongado de trabajo. Se registró una prevalencia baja de fumadores en los cardiólogos y los neumólogos en relación con las otras especialidades clínicas; una observación similar fue realizada en el registro de médicos del Área Metropolitana de Buenos Aires y también por Tessier y colaboradores, lo cual podría estar relacionado con una mejor comprensión y una mayor concientización del riesgo que genera el consumo de tabaco.¹⁷

Resulta llamativo que la mayor proporción de fumadores se encuentren entre aquellos que al desempeñarse en especialidades quirúrgicas pueden tener la posibilidad de observar directamente las lesiones anatómicas producidas por las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, como son las patologías neoplásicas, en sus distintas localizaciones, o las vasculares.¹⁷

El médico, a través de sus consejos y actitudes, debe ser ejemplo para sus pacientes, para estimularlos y ayudarlos a adoptar hábitos de vida saludables y de esta manera evitar el desarrollo de enfermedades. Los pacientes, al observar que sus médicos fuman, pueden interpretar erróneamente que el tabaquismo no es perjudicial para la salud, de modo que es importante que los médicos abandonen el consumo de tabaco por la influencia que ejercen naturalmente sobre sus pacientes.¹⁷

El 94,3% de los médicos daban consejo a sus pacientes para dejar de fumar en forma ocasional o frecuente y la proporción de los médicos ex fumadores y no fumadores fue superior a la de los médicos fumadores. En otros registros se pudo observar que la frecuencia de profesionales que brindaban consejo a los pacientes tabaquistas fue variable. Es importante para la salud pública la enseñanza sobre los efectos del

tabaquismo y el entrenamiento a los médicos en métodos para dejar de fumar, ya que la actitud del profesional con respecto al tabaco va a estar en relación directa con la información que ellos tengan.¹⁷

Existe una gran asociación entre la capacitación en tabaquismo y la frecuencia del consejo médico y/o la utilización de tratamiento farmacológico para dejar de fumar. En este estudio se observó que el 30% de los facultativos referían haber realizado algún tipo de curso o de haber participado en reuniones informativas sobre el tabaquismo y comprobamos que los médicos con alguna capacitación brindaban en forma significativamente más frecuente consejo y tratamiento farmacológico a sus pacientes para lograr el abandono del hábito de fumar. También Tremblay y colaboradores, en Canadá, comprobaron, luego de completar cursos de entrenamiento sobre tabaquismo a médicos, que se incrementaba la prevalencia de facultativos que brindaban asistencia a los pacientes fumadores. Este hecho podría tener un gran impacto en la salud pública por el gran beneficio que se logra y el bajo costo de la intervención.¹⁷

Los médicos ex fumadores, en relación con los fumadores y los no fumadores, tenían más edad y mayor prevalencia de factores de riesgo vascular, mayor proporción de eventos vasculares y, además, fueron sometidos a procedimientos de revascularización con más frecuencia. Posiblemente estos antecedentes pudieron haber influido sobre su conducta frente al tabaco.¹⁷

En la investigación se halló una asociación importante entre la presencia de antecedentes de familiares fumadores y el tabaquismo en los médicos. También es conveniente destacar la gran influencia que los médicos fumadores, como padres, pueden ejercer sobre la posibilidad de que sus hijos adquieran la adicción al tabaco, que alcanza una probabilidad casi cuatro veces mayor. Otros estudios epidemiológicos demuestran la importancia del antecedente familiar en lo que respecta al inicio y el mantenimiento de la adicción al tabaco. Aquellos individuos cuyos padres o hermanos fumaban tenían mayores probabilidades de ser fumadores.¹⁷

Con respecto a las limitaciones de la investigación, ésta presenta las típicas de un estudio epidemiológico observacional y transversal. Con este tipo de diseño se puede estimar la prevalencia de una enfermedad o de una exposición en un momento determinado, y, a veces, establecer la relación existente entre ellas. Sin embargo,

presenta la limitación de que al medir simultáneamente enfermedad y exposición puede ser difícil establecer cuál es la causa y cuál es el efecto. ¹⁷

La validez externa o inferencia es el grado en el que los resultados de un estudio determinado pueden aplicarse a los individuos que no han formado parte de él. Se precisa tener un juicio racional sobre el grado en que los resultados puedan extrapolarse al resto de la población. En nuestra investigación, el número de médicos evaluados fue grande; en algunas localidades fueron encuestados cerca del 70% de los facultativos que residían en ellas, se analizaron a médicos de ambos sexos y de numerosas especialidades, por lo que nuestro estudio podría reflejar una parte de la compleja realidad del tabaquismo entre los médicos de la Argentina. ¹⁷

Concluyendo, se observó una elevada prevalencia de médicos fumadores. Éstos tenían más antecedentes familiares de tabaquismo y presentaron criterios de mayor dependencia a la nicotina. La proporción de médicos fumadores era mayor entre los que realizaban especialidades quirúrgicas y entre los que se desempeñaban en los servicios de urgencia, en tanto que se observó una prevalencia menor entre cardiólogos y neumólogos en relación con otras especialidades clínicas. ¹⁷

Los médicos ex fumadores presentaron mayor prevalencia de factores de riesgo vascular y brindaron más consejos a sus pacientes para abandonar el tabaco. ¹⁷

Son importantes para la salud pública la enseñanza desde el pregrado de los efectos perjudiciales del tabaquismo y la implementación de programas de entrenamiento a los médicos en los tratamientos para dejar de fumar. ¹⁷

3.3 La práctica odontológica en relación al tabaco en Venezuela.

El consumo de tabaco en cualquiera de sus formas constituye una de las causas principales causas de muerte prematura en el mundo. Si bien el cigarrillo es la forma de empacado de tabaco más estudiada, el uso de tabaco de "uso oral" o "no fumado" (TUO) está ampliamente difundido en todo el mundo. En la India y en algunos países de África existen innumerables tipos de TUO que van desde el tabaco líquido hasta el tabaco picado mezclado con azúcar y aromatizantes muy atractivos para niños y

adolescentes. En América del norte (Canadá y EUA) existe el consumo de tabaco de mascar y en Europa, fundamentalmente en Suecia, se consume "snuff". En Venezuela se conoce el uso de una pasta basada en tabaco denominada Chimó que ha sido fabricado artesanalmente en Venezuela, Colombia y algunas islas del Caribe desde tiempos coloniales. En líneas generales la fabricación de Chimó consiste de hervir hojas de tabaco durante varios días, descartando el almidón hasta que se produce una pasta espesa de color negro, un kilo de esta pasta proviene de procesar aproximadamente 10 kilos de tabaco, esta pasta se enriquece o como dicen los entendidos se "aliña" con diferentes sustancias dependiendo de la especialidad local, por ejemplo: hipoclorito de sodio, sabores artificiales, azúcar entre otros. El producto final se expende en pequeñas cajas de lata o en envoltorios tipo caramelo. El TUO en sus diversas formas ha sido asociado como agente promotor o causal de una amplia variedad de enfermedades en especial cáncer y enfermedades cardio y cerebro-vasculares, por ejemplo los consumidores de "snuff" presentan más posibilidades de presentar cáncer de la mucosa oral que los que no lo usan. Afortunadamente existe evidencia que la cesación del tabaquismo puede revertir el exceso de riesgo de enfermedad que impone el uso de tabaco.¹⁸

Con referencia a lo anterior, en Venezuela se realizó un estudio de corte transversal, que consistió en la aplicación de una encuesta auto-administrada a una muestra de dentistas en ejercicio activo domiciliados en el Estado Lara, Venezuela. Se seleccionaron 180 dentistas por azar simple del listado más actualizado suministrado por el Colegio de Odontólogos del Estado Lara, Venezuela.¹⁸

El cuestionario auto administrado y anónimo explora las siguientes áreas en relación al tabaquismo en general y al tabaco de uso oral en particular: conocimientos, actitudes, creencias y práctica clínica. El mismo estuvo compuesto por 45 preguntas. Para la elaboración del cuestionario se analizaron otros cuestionarios utilizados en la exploración de los temas de interés y se construyeron las preguntas a fin de dar respuesta a los objetivos del estudio. Para la validación del cuestionario se conformó un grupo de 4 especialistas con experiencia en elaboración de cuestionarios y con experticia en el área de odontología, cada uno de ellos evaluó cada pregunta en cuanto a pertinencia, redacción, cumplimiento de objetivos y consistencia. Las preguntas identificadas con problemas de cualquier índole eran reformuladas. Luego el

cuestionario fue aplicado a un grupo de dentistas, que no participarían en la aplicación definitiva, seguidamente se realizó discusiones de grupo donde se consideraron todas las preguntas. Las observaciones de los grupos de discusión fueron tomadas en cuenta en la formulación de la versión final. Cada dentista seleccionado(a) recibió una carta personalizada donde se explicaban los objetivos del estudio y se solicitaba completar el cuestionario. Los sobres contentivos de una carta de presentación y el cuestionario se enviaron mediante un servicio de mensajería a cada dentista. Se realizaron las diligencias razonables para ubicar a todos los seleccionados. Los cuestionarios llenos fueron recolectados por un servicio de mensajería en el lugar de trabajo. ¹⁸

La muestra consistió de 180 (36%) del total de profesionales inscritos en el Colegio de Odontólogos del Estado Lara, al 22-10-2002. Del 06/11/2002 al 22/11/2002 se entregaron por mensajería carta explicativa y el cuestionario a los(as) dentistas seleccionados(as) en la muestra lo que representa el 93% del total de la muestra seleccionada. Se recolectaron 113 cuestionarios válidos para una tasa de respuesta del 67.2% de la muestra original de 180. ¹⁸

La mayoría de los encuestados son del sexo femenino 61%, lo cual está en concordancia con la distribución por género del registro del Colegio de Odontólogos. Hay predominio de mujeres jóvenes y con menos años de graduadas que los hombres, mientras que estos reportan estudios de postgrado más frecuentemente. No hay diferencias entre los género en cuanto a lugar de trabajo. Si bien aproximadamente 7 de cada 10 dentistas han fumado cigarrillo, esto sin distinción de género, solamente 7 de cada 100 hombres han consumido chimó alguna vez en su vida. Aproximadamente 1 de cada 3 dentistas piensa que el Chimó se consume poco en el Estado Lara y 25% piensa que su consumo es predominantemente entre niños y adolescentes varones. Para la mayoría, el chimo es una droga y su consumo constituye un problema de salud pública y lo seguirá siendo en el futuro. Uno de cada 3 dentistas frecuentemente "han oído decir" que el chimó actúa como profiláctico de caries. Si bien pocos dentistas (menos de 40%) han oído decir que el chimó está asociado a alguna patología de la boca, más del 60% creen que el Chimó produce lesiones en la mucosa bucal incluyendo cáncer. En general pocos dentistas indicaron tener información científica que indique la acción del Chimó en el organismo (menos de 30%), y la mayoría (más del 79%) refiere que durante sus estudios

universitarios no leyó trabajos científicos ni se discutió sobre el chimó y sus consecuencias para la salud bucal o general.¹⁸

Este análisis de las actitudes y prácticas del ejercicio clínico provee los siguientes resultados: la mayoría de las(os) odontólogas(os) (cerca del 80%) afirma no haber tenido pacientes consumidores de chimó en el último año, pero el 60% de estos no interroga a sus pacientes sobre su consumo, curiosamente 26% de las(os) odontólogas(os) que no interrogan a sus pacientes sobre uso de chimó, dicen no haber tenido pacientes usadores de chimó en el último año. Si bien cerca de 80% de los(as) dentistas se sienten preparados y piensan que podrían ayudar a los consumidores de chimo o a fumadores de cigarrillo a dejar el tabaco, cerca del 40% no los motiva a dejar el chimo. La situación respecto a "fumar cigarrillos" es diferente, menos del 10% no interroga a sus pacientes sobre si fuman cigarrillos y cerca del 14% no motivan a dejarlo, en este rubro hay importantes diferencias respecto al género del dentista, 8.8% de las hembras y 22.7% de los varones no motivan a sus pacientes a dejar el cigarrillo. Aquellas(os) odontólogas(os) que dijeron sentirse no preparados(as) para ayudar a los pacientes a dejar el tabaco tuvieron el doble de chance de no interrogar a sus pacientes sobre el consumo de chimó, mientras que aquellos(as) que interrogan sobre chimo tiene más posibilidades de indicar que también motivan a sus pacientes a dejarlo.¹⁸

La identificación de problemas en salud pública y el consecuente proceso de diseño de programas y estrategias para solventarlo, así como la evaluación de los resultados solo puede realizarse adecuadamente cuando se cuenta con evidencia válida, o lo que se ha llamado en la última década "Salud Pública basada en" Evidencia". El consumo de Chimó es sin lugar a dudas un problema de salud pública actual tal y como lo indica la alta prevalencia de consumidores entre adolescentes y adultos jóvenes. Pero hasta lo mejor de nuestro conocimiento, existe pocos estudios cuyo objetivo haya sido explorar conocimientos, creencias, actitudes y patrones de práctica clínica de Odontólogos en relación al tabaco de uso oral (Chimó). En este sentido este estudio aporta resultados cuya validez reside en: a- una adecuada metodología para la elaboración del cuestionario que incluyó validación por expertos, grupos focales y prueba piloto; b- la selección aleatoria de las(os) odontólogas(os) y c- adecuada tasa de respuesta (67.2%), una de las más elevadas observadas en la literatura para estudios con metodología

similar, donde es común encontrar tasas de respuesta menores al 50%. Los resultados de este estudio demuestran que entre los(as) dentistas del Estado Lara, Venezuela, coexisten creencias positivas y negativas respecto al efecto que el Chimó tiene en el organismo. Por una parte existe la percepción que el Chimó es una droga que es dañina para la salud y que su uso constituye un problema de salud pública. Y por el otro lado, los(as) dentistas creen que el Chimó tiene propiedades protectoras sobre el tejido dentario. Estas creencias definitivamente no tienen basamento en conocimientos científicos, dado que la mayoría indica no haber tenido nunca contacto con literatura científica sobre el tema ni haber sido expuestos a educación formal al respecto. Sumado a esto se tiene el caso que la mayoría de los(as) dentistas no interroga a sus pacientes sobre consumo de tabaco (Chimó o cigarrillos), y menos aún provee algún tipo de consejo para cesación, no obstante se sienten capacitados(as) para ayudar a sus pacientes en el proceso de cesación tabáquica. Estos datos aportan la evidencia específica para el diseño y selección de estrategias de programas tendientes a promover la efectiva participación de Odontólogos(as) en la prevención y cesación tabáquica.¹⁸

Es necesario fomentar la investigación en el área de tabaco de uso oral y salud en Venezuela, dado que existe un segmento de la población expuesto. Y subsecuentemente, mejorar la difusión de conocimientos sobre las consecuencias del tabaquismo y dotar de herramientas útiles y factibles al Odontólogo para ofrecer consejo en prevención y cesación. Para ello es imperativo analizar el contenido curricular de los estudios universitarios para determinar la presencia de contenidos teóricos sobre tabaco y la enseñanza de instrumentos prácticos en prevención y cesación tabáquica. Sumado a esto, los entes pertinentes como asociaciones gremiales y organismos controladores (Ministerios de Salud), deben fomentar la inclusión del tema en los programas de educación continuada de las(os) odontólogas(os), y promover su participación en la prevención y cesación del tabaquismo ofreciéndoles las herramientas necesarias para ello.¹⁸

CAPITULO IV

PREVALENCIA DEL TABAQUISMO EN MÉXICO

En México, fumar causa más de 25 000 decesos por año. En la actualidad existen más de 1,100 millones de personas fumadoras de tabaco en el mundo, de las cuales 300 millones son de países desarrollados y más de 800 millones pertenecen a países subdesarrollados con relación de 2:1 hombres/mujeres como el nuestro. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) el tabaquismo es la segunda causa principal de muerte en el mundo. ¹⁹

En México 15 millones de mujeres son fumadoras, correspondiendo al 27.7% de la población que tiene entre 12 y 65 años de edad, de las cuales diariamente mueren 122 por problemas relacionados con el tabaquismo, lo que significa sobre 44,000 por año. ¹⁹

De continuar la tendencia del incremento del consumo de tabaco a nivel mundial, se espera que para el año 2020 haya aproximadamente 10, 000,000 muertes por año relacionadas con el tabaquismo, de las cuales el 70% serán de países subdesarrollados.¹⁹

Las encuestas nacionales aplicadas a profesionales de la salud estiman una prevalencia de consumo de tabaco de alrededor de 28%, similar a la prevalencia urbana de 26.7% registrada en la Encuesta Nacional de Adicciones 2002. ¹⁹

Con los resultados de esta encuesta se pretende estimar la prevalencia de consumo de tabaco entre los estudiantes del tercer año de medicina y odontología, así como su conocimiento y actitudes sobre el uso del tabaco y la función que les corresponde, como futuros profesionales de la salud, en el control y prevención del tabaquismo en México.¹⁹

4.1 Prevención de adicciones escuelas preparatorias de la universidad de Guadalajara.

En las últimas décadas, el consumo y abuso de drogas lícitas o ilícitas, en los adolescentes ha sido considerado como un serio problema de salud pública tanto en el ámbito internacional como en nuestro país.

Los adolescentes, por sus características biopsicosociales, tienen mayor probabilidad de uso, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas, como el tabaco, alcohol y drogas ilícitas. En estudios realizados, se ha demostrado, que son cada vez más las mujeres que se inician en estas dependencias; es por ello que la atención y el establecimiento de medidas que lleven a su prevención y control son de alta prioridad en este grupo de población.²⁰

El panorama no se avizora optimista: las drogas ilegales son cada día más abundantes, de fácil acceso a ellas y más baratas en el grupo poblacional de los adolescentes. Los factores que en la adolescencia condicionan el inicio de consumo de estas sustancias son en la mayoría de las veces inherentes a las características propias de la edad, como son la curiosidad y la imitación entre otras. Por otro lado se encuentran las fallas para acabar con las estrategias de tráfico y producción de sustancias ilegales que han influido para que un gran número de niños en Jalisco incursionen en éste campo.²⁰

Por ello, se efectuó un estudio descriptivo transversal que abarcó dos periodos escolares (semestrales) de marzo del 2005 a febrero del 2006 el cual fue aprobado por el Sistema de Educación Media Superior (SEMS) de la Universidad de Guadalajara. Se realizó en 11 planteles de preparatoria de la zona metropolitana y dos del interior del estado de Jalisco.²⁰

Incluyó a 6,597 adolescentes, cuyas edades estuvieron en el rango de 15 a 21 años. Todas las variables se midieron solo una vez.²⁰

La atención clínica se realizó en las unidades móviles de salud del Hospital Civil de Guadalajara y la Fundación Hospitales Civiles de Guadalajara A.C. las cuales están diseñadas y adaptadas para el programa (PAIA). El PAIA tiene como principales objetivos la prevención y la detección de enfermedades crónicas degenerativas y de

transmisión sexual en diversos grupos de población realizando sus funciones directamente en las comunidades o grupos. Mediante consulta médica privada se practicó un estudio clínico y de laboratorio a cada uno de los adolescentes el cual consistió en lo siguiente: Historia Clínica, por personal médico capacitado. En algunos casos se hicieron pruebas de laboratorio tales como biometría hemática, química sanguínea, colesterol, triglicéridos, examen general de orina, Papanicolaou, examen de mama (en el caso de las mujeres).²⁰

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: se visitaron un total de 13 preparatorias donde se evaluaron 6,597 adolescentes que solicitaron el servicio, con edades de 15 a 21 años, (5,200 (78.8%) femeninos y 1,397 (21.2%) del sexo masculino; la relación M: H fue 4 a 1. El promedio de estudiantes evaluados fue de 207 adolescentes por semana y 830 por mes.²⁰

Se encontró que 1,577 alumnos fuman tabaco de manera regular (23.90%) de las cuales 863 fueron mujeres (54.72%) y 714 hombres (45.28%).

En lo que respecta a bebidas alcohólicas un total 3224 (49%) aceptaron haber consumido en el último año pero en 1,312 (19.8%) refirieron consumir bebidas alcohólicas de manera frecuente y regular, de estos 688 mujeres (52.4%) y 624 hombres (47.5%) las bebidas que predominaron fueron cerveza en el 787(60 %) y bebidas destiladas 524 (40%).²⁰

Los datos nos indican que las drogas están presentes en la población estudiantil adolescente entre 16 y 21 años de edad, lo cual se manifiesta en las 13 preparatorias estudiadas. Esto ha permitido establecer el uso de bebidas alcohólicas en 50% de los estudiantes evaluados y consumo frecuente o intenso en 19.8 %. Estas cifras representan nuestra problemática más importante en cuanto a frecuencia, seguida por el tabaquismo en 25% y el consumo de otras sustancias ilícitas en 18.5% de los jóvenes.

Como se esperaba, debido a la evidencia proveniente de otros estudios la cocaína ha ocupado un lugar preponderante en las preferencias de los adolescentes universitarios. En esta muestra fue la segunda droga en consumo.²⁰

Las estrategias de intervención preventiva selectiva son de las más utilizadas recientemente en nuestro medio y van dirigidas a grupos de alto riesgo que deben ser

identificados con base en la presencia de factores de alto riesgo como son los de tipo demográfico, los factores de riesgo psicosociales, los factores de riesgo biológicos y genéticos y, los factores de riesgo ambientales.²⁰

En la universidad de Guadalajara se están llevando a la práctica varios programas para la prevención de adicciones; algunos de ellos se enfocan en uno o varios de los grupos de factores de riesgo. Otros que se llevan a cabo en las escuelas públicas se dirigen tanto a los estudiantes, a las familias y a los maestros. Un aspecto muy importante para alcanzar el éxito en cualquier programa de prevención es la identificación de los grupos de mayor riesgo. Los resultados de ésta y otras investigaciones ayudarán a definir y planear las mejores estrategias de prevención selectiva entre nuestros estudiantes.²⁰

Es por tanto importante incluir en las campañas de prevención información sobre la magnitud real del problema y las actitudes que prevalecen en nuestro medio Universitario, con el fin de evitar que una percepción inadecuada facilite la experimentación con drogas, alcohol y tabaco.

4.2 Prevalencia de tabaquismo en estudiantes michoacanos.

En el estado de Michoacán, se realizó un estudio transversal, descriptivo, observacional y retrospectivo en estudiantes preparatorianos, en el que se aplicó una encuesta para estimar la prevalencia de tabaquismo y que se basó en reactivos de la Encuesta Nacional de Adicciones (México, 2002) y para estimar la dependencia nicotínica se empleó la encuesta de Fagerström.²¹

El cálculo de la muestra se determinó en población finita ($n = 314$) y el muestreo fue no probabilístico por conveniencia porque la selección de los adolescentes se hizo entre la población cerrada de la escuela objeto de estudio.²¹

En el estudio se incluyeron adolescentes de ambos sexos entre 14 y 19 años, que estudiaban en la Escuela preuniversitaria urbana Melchor Ocampo afiliada a la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, en Michoacán, México.²¹

La fiabilidad de la encuesta de Fagerström en la muestra se determinó un valor global de .515 y como segundo método, se utilizó el de mitades ó Spearman-Brown el cual aportó un valor de .58.²¹

Este protocolo se ajustó a las normas éticas internacionales y de la Ley General de Salud de la República Mexicana. Se mantuvo el anonimato y confidencialidad de las encuestas realizadas y el protocolo de Investigación fue aprobado por las Comisiones Institucionales de Ética e Investigación.²¹

En el estudio, se obtuvo como resultado que de las 314 encuestas realizadas para conocer la prevalencia de tabaquismo y grado de adicción a la nicotina en adolescentes entre 14 y 19 años de edad de la Escuela Preuniversitaria Urbana Melchor Ocampo de la U.M.S.N.H., 106 (34 %), correspondieron a adolescentes del sexo masculino y 208 (66 %), a adolescentes del sexo femenino. La prevalencia de tabaquismo fue del 33,1 %, respecto al sexo la frecuencia mayor se encontró en el masculino (34 %) aunque similar a la frecuencia de féminas fumadoras (32,7 %). De acuerdo al grado de adicción a la nicotina esta fue leve en 94/314 adolescentes (30 %), moderado en 9/314 adolescentes (2,9 %) y grave en 1 adolescente (0,3 %).²¹

En relación a si fumaron alguna vez en su vida; 186 adolescentes respondieron que sí (59 %) y 128 adolescentes (41 %) nunca habían fumado. En relación a la edad de inicio para fumar cigarrillos por primera vez en la vida, se observó que 11 adolescentes (3 %) comenzaron a fumar a los 7 años o menos, de 8 a 9 años 11 adolescentes (3 %), 10 a 11 años 14 adolescentes (4 %), 12 a 13 años 43 adolescentes (14 %), 14 a 15 años 71 adolescentes (23 %), 16 o más años 36 adolescentes (12 %).²¹

La prevalencia de tabaquismo en adolescentes resultó mayor en relación a los datos que se reportan en la Encuesta Nacional de Adicciones de México 20022 lo que significa que la prevalencia de tabaquismo continúa en aumento en el país. En Argentina en el 2004 se observó una disminución en el consumo respecto de las encuestas anteriores, en este país actualmente fuma el 34 % de la población adulta, el 23 % de los adolescentes de 12 a 14 años y el 40 % de los de 15 a 18 años, con un claro predominio femenino en edades tempranas.²¹

El adolescente comienza a fumar como parte de su proceso de un proceso de experimentación y conocimiento del entorno. Los efectos farmacológicos de la nicotina están relacionados con el hecho de utilizar el tabaco como regulador emocional pero muchos terminan desarrollando la dependencia a esta sustancia. Tanto el inicio como el mantenimiento del tabaquismo, como ocurre en otras drogodependencias, tiene su origen en el entorno social del individuo, y en su consolidación intervienen características biológicas y psicológicas de la edad y del grupo social.²¹

En el estudio más de la mitad de los adolescentes (59 %), habían fumado alguna vez en su vida y el 88 % de estos lo hizo antes de los 16 años. En Estados Unidos, a los 15 años de edad el 26 % han fumado al menos un cigarrillo en los últimos 30 días, en Europa alcanza al 30 % y en España, al 29 %.²¹

El grado de adicción a la nicotina fue en la gran mayoría de los adolescentes leve, aunque en un 10 % de los fumadores que representa una cifra preocupante nada despreciable este fue moderado y severo, en este grupo se requieren acciones inmediatas de salud más complejas. El manejo terapéutico de estos jóvenes debe integrar actividades en la familia y en la escuela encaminadas a reducir la prevalencia de tabaquismo y la adicción a la nicotina.²¹

La prevalencia en aumento del tabaquismo sugiere reevaluar el impacto de las campañas de promoción de salud encaminadas a disminuir las adicciones en adolescentes y promover nuevas actividades de fomento a la salud en secundarias y preuniversitarios y en sitios que frecuenten nuestros adolescentes y que estas actividades se vinculen a grupos de profesionales con experiencia en el manejo de adicciones.²¹

4.3 Tabaquismo en estudiantes de Ciencias de la Salud en México.

México, Costa Rica, Perú, Bolivia y Brasil fueron los países iberoamericanos seleccionados para la aplicación de la GHPSS, la cual utiliza un diseño de encuesta representativa de estudiantes del tercer grado de diferentes profesiones relacionadas con el cuidado de la salud. Durante el primer semestre de 2006, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), con base en la metodología establecida para todos los países,

aplicó la encuesta en una muestra representativa nacional de escuelas públicas de medicina y odontología. Primero se creó el marco muestra de las escuelas públicas de medicina y odontología. Después se estableció el número de alumnos que cursaban el tercer año de la carrera, de modo que las escuelas fueron seleccionadas de manera proporcional al número de estudiantes inscritos en ese nivel. Todos los estudiantes de tercer año que asistieron a la escuela el día de la aplicación de la encuesta tuvieron la misma oportunidad de participar. Se utilizó una encuesta auto aplicada y la participación de los estudiantes fue anónima y voluntaria.²²

Se recolectó información acerca de características sociodemográficas, como edad, sexo, condición laboral e ingresos mensuales, consumo de tabaco y grado de adicción a la nicotina, percepciones y actitudes ante las políticas y medidas de control del tabaquismo, asimismo conocimiento y entrenamiento referente tanto a los daños producidos por el consumo de tabaco y la exposición pasiva al humo del mismo, así como las técnicas de cesación vigentes (incluidos los tratamientos individuales, grupales y farmacológicos). La GHPSS cuenta con la aprobación de la comisión científica, de ética y de bioseguridad del INSP. Se definió como fumador actual a la persona que fumó al menos un día durante los últimos 30 días, y el nivel de adicción a la nicotina como la necesidad de fumar un cigarrillo 10 minutos después de despertar por la mañana.²²

En la GHPSS realizada en México durante el año 2006 participaron 14 escuelas de medicina y 13 escuelas de odontología nacionales. En total se encuestaron 3 871 estudiantes de medicina y 1 949 de odontología que cursaban el tercer año de su carrera. La tasa de respuesta para las de odontología, y la tasa de respuesta entre los estudiantes fue de 83.4% para los de medicina y 85.5% para los de odontología.²²

Más de 80% de los estudiantes de medicina y odontología tiene entre 19 y 24 años de edad, y 56.5 y 67%, respectivamente, son mujeres. Como se observa, la mayor proporción corresponde a las mujeres, sobre todo entre los estudiantes de odontología, en donde representan casi 70% de los encuestados.²²

Por otra parte, 45% de los estudiantes de medicina y 38.5% de odontología disponen de un ingreso mensual menor de 1 000 pesos mexicanos. La mayoría no trabaja (43.8%

entre los estudiantes de medicina y 36.9% entre los de odontología) y una proporción reducida (menor de 15% en ambos grupos) lo hace de manera regular.²²

El 75.1% de los estudiantes de medicina y 83.7% de los de odontología manifestaron haber fumado cigarrillos alguna vez en su vida (en ambas disciplinas la mayor proporción correspondió a los hombres), y al menos uno de cada 10 inició dicho hábito antes de los 10 años de edad. De igual manera, 18.7% de los médicos y 16.2% de los odontólogos reconocieron haber fumado alguna vez en su vida otro tipo de producto de tabaco, (también aquí con una mayor proporción de hombres).²²

Alrededor de tres de cada 10 estudiantes de medicina (33.3%) y cuatro de cada 10 estudiantes de odontología (43.6%) indicaron ser fumadores actuales de cigarrillos. Aunque la prevalencia es mayor entre los hombres de ambas profesiones, la diferencia por género no es estadísticamente significativa.²²

Aunque hay más fumadores actuales entre los estudiantes de odontología, los estudiantes de medicina presentan mayor adicción a la nicotina (7.7% y 9.4%, respectivamente), que se define como el deseo de fumar un cigarrillo dentro de los primeros 30 minutos después de despertar por la mañana; sin embargo, esa diferencia no fue estadísticamente significativa. Más de la mitad de los fumadores actuales (58.8% de los estudiantes de medicina y 62.1% de los que estudian odontología) quiere dejar de fumar, y alrededor de 59.7% de medicina y 61.3% de odontología indicaron haberlo intentado durante el año anterior; sólo 48.9% de estudiantes de medicina y 42.8% de odontología recibieron algún tipo de ayuda u orientación para lograrlo. De éstos, sólo dos a tres de cada 10 (sobre todo mujeres) dejaron de fumar uno o más años atrás.²²

Los estudiantes de odontología y medicina manifestaron que sus escuelas contaban con una política oficial de prohibición de fumar en las instalaciones y en las unidades médicas donde se realiza la práctica clínica (48.4 y 47.8%, respectivamente). Alrededor de 55.2% de los estudiantes de odontología y 54.9% de los de medicina mencionaron que la escuela tenía y aplicaba la prohibición oficial de fumar dentro de espacios públicos cerrados. Al comparar estos datos con los presentados en el párrafo anterior se concluye que no se da cumplimiento a la norma.²²

Entre cuatro y cinco de cada 10 estudiantes de medicina y odontología reconocieron haber estado expuestos al humo del tabaco de segunda mano (HSM) en sus hogares, durante la semana anterior. Sin embargo, los fumadores actuales, tanto de medicina como de odontología, están más expuestos al HSM en sus hogares que los que nunca fueron fumadores; la diferencia es estadísticamente significativa en el caso de los estudiantes de medicina.²²

Entre ocho y nueve de cada 10 estudiantes de medicina y odontología (82.8 y 86.7%, respectivamente) mencionaron haber estado expuestos al HSM en lugares públicos; la diferencia es mayor y estadísticamente significativa entre los fumadores que entre los que nunca fueron fumadores.²²

Casi todos los estudiantes de ambas disciplinas (más de 90%) indicaron que los profesionales de la salud deben, como parte de su rutina, aconsejar a sus pacientes fumadores para que dejen de hacerlo. Sin embargo, alrededor de 72.5 y 74.3% de los estudiantes de medicina y odontología, respectivamente, opinaron que los profesionales de la salud fumadores aconsejan en menor proporción a sus pacientes comparados con los profesionales que no fuman. Asimismo, 71.1% de los estudiantes de medicina y 74.1% de odontología respondieron que los profesionales de la salud que fuman algún otro producto de tabaco aconsejan en menor proporción a sus pacientes fumadores, en comparación con aquellos que no usan otros productos de tabaco.²²

Alrededor de 69.5 y 74.1% de los estudiantes de medicina y odontología, respectivamente, creen que el consejo médico para dejar de fumar aumenta las probabilidades de que eso ocurra. De hecho, la mayoría de los estudiantes (más de 90% en cada disciplina) está de acuerdo con que los profesionales de la salud deben recibir entrenamiento en técnicas para dejar de fumar. Este hallazgo indica que entre los estudiantes encuestados existe una gran demanda de entrenamiento.²²

Los estudiantes de medicina y odontología (90.0 y 87.6%, respectivamente) indicaron haber aprendido la importancia de registrar en el expediente clínico el antecedente de consumo de tabaco.

Entre ocho y nueve de cada 10 estudiantes de medicina y odontología (89.0 y 78.7%, respectivamente) aceptaron tener conocimiento del riesgo de fumar y los daños a la

salud derivados del consumo activo de cigarrillos y otros productos del tabaco. Asimismo, ocho a nueve de cada 10 estudiantes (88.7% de medicina y 77.0% de odontología) tienen conocimiento de los daños a la salud causados a los no fumadores por la exposición involuntaria al HSM.²²

Más de tres cuartas partes de los estudiantes de medicina y odontología (85.5 y 80.0%, respectivamente) respondieron haber escuchado hablar de las terapias de reemplazo de nicotina usadas en los programas para dejar de fumar; sin embargo, menos de una cuarta parte de ellos conoce las técnicas para dejar de fumar que pueden usarse con los pacientes (22% entre los estudiantes de medicina y 12.6% entre los de odontología). De hecho, menos de 40% conoce el uso de antidepresivos como soporte para el tratamiento para dejar de fumar, y sólo 69.1 y 54.1% de los estudiantes de medicina y odontología, respectivamente, han discutido las razones por las cuales la gente fuma.²²

Los resultados de este estudio muestran prevalencia alta de consumo de tabaco. Alrededor de 76% de los estudiantes de medicina y 84% de los de odontología que participaron en la encuesta consumieron cigarrillos o algún producto de tabaco en algún momento de su vida, y 33.3 y 43.6%, respectivamente, son fumadores actuales de cigarrillos. Esta prevalencia es mucho mayor a la observada en la población adulta de México y en otros estudios realizados entre profesionales de la salud. Debido a que estos estudiantes son los futuros profesionales de la salud, resulta preocupante la alta prevalencia de consumo que ocurre entre ellos, lo que puede sugerir a la población general la idea equivocada de que el consumo activo de tabaco y la exposición al HSM no constituyen un problema serio de salud pública.²²

Lo mismo sucede en otros países de Hispanoamérica y del mundo; sin embargo, en ellos la prevalencia se relaciona con las características, hábitos y costumbres de la población general, así como con el grado de ejecución de políticas de control del tabaquismo. En Argentina esta misma encuesta registra una prevalencia de 35.5% de fumadores actuales entre estudiantes de medicina de la ciudad de Buenos Aires (36.5% entre las mujeres contra 33.4% entre los hombres, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa). La diferencia de consumo de tabaco por género varía según patrones culturales y características de la población, como se observa en países donde el papel de la mujer en la sociedad es un factor determinante en su patrón de consumo de tabaco.²²

En resumen, los resultados descritos revelan que una gran estrategia para reducir el número de muertes por exposición al humo del cigarrillo consiste en involucrar a los profesionales de la salud en la prevención y cesación del hábito tabáquico. El estudio piloto multicéntrico internacional de la GHPSS, realizado en 2005 en 10 países entre estudiantes de tercer año de cuatro disciplinas profesionales de la salud (medicina, odontología, enfermería y farmacia), indicó que la prevalencia de tabaquismo fue mayor de 20% en siete de tales áreas geográficas. Cerca de 90% de los estudiantes encuestados piensa que su participación es importante en la promoción de la cesación. Muy pocos estudiantes reciben entrenamiento formal para combatir la epidemia de tabaquismo, por lo que ésta es una necesidad percibida en la mayoría de áreas geográficas de los países en desarrollo. La más alta prevalencia de tabaquismo correspondió a estudiantes de odontología del sexo femenino de Belgrado, Serbia (47.2%). Asimismo, entre estudiantes del sexo masculino de medicina y farmacia de Albania la prevalencia de tabaquismo fue de 65 por ciento.²²

El conocimiento entre los estudiantes acerca de los efectos en la salud del uso del tabaco fue alto. En general estaban bien enterados del papel causal del tabaco en muchas enfermedades, la mayoría de los estudiantes sabe que el humo del tabaco es dañino para fumadores y no fumadores; sin embargo, la minoría de los estudiantes había tomado cursos donde se discutieran los riesgos del uso del tabaco y las causas del inicio del hábito (32% de los de medicina y 18.6% de los de odontología); muy pocos sabían cómo usar las terapias de reemplazo de nicotina. Estudios previos sugieren que los profesionales de la salud reciben entrenamiento inadecuado para tratar el consumo de tabaco y su dependencia, por lo que requieren un entrenamiento adicional que incremente la calidad de sus habilidades para aconsejar y ayudar a sus pacientes. Muy pocos estudiantes sintieron estar preparados para proporcionar servicios de apoyo a sus pacientes. Menos de 23% de los estudiantes de medicina y menos de 13% de los de odontología habían recibido entrenamiento formal en técnicas para dejar de fumar. A pesar de la carencia de entrenamiento, la mayoría (alrededor de 97%) piensa que los profesionales de la salud deben ayudar a sus pacientes fumadores a que dejen de hacerlo y más de 90% desea recibir entrenamiento en técnicas para dejar de fumar.²²

Los profesionales de la salud son líderes en la promoción de estilos de vida saludables debido a su influencia en los usuarios de los servicios de salud. Por ello, el tabaquismo entre profesionales de la salud debe ser una práctica reprobable. Asimismo, los profesores y administradores son modelos a imitar para los estudiantes.²²

La prevalencia de consumo de tabaco es muy elevada después de acontecimientos sociales críticos, como se observa entre la población de Bosnia y Herzegovina, donde 45% de médicos familiares y 51% de enfermeras son fumadores. En ese lugar aún no se inician las campañas de prevención y control del tabaquismo, las cuales resultan ya impostergables.²²

Se pueden identificar dos limitaciones importantes de este estudio: 1) la encuesta se realizó entre estudiantes que aún no tienen interacción considerable con los pacientes, por lo que los resultados no pueden extrapolarse a los profesionales de la salud en la práctica clínica; 2) no se aplicó en todas las profesiones de la salud involucradas en el control del tabaco, como enfermería, psicología, terapia respiratoria, trabajo social y algunas subespecialidades médicas como farmacología y psiquiatría; por lo tanto, no se cuenta con una visión integral de la prevalencia, percepciones y actitudes frente al control del tabaco en este grupo de profesionales.²²

Dadas las altas tasas de participación, los métodos y procedimientos de campo (encuesta anónima, auto administrada) y la representatividad de las escuelas públicas nacionales de medicina y odontología, los resultados de esta encuesta son representativos en cuanto a consumo de tabaco, exposición al HSM, percepciones y actitudes respecto de las políticas de control y nivel de conocimiento y capacitación sobre técnicas de cesación entre estudiantes del tercer grado de medicina y odontología en México.²²

Los resultados muestran prevalencia alta de consumo de tabaco entre estudiantes de escuelas de medicina y odontología, y confirman la necesidad urgente de reducir el consumo tanto para prevenir la morbilidad y mortalidad relacionada con en ese grupo como para reforzar su capacidad como consejeros convincentes frente a los pacientes. Para reducir la prevalencia de consumo de tabaco entre los futuros profesionales de la salud, es necesario establecer iniciativas integrales de salud pública para este grupo específico. Los esfuerzos dirigidos a los estudiantes de la salud que fuman deben incluir

su incorporación a clínicas de ayuda y entrenamiento en las técnicas de cesación (psicoterapéuticas y farmacológicas) disponibles en México.

Para alcanzar los objetivos, se deben ejecutar las siguientes acciones:

- Las autoridades de las escuelas deben trabajar con los expertos en control del tabaquismo en México, como el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), los Centros Estatales para el Control de las Adicciones (CECAS) y el INSP, para aplicar en sus instituciones la política “Lugares públicos 100% libres de humo de tabaco”. Esto constituye un fuerte incentivo para la protección de los no fumadores y para que los fumadores disminuyan su consumo diario y lo erradiquen.²²
- Desarrollar y promover programas de cesación efectivos (consejería, técnicas de cesación y medicamentos) para reducir el consumo de tabaco en los estudiantes de la salud. Para lograr estrategias efectivas de control, es necesario ejecutar programas nacionales orientados a los estudiantes del pregrado y posgrado.²²
- Mejorar la curricular relacionada con las competencias de los profesionales de la salud en el control del tabaquismo, no sólo en cuanto a técnicas de consejería y cesación sino también en las áreas de fisiología de la adicción, patología y tratamiento de los daños a la salud, promoción y prevención en las áreas de salud pública. Es responsabilidad de directivos y comités académicos de las facultades de la salud desarrollar y ofrecer a sus estudiantes programas específicos de adiestramiento en técnicas de consejería y cesación.
- Emprender un programa (seminarios, charlas, discusiones, cartillas) que motive a los profesionales de la salud a aplicar las técnicas de consejería y cesación. Esto puede ayudar a los fumadores y además reducir la iniciación de los no fumadores.
- Por último, los datos de esta encuesta deben integrarse al Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Tabaquismo en México, de manera que se pueda vigilar la efectividad de los programas de control.²²

4.4 Prevalencia de tabaquismo en clínicas de odontología de la UAEH.

Durante la elaboración de la presente tesina, se realizó un estudio sobre la prevalencia de tabaquismo en pacientes que acuden al servicio que brindan las clínicas de odontología del ICOSA, perteneciente a la Universidad Autónoma del estado de Hidalgo. Este estudio fue dirigido por el Dr. Alfonso Atitlán Gil y el Mtro. Horacio Islas Granillo, dicho estudio consistió en una encuesta realizada a cada paciente que acudió a la Clínica de Diagnóstico de la mencionada institución, durante el mes de febrero de 2010.

Fueron encuestados 251 pacientes de entre 18 y 80 años de edad, de los cuales 167 fueron mujeres y 84 varones, de estos pacientes, 67 se consideraron ex fumadores, 47 de ellos eran de sexo femenino y 20 de sexo masculino; mientras que 66 pacientes resultaron fumadores activos, 24 de sexo femenino y 42 de sexo masculino.

De los pacientes fumadores, solo 16 de ellos consideran que requieren de ayuda profesional para dejar el hábito tabáquico, mientras que los 50 restantes aseguran poder abandonar el hábito cuando lo decidan.

Con base en lo anterior, se concluye, que más del 50% de los pacientes encuestados, son o han sido fumadores, lo que podría derivar en una mayor incidencia de enfermedades de la cavidad oral, por lo que a continuación se describen los efectos nocivos que el tabaco tiene en la misma, así como otros estudios realizados en la República, mismos que fortalecen lo antes mencionado.

4.5 Afección bucal por tabaquismo.

En la cavidad bucal se produce el primer contacto que el fumador tiene con el tabaco, sustancia que en mayor o menor grado ocasiona cambios o alteraciones en los tejidos blandos y duros, condicionándose al tipo de tabaco, cantidad, calidad y forma del hábito, etc.¹⁹

Los cuales son capaces de producir diversas afecciones entre las que contamos: Estomatitis nicotínica palatal, pigmentación lingual, pigmentación dentaria, leucoplasia y carcinoma epidermoide, infección gingival, caries dental y pérdida de dientes. La pigmentación dentada cuyo color va del amarillo oscuro hasta el negro; cuando se fuma o se mastica tabaco las fisuras en el esmalte y la dentina expuestas se pigmentan y el cálculo supra gingival se obscurece consecuentemente, la formación del cálculo incrementa la gingivitis simple y la periodontitis con resorción ósea se incrementa paralelamente al aumento del consumo del tabaco, la lengua pilosa misma que se han argumentado una gran cantidad de factores etiológicos y el abuso del tabaco se ha considerado dentro de ellos. El tabaquismo es un elemento importante en la producción de leucoplasias, estomatitis nicotínica llamada también paladar del fumador, esta entidad está asociada con todas las formas de fumar, pero se observa preferentemente en los fumadores de pipa; en los que fuman el cigarro invertido y finalmente producción de cáncer bucal.¹⁹

4.6 Efectos de la nicotina en el periodonto

Los tejidos periodontales son afectados por una vasodilatación inicial y por la disminución en la irrigación sanguínea de la encía provocadas por la acción vasoconstrictora de la nicotina, que a su vez disminuye el líquido del surco gingival, lo cual incrementa la predisposición del huésped para mayor crecimiento de bacterias en boca, que aunado con una higiene deficiente presenta mayor acumulación de placa dentobacteriana y formación de cálculos. Existe evidencia científica que indica que la nicotina contribuye al progreso de la enfermedad periodontal y su detrimento para la curación seguida de la terapéutica periodontal. También se sabe que los fumadores muestran una frecuencia más alta y una severidad mayor de enfermedad periodontal que los no fumadores.¹⁹

Además el médico debe de decir al paciente, "Como su Médico soy responsable de su salud y sé que resultará beneficiado si deja de fumar. Me gustaría ayudarlo, si realmente desea abandonar el tabaquismo". También es importante acordar una fecha para dejar de fumar, insistiendo, si desea realmente dejar de hacerlo. Finalmente el profesional debe indicar al paciente que verifique su progreso cada vez que tenga una cita con él. Se ha identificado que la sola indicación del médico a su paciente de que deje de fumar, tiene

un impacto del 5 al 10% cada año en el abandono del cigarro es por todo ello que los médicos deben actuar eficientemente contra el Tabaquismo.¹⁹

Lo anterior se conoció gracias a la investigación que se efectuó de acuerdo a lo estipulado por la metodología científica. El estudio se efectuó, mediante investigación descriptiva, transversal, con selección muestral aleatoria, aplicando encuestas personales directas, por sector poblacional (Docentes, Alumnos y Trabajadores) de la UAO/UAZ del año escolar 2004-2005. También se cuantificó el tipo de respuestas que arrojó la encuesta personal aplicada.¹⁹

Es indudable que investigaciones como la presente pueden empezar a sentar las bases dentro de las facultades de Odontología o del Área de la Salud sobre lo perjudicial que es para la salud el fumar, lo anterior a través del diseño de políticas y campañas educativas más eficientes y sistematizadas.¹⁹

En la mencionada investigación, se llegó a la conclusión que el tabaquismo es una pandemia que afecta actualmente a la mayor parte de los sectores de la sociedad; ocasiona innumerables patologías cuya evolución puede llevar tanto al fumador activo como al pasivo a la muerte. Es sabido que los adolescentes pueden tener acceso fácilmente a la compra de cigarrillos y más aún que los pueden obtener en sus propios hogares, por lo que se sugiere se realicen acciones preventivas e informativas, con la intención de concientizar a la población del Área Médica dentro de las Instituciones Educativas y de la salud como puede ser a través la difusión de la Ley para la Protección de los no Fumadores, para el Estado de Zacatecas, los daños y/o efectos generados por fumar, por medio de implementación de algunas campañas sistematizadas por medio de posters, trípticos, engomados, platicas y conferencias. La responsabilidad para la implementación de éstas campañas publicitarias, no debe de ser exclusivamente de investigadores, maestros, alumnos o autoridades de las instituciones citadas, debe de ser fundamentalmente responsabilidad de las diversas autoridades gubernamentales, tanto a nivel municipal, estatal y nacionales, para contribuir conjuntamente a abatir este alto porcentaje de tabaquismo tanto en el área de la salud, como en la población en general. Hoy en día es importante hacer conciencia del daño que el tabaco ocasiona en nuestra sociedad y es por eso que se sugiere que dentro de la promoción a la salud en el Área de Ciencias de la Salud y de ser posible en la Unidad Académica de Odontología, exista un espacio de orientación para que sus integrantes y

el público que ocurra a atención odontológica en general que sean fumadores y quieran abandonar el hábito tabáquico se les brinde dicho apoyo a través de pláticas e información por parte de los médicos y psicólogos de apoyo, que se pudieran incluir de igual manera lo establecido a la Norma Oficial Mexicana contra el Tabaquismo actual correspondiente, a aquellos que fuman en el interior de todas las instituciones educativas y más aún a aquellas que son parte del Área Médica o Instituciones que presten servicios de Salud a la población en general (privados y públicos). También se sugiere que se realicen pláticas sobre tabaquismo, en el Área de Odontología, y que se incluya un contenido sobre este tema en la materia correspondiente a Epidemiología y Clínica en primer año, y ampliación en quinto año. ¹⁹

Con esta suma de medidas propuestas, se exhorta a los 3 sectores de la población, pero principalmente a alumnos y docentes a contribuir al combate del tabaquismo. La elevada tasa de prevalencia de tabaquismo fundamentalmente entre los sectores de alumnos y de docentes de la UAO/UAZ, es preocupante y paradójico, ya que mientras existan fumadores médicos, estos pierden autoridad en el asunto, debido a los principios de su formación y conocimiento amplio sobre los efectos del mismo, actividad, entorno, visión y misión. Por lo anterior y debido a que ya existe un programa nacional anti tabáquico proponemos se aplique. También es necesario que en toda el Área de Ciencias de la Salud y al igual que lo que ya sucede en otros países, se incluya en la curricular, educación anti tabáquica. Finalmente y en concordancia con otros investigadores se considera que para el éxito de la lucha contra el tabaquismo es fundamental contar con información y análisis permanentes, con el fin de orientar las medidas preventivas y de control que fortalezcan la política fiscal del tabaco, eliminar la publicidad de los productos, crear ambientes y espacios libres de humo, evitar el acceso de los adolescentes al producto, suministrar información de forma permanente a la población sobre los daños que ocasiona el tabaquismo, ofrecer opciones de tratamiento a los fumadores y propiciar la sustitución de cultivos de tabaco. Con esta suma de medidas propuestas consideramos se contribuirá a combatir el tabaquismo. ¹

4.7 Participación del odontólogo en la cesación tabáquica.

La escasa implementación del consejo médico para dejar de fumar en nuestro medio, plantea la necesidad de desarrollar programas específicos de intervención mínima; Carrión Valero en el año 2000, realizó una encuesta a 501 pacientes que acudían a diferentes consultas médicas de cardiólogos, neumólogos, neurólogos, gastroenterólogos, otorrinolaringólogos y médicos internistas y encontró que el 22,9% de los pacientes(115 pacientes) eran fumadores y de ellos solo a 49 pacientes(42,6%), se les dio recomendación médica para dejar de fumar y al 57,4% (66 pacientes) restante no se les suministró ninguna información. ²³

Dado el impacto del cigarrillo en el estado de salud periodontal, se ha considerado que los profesionales de la salud dental, deben incorporarse a las terapias de cesación en sus pacientes. El rol de los profesionales de la Odontología en la cesación tabáquica ha sido discutido incluyendo el uso de terapias motivacionales con las cinco A: Preguntar(ask), Asesorar(advise), Evaluar(assess), Ayudar(assist) y Acordar(arrange) y con las seis R incorporadas en el año 2000: relevancia(relevance): dar información motivacional que tenga alto impacto, como las enfermedades de alto riesgo, riesgo(risk): hacer preguntas que identifiquen consecuencias negativas del uso del tabaco, recompensa(rewards): que el paciente identifique los beneficios de dejar de fumar, obstáculos(roadblocks): que identifique los impedimentos que tiene para dejar de fumar, repetición(repetition): repetir cada vez en los pacientes no motivados los pasos anteriores, recaída: proveer tratamientos preventivos motivacionales de reforzamiento. ²²

La Academia Americana de Periodontología establece que deben incluirse entre los parámetros de cuidado periodontal, la terapia de cesación tabáquica como parte del tratamiento periodontal, por otra parte el reporte de salud oral de los cirujanos generales en América anima a los profesionales de la Odontología a ser más activos en la cesación tabáquica ya que ello proporciona efectos beneficiosos sobre la salud bucal y general. ²²

También el odontólogo debe incorporar la terapia farmacológica, incluyendo terapia de reemplazo de nicotina, siendo la más común los parches de nicotina, otras terapias con fármacos como el bupropión y nuevos fármacos, así mismo terapias conductuales para cesación. ²²

Jhonson en 2004 reporta que el empleo de parches de nicotina combinado con bupropión aumenta el número de pacientes que dejan de fumar, sobre todo en los casos de fumadores fuertes y de pacientes con intentos fallidos y sucesivos en el abandono del cigarrillo. Al comparar terapia conductual sola, con parches de nicotina, se encontró que el empleo de parches duplicó la cesación del tabaco.²³

Nasry et al en el 2006, presentan los resultados de un estudio cuyo objetivo era determinar el porcentaje de abandono de fumadores con Periodontitis Crónica que eran referidos al hospital dental para tratamiento. Fueron reclutados 49 pacientes fumadores con Periodontitis Crónica, todos recibieron tratamiento periodontal y consejos para cesación tabáquica. El tratamiento de cesación incluía consejos para todos los pacientes, algunos recibieron terapia de reemplazo con nicotina y otros tratamiento farmacológico con Zyban(bupropión). Los consejos eran dados en cada consulta donde se realizaba la terapia periodontal; aproximadamente 4 a 6 visitas en un período de 10 a 12 semanas y seguían dándose mensualmente durante los siguientes 9 meses de mantenimiento periodontal.²³

El estado de fumador era recordado a los 3, 6 y 12 meses y confirmado con un monitoreo de monóxido de carbono y determinación de cotinina salival. Los resultados reflejaron que 41%, 33%,29% y 25% de los pacientes dejaron de fumar a las 4 semanas, 3 meses, 6 meses y 12 meses respectivamente. El porcentaje de éxito de cesación tabáquica alcanzado por los consejos y tratamientos dados como parte de la terapia periodontal resultaron muy favorables, concluyéndose entonces que los Odontólogos juegan un rol crucial en la cesación tabáquica sobre todo en pacientes con periodontitis crónica.²³

Más del 25% de los adultos y del 35% de los adolescentes fuman cigarrillos en los EEUU así como muchas otras formas de tabaco y más de la mitad de los adultos y $\frac{3}{4}$ partes de los adolescentes visitan al odontólogo o al periodoncista 1 vez al año; sin embargo más del 40% de los odontólogos no preguntan de rutina a sus pacientes si consumen tabaco y el 60% no aconsejan rutinariamente ninguna forma de cesación y menos de la mitad de las escuelas de Odontología e Higienistas Dentales proveen servicios clínicos de intervención tabáquica.²³

Los Odontólogos están entrenados para detectar lesiones orales y periodontales que está relacionadas con el uso del tabaco, por lo tanto deben tener una posición que ayude a prevenir la iniciación del uso del tabaco en niños y adolescentes, con mensajes positivos antitabaco, así mismo las estrategias de cesación tabáquica para pacientes fumadores, han sido modificadas desde el final de la pasada década para el uso en el sillón dental.

Warnakulasuriya presenta un trabajo en el 2002, donde describe los resultados de estudios realizados en consultorios odontológicos e investigó si los odontólogos recomendaron a sus pacientes dejar de fumar en las pasadas 2 décadas, encontrándose que no se le daba importancia a comunicarles a sus pacientes las necesidades que tenían de abandonar el cigarrillo, ni los daños que el mismo les ocasionaba a su salud oral. Esta es una clara evidencia que demuestra que la intervención de los odontólogos en la cesación tabáquica puede incrementar el porcentaje de pacientes que dejen de fumar, los odontólogos que emplean terapias de cesación hacen que el porcentaje de ex fumadores aumente en un 10 a 15% y eso va en beneficio de la salud de sus propios pacientes.

Al menos 50 organizaciones dentales tienen adoptados políticas acerca del uso del tabaco, pero se necesita un duro trabajo para convertir estos reglamentos en acciones. El consumo permanente del tabaco prevalece en los EEUU y en el mundo y los odontólogos tienen que maximizar sus efectos para reducir el consumo.²³

Los resultados recientes de los servicios de salud pública de US, proveen evidencias del uso del tratamiento del tabaco o de la dependencia, además proveen métodos prácticos para odontólogos y otros cuidados primarios para incorporarse en la práctica de cesación. Siendo que los odontólogos e higienistas dentales pueden aplicar tratamientos efectivos para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar, deben identificar y documentar en el uso de todos los tratamientos de cesación y hacer de esto una práctica rutinaria en todas las clínicas y oficinas dentales.²³

Para reforzar la decisión que el uso de los productos para cesación tabáquica puede ser promovido en los consultorios odontológicos, se realizó un estudio metodológico basado en evidencia clínica, respondiendo 3 interrogantes:

- 1.- ¿El uso del tabaco afecta la salud periodontal?
- 2.- ¿Son los odontólogos consejeros efectivos para la cesación tabáquica?

3.- ¿Los productos de cesación mejoran efectivamente la intervención en cesación?

La evidencia científica demuestra que el consumo del tabaco es un factor de riesgo para el padecimiento, progresión y recidiva de la periodontitis crónica y que el dejar de fumar muestra beneficios en la salud periodontal y en la respuesta al tratamiento, esta es una buena evidencia para concluir que los odontólogos deben dar a sus pacientes recomendaciones sobre cesación e incorporar en sus consultas indicaciones de los productos para dejar de fumar y promover sus uso.²³

Cuando se trata de abandonar el cigarrillo los odontólogos pueden generar una gran diferencia, porque:

- 1.- Tratan a los fumadores a diario
- 2.- Reconocen fácilmente el efecto del cigarrillo sobre la salud oral, y
- 3.- Tienen la oportunidad de motivar al paciente y medicarlo.

Los odontólogos están obligados a intervenir siempre sobre el tabaquismo de los pacientes, proporcionándoles el asesoramiento, el apoyo y el tratamiento farmacológico idóneo que los ayude a abandonar definitivamente el consumo del tabaco.²³

CONCLUSIÓN

La evidencia de los diferentes estudios presentados en el presente trabajo, y que incluyen varias poblaciones, demuestra que los adultos fumadores tienen aproximadamente 3 veces más probabilidades de padecer periodontitis que los no fumadores.

Así mismo, la asociación entre fumar y pérdida de inserción está fuertemente relacionada con la definición de periodontitis, que establece que ésta es más severa en pacientes fumadores, encontrándose que la pérdida de inserción en fumadores es continua y es 6 veces mayor que en no fumadores.

Los fumadores tienen una respuesta disminuida a la terapia periodontal y muestran aproximadamente la mitad de la resolución en la profundidad de sacos y en la ganancia de los niveles de inserción clínica después de las terapias no quirúrgicas y/o quirúrgicas.

También queda demostrado, que el tabaco afecta seriamente la integridad de la boca y la estética del rostro, por la magnitud de las lesiones que puede producir en zonas visibles.

La cavidad bucal es la que tiene el primer contacto con el tabaco y sufre su acción directa irritante por los componentes tóxicos del humo. Se producen lesiones a corto plazo, mediano y largo plazo. Se puede decir que el tabaco sobre la boca realiza una planificación de los daños, que se programan en el tiempo, a corto plazo trastornos como disminución del gusto y del olfato, halitosis y caries, a mediano plazo se presentan manchas en los dientes, enfermedad periodontal, estomatitis nicotínica y leucoplasias y a más largo plazo se presenta el cáncer de la boca y de labio. Las alteraciones bucales ocasionadas por el tabaco comienzan a desarrollarse partir del consumo de la primera caja de cigarrillos, lo que justifica vigilar la cavidad bucal en forma permanente durante el uso de tabaco aún después de haberlo dejado. En la boca el tabaco actúa con agresividad puesto que suma el calor de la combustión y los elementos tóxicos que contiene el humo, como nicotina, benzopirenos, alquitranes y radicales libres; produciendo leucoplasias que pueden derivar a carcinomas y llevar a la muerte

en pocos meses o dejar graves deformaciones en mandíbula y cara como secuela del tratamiento.

Se requieren políticas para reducir el consumo del tabaco y por ende disminuir la enfermedad periodontal y el cáncer oral; los tratamientos efectivos para prevenir el consumo del tabaco e incrementar la cesación existen; están disponibles y necesitan una gran implementación, la Odontología puede proveer un campo efectivo en este sentido.

Es por ello, que deben tomarse medidas inmediatas para lograr la disminución de pacientes fumadores, y por ende, la de sus consecuencias en la cavidad oral, estas medidas deben surgir de los profesionales en salud bucal y de las instituciones encargadas de formarlos.

Las medidas que pueden adoptarse, son las siguientes:

- Las autoridades de las escuelas deben trabajar con los expertos en control del tabaquismo en México, como el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), los Centros Estatales para el Control de las Adicciones (CECAS) y el INSP, para aplicar en sus instituciones la política “Lugares públicos 100% libres de humo de tabaco”. Esto constituye un fuerte incentivo para la protección de los no fumadores y para que los fumadores disminuyan su consumo diario y lo erradiquen.
- Desarrollar y promover programas de cesación efectivos (consejería, técnicas de cesación y medicamentos) para reducir el consumo de tabaco en los estudiantes de la salud. Para lograr estrategias efectivas de control, es necesario ejecutar programas nacionales orientados a los estudiantes del pregrado y posgrado.
- Mejorar la curricular relacionada con las competencias de los profesionales de la salud en el control del tabaquismo, no sólo en cuanto a técnicas de consejería y cesación sino también en las áreas de fisiología de la adicción, patología y tratamiento de los daños a la salud, promoción y prevención en las áreas de salud pública. Es responsabilidad de directivos y comités académicos de las facultades de la salud desarrollar y ofrecer a sus estudiantes programas específicos de adiestramiento en técnicas de consejería y cesación.

- Emprender un programa (seminarios, charlas, discusiones, cartillas) que motive a los profesionales de la salud a aplicar las técnicas de consejería y cesación. Esto puede ayudar a los fumadores y además reducir la iniciación de los no fumadores.

Se puede concluir también, que la prevalencia del tabaquismo en estudiantes del área odontológica es alta, por lo que se considera que el Área Académica de Odontología del ICOSA de la UAEH, debe incluir o en su caso actualizar los contenidos curriculares relacionados con la prevención y detección de los pacientes fumadores. Así mismo, una vez detectados, el estudiante de odontología, debe conocer los métodos de persuasión que ayuden al paciente fumador, para cesar en este dañino hábito.

Por otra parte, es también muy importante que se persuada a los propios estudiantes, de ser ellos mismos fumadores, ya que al ser integrantes del grupo de los profesionales de la salud, es incongruente que aconsejen a los pacientes a dejar el tabaco, cuando ellos mismos son consumidores.

Se espera también, que el presente trabajo pueda contribuir a la elaboración de un objeto de aprendizaje, que permita a los alumnos conocer la incidencia del tabaquismo en los pacientes dentales, para su mejor atención.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ <http://yanofumomas.blogspot.com/2006/01> acceso sep.
- ² (www.elportaldetango.com,2005)
- ³ www.oni.escuelas.edu.ar/2002/
- ⁴ www.eumed.net/libros/2005/lv/lv.doc
- ⁵ <http://www.diabetesvoice.org/files/attachments/article>
- ⁶ <http://www.drogomedia.com/estudios/nofumado.htm>
- ⁷ <http://www.holodent.com/article-dechassement-et-tabagisme-passif-chez-l-enfant-43446762.html>
- ⁸ <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&epsidt=18633672>
- ⁹ <http://www.implantdentistryofdallas.com/blog/2009/12/smoking-and-dental-implants>
- ¹⁰ <http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44107/est05107.html>.
- ¹¹ <http://scielo.isiii.es/scielo.php>
- ¹² <http://saludpublica/panam/publicheath>
- ¹³ <http://www.educared.pe/docentes/articulo/384/tabaquismo>
- ¹⁴ Orduñez P, Silva L, Rodríguez M y Robles S, Prevalence estimates for hipertensión. Rev. Panam Salud Pública/ Pan Am J Public Health 2001; 10(3): 152-169
- ¹⁵ <http://www.redclinica.cl>
- ¹⁶ http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-73482007000100003&script=sci_arttext
- ¹⁷ http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1850-37482007000200006&script=sci_arttext
- ¹⁸ http://www.actaodontologica.com/ediciones/2006/1/tabaquismo_odontologia.asp
- ¹⁹ http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/4/tabaquismo_unidad_academica_odontologia.asp
- ²⁰ http://www.cucs.udg.mx/avisos/Anuarios_17-02-09/anuario7/articulo3.htm.
- ²¹ http://www.bvs.sld.cu/revistas/ped/vol80_4_08/ped06408.htm.
- ²² <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001997>.
- ²³ Brotwell DJ. Should the use of smoking cessation products be promoted by dental offices?. An evidence-based report. J Can Dent Assoc 2001; 67(3):149-55
- ²⁴ Resell MAH, Raw M. Jarvis M. Clinical use of nicotine Chewing gum BMJ 1980; 28: 1599-602.

- ²⁵ Terapia sustitutiva con nicotina. Actualizaciones sobre el tratamiento de tabaquismo. Documento de salud pública número 60. Madrid: cam Consejería de sanidad 2000; 47-75.
- ²⁶ Jiménez Ruiz CA Solano Reina S, Gonzáles de Vega JM,Ruiz Pardo MI, Flores Martin S, Ramos Pinedo Aetal.Normativa para el tratamiento del tabaquismo. Arch Bronconeumol 1999: 35: 499-506.
- ²⁷ Jiménez Ruiz CA, Ayesta J. Planchuela MA. Abengoazar R. Torrecilla M. Quintas AM etal. Recomendaciones de la sociedad española de especialistas en tabaquismo para el tratamiento farmacológico del tabaco 2001: 3: 78-85.
- ²⁸ Silagg C, Mant D, Fowler G. Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking Cessation (Cochrane Review) En: The Cochrane Library , No 2, Oxford: Upela te Softwqre
- ²⁹ Palmex K. Buckeley M. Faulds D. Transdermal nicotine chewing gum. JAMA 1998: 260: 1593-6.
- ³⁰ Fiore MC, Bailey WC. Cohen SJ. Dorfman S. Goldstein MG. Gritz ER et al. Treating tobacco use and dependec. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Deparetment of Health and Human Services Public Health Service 2000.
- ³¹ LEISCHOW. S. Nilsson Franzon M. Hill A, Otte. P. Merikle E. Efficacy of the nicotine inhaler as an adjumment to smoking Cessation Amj Health Behau 1996:20:364-71.
- ³² Rose J. Levin E. Interrelations hip between conditioned and primary reinforcement the maintenance of cigarette.smoking. Br J Addiction 1991:86:605-9.
- ³³ Según la conferencia de consenso acerca de las Directrices Clínicas Practicas para el tratamiento del Consumo y Dependencia de Tabaco, del Public Health Service de los EE. UU.referencia(The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guidel Panel, Staff , and Consortium Representatives. JAMA 2000; 283: 3244-3254.
- ³⁴ Pérez Trullén A, Clemente ML.. Estado actual y futuras terapias farmacológicas en la deshabitación tabáquica. Arch Bronconeumonol 2001; 37:184-96.
- ³⁵ Chaloupka FJ, HU T. Warner KE, Jacobs R. Yurekli A. The taxation of tobacco products En: tobacco control developing countres. New York:Oxrord Universety Press,2000:238-272.
- ³⁶ Gilbert A. Cornuz J. Which are the most effective and cost-effective interventions for tobacco control? To what extent does an increase in tobacco prices lead to a significant in consumption? What other possible implications will an increase of

tobacco prices have? WHO Regional office for Europe. Itaealth Evidence Network, Copenhagen, 2003.

- ³⁷ Valdés-salgado Hernández-Ávila M. Sepúlveda Amor J. El consumo de tabaco en la región americana. Elementos para un programa de acción. Salud pública Mex. 2002; 44 Suppl 1.AS125-S135.
- ³⁸ World Bank. Curbing the epidemic governments and economics of tobacco Control. Whashington, DC:World Bank,1999.
- ³⁹ Emery S.White MM.Gilpin EA.Plerce Jp.Was there significant tax evasion alter the 199950 cent per pack cigarette tax increase in California? Tab control 2002;11:130-134.
- ⁴⁰ Canadian Cancer Society Non-Smokers' Rights Association and physicians for a Smoke-Free Canada, Quebec Coalition for Tobacco (1999);Surveying the damage: Cut-rate Tobacco products Ana public Itealt in the 1990s.Ottawa:Canadiense Cancer Society,1999.
- ⁴¹ SAMHSA HHS. Calculado con base en los datos Del Nacional house4hold Survey on Drug Abuse, 2001 (<http://oas.samhs.gov/facts.cfm>).Vease también, HHs, Youth and Tobacco: Prevetinng Tobacco Use among Young People: A Repoprt of the Surgeon General.Washintong, DC, 1995
- ⁴² Landcaster T, Stead L, Sigaly C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane library. Bmj 2000; 321: 355-358.
- ⁴³ Raw M, McNeil A, West R. Smoking cessation: evidence based recommendations for the healthcare system. BMJ 1999; 318: 182-185.

CURRICULUM

Nombre: Julia Martínez Velázquez
Dirección: Jaguares No.3 Col. 16 de Enero, Tula Hidalgo
Teléfono: 017731003280
Correo electrónico: JUMAVE2010@hotmail.com

Cursos de actualización

Nombre del evento	Institución Organizadora	Lugar y Fecha
2do Seminario de Titulación por tesina	AAO-ICSa.UAEH	Pachuca, Hgo; Agosto 2010.

Experiencia laboral

Cargo o trabajo desempeñado	Institución y lugar	Periodo de tiempo
Cirujano Dentista	Consultorio particular, Zaragoza No.25 Tula Hgo bajo la responsiva del CD. Alfredo Olguin García, con cédula profesional 3290823	2000-2007