



Instituto Nacional
de Cancerología

Nº 2

Programa
de Prevención
y Control
del Tabaquismo

Hechos & acciones

TABAQUISMO:

EL PROBLEMA MAS GRANDE DE SALUD PUBLICA
QUE ENFRENTARA COLOMBIA EN EL SIGLO XXI
1993 - 1994

**“Personal y sitios de Salud,
la llave para un mundo libre de tabaco.”**

En 1989 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció el “Día Mundial Sin Tabaco”, el Instituto Nacional de Cancerología aportó su concurso en esta celebración, la cual tiene lugar el 31 de Mayo de cada año. En 1991 la campaña se denominó: “Los fumadores una especie en vía de extinción”. En 1992: “Lugares de trabajo libres de tabaco”. Para 1993: “Personal y sitios de salud, la llave para un mundo sin tabaco”.

La razón de ser de los sitios de salud y del personal de servicios de salud es aliviar a los seres humanos con dolencias físicas y mentales. Este rol bien conocido se ha extendido progresivamente para incluir responsabilidades de educación y promoción en salud. Aún más, como resultado del prestigio que disfrutan debido a sus conocimientos y capacidades, los trabajadores de la salud son tomados como modelo para una vida saludable.

“Todos los profesionales y trabajadores de la salud deben dejar de fumar como ejemplo para los demás y hacer que los servicios de salud sean lugares libres de humo de cigarrillo”. (Hiroshi Nakajima, Director General de la Organización Mundial de la Salud. Séptima Conferencia Mundial de Cigarrillo o Salud, 1990)▲

LA RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL DE SALUD, COMO MODELO FRENTE A LA COMUNIDAD Y A SUS PACIENTES



En la campaña de 1992: "Lugares de trabajo libres de tabaco", se subrayó como el laborar en un medio libre de tabaco, era un derecho de los trabajadores. Aplica entonces a los trabajadores de la salud que necesitan protegerse de los efectos dañinos del tabaco, bien sea que éste provenga de sus colegas o de sus pacientes. Sobre decir que los pacientes que requieren y buscan atención médica, también buscan mejorar y proteger su salud y por lo tanto no deben estar expuestos al humo del tabaco de los demás pacientes o del personal; especialmente quienes sufren de una enfermedad o incapacidad grave.

Para que el personal de salud actúe como modelo en su medio social y pueda informar a sus pacientes y a la comunidad sobre los efectos dañinos del uso del tabaco, es crucial que ellos mismos se abstengan de fumar. Es más probable obtener una respuesta positiva a lo que se busca cuando se practica lo que se predica.

En países donde los riesgos de consumo de tabaco son bien conocidos, la prevalencia del tabaquismo entre médicos ha disminuido en los últimos 30-40 años, de 50% a menos de 10%

En algunos países desarrollados y en vías de desarrollo, la tasa de fumadores entre personal de salud especialmente hombres, parece ser mayor que en la población general. Estos datos pertenecen a países que se encuentran en la primera etapa de la "epidemia del tabaco". Teóricamente, estos trabajadores pueden conocer los riesgos del tabaco, pero todavía no han sido testigos del impacto total que la epidemia tiene en sus pacientes. Estos dos hechos han favorecido la disminución de la prevalencia del tabaquismo entre el personal de salud en otros lugares; entendiendo porqué brindar atención en salud y consumir una sustancia letal como el tabaco son totalmente incompatibles ▲

Estrategias que pueden considerar los profesionales de la salud dentro de su papel para terminar la pandemia del tabaco:

■ Considerar al personal de salud, no solamente al personal hospitalario, como encargado de difundir el mensaje antitabáquico y orientar a la comunidad y a los pacientes frente al tabaquismo.

■ Tener un enfoque integral de la salud, que se extienda desde el momento de la concepción hasta la tercera edad, teniendo en cuenta el impacto nocivo del hábito materno, y que los riesgos de enfermar y morir debido al tabaquismo se incrementan a lo largo de la vida en forma proporcional a la cantidad y duración de la exposición.

■ Educación en centros docentes desde las edades de preescolar y preadolescente, buscando la estructuración de actitudes y prácticas antitabáquicas desde la niñez y la adolescencia, que perduren hasta la edad adulta.

■ Propender por el establecimiento de políticas voluntarias y disposiciones legales sobre lugares libres de humo.

■ Respalidar y liderar actividades comunitarias antitabáquicas.

■ Tener en cuenta al tabaquismo como variable a considerar en proyectos de investigación científica con base comunitaria u hospitalaria.

■ Organizar campañas y servicios de ayuda a los fumadores para dejar de fumar.

■ Tener en cuenta siempre las oportunidades clínicas para hablar sobre tabaquismo con pacientes.

OPORTUNIDADES CLINICAS PARA HABLAR SOBRE EL PROBLEMA DEL TABAQUISMO CON PACIENTES



SINTOMAS: Tos, Disnea EXAMENES: Electrocardiografía. Exámenes de función pulmonar. Medición de tensión arterial. Auscultación del corazón y los pulmones. Exámenes de sangre y pulmones. Exámenes de embarazo y control prenatal.	DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD Y FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON: Enfermedades del corazón y vasculares periféricas. Hipertensión. Enfisema pulmonar. Bronquitis. Asma. Diabetes Mellitus. Úlcera péptica. Alergia.
PRESCRIPCION MEDICA Y CONSEJOS:	Interacciones farmacológicas con el cigarrillo. Ayudas para dejar de fumar. Alternativas farmacológicas para cesación. Consejos sobre actividad física, dieta y nutrición. Rehabilitación.

CONSUMO DE TABACO EN LA COMUNIDAD



En el total de la población masculina se observó, para el periodo 1977-1980, que el estrato socio-económico bajo fuma más y tiene tasas de abandono más bajas. Otro tanto sucede por nivel educativo alcanzado con prevalencias más altas en aquellos que no tienen ninguna educación que descienden hasta el nivel secundario. En el nivel universitario se pierde la tendencia. Igual sucede con las tasas de abandono. Los estratos bajos constituyen el segmento más grande de la población. De allí que el estimativo de la industria del tabaco para el mercado de los cigarrillos de contrabando (35% a 52%) es sorprendentemente alto, pues como sabemos los cigarrillos de contrabando son mucho más costosos.

En diferentes grados según la región, la población está envejeciendo y migrando hacia las áreas urbanas, las mujeres

incrementan cada vez más la fuerza de trabajo y los estilos de vida están cambiando. Dentro de este concepto, el consumo de tabaco está creciendo, particularmente entre las mujeres de las ciudades y la población joven. La tendencia a largo término de las enfermedades, incapacidades y muertes aparecerán en las próximas décadas.

El consumo de tabaco está condicionado en parte por los impuestos aplicados al tabaco (122% del precio de venta al público). De este impuesto total, el 82% es para el estado, 8% para Coldeportes y 10% por el I.V.A. En 1985 este impuesto representaba el 2.9% del total y en 1988 el 2%, el consumo aumenta y las tabacaleras siguen buscando una mayor disminución al impuesto, lo cual conduciría a un mayor consumo.▲

PREVALENCIA Y MORTALIDAD EN LA COMUNIDAD



Los cambios de estructura de la población, la mayor urbanización de la misma, el mayor acceso a la educación y la entrada de las mujeres a formar parte de la población económicamente activa, han incrementado la susceptibilidad de la población a la adicción.

La ausencia de sistemas de información y vigilancia sobre la prevalencia del tabaquismo en la mayor parte de nuestros países impide realizar esfuerzos globales de control.

En general la prevalencia del tabaquismo es mayor en los núcleos urbanos de las naciones más desarrolladas y es más alta entre los hombres que entre las mujeres.

El número de mujeres fumadoras se ha incrementado a través de los años, relacionándose con la publicidad, la aceptación social, la ansiedad asociada al control del peso corporal, los "nervios" y la "liberación femenina".

En el Reino Unido se encontró que el 11% de los jóvenes entre 11 y 16 años fumaban regularmente. En 1990, 11% de las jóvenes eran fumadoras comparadas con el 9% de los jóvenes. A los 15 años de edad el 25% de la población era fumadora, con un promedio de 50 cigarrillos por semana.

La prevalencia de fumadores entre hombres en Bogotá para 1971 era de 52.4%, y entre mujeres era de 20.2%. En 1987 la prevalencia entre hombres en áreas urbanas disminuyó a 42.5% y en mujeres aumentó a 25.3%. Casi el 20% de los jóvenes entre 11 y 18 años

habían experimentado con el tabaquismo en el año anterior a una encuesta llevada a cabo en 1989.

La epidemia del tabaquismo en América Latina y el Caribe todavía no es de larga duración ni de gran intensidad, y la carga de mortalidad impuesta por el tabaquismo es menor que la de Norteamérica, quienes se encuentran en el "pico" de la epidemia. El intervalo que transcurre entre el inicio del consumo de tabaco y el inicio de la morbilidad atribuible al tabaquismo tiene repercusiones futuras alarmantes. En Norteamérica, la gran prevalencia de la adicción (ahora en descenso), se ha acompañado de un aumento posterior en la morbilidad y mortalidad atribuibles al tabaquismo. En América Latina y el Caribe, la prevalencia cada vez mayor presagia un aumento importante de las enfermedades por esta causa, lo que prevee una epidemia de éstas en el siglo XXI.

Desde 1962 el registro poblacional de cáncer en Cali, demuestra que la incidencia de cáncer de pulmón en hombres y mujeres parece estar incrementándose en forma gradual en los últimos años.

En Colombia es evidente un subregistro en las muertes, especialmente en áreas rurales de las costas pacífica y atlántica. En 1984 el patrón de mortalidad predominante estaba dado por enfermedades cardiovasculares y tumores malignos, este patrón se ha mantenido en años posteriores a pesar del aumento de mortalidad generado por la violencia▲



En 1.990 las primeras 10 localizaciones de cáncer, como causa de mortalidad en HOMBRES Y MUJERES



LOCALIZACIÓN	Nº	%	Tasa x 100.000	LOCALIZACIÓN	Nº	%	Tasa x 100.000
Estomago	2141	22.60	13.1	Estomago	1.557	22.00	9.4
Tráquea, Bronquio y Pulmón	1.279	13.50	7.8	Cuello Uterino	1.057	14.90	6.4
Próstata	955	10.10	5.8	Mama Femenina	948	13.40	5.7
Leucemia	503	5.30	3.1	Tráquea, Bronquio y Pulmón	686	9.70	4.1
Colon, Rectosigmoide y Ano	411	4.33	2.5	Placenta, Utero y Utero inespecífico	638	9.02	3.8
Linfomas y Sist. Hematopoyético	395	4.16	2.4	Colon, Rectosigmoide y Ano	520	7.35	3.1
Esófago	375	3.95	2.3	Leucemia	457	6.46	2.8
Laringe	250	2.64	1.5	Linfomas y Sist. Hematopoyético	314	4.44	1.9
Labio, Cavidad oral y Faringe	197	2.08	1.2	Ovario y Anexos	305	4.31	1.8
Piel	158	1.67	1.0	Esófago	217	3.07	1.3
Hueso y Cartílago Articular	88	0.93	0.5	Labio, Cavidad oral y Faringe	138	1.95	0.4
Resto y Mal definido	2.733	28.80		Piel	133	1.88	0.8
TOTAL	9.485	100	57.9	Laringe	104	1.47	0.6
				Hueso y Cartílago Articular	91	1.29	0.5
				Resto y Mal definido	3.007	42.50	
				TOTAL	7.074	100	61.3

FUENTE: I.N.C (Para ambos cuadros, HOMBRES - MUJERES)

DEFUNCIONES REGISTRADAS

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION TOTAL NACIONAL - COLOMBIA 1991

	HOMBRES			MUJERES			TOTAL		
	Nº	%	Tasa x 100.000	Nº	%	Tasa x 100.000	Nº	%	Tasa x 100.000
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	21.729	21.7	130.3	19.924	31.5	117.8	41.653	25.4	124.0
VIOLENCIA	2.620	26.1	157.2	1.941	3.1	11.5	28.150	17.2	83.8
CANCER	4.994	5.0	29.9	4.062	6.4	24.0	9.056	5.5	27.0
ACCIDENTES	6.149	6.1	36.9	2.261	3.6	13.4	8.410	5.1	25.0
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	4.400	4.4	26.4	3.672	5.8	21.7	8.072	4.9	24.0
OTRAS CAUSAS MAL DEF. DE MORTALIDAD	2.031	2.0	12.2	1.731	2.7	10.2	3.762	2.3	11.2
DIABETES MELLITUS	1.183	1.2	7.1	1.937	3.1	11.4	3.120	1.9	9.3
INF. INTESTINAL MAL DEFINIDA	1.259	1.3	7.5	1.083	1.7	6.4	2.342	1.4	7.0
OTRAS AFECCIONES DEL RECIEN NACIDO	822	0.8	4.9	608	1.0	3.6	1.430	0.9	4.3
SENILIDAD SIN MENCION DE PSICOSIS	482	0.5	2.9	693	1.1	4.1	1.175	0.7	3.5
CIRROSIS Y OTRAS CRONICAS DE HIGADO	766	0.8	4.6	387	0.6	2.3	1.153	0.7	3.4
DEMÁS CAUSAS	30.319	30.2	181.8	25.050	39.5	148.1	55.369	33.8	164.8
TOTAL	100.343	100	601.7	63.349	100	374.4	163.692	100	487.2

FUENTE: DANE. Se reagruparon las (30) treinta principales causas.

TABACO O SALUD



El humo del tabaco contiene cerca de 4.000 químicos que son liberados al ambiente en forma de gases y partículas. La fase particulada incluye alquitrán, nicotina, benceno y benzopireno. La fase gaseosa incluye monóxido de carbono, amoníaco, dimetilnitrosamina, formadehído, cianuro de hidrógeno y acroleína. Algunos de estos tienen propiedades irritantes y cerca de 60 están muy relacionados con diferentes localizaciones de cáncer.

En 1.950 aparecieron en Estados Unidos e Inglaterra cinco trabajos donde se comparaba el hábito de fumar de un gran número de pacientes con cáncer de pulmón y en algunos casos de cáncer de boca, faringe o laringe frente a un grupo control. Se concluyó que "fumar es un factor importante en la aparición del cáncer de pulmón". Estos trabajos marcaron el inicio de una era moderna de estudios sobre los efectos del tabaco en la salud.

"Fumar es nocivo para la salud". Esta advertencia conocida por todo el mundo, es aún invisible para muchos. Cada año los problemas de salud relacionados con el consumo de tabaco conducen a más de un millón y medio de muertes prematuras en las Américas. Mas aún sus costos en términos de enfermedad, incapacidad, pérdida de productividad y el uso de servicios de salud están mas allá de lo que ha podido ser medido.

El alquitrán contiene muchos de los agentes conocidos como cancerígenos y otros tóxicos. Existe asociación entre la concentración de alquitrán en el cigarrillo y la producción de enfermedades, sin embargo no hay evidencia que sugiera que al disminuir la concentración con "cigarrillos suaves" disminuya el riesgo coronario.

Solo 60 mg de nicotina puestos en la lengua de una persona son suficientes para matarla. En el humo es inhalada por la persona llegando al cerebro en aproximadamente 7 segundos.

● Cáncer

El cáncer de pulmón es la enfermedad neoplásica fatal mas común en el mundo de hoy, y en general tiende a incrementarse rápidamente. Hay factores que contribuyen a este continuo crecimiento: la disposición de una mayor atención médica y mayores posibilidades de un diagnóstico para precisar mejor las causas de muerte; el gran incremento en la población fumadora de cigarrillos ha producido y está produciendo, un gran incremento real en el porcentaje de cánceres de pulmón. Menos del 8% de los casos con diagnóstico de cáncer pulmonar sobreviven los 5 años.

En cualquier población de fumadores habituales, el pico de incidencia de cáncer de pulmón es visto a las tres décadas luego de empezar a fumar. Los países que tuvieron las más altas tasas de tabaquismo en los años 50 y 60, en este momento tienen las más altas tasas de mortalidad por cáncer de pulmón (y por otras enfermedades relacionadas con el tabaquismo). En el Reino Unido, uno de cuatro fumadores muere prematuramente: de éstos uno de diez morirá de cáncer de pulmón y más de uno de ocho si fuman más de 25 cigarrillos al día.

El riesgo de cáncer de pulmón se incrementa proporcionalmente al número de cigarrillos fumados (DOLL, R. and PETO, R. Br. Med. J. 1976; 4: 1525-36.):

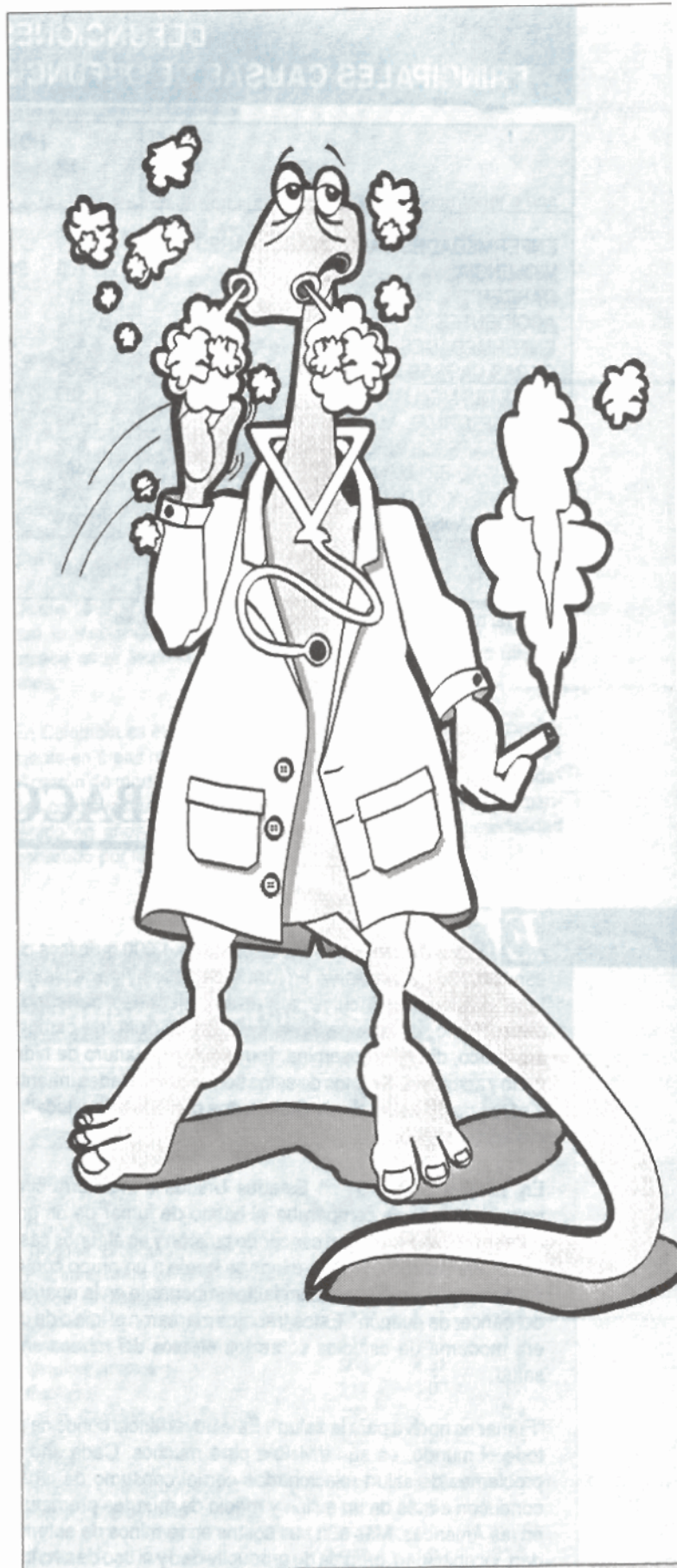
No. de cigarrillos/día		Tasa anual de mortalidad por 100.000 médicos británicos hombres
0	10	
1-14	8	(8 veces más que no fumadores)
15-24	27	(13 veces más que no fumadores)
25 o más	251	(25 veces más que no fumadores)

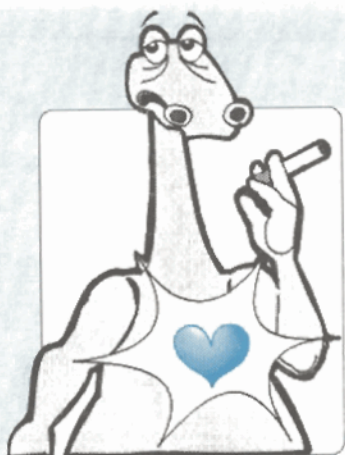
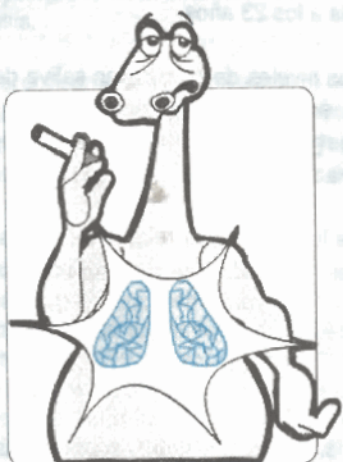
La cantidad de alquitrán del cigarrillo es importante para el riesgo de enfermedad y muerte, pero menos importante que el número de cigarrillos y la duración del tabaquismo.

La exposición al humo del tabaco provoca la mayoría de los casos de cáncer de pulmón y esta aparición parece depender de: la dosis diaria, la duración del tabaquismo regular, la forma en que se consume el tabaco y el tipo de cigarrillo que se fuma. Los cánceres del tracto urinario inferior y sobre todo de la vejiga urinaria y la pelvis renal, se han asociado constantemente con el consumo de cigarrillos en los hombres. El consumo del tabaco es una causa importante de cáncer orofaríngeo, hipofaríngeo, laríngeo y esofágico; el riesgo se incrementa al aumentar el consumo del tabaco y sustancialmente cuando el consumo de cigarrillo se combina con un fuerte consumo de alcohol. Diversos estudios epidemiológicos señalan constantemente al tabaco como causa importante de cáncer de páncreas. El mayor riesgo de cáncer de estómago, hígado y cuello de útero no puede atribuirse con certeza al tabaquismo, pues en ninguno de los estudios ha sido posible discernir la posibilidad de que otros factores asociados al consumo de tabaco sean responsables de este incremento, pero el tabaquismo está asociado con la disminución de las células de Langerhans, parte importante del sistema inmune, y ésta es proporcional al número de cigarrillos fumados. Los estudios realizados en fumadores de tabaco expuestos también a otros agentes muestran que los consumidores de alcohol, trabajadores expuestos a asbesto y personas expuestas a radiación ionizante en las minas de uranio, tienen una multiplicación del riesgo de cáncer.

● Enfermedades cardiovasculares

Los principales componentes del tabaco que están asociados con la enfermedad cardíaca son la nicotina y el monóxido de carbono. La nicotina es una poderosa droga que estimula la producción de adrenalina, incrementando la frecuencia cardíaca y la tensión arterial; esto conduce a una mayor demanda de





oxígeno por el corazón. El monóxido de carbono se une a la hemoglobina produciendo carboxihemoglobina, por consiguiente la sangre conduce menos oxígeno. Los grandes fumadores pueden tener una alteración en este transporte hasta del 15%. El consumo del tabaco contribuye al desarrollo de lesiones arterioscleróticas, y a las manifestaciones clínicas: coronarias, cerebrales, enfermedades vasculares periféricas y aórticas, así como muerte súbita. El tabaco afecta el sistema hemostático disminuyendo la vida promedio de las plaquetas, aumentando el grosor de las mismas y su tendencia a la agregación. Muchos componentes gaseosos del humo del cigarrillo tienen complejos efectos tóxicos que alteran el metabolismo, reducen el transporte de oxígeno, disminuyen el umbral de fibrilación ventricular y promueven los procesos arterioscleróticos. El riesgo de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular u otras enfermedades cardiovasculares en mujeres fumadoras consumidoras de anticonceptivos orales es mucho mayor que en las no fumadoras (puede ser hasta de diez veces más), independientemente de tener algún factor predisponente (hipertensión, angina pectoris, diabetes, obesidad, personalidad tipo A, antecedentes familiares). Este efecto es más marcado en mujeres mayores de 45 años.

Tabaquismo, niveles altos de colesterol sanguíneo e hipertensión son los factores de riesgo no hereditarios de enfermedad coronaria más firmemente establecidos. Un fumador tiene dos a tres veces el riesgo de tener un infarto de miocardio que un no fumador. Si alguno de los otros riesgos está presente, la probabilidad puede incrementarse ocho veces. Al menos 80% de los infartos en hombres menores de 45 años son atribuidos al tabaquismo.

La enfermedad coronaria o isquémica cardíaca, es la principal causa de muerte en muchos países industrializados. En el Reino Unido se estima que el tabaquismo ocasiona 100.000 muertes prematuras cada año. Muerte súbita es la primera manifestación de esta enfermedad en una cuarta parte de los pacientes y puede ser debida a una arritmia cardíaca.

Enfermedad arterial debida al tabaquismo es la causa más grande de muerte prematura en países industrializados, ocasionando más muertes que el cáncer de pulmón. Los fumadores con enfermedad vascular periférica que ignoran la advertencia de los primeros síntomas y continúan fumando pueden desarrollar con mayor probabilidad gangrena en sus extremidades. Cerca del 90% de las personas con esta sintomatología son fumadoras. En Inglaterra cerca de un tercio de los adultos continúan fumando y se realizan mas de 2.000 amputaciones por año, la mayoría de las cuales son asociadas al tabaquismo.

● Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

El consumo de cigarrillos es una de las principales causas de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, conocida como un factor significativo de morbilidad y mortalidad. Esta enfermedad está relacionada con el tabaquismo de una manera tan específica como el cáncer de pulmón.

La Bronquitis crónica y el Enfisema Pulmonar son patologías

progresivamente incapacitantes, que una vez establecidas son raramente reversibles. El pico de la enfermedad es muy gradual y la disnea sólo llega a ser evidente cuando cerca de la mitad del pulmón ha sido destruido. Al menos 90% de las muertes ocasionadas por esta enfermedad son atribuidas al tabaquismo.

● Fertilidad y embarazo

El tabaquismo puede afectar la fertilidad en el hombre y en la mujer. Investigaciones recientes han mostrado que el 28% de las mujeres fumadoras concibieron en el primer ciclo comparado con el 38% de las no fumadoras. Las fumadoras tuvieron 3.4 veces más probabilidad que las no fumadoras para demorar más de un año en quedar embarazadas. Se ha estimado que la fertilidad de las fumadoras es 28% menor que las no fumadoras. El tabaquismo puede afectar la densidad y motilidad de los espermatozoides.

Se han estudiado y analizado ampliamente los efectos negativos del tabaquismo durante el embarazo. Algunos autores han detectado un efecto del tabaquismo sobre la fertilidad, siendo necesario un mayor tiempo para obtener el embarazo en mujeres fumadoras, y existe un mayor porcentaje de anomalías espermáticas entre varones fumadores.

Los hijos de madres fumadoras tienen un promedio de 200 gr. menos que los de las no fumadoras. La relación entre el tabaquismo materno y el bajo peso al nacer está demostrada. A mayor número de cigarrillos, mayor probabilidad; Mujeres embarazadas fumadoras de más de 20 cigarrillos al día tienen casi el doble del riesgo que las no fumadoras. El bajo peso al nacer se ha asociado con una mayor mortalidad y morbilidad perinatal. Entre las secuelas a largo plazo figuran efectos persistentes sobre el desarrollo físico y alteraciones en el desarrollo emocional e intelectual.

En promedio las fumadoras pueden tener más complicaciones durante el embarazo, como sangrado, desprendimiento de placenta y ruptura prematura de membranas o aborto espontáneo y parto prematuro.

La mortalidad perinatal se incrementa directamente con el número de cigarrillos fumados. En un gran estudio, el riesgo de muerte perinatal se incrementó en 20% y 35% para las fumadoras de menos de 20 cigarrillos al día y más de 20 respectivamente. El riesgo es mucho mayor si la mujer es pobre, anémica o ha tenido varios hijos. El tabaquismo puede contribuir a una producción de leche inadecuada; se ha encontrado cotinina en la leche materna.

● Los niños y el tabaco

Los hijos de fumadores tienen una mayor probabilidad de: ser hospitalizados por neumonía y bronquitis en el primer año de vida, tener una habilidad disminuida para las operaciones intelectuales y matemáticas y ser adultos fumadores activos.

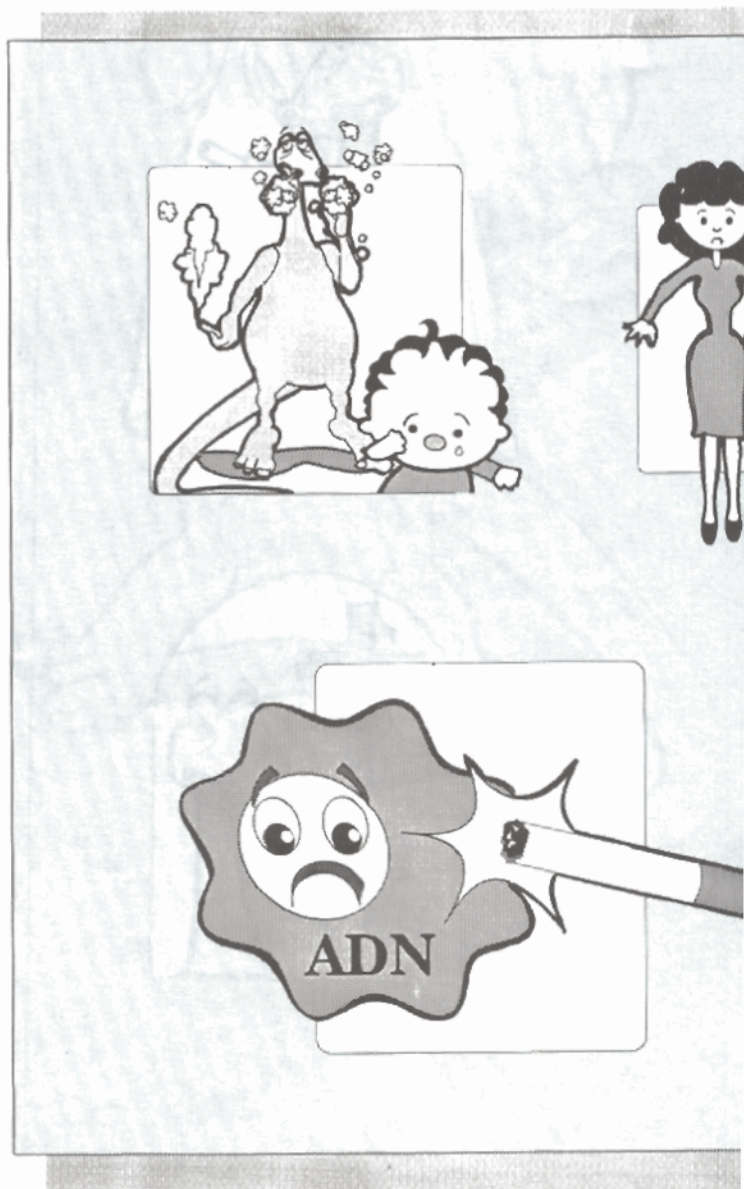
Se ha asociado una diferencia en la talla de los hijos de fumadoras con los de no fumadoras, alteraciones en lectura y operaciones matemáticas a los 16 años y aún con la mas alta calificación obtenida a los 23 años.

De acuerdo con los niveles de cotinina en saliva de hijos de padres fumadores, éstos reciben un equivalente a fumar 80 cigarrillos al año. Los hijos de fumadores tienen un mayor riesgo de cáncer en edad adulta.

En el Reino Unido a los 10 años de edad, 40% de los hombres y 28% de las mujeres han tenido al menos una exposición activa al cigarrillo, y cerca de un tercio de aquellos que llegan a ser fumadores habituales empezaron antes de los 9 años.

● Otros efectos

Estudios recientes sugieren que el tabaquismo actúa directamente sobre procesos endocrinos que controlan la menstruación.



La menopausia natural ocurre en promedio 2 a 3 años antes en las fumadoras. La pérdida de estrógenos en la menopausia puede ser mayor que en no fumadoras incrementando el riesgo de osteoporosis.

En humanos el consumo de tabaco da lugar a daños genéticos en las células. Hay algunas pruebas sobre la existencia de aberraciones cromosómicas en células sanguíneas de fumadores en función del porcentaje de alquitrán de los cigarrillos fumados.

● Tabaquismo pasivo

El humo del tabaco afecta no solamente a las personas que activamente lo fuman (flujo principal de humo), sino también a aquellas que están expuestas a los productos de combustión del tabaco de otras personas (flujo colateral del humo, cerca del 85% del humo en un salón es debido a éste). Además de producir un mal olor en las ropas y el cabello, puede producir

irritación ocular, cefalea, tos, sequedad de garganta, mareo, náuseas y cambios mensurables en la función pulmonar. Las personas con mayor sensibilidad alérgica y otras alteraciones cardíacas o pulmonares tienen una mayor probabilidad de ser afectadas.

Los resultados de diversos estudios muestran que existe un incremento estadísticamente significativo del riesgo de cáncer de pulmón entre no fumadores expuestos involuntariamente al humo del tabaco (10 a 30%) y no existe un nivel "seguro" de exposición a los carcinógenos. Pacientes con angina pectoris no fumadores, expuestos en un espacio cerrado al humo de cigarrillos de otros fumadores han demostrado mayores niveles de carboxihemoglobina, sintomatología coronaria y cambios electrocardiográficos indicativos de isquemia miocárdica. Se ha visto que existe una relación dosis-respuesta en función del número de cigarrillos que fuma el cónyuge.

En general, cuanto mayor es el riesgo que implica el consumo de cigarrillos, mayor es la ventaja o reducción del riesgo que se obtiene al evitar la exposición al tabaco. Los niveles de cotinina encontrados en los fumadores pasivos son similares a los de fumadores moderados.

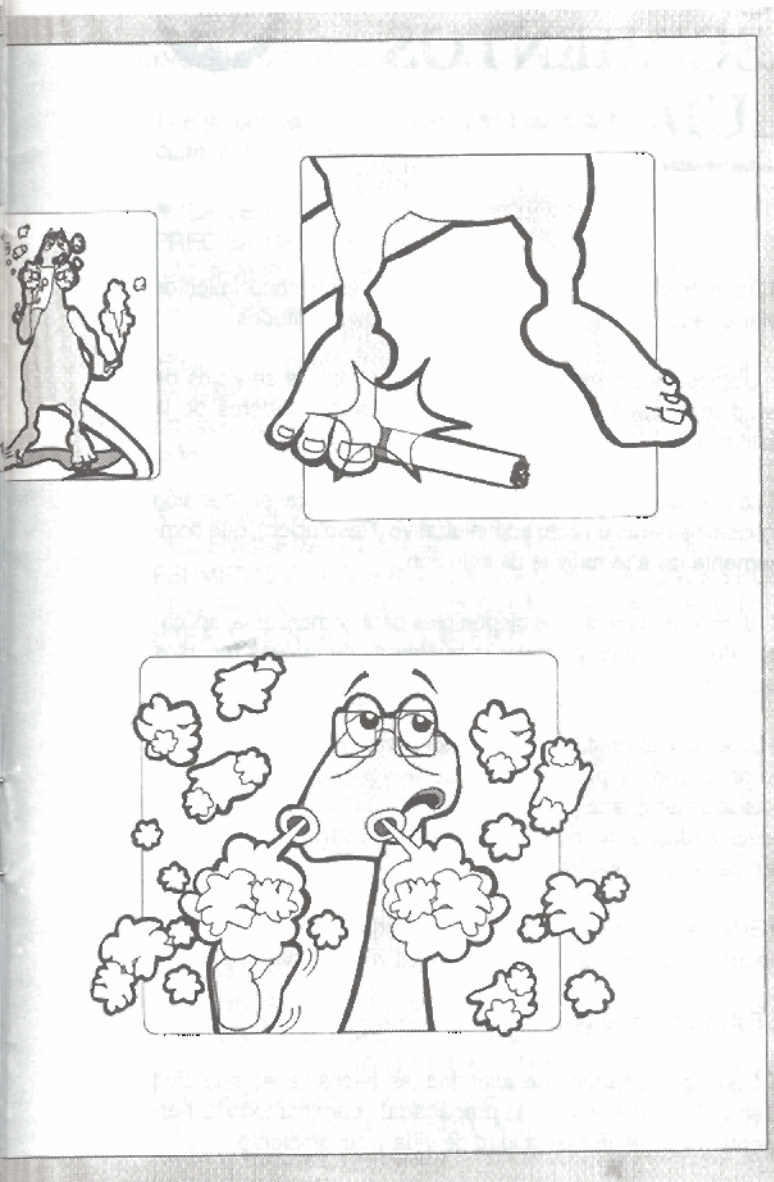
Con base en una evaluación de las pruebas científicas disponibles, la Agencia para la Protección del Medio Ambiente del Gobierno de los Estados Unidos ha llegado a la conclusión de que la exposición generalizada al Humo de Tabaco en el Ambiente (HTA), constituye un riesgo grave y sustancial para la salud pública. En adultos, el HTA es cancerígeno del pulmón, se estima que mueren anualmente en Estados Unidos unas 3.000 personas no fumadoras a causa de él. En niños, la exposición a HTA presenta asociación causal con bronquitis y neumonía en menores de 18 meses de edad (150-300.000 casos imputables); disminución de función pulmonar, aumento en el flujo del oído interno y síntomas de irritación del tracto respiratorio superior; episodios adicionales, condiciones agravadas en asmáticos (200 a 1.000.000 se agravan) y factor de riesgo para nuevos casos en niños que no han presentado sintomatología de asma previamente.

● Evidencias del problema

Científicamente se ha demostrado la asociación entre el tabaquismo y las múltiples patologías que ocasiona, a través de las evidencias: Epidemiológica, Ecológica y Biológica.

● Beneficios de dejarlo

No importa la edad de la persona, nunca es tarde para dejar de fumar. Los cigarrillos con bajo alquitrán no reducen el riesgo de enfermedad cardíaca. Algunos estudios han mostrado que luego de 5 años de haberlo dejado, el riesgo se reduce casi hasta alcanzar el de un no fumador. Los demás riesgos asociados con el tabaquismo pueden requerir de 10 a 15 años de cesación para ser similares a los de un no fumador ▲



COMO DESARROLLAR POLITICAS DE CONTROL DEL TABAQUISMO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD



Cuando se habla de organismos de salud habitualmente se piensa únicamente en los hospitales. Sin embargo, otros organismos de salud son mas visibles a la comunidad y con un papel muy importante como: facultades de medicina, centros de salud, clínicas materno infantiles, centros de salud de atención primaria, ambulancias, clínicas y prácticas dentales, farmacias, oftalmólogos y servicios de rehabilitación.

La campaña del presente año pretende que tanto los trabajadores de la salud como los pacientes no consuman tabaco. Implica también que en estos establecimientos no se debe hacer publicidad, promover, ni vender tabaco.

Las medidas a tomar con el fin de cumplir los objetivos propuestos, deben ser implementadas con la completa participación de las directivas. Particularmente deben ayudar a los fumadores facilitándoles información y organizando los programas educativos que ayuden a dejar de fumar.

Pasos a seguir para desarrollar una política de control de tabaquismo en los establecimientos de salud:

- Conocer la magnitud del tabaquismo (Prevalencia del consumo de tabaco) en la institución.
- Determinar el grupo de fumadores y su lugar de trabajo.
- Determinar el grupo de no fumadores y el de fumadores pasivos y su lugar de trabajo.

■ Obtener información de los trabajadores sobre conocimientos relacionados, opiniones, comportamientos y actitudes.

■ Obtener información sobre la oferta y uso de servicios de salud responsables de la atención a los trabajadores de la institución.

■ Las directivas de la institución deben manifestar su decisión política mediante un acto administrativo (Resolución), que complemente las alternativas de solución.

■ Identificar los recursos disponibles para comenzar la aplicación de soluciones y activar la búsqueda de nuevos recursos necesarios.

■ El desarrollo institucional no es suficiente, si a los programas de prevención y promoción no se le agregan actividades de detección temprana y tratamiento oportuno para enfermedades relacionadas como hipertensión, enfermedad coronaria, cáncer, patologías respiratorias y otras.

■ Establecer centros locales de documentación para consulta y ejecución de trabajos de investigación y/o información.

■ Establecimiento de una línea telefónica amiga.

■ Con las entidades que atiendan las necesidades en salud (Seguridad social, medicina prepagada) coordinar todo lo pertinente para mejorar la calidad de vida y del ambiente.

■ Seguimiento y evaluación periódica de la política establecida.

REFLEXIONES



▼ "NIL NOCERE, BONUM FACERE"
(NO CAUSAR DAÑO Y HACER EL BIEN)

El ejemplo del médico causa daño cuando fuma y hace bien cuando no lo hace.

▼ "LA VERDAD EN MEDICINA NO ES NI LA EXPLICACION PRECISA DE IDEAS NI LA INTERPRETACION DE LEYES NATURALES, SINO MAS BIEN EL EXITO DE LA TERAPIA Y EL CONSUELO"¹

El cáncer de pulmón asociado al consumo de cigarrillo, cuando se detecta clínicamente, en un alto porcentaje de los casos es un proceso irreversible. El verdadero éxito está en la prevención.

▼ LAS NUEVAS TECNOLOGIAS PARA EL TRATAMIENTO DEL ENFISEMA, DE LA ARTERIOSCLEROSIS, DE LA ENFERMEDAD CORONARIA Y DEL CANCER, CAUSADAS POR EL CIGARRILLO, CONSTITUYEN LA MEJOR ALTERNATIVA PARA AFRONTAR EL PROBLEMA?

Recordemos que es mejor prevenir, que curar.

▼ "EL MEDICO DEBE SER UNA PERSONA QUE TENGA LA VIRTUD DE LA INTEGRIDAD, UNA PERSONA QUE NO SOLO ACEPTA EL RESPETO DE LA AUTONOMIA DE OTROS COMO PRINCIPIO O CONCEPTO, SINO TAMBIEN EN LA QUE SE PUEDE CONFIAR"²

Qué pensar del médico que fuma?

▼ LA INFRAESTRUCTURA DE PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD DEL PAIS NO CUENTA EN SU OFERTA CON LOS NECESARIOS PARA ATENDER EL PROBLEMA DEL TABAQUISMO. EN LOS ASPECTOS DE FOMENTO Y PROTECCION DE LA SALUD, DIAGNOSTICO PRECOZ, REHABILITACION Y TRATAMIENTO OPORTUNO DE UNA MANERA COORDINADA.

Existen esfuerzos aislados, pero no política nacional.

▼ LAS FACULTADES DE CIENCIAS DE LA SALUD NO SUMINISTRAN EN EL PREGRADO LOS ELEMENTOS NECESARIOS PARA QUE EL EGRESADO EJERZA LIDERAZGO FRENTE AL PROBLEMA DEL TABAQUISMO.

La acción debe ser el brindarle elementos que le permitan un conocimiento integral, tales como: factores médicos, personales, socioeconómicos, guía para el análisis de los datos pertinentes, estrategias para la adopción de decisiones y preparación para el escrutinio público y la defensa de las mismas.⁴

▼ "ESTAMOS TAN FAMILIARIZADOS CON LA MUERTE POR LOS MEDIOS DE COMUNICACION, QUE LLEGAMOS A INSENSIBILIZARNOS POR LA POSIBILIDAD DE MORIR Y A CONSIDERARLA COMO EXTRAÑA A NOSOTROS ... A LOS ADULTOS SE LES VENDE EL ARTICULO DE LA MUERTE EN IMAGENES DE CINE Y TELEVISION"³

El cigarrillo es un artículo de muerte. Se ofrece por todos los medios de comunicación. Cuál debe ser la actitud del personal de salud?

▼ "EN OCTUBRE DE 1.951, RICHARD DOLL Y AUSTIN BRADFORD HILL ENVIARON UN CORTO Y SENCILLO CUESTIONARIO A 59.600 HOMBRES Y MUJERES MEDICOS, DEL REGISTRO MEDICO BRITANICO. SE ENCONTRO UNA ASOCIACION CON EL CONSUMO DE TABACO DE 7 CAUSAS DE DEFUNCION: CANCER DE PULMON, CANCERES DE TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR Y DIGESTIVO ALTO, BRONQUITIS CRONICA, TUBERCULOSIS PULMONAR, ENFERMEDADES CORONARIAS SIN HIPERTENSION, ULCERA PEPTICA, CIRROSIS HEPATICA Y ALCOHOLISMO".⁵

Estamos preparados los profesionales de la salud de Colombia para participar en investigaciones que permitan conocer nuestra situación frente al tabaquismo, como sucedió hace 42 años en el Reino Unido?

BIBLIOGRAFIA



1. Sass H.M., La Bioética: Fundamentos filosóficos y aplicación. Bol. OPS 108 (5-6): 393, /1990.
2. Pellegrino E.D., La relación entre la autonomía y la integridad de la ética médica. Bol. OPS, 108 (5-6): 379, /1990.
3. Llano A.E., El morir humano ha cambiado. Bol. OPS, 108 (5-6): 466, /1990.
4. Drane F.D. Métodos de Ética Clínica. Bol. OPS 108 (5-6): 420-1, /1990.
5. Doll R., Hill A.B., La mortalidad en relación con el hábito de fumar: Diez años de observaciones sobre médicos británicos. Bol. OPS, P.C. 505, El desafío de la Epidemiología. P. 682-722, /1991.
6. Tobacco or Health: Status in the Americas, A report of the Pan American Health Organization. Scientific publication No. 536, /1992.
7. Tabaquismo y Salud en las Américas, Informe de la cirugía general, en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud. /1992.
8. Tabaco o Salud. Oficina Regional Europea de la OMS, Agencia Internacional de Investigaciones sobre el cáncer y la Comisión de las Comunidades Europeas, /1988.
9. International Agency on Tobacco and Health (IATH) Bulletins, /1992 to 1993.
10. "World No Tobacco Day", World Health Organization. Health Services, Our Window to a Tobacco Free World. Advisory Kit, /1993.