



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NUCLEO ANZOATEGUI
ESCUELA DE CIENCIAS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA

**INDICADORES DEL HABITO TABAQUICO EN
ESTUDIANTES QUE CURSAN EL ÚLTIMO AÑO DE MEDICINA
DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE, NUCLEO ANZOATEGUI,
DURANTE EL PERIODO ENERO-MARZO 2010.**

Asesor:

Prof. Humberto Gómez

Presentado por:

Calderón; Marco

Rojas; Sabina

Trabajo presentado como requisito para optar al título de **MÉDICO CIRUJANO**

Barcelona, Julio 2010



INDICADORES DEL HABITO TABAQUICO. ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO AÑO DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE ORIENTE, NUCLEO ANZOATEGUI. ENERO-MARZO 2010.

Marco Calderón, Rojas Sabina, Gómez Humberto.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los indicadores del habito tabáquico en estudiantes que cursan el ultimo año de medicina de la Universidad de Oriente, núcleo Anzoátegui, durante el periodo Enero-Marzo 2010.

Metodología: se realizo un estudio de carácter descriptivo, transversal, con un total de 132 alumnos de tanto varones como hembras, de los cuales 47 fueron fumadores y 85 no fumadores en estudiantes que cursan el último año de medicina de la Universidad de Oriente, núcleo Anzoátegui, durante el periodo Enero-Marzo 2010. Se aplico un cuestionario, con variables no modificables, como semestre de estudio, edad, sexo, inicio del habito tabáquico, consumo diario de tabaco, etc. Compuesta de 14 preguntas abiertas y cerradas. Se dividió la muestra entre los consumidores y no consumidores, aplicándosele el test de Fargestrom a los consumidores.

Resultados: la prevalencia de tabaquismo fue de 47 estudiantes de los 132 encuestados, que represento el 36.6%. el promedio de edad de inicio del consumo de

tabaco fue de 16.7 años para ambos sexos. El motivo de mayor inicio en el hábito tabáquico fue compañía de personas fumadoras, con 18 casos, que representó el 38.2%. el sexo y edad cronológica al momento de la encuesta de los 47 estudiantes fumadores, 28 fueron mujeres, que representó el 59.6% con una moda de edad de 23 años con 16 casos que representó el 34%, mientras que del sexo masculino fueron 19 estudiantes, que representó el 40.4% con una moda de edad de 24 años, con 7 casos, que representó el 14.9%. el tipo de tabaco que consumen los estudiantes es el cigarro, con 47 casos, que representó el 100%. la frecuencia de cigarros por día fue de 6 a 10 cigarros/día, con 23 casos que representó el 48.9%. se presentó aumento del consumo del hábito tabáquico en 28 de los 47 casos, que representó el 59.6%, debido en su mayoría a la realización de la tesis de grado, con 15 casos, que representó el 31.9%. en la aplicación del test de Fargestrom se encontró que de los 47 casos, 28 presentaron baja dependencia a la nicotina (1-2ptos) que representó el 59.6%.

DEDICATORIA

A dios sobre todas las cosas por proveernos de salud, necesaria para alcanzar todas nuestras metas.

A mis padres José Antonio y Berkis porque con su cariño incondicional y consejos siempre claros y oportunos me han llevado a ser una persona de bien, y sin su ayuda no seria lo que soy hoy en día.

A mi hermano Josberth y a mis primas que siempre han estado ahí para apoyarme de alguna u otra manera, en especial a Vanessa, Ogladih, Lorena y María Gabriela.

A mis amigos y compañeros de carrera, que más que eso fueron como una segunda familia e hicieron esta travesía mas entretenida, en especial a Sabina, Diego, José Humberto, Víctor, Daisy, Carla p, Luisana, Lilian, Pedro, Diana, Eder y Lou Anne.

A todos ellos mil gracias por ayudarme en mi formación y alcanzar esta meta tan importante en mi vida.

Marco Antonio Calderón Mayorga

DEDICATORIA

Hay momentos en la vida por los que sufres pero después de haberlas vivido reflexionas y te das cuenta que no todo fue tan negativo, que dejan mas que una enseñanza, una huella en tu vida y logra que en el futuro estés preparado para seguir luchando.

Hoy en día me siento orgullosa del esfuerzo y sacrificio que me permitió culminar una meta que he soñado, ser Medico, le agradezco a dios todo poderoso por estar siempre a mi lado en las buenas y en las malas.

A la universidad de Oriente por darme la oportunidad de aprender y ser parte de ella.

En especial a mis padres Felix y Aura, y hermanos Pastor y Mariana por su aliento, apoyo y amor incondicional, a mis abuelos Aura, Jesus Manuel y demás familiares.

A mi abuelo Pastor Rojas que desde el cielo me guiaba y apoyaba, orgullosa de ser su nieta y convertirme en Dra. Rojas.

A mi gran amigo y compañero de tesis Marco por su apoyo y cariño incondicional, y a los amigos que formaron parte de mi segunda familia: Victor, Carla, Ingrid, Daisy, Eder, Eimy, Osmary, Ronald, Jesahiro, Mario, Mariale, Greidys, Ivonne, Jose Humberto, Pedro, Alejandro, Ricardo, Adriana.

Les doy gracias a todos porque sin ellos no lo hubiese logrado.

Sabina Efigenia Rojas Morao

AGRADECIMIENTO

El esfuerzo y la fortaleza y el haber podido alcanzar esta meta solo podemos dedicársela a nuestro DIOS, que supo darnos el valor y la capacidad para llegar hasta aquí. GRACIAS... por nunca dejar que camináramos solos. Y porque nuestras huellas son las tuyas.

A la Universidad de Oriente y Escuela de Ciencias de la Salud, Núcleo de Anzoátegui, por ser nuestra segunda casa y brindarnos la oportunidad de formar parte de su gran Comunidad Académica.

A nuestro asesor Dr. Humberto Gómez que nos permitió estar en este proyecto de tesis, así como todo su apoyo incondicional, en todo momento.

Y a todas aquellas personas que de una u otra forma contribuyeron en la realización del presente trabajo. MUCHAS GRACIAS.

ÍNDICE

RESUMEN.....	ii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE	viii
LISTA DE TABLAS.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	13
CAPITULO I: EL PROBLEMA	17
1.1 Planteamiento del problema.....	17
1.2 Objetivos	18
1.2.1 Objetivos Generales	18
1.2.2 Objetivos específicos.....	18
1.3 Justificación.....	19
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	21
2.1 Fumar.....	21
2.2 Historia	21
2.3 Epidemiología	22

2.4 Componentes Químicos del Tabaco.....	24
2.5 Criterios diagnósticos para la adicción al tabaco	29
2.6 Causa de la Adicción.....	30
2.7 Cómo llega la Nicotina al Cerebro y Como Produce Adicción	31
2.8 Relación del Tabaco con las Enfermedades	32
2.8.1 Tabaco y Cáncer.....	32
2.8.2 Cáncer de Pulmón (CP).....	34
2.8.3 Cáncer de Laringe y de la Cavidad Oral	35
2.8.4 Cáncer del Aparato Digestivo	36
2.8.5 Cáncer de Riñón y Vejiga	38
2.8.6 Cáncer de Mama y Aparato Genital	38
2.8.7 Cáncer Hematológico	39
2.8.8 Tabaco y Patología Vascular.....	40
2.8.9 Cardiopatía Isquémica.....	42
2.8.10 Enfermedad Cerebrovascular	43
2.8.11 Enfermedad Arterial Periférica	44
2.8.12 Tabaco y Enfermedades Respiratorias No Tumorales	44
2.8.13 Síntomas Respiratorios.....	44

2.8.14 Hiperactividad Bronquial	45
2.8.15 Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).....	46
2.8.16 Síndrome de Apnea del Sueño (SAS)	47
2.8.17 Tabaco y Patología Dermatológica	47
2.8.18 Tabaco y Enfermedad Dental y Periodontal.....	48
CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO	49
3.1 Tipo de Investigación	49
3.2 Diseño de Investigación	49
3.3 Área de Estudio	49
3.4 Universo de Estudio	50
3.5 Población y Muestra.....	50
3.6 Materiales	50
3.7 Recurso Humano	51
3.8 Formulario	51
3.9 Institución.....	52
3.10 Procesamiento de Datos	52
CAPITULO IV: ANALISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS	53
4.1 PRESENTACION DE RESULTADOS.....	53

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	67
5.1 Conclusiones	67
5.2 Recomendaciones.....	69
BIBLIOGRAFÍA.....	71
ANEXOS.....	73
METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:	1

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 1 Estudiantes que Presentan Habito Tabáquico.....	53
Tabla N° 2-A Edad de Inicio del Habito Tabáquico en los Estudiantes	55
Tabla N° 2-B Edad y Motivo que Inicio al Estudiante en el Habito Tabáquico.....	57
Tabla N° 3 Clasificar por Sexo y Edad los Estudiante Fumadores.....	59
Tabla N° 4 Tipo de Tabaco que Consume el Estudiante	61
Tabla N° 5 Frecuencia y Porcentaje de Consumo de Cigarros por Día en los Lstudiantes	62
Tabla N° 6 Aumento del Habito Tabáquico Según Causa.....	64
Tabla N° 7 Aplicación del Test de Fargestrom Para Conocer la Dependencia de Nicotina en Estudiantes Fumadores.....	65

INTRODUCCIÓN

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. (Monsó y col., 2001)

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 demostraron que muchas de las sustancias químicas contenidas en el humo del cigarro son carcinógenas. En 1962, el gobierno de Estados Unidos eligió un grupo de diez científicos para que analizaran las pruebas de que disponían. Sus conclusiones quedaron incluidas en el informe general sobre sanidad de 1964, donde se afirmaba que “fumar es un riesgo para la salud de suficiente importancia como para justificar la necesidad de acciones apropiadas para remediarlo”. (Monsó y col., 2001)

El tabaquismo, como concepto, se aplica al consumo de tabaco y sus derivados por los individuos de la sociedad. El consumo de tabaco ha aumentado considerablemente en todas partes del mundo durante la segunda mitad del siglo pasado, transformándose en una de las principales causas de muerte anticipada y evitable y se

ha asociado a la ocurrencia de enfermedades cardiovasculares, cáncer de pulmón, boca, esófago y vejiga, enfermedad cerebro vascular y enfermedad obstructiva crónica. La mitad de los fumadores muere prematuramente como consecuencia de su adicción. Pero, además de auto dañarse, el fumador

Perjudica a otros exponiéndolos a la inhalación pasiva del humo del cigarrillo que también está asociada con morbilidad respiratoria y con un alto riesgo de padecer cáncer de pulmón y enfermedad cardíaca pese a no presentar el hábito. Se sabe que los hijos de padres fumadores tienen mayor predisposición a contraer enfermedades respiratorias bajas, sufrir muerte súbita infantil, enfermedad del oído medio, bronquitis y asma, además de tener un modelo negativo a seguir. (Begoña., 2001)

La primera medida que se tomó fue incluir en 1964 una advertencia en las cajetillas. Esta advertencia se reforzó en 1969 hasta quedar así: “Las Autoridades Sanitarias advierten que el tabaco perjudica seriamente la salud”. En 1971 se prohibió todo tipo de publicidad de cigarros en radio y televisión. En las décadas de 1970 y 1980 varias ciudades y estados aprobaron leyes que exigían espacios reservados para no fumadores en los lugares públicos y de trabajo. En febrero de 1990 una ley federal prohibió fumar en todos los vuelos nacionales cuya duración fuera inferior a seis horas. En America, incluyendo a Venezuela, la situación ha sido similar anexando en las cajetillas la advertencia de que fumar es perjudicial para la salud y prohibiendo fumar en los lugares públicos. Estas medidas van encaminadas a erradicar este hábito tan perjudicial. (Granda Orive y col., 2000)

El tabaquismo es un hábito que a menudo se adquiere en la adolescencia, momento propicio para adquirir nuevos hábitos, donde son vulnerables psicológicamente por estar en busca de una identidad, situación que provoca un aumento de problema de salud a futuro. (Salleras Sanmartí., 1999)

A pesar de los amplios conocimientos sobre los daños que ocasiona el cigarrillo, solamente se han obtenido en la iniciativa global del control del tabaquismo. Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que el consumo de tabaco causan 3.5 millones de muertes al año, una suma que se espera aumente a 10 millones para el 2030, de las cuales el 70% ocurrirán en los países en desarrollo. (Casi Casanellas., 2001)

Instituciones sanitarias de prestigio como la Organización Mundial de la Salud, y la Unión Internacional contra el Cáncer han destacado la capacidad de los profesionales sanitarios en general y los médicos en particular para incidir positiva o negativamente sobre el consumo de tabaco en una comunidad. Los médicos que quieren ejercer con coherencia su profesión tienen la oportunidad y responsabilidad de asumir diversas funciones respecto al tabaquismo para conseguir su control: modelo, educador, terapeuta y sensibilizador social. Se sabe que los facultativos fumadores son mas permisivos, realizan en menor medida el consejo antitabaco y adoptan una actitud pasiva respecto al tema. La formación integral sobre el tabaquismo es requisito ineludible y la etapa de estudiante es la óptima para este fin. (Casi Casanellas., 2001)

Los estudiantes de medicina han sido en pocas ocasiones objetos de estudio y los trabajos publicados, en general tienen un ámbito muy reducido. La prevalencia de fumadores en estudiantes de medicina ha ido en descenso desde la década de 1970 hasta la de 1990. Y en los primeros trabajos consultados es superior a la descrita en la población general y médicos (prevalencia en estudiantes del 40-79%) orden que se invierte en la actualidad donde los estudiantes fuman menos que los médicos y la población general. (23-33%). Se ha constatado el incremento del número de fumadores a lo largo de la carrera, así como del consumo diario de tabaco y del número de estudiantes que comienzan a fumar de forma habitual. (Salleras Sanmartí., 1999)

Por consiguiente, una de las estrategias para reducir el número de muertes relacionadas al hábito de fumar, es animar la participación de los profesionales de salud en la prevención de uso del tabaco y la consejería de cesación. Los estudios han recolectado información de los alumnos de las profesiones de la salud en varios países, sobre su uso del tabaco y entrenamiento como consejeros de la cesación. Sin embargo, ningún estudio ha recabado esta información en investigaciones nacionales, usando una metodología de estudio consistente. (Casi Casanellas., 2001)

El Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS, adoptado por la 56 Asamblea de Salud Mundial en mayo del 2003, es el primer tratado de salud pública internacional para el control del tabaco que además de mantener una visión real de la respuesta global a la pandemia de muerte y enfermedad producida por esta droga legal, llama a los países para usar métodos normalizados y procedimientos para la vigilancia. (Casi Casanellas., 2001)

Con todo lo anteriormente expuesto, podemos preguntarnos: ¿Cómo es el hábito tabáquico en estudiantes que cursan el último año de la carrera de medicina? ¿Qué podría motivar al estudiante del último año de la carrera de medicina a aumentar el consumo de tabaco?

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (2003), el tabaquismo cobra una vida cada 8 segundos. Las investigaciones realizadas llevan a pensar que las personas que empiezan a fumar durante la adolescencia (como ocurre en más del 70% de los casos) y siguen haciéndolo durante 20 años o más vivirán entre 20 y 25 años menos que quienes nunca hayan probado el tabaco. El cáncer de pulmón y las cardiopatías no son los únicos causantes de serios problemas de salud y defunciones.

Con el propósito de disponer de elementos más adecuados para abordar la problemática que suscita con el hábito de fumar, particularmente en la población más joven, se planteó una investigación en estudiantes de medicina de la Universidad de Oriente, núcleo Anzoátegui, que cursan el último año de la carrera de Medicina.

En este sentido reviste especial interés el estudio de la epidemiología del tabaquismo en aquellos grupos que se encuentran en fase de formación para la salud y que en el futuro deberán ser agentes sanitarios en sus diferentes niveles de actuación profesional. Para ello consideraremos explorar cuál será la prevalencia de consumidores de tabaco en los estudiantes de medicina que cursan el último año de la carrera, sería de aporte fundamental para saber si el grupo próximo a ser profesional y promotor de la salud tiene un valor representativo. Por eso nos planteamos las siguientes preguntas ¿Cómo es el hábito tabáquico en estudiantes que cursan el

último año de la carrera de medicina? ¿Qué podría motivar al estudiante del último año de la carrera de medicina a aumentar el consumo de tabaco? ¿en qué sexo es mayor el hábito tabáquico? ¿Qué tanta es la dependencia a la nicotina en los estudiantes de medicina?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivos Generales

Determinar los indicadores del hábito tabaquico en estudiantes que cursan el último año de medicina de la Universidad de Oriente, núcleo Anzoátegui, durante el periodo Enero-Marzo 2010

1.2.2 Objetivos específicos

1. Identificar el numero de estudiantes que presentan hábito tabáquico.
2. Señalar edad que inicio el hábito tabáquico el estudiante.
3. Señalar motivo que inicio en el hábito tabáquico al estudiante.
4. Clasificar por edad los estudiantes fumadores.
5. Clasificar por sexo los estudiantes fumadores.
6. Señalar el tipo de tabaco que consume el estudiante.

7. Determinar el aumento del habito tabáquico del estudiante durante el ultimo año de la carrera.
8. Aplicación del test de Fargestrom para conocer la dependencia de nicotina en los estudiantes.

1.3 Justificación

El consumo de tabaco es la mayor causa de muerte prevenible en el mundo, y se espera que ocasione 450 millones de decesos durante los siguientes 50 años. Los profesionales de la salud pueden tener un rol crítico en la reducción de tal panorama. Incluso el informe y consejo simple de los profesionales de salud, puede aumentar sustancialmente la tasa de cesación de fumar.

Numerosas razones justifican las intervenciones en las facultades de medicina, entre ellas, la posibilidad de acceder a los estudiantes durante los años que cursan la carrera, que constituye una gran oportunidad para sensibilizar a los futuros médicos, puesto que el periodo de formación es un momento en que las actitudes y los criterios son fácilmente modificables. Otra razón de peso es la eficacia de las intervenciones en las facultades de medicina. Se ha demostrado que los seminarios impartidos sobre el tabaquismo mejoran el nivel de conocimientos y en menor medida, la actitud del alumno respecto al tema. Ellos cobran mayor relevancia teniendo en cuenta que la mayor parte de las intervenciones sobre los profesionales sanitarios en ejercicio, destinadas a conseguir el control del consumo del tabaco, no han obtenido el éxito esperado.

Por su importancia, tanto por su función modélica dentro de la sociedad como por su actuación profesional, hemos de resaltar el consumo de tabaco entre el personal sanitario, con nuestro estudio nos proponemos conocer la actitud de éstos ante el consumo de tabaco en el último año de la carrera de medicina de la Universidad de Oriente y así favorecer la labor preventiva del sistema de salud y lograr disminuir la incidencia de el habito tabaquico.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Fumar

Inhalar y exhalar los humos producidos al quemar tabaco. Un abuso excesivo de esta acción conduce al tabaquismo; en este concepto se incluyen tanto los individuos que consumen tabaco de forma habitual como los que lo hacen de forma esporádica. Las hojas secas de la planta del tabaco se fuman en pipa o en puro, pero la forma más extendida es el cigarro o cigarrillo.

2.2 Historia

Los primeros europeos que llegaron al continente americano observaron que los indígenas fumaban en pipa las hojas del tabaco, e introdujeron esta práctica en 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 cigarrillos al año. La actitud general de la sociedad era que el tabaco aliviaba tensiones y no tenía efectos nocivos. Durante la II Guerra Mundial los médicos recomendaban enviar cigarrillos a los soldados, por lo que se incluyeron en los lotes de raciones.

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 demostraron que muchas de las sustancias químicas contenidas en el humo del cigarrillo son carcinógenas. En 1962, el gobierno

de Estados Unidos eligió un grupo de diez científicos para que analizaran las pruebas de que disponían. Sus conclusiones quedaron incluidas en el informe general sobre sanidad de 1964, donde se afirmaba que “fumar es un riesgo para la salud de suficiente importancia como para justificar la necesidad de acciones apropiadas para remediarlo”.

La primera medida que se tomó fue incluir en 1964 una advertencia en las cajetillas. Esta advertencia se reforzó en 1969 hasta quedar así: “Las Autoridades Sanitarias advierten que el tabaco perjudica seriamente la salud”. Desde 1971 se prohibió todo tipo de publicidad de cigarrillos en radio y televisión. En las décadas de 1970 y 1980 varias ciudades y estados aprobaron leyes que exigían espacios reservados para no fumadores en los lugares públicos y de trabajo. En febrero de 1990 una ley federal prohibió fumar en todos los vuelos nacionales cuya duración fuera inferior a seis horas. En Europa la situación ha sido similar incluyendo en las cajetillas la advertencia de que fumar es perjudicial para la salud y prohibiendo fumar en los lugares públicos. Estas medidas van encaminadas a erradicar este hábito tan perjudicial.

2.3 Epidemiología

A pesar de los amplios conocimientos sobre los daños que ocasiona el cigarrillo, solamente se han obtenido logros modestos en la iniciativa global del control del tabaquismo. El tabaquismo sigue siendo la principal causa mundial de enfermedades y muertes evitables.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los países en vías de desarrollo se fuma casi un 50% de los hombres y alrededor de un 10% de las mujeres. Esto supone que en el mundo existen más de 1.500 millones de fumadores, es decir, aproximadamente un tercio de los individuos mayores de 15 años; Ocasiona

anualmente unos 55.000 fallecimientos—el 16% del total en las personas mayores de 35 años— y unos 15.000.000 en el mundo. Se estima que esta última cifra puede llegar a los 10 millones en el 2020, año en el que el consumo de tabaco estará implicado en una de cada seis muertes.

Actualmente, la tasa de mortalidad de los fumadores triplica a la de los no fumadores, lo que hace que un 30 a 35% de los primeros fallezcan antes de cumplir los 65 años. Con ello su vida se reduce en unos 10 a 15 años.

La mayor prevalencia se encuentra en los adolescentes y en los jóvenes, con un 50% de fumadores en el grupo etario comprendido entre los 16 y los 25 años. Muchas de estas muertes son, además, prematuras. Estas proyecciones se basan en la tendencia actual de aumento en el consumo de tabaco entre los adolescentes cuya edad de iniciación está en descenso. Si este patrón continúa, el uso del tabaco resultará en la muerte de 250 millones de niños en el mundo, muchos de ellos en países en desarrollo.

El tabaquismo en Venezuela, su prevalencia de fumadores ha venido descendiendo significativamente desde los años 1984 hasta el año 2005 en la población adulta mayor de 15 años; para 1984 la prevalencia total de fumadores registrada fue de 40% de prevalencia (MSAS, 1984); en 1988 fue de 34% (MSAS, 1988); 1996 fue de 31% (MSAS/FAVE, 1996), y en 2005 se registró 28% de fumadores y 29 % de ex - fumadores. (UCV/Platino 2005). Este descenso en la prevalencia de fumar se ha acompañado de una reducción en el consumo per cápita de cigarrillos de 2100 cigarrillos per cápita en el año 1984 a 900 cigarrillos per cápita en el 2005;

igualmente, junto a esta reducción en el consumo de cigarrillos ha ocurrido una reducción en la producción y de las tierras dedicadas para el cultivo de tabaco en Venezuela en este mismo periodo de tiempo. En la población joven menor de 15 años la prevalencia de fumadores se duplico en este mismo periodo de tiempo paso de 2,7% de prevalencia en 1984 (MSAS, 1984) a 7,0 % en el 1997 y 13 % en el 2000 (ENTAJOVEN, 2000). Estos resultados nos sugieren que las políticas de control de fumar que se han venido desarrollados en el país han impactado mayormente a los adultos y han tenido muy poco efecto en los jóvenes, los cuales son más vulnerables a la publicidad de cigarrillos. Las resoluciones del Ministerio de Salud de prohibición de la publicidad de tabaco y restricción de acceso a los productos del tabaco en menores de edad, aprobadas el 7 de Marzo 2006, constituyen una estrategia para reducir el consumo y la prevalencia en jóvenes. Estas resoluciones y las relativas a las regulaciones de productos del tabaco y de sus empaquetados (Resoluciones 109 y 110 Marzo del 2004) colocan al país entre los países de mayor avance en políticas de control y prevención del tabaquismo y el impacto de estas políticas están siendo medidos por el Ministerio de Salud actualmente.

2.4 Componentes Químicos del Tabaco

El tabaco tiene alrededor de 4 870 sustancias químicas, de las cuales más de 400 son toxicas y 40 de ellas son responsables de producir cáncer y otras enfermedades como el EPOC, sin embargo, sólo hay cuatro sustancias presentes en el tabaco con capacidad para generar adicción (alcaloides) de las cuales tres son secundarias: *Nicotianina*, *Nicotinina*, *Nicotellina* y la cuarta de ellas y la más importante la nicotina. Las principales sustancias presentes en el tabaco, que provocan un daño irreversible en la salud del que lo consume, se dividen en tres subtipos:

- a) Carcinógenos
- b) Irritantes y tóxicos
- c) Adictivos

a) Se denominan carcinógenos sustancias que, actuando sobre una célula, inducen alteraciones específicas cuyo resultado final es una manifestación tumoral. Entre los carcinógenos se encuentran los alquitranes sustancias de color oscuro, de aspecto untoso que desprende un fuerte olor y tiene un sabor desagradable, no es un compuesto único, ya que con este nombre se engloban alrededor de 500 componentes. (British American Tabaco, 2007). Los principales carcinógenos presentes en la planta de tabaco son: hidrocarburos polinucleares como el Benzoapireno, nitrosaminas tabaco específicas como: N-Nitrosornicotina, N' nitrosornicotina, N' nitrosopirrolidina, aminas aromáticas, radionuclideos como Polonio-210, Uretano y otros compuestos orgánicos como Benceno, Cloruro de vinilo y el Acido clorhídrico.

b) Sustancias irritantes y tóxicas:

Dificultan la función de los cilios que son los que tapizan la mucosa del árbol respiratorio y se encargan de limpiar los microorganismos que penetran con el aire inspirado. Facilitando la entrada gases y partículas altamente dañinas.

Dentro de las sustancias tóxicas en forma de gas se encuentra el monóxido de carbono, un gas incoloro, de elevado poder tóxico, que se produce durante la

combustión del tabaco a muy alta temperatura y permite la entrada de todas las demás sustancias, en donde el papel de la envoltura es una fuente importante de producción tóxica añadida. Como ya se mencionó de las sustancias adictivas la más estudiada es el alcaloide llamado nicotina, el cual es incoloro, oleaginoso, volátil e intensamente alcalino, se cree que es la sustancia responsable del sabor característico del tabaco, *crea la dependencia, su uso compulsivo, tolerancia y síndrome de abstinencia.*

Si bien la nicotina es el principal componente adictivo del tabaco, la planta de tabaco suele contener otros alcaloides, farmacológicamente activos, responsables de la adicción como son: Nornicotina, Anabasina, Nicotinina, natabina Oxinicotina, Ácido Nicotínico y Miosmesina.

c) Inicio y mantenimiento de la adicción al tabaco:

Desde un modelo conductual, se menciona que el inicio de fumar, representa en sí, una experiencia de constante recompensa. Inicia con actividades y emociones específicas, que llegan a generalizarse en diversas situaciones y contextos, creando así una compleja cadena de comportamientos. El fumar proporciona un sin fin de reforzadores sociales que invitan al individuo a tener los primeros contactos.

El adolescente, que se encuentra en un periodo de transición entre la niñez dependiente y la edad madura independiente, en la búsqueda de su identidad; utilizará todo aquello que influya en el cumplimiento de las expectativas del medio y por lo tanto, las ejecutará; como lo es el caso de fumar. Por ello, el fumar constituye una experiencia enriquecedora para la percepción del sujeto que está formando su

personalidad, además de las relaciones cotidianas, asociadas al uso del tabaco, que le proveyeron, en gran medida, de un ambiente de aceptación donde se vio valorado y pudo sentirse seguro, fuera de amenazas potenciales de fracaso o de rechazo, confiando en sus propias capacidades.

Al abordar el tema de tabaquismo es necesario considerar como factor de riesgo “a todo aquello que permita e induzca al niño y adolescente a consumir el tabaco”. Estos factores de riesgo pueden dividirse en individuales, familiares y sociales.

Factores individuales

- Exhibir características tales como el endurecimiento y tratar de actuar como adultos
- Poseer pocas destrezas para hacerle frente a la vida y el tabaco les alivia el estrés
- Tener baja autoestima y depresión
- Tener un rendimiento académico pobre, especialmente las niñas
- Baja percepción de auto eficacia
- Baja tolerancia a la frustración
- Necesidad excesiva de auto aceptación

Factores familiares

- Tener padres, hermanos o amigos que fuman
- Familiares con negligencia ante el tabaquismo
- Permisividad de fumar en los hogares
- Indiferencia de los padres ante las necesidades emocionales
- Deficiencia en la comunicación
- El porcentaje de fumadores aumenta con la edad y el número de progenitores, hermanos o amigos fumadores
- Violencia familiar

Factores sociales

- Falta de concientización en la sociedad
- Accesibilidad al tabaco y al alcohol.
- Asistencia frecuente a lugares donde se consume tabaco.
- Influencia de las campañas publicitarias, en donde se exhiben valores de poder sofisticación, sexualidad, status económico y/o seguridad
- Incumplimiento de leyes y reglamentos oficiales
- Asociación con fumadores
- Desigualdad de las oportunidades (pobreza)

- Poder adquisitivo ilimitado (riqueza)

2.5 Criterios diagnósticos para la adicción al tabaco

Durante mucho tiempo se conoció al uso, abuso y dependencia (adicción) del tabaco como hábito, incluso se ha hecho una separación entre esta droga y las otras calificándola de droga suave o de “mal hábito”.

Aclaremos que hábito es una conducta o serie de conductas que se establece a través de una serie de repeticiones que se ejecutan en un período de tiempo, y una vez establecida se mantiene a través de los años sin variaciones. En comparación el llamado “mal hábito tabáquico”, comienza con el experimento inicial de fumar un cigarrillo, luego de esto la persona empieza a fumar todos los días y hasta aquí todo coincidiría con el hábito; sin embargo, al cabo de un tiempo la persona aumenta el número de cigarros que consume por día, es decir; se ha desarrollado tolerancia al tabaco esto es; se necesita una cantidad mayor de tabaco para conseguir el efecto que se obtenía al principio.

Esto no es único, el consumidor también experimenta una serie de síntomas por la falta de tabaco, cuando permanece tiempos prolongados sin fumar llamando a este proceso síndrome de abstinencia y decimos que ha desarrollado dependencia hacia el tabaco, pues ya no puede dejar de consumir.

Estos tres elementos antes mencionados (tolerancia, abstinencia y dependencia) son los que la OMS considera fundamentales para determinar si se considera el

consumo de una sustancia como adicción, hemos visto que el consumo del tabaco cumple con los tres criterios básicos que diferencian a una “adicción de un mal hábito” Warburton (1989).

2.6 Causa de la Adicción

La nicotina es un estimulante del sistema nervioso central y responsable de la adicción, origina un sentido de alerta y en ocasiones puede percibirse un estado de relajación, esto es lo que se conoce como *efecto difásico* del tabaco (estimula o relaja), provocando un efecto reforzante para el individuo y por consiguiente la adicción. El consumo de nicotina, al fumar provoca un aumento en la presión arterial, hay un aumento también en la frecuencia cardiaca, aumenta la concentración de ácidos grasos libres en sangre haciendo más propenso al organismo a un paro cardiaco, por otro lado la presencia de nicotina en el organismo ocasiona un descenso en los niveles de insulina lo que dañaría particularmente a una persona que ya padece diabetes y fuma (Solís, 2003).

El fumador debe mantener unos niveles de nicotina en la sangre (nicotemia en plasma) de entre 10 y 35 nanogramos por decilitro (ng/dl). Esta cifra es independiente del tipo y la cantidad de tabaco que se fuma. “El fumador regula la velocidad y su forma de inhalar para adaptarse a esta pauta de nicotemia”, es por ello que hay personas que fuman 20 cigarrillos en un día y otros que lo hacen en tres (Perancho, 2000).

2.7 Cómo llega la Nicotina al Cerebro y Como Produce Adicción

Una vez que la persona le ha dado “el golpe” al cigarro, el humo ingresa por el sistema respiratorio hasta los pulmones donde se absorbe vía alveolar para pasar al torrente sanguíneo hasta el cerebro y traspasa la *barrera hematoencefálica*. Todo este proceso tarda alrededor de siete segundos, y de ahí se reparte a dos cerebrales: el *sistema mesolímbico* y el mesocortical. Cuyos principales receptores se encuentran en el *núcleo accumbens* y el *locus coeruleus* la nicotina puede llegar a estos centros debido a que es muy similar a sustancias que se producen normalmente en el cerebro de nombre *Acetilcolina* y *Dopamina* (Ladero, 1998).

En el núcleo accumbens se produce la dopamina, sustancia química (neurotransmisor) que se encarga de las recompensas y de hacernos sentir placer con las cosas que cotidianamente llevamos a cabo como; comer, hacer ejercicio o el sexo, al llegar a este núcleo la nicotina, lo estimula y genera que la conducta de fumar se haga placentera, con lo que se establece que el fumar se vuelva a llevar a cabo lo que genera adicción al tabaco.

Por otro lado, cuando la nicotina llega al *locus coeruleus*, y al tener una estructura química muy similar a la de la noradrenalina y la acetilcolina que son las sustancias que se producen de forma natural en esta área del cerebro, y que controlan el movimiento y otras funciones como la atención, la vigilancia y el estrés da una sensación de mejora superficial, haciendo que el fumador sienta que está más atento, o más tolerante al estrés, es aquí también donde se originan los síntomas del síndrome de abstinencia que experimenta la persona al dejar de fumar.

Una vez que la nicotina a llegado al cerebro entra en contacto con las *neuronas*, y es aquí donde la nicotina entra en acción alterando el proceso y estructura normal de las células cerebrales, hace sinapsis haciéndose pasar por un neurotransmisor y entra por una especie de receptores, imita a uno de ellos y entra sin problemas (antagonista parcial). Las neuronas normalmente producen una determinada cantidad de neurotransmisor y tienen tantas puertas para recibir como lo que se produce, por eso cuando llega la nicotina hace creer al cerebro que está produciendo de más, es en este periodo cuando hay un reajuste y hay síntomas como mareo y nauseas; una vez que el cerebro recibe más nicotina abre nuevas puertas para que no haya sobrantes, los síntomas aparecen cuando no se fuma, pues el cerebro reclama toda la sustancia que se le había estado dando. A esto le llamamos síntomas de la abstinencia, es en este punto donde se ha desarrollado adicción a la nicotina, pues existe un cambio.

2.8 Relación del Tabaco con las Enfermedades

2.8.1 Tabaco y Cáncer

Actualmente son múltiples las evidencias que relacionan el consumo de tabaco y el cáncer. Lo que inicialmente fueron sólo evidencias de tipo epidemiológico, se han visto posteriormente confirmadas por las alteraciones citológicas e histológicas encontradas en los tejidos de pacientes fumadores, y más recientemente por las alteraciones genéticas provocadas experimentalmente en cultivos de células epiteliales bronquiales por algunos de los carcinógenos del tabaco, lo que supone la “prueba génica” irrefutable de la relación tabaquismo-cáncer.

Se ha estimado que entre el 75-80% de los cánceres humanos están relacionados con la exposición a carcinógenos químicos. Cuando se consume un cigarrillo se origina una corriente principal de humo, que es inhalada por el fumador y que contiene un 25% del total, y una corriente lateral, con el 75% restante, procedente de la combustión pasiva del tabaco que pasa al aire ambiente. En ambas corrientes de humo se han encontrado productos carcinógenos. La fase de partícula de la corriente principal contiene los principales compuestos carcinógenos.

Los compuestos nocivos que se encuentran en la corriente lateral son los responsables de la aparición de neoplasias en fumadores pasivos, encontrándose incluso alguno de estos carcinógenos en proporción superior en la corriente lateral que en la principal. Algunas de estas sustancias actúan en varios escalones del proceso canceroso, produciendo alteraciones tanto de los oncogenes, como de los genes supresores tumorales. En las células normales existen unos genes, denominados *protooncogenes*, que tienen un papel destacado en el crecimiento y desarrollo fisiológico de la célula, a través de la codificación de diversas proteínas. Cuando se produce la activación de estos protooncogenes por translocaciones, mutaciones, etc., pasan a denominarse oncogenes. Cuando sucede esto, las proteínas que codifican, en vez de controlar el crecimiento celular, lo estimulan de forma continuada, lo que supone la transformación del genotipo celular de benigno a maligno.

Los genes que sólo requieren la mutación de uno de los alelos para dar lugar a la adquisición de un genotipo maligno se denominan oncogenes dominantes, mientras que los que requieren la alteración de los dos alelos se denominan antioncogenes o genes supresores de tumores.

La transformación maligna se produce cuando se pierde el control de la expresión genética, ya sea por activación de los oncogenes y/ o por la inactivación de los genes supresores.

El principal efecto carcinógeno del tabaco en el organismo ocurre sobre aquellos tejidos directamente expuestos al humo del cigarrillo; sin embargo, los carcinógenos presentes en el tabaco además de ser inhalados se disuelven en la saliva, llegando al intestino donde son absorbidos, pasando a través del hígado a la circulación sistémica y siendo eliminados por la orina.

Así pues terminan ejerciendo su acción en diferentes órganos por los que muestran un especial tropismo.

El tabaco se ha relacionado con el cáncer de pulmón, laringe, orofaringe, esófago, estómago, páncreas, hígado, colon-recto, riñón, vejiga, mama, aparato genital y órganos linfáticos.

2.8.2 Cáncer de Pulmón (CP)

El tabaco es responsable directo de más del 90% de los casos de CP. En los hombres fumadores el riesgo de padecer esta enfermedad es de 5 a 20 veces mayor que para los no fumadores. En mujeres fumadoras el riesgo es menor que en los hombres, pero significativamente mayor que en las no fumadoras.

El tabaco incrementa el riesgo de los cuatro tipos histológicos principales de cáncer de pulmón: epidermoide, de células pequeñas, de células grandes y adenocarcinoma, aunque es mayor en los dos primeros.

Como se ha señalado, los procesos que conducen al CP se inician con la exposición a diferentes carcinógenos, cuya fuente más importante es el humo del tabaco. Estos carcinógenos son capaces de alterar la expresión de diferentes genes humanos y estas alteraciones pueden, a su vez, causar cambios moleculares que originan que la célula pueda dividirse sin control y causar las alteraciones neoplásicas. Para que ocurran estas alteraciones malignas son necesarias un número variable de lesiones genéticas que pueden llegar a 10 o hasta 20 en algunos casos. Dentro de los oncogenes y genes supresores que han sido implicados en la génesis del CP, destacan en el primer grupo las familias ras, myc y erb, mientras que dentro de los genes supresores o antioncogenes destaca el papel del gen p53, puesto que el 60% de las neoplasias pulmonares presentan mutaciones en este gen³¹. Este gen codifica una proteína conocida como p53, localizada en el núcleo y que en situación normal es indetectable por métodos inmunohistoquímicos, al manifestarse en escasa cantidad y tener una vida media corta. Cuando se producen mutaciones en el gen p53, esta proteína no es funcionante, acumulándose en el núcleo, con lo cual sí es detectable con técnicas inmunohistoquímicas.

2.8.3 Cáncer de Laringe y de la Cavidad Oral

Se ha estimado que el 83% de las neoplasias de laringe son debidas al consumo de tabaco, constituyendo el principal agente causal de esta patología. El riesgo de

padecer esta neoplasia es 10 veces mayor si son fumadores y 8 veces más para las mujeres fumadoras.

Además, sus partículas micelares, en las que residen los carcinógenos, son de mayor tamaño, por lo que precipitan en planos superiores, haciéndolo principalmente en la supra glotis donde produce el cáncer.

Un dato importante es que la combinación de consumo de cigarrillos y alcohol aumenta el riesgo de cáncer de laringe hasta un 75%, respecto al consumo exclusivo de uno de ellos (alcohol o tabaco), sobre todo en tumores supra glóticos.

En cuanto a las neoplasias orales y orofaríngeas, pueden localizarse en labios, lengua, encías, mucosa, paladar, velo del paladar, glándulas salivales, suelo de la boca y orofaringe. Aproximadamente el 92% de los tumores en estas localizaciones en hombres y el 61% en mujeres son atribuibles al tabaco.

2.8.4 Cáncer del Aparato Digestivo

Se ha comprobado una relación directa con el desarrollo del *cáncer de esófago*. Se calcula que alrededor del 80% del total de los carcinomas esofágicos tienen relación con el tabaco. Este porcentaje es similar para ambos sexos. El uso concomitante de alcohol aumenta el riesgo de modo importante y puede ser de hasta 17 veces para el carcinoma escamoso, en el caso de fumadores importantes.

En cuanto al *cáncer de estómago*, en múltiples estudios se ha relacionado el hábito de fumar con esta patología. Algunos estudios de cohortes y casos-controles han demostrado un incremento de hasta 3 veces en el riesgo de cáncer gástrico entre pacientes fumadores frente a los que no lo son, así como de lesiones displásicas; la asociación estadística parece más fuerte en caso de tumores de la porción distal gástrica y se relaciona directamente con el número de cigarrillos diarios y con la duración del hábito, e inversamente con el número de años desde el abandono de aquél.

En relación con el *cáncer de páncreas* estudios de grandes series han evidenciado que el riesgo es doble en fumadores, que existe una relación dosis-respuesta y que después de 15 años de abstinencia el riesgo se iguale al de un no fumador.

La relación entre tabaquismo y *hepatocarcinoma*, aunque posible en función de su papel como órgano diana de sustancias potencialmente carcinógenas, no está aún totalmente dilucidada.

En situación parecida se encuentra el cáncer *colorrectal*, existiendo algunos estudios en los que se ha encontrado relación, mientras que en otros no.

2.8.5 Cáncer de Riñón y Vejiga

Ambos tumores se hallan directamente relacionados con el consumo de cigarrillos. El cáncer de vejiga urinaria está estrechamente relacionado con las aminas aromáticas como la beta-naftilamina.

En relación al *cáncer renal y de uréter* la asociación del tabaco es más débil, aunque también están relacionados con el tabaco, habiéndose indicado un 40% de incremento de riesgo para padecer esta neoplasia en fumadores. Este riesgo aumenta con la intensidad y la precocidad de inicio del tabaquismo, con una reducción del mismo, al dejar de fumar alrededor del 15- 25% después de 15 años de abstinencia³⁵.

2.8.6 Cáncer de Mama y Aparato Genital

El papel de fumar cigarrillos en relación con la carcinogénesis de la mama no está aún definido. El estudio de Lash sobre tabaquismo activo y pasivo y su relación con la aparición de cáncer de mama concluye que el tabaquismo pasivo en la edad en la que aún no se ha desarrollado el tejido mamario se asocia a un alto riesgo, mientras que si la primera exposición se da en la adolescencia o en jóvenes adultas el riesgo es intermedio, y si se produce en la edad adulta el riesgo es bajo.

En cuanto al cáncer de cuello uterino el cigarrillo está asociado con un aumento al doble del riesgo en relación con las no fumadoras. Se han podido encontrar niveles de

metabolitos de la nicotina y de otros constituyentes en el moco cervical de fumadoras activas y pasivas. En estudios observacionales, se ha objetivado que el cáncer cervical y su precursor, la neoplasia cervical intraepitelial, están asociados al consumo de tabaco.

El cáncer de endometrio parece que es la única situación en la que el tabaco puede presentar un efecto protector; el efecto parece estar relacionado con el incremento de la hidroxilación del estradiol en mujeres fumadoras, con el consiguiente menor efecto estrogénico sobre el endometrio; como se conoce, este tumor está relacionado, fundamentalmente, con el mayor nivel estrogénico. Sin embargo este beneficio, que pudiera representar el tabaquismo, es infinitamente menor que todos los efectos negativos y el daño sobre la salud que produce.

Por último, las neoplásicas de vulva, pene y ano han sido descritas más frecuentemente en fumadores, pudiéndose determinar, además, relación dosis/respuesta positiva.

2.8.7 Cáncer Hematológico

Se han asociado cánceres hematológicos al consumo de tabaco, atribuyéndose al mismo un 14% de las leucemias linfoides o mieloides; este efecto parece estar asociado a la presencia de bencenos, nitrosaminas, polonio (isótopo radiactivo), etc.

Se ha indicado cómo la leucemia aguda mieloblástica es la más probablemente relacionada. Otros tumores hematológicos, como los mielomas, también parecen estar aumentados, aunque la fuerza de la asociación no es concluyente.

2.8.8 Tabaco y Patología Vascular

Los dos principales componentes de las enfermedades del aparato circulatorio son la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad isquémica del corazón, que en conjunto producen cerca del 60% de la mortalidad cardiovascular total, repartiéndose cada una 1/3 de la mortalidad.

Está demostrado que la mortalidad por enfermedades cardiovasculares aumenta en los fumadores. El tabaquismo aumenta entre dos y cuatro veces la probabilidad de padecer enfermedad coronaria y cerebrovascular. Además, el tabaquismo aumenta el efecto adverso de los otros factores de riesgo de forma sinérgica.

Los cigarrillos bajos en nicotina no son eficaces para reducir el riesgo cardiovascular. Entre las numerosas sustancias presentes en el humo del cigarrillo, las que presentan un efecto adverso cardiovascular más notable son la nicotina y el monóxido de carbono. La primera está presente en la sangre del fumador de forma libre en un porcentaje cercano al 30%, y es la que actúa en el sistema nervioso central, glándulas suprarrenales y ganglios simpáticos. Por efecto de esta sustancia se produce un aumento de los niveles sanguíneos de catecolaminas que provoca un aumento inmediato de la frecuencia cardíaca y la tensión arterial, lo que condiciona

una mayor demanda de oxígeno por parte del miocardio de los fumadores. Además, estas catecolaminas provocan un aumento de la tensión arterial y aumentan los niveles sanguíneos de lipoproteínas de baja densidad (VLDL) y de ácidos grasos libres. La nicotina puede aumentar la descamación de las células del endotelio capilar, facilitando la adherencia plaquetaria. Esto puede causar la liberación de factores estimulantes de la proliferación de células de la capa muscular. Por último, algunos estudios han demostrado que la nicotina puede ocasionar cardiomiopatía, que puede conducir a hipoquinesia del ventrículo izquierdo. El monóxido de carbono, por su parte, tras atravesar la barrera alvéolo-capilar se combina con la hemoglobina por la que tiene 240 veces más afinidad que el oxígeno, formando la carboxihemoglobina, que es la principal responsable del daño vascular en los fumadores. La sangre de los fumadores contiene un 16-18% de carboxihemoglobina. Esta cantidad produce lesiones en las fibras cardíacas (lesiones focales y degeneración mitocondrial) y en el endotelio de distintos territorios vasculares. La lesión endotelial condicionaría un incremento de la adherencia plaquetaria y, en última instancia, una proliferación de las células de la capa muscular. Además la carboxihemoglobina produce también una disminución de la capacidad de la sangre para transportar oxígeno, lo que ocasiona policitemia. Estos dos hechos, unidos a la mayor demanda de oxígeno por el miocardio (causada por la nicotina) facilitarán la aparición de la isquemia miocárdica.

Otros efectos demostrados en fumadores son la disminución de HDL-colesterol, el aumento del riesgo de vasoespasmo, el efecto proagregante (debido a una inhibición de la ciclooxigenasa, lo que condiciona una disminución de la prostaciclina y un incremento en la síntesis de tromboxano), y un aumento en los niveles de fibrinógeno y factor VII.

2.8.9 Cardiopatía Isquémica

Su incidencia entre los fumadores de ambos sexos es de 2 a 4 veces superior a la de los no fumadores. El estudio Framingham demostró que el tabaco se relaciona fundamentalmente con el infarto agudo de miocardio y la muerte súbita, y que el riesgo aumenta progresivamente a medida que aumenta el número de cigarrillos fumados; lo mismo ha sucedido con otros muchos trabajos realizados posteriormente. Se calcula que el 29% de las muertes por enfermedad coronaria son debidas al tabaquismo y que los fumadores tienen un aumento del 70% de probabilidad de tener cardiopatía isquémica mortal y un aumento del 200% de tener cardiopatía isquémica no mortal.

También el efecto nocivo del tabaco se ha detectado en la incidencia de reestenosis tras la angioplastia coronaria transluminal percutánea, donde se duplica la incidencia entre los fumadores con respecto a los que no lo son. El peor pronóstico también se ha apreciado tras el tratamiento trombolítico en la fase aguda del infarto de miocardio, donde se ha apreciado una tasa de re infarto del 20% en fumadores frente al 5% en los que no lo son²⁹. Todos estos datos se traducen en que la estimación para el año 1998 del número de muertes atribuibles al tabaco en España, por causa coronaria, fueran más de 7.000 personas, lo que

Supone un 12,8% del total de muertes debidas al tabaquismo. Dejar de fumar produce una reducción estimada de riesgo entre un 30 y un 50% en el plazo de 1 a 2 años; posteriormente existe una reducción gradual, igualándose a los no fumadores en

10-15 años. En los pacientes que ya han tenido un episodio de enfermedad coronaria, dejar de fumar se asocia a una disminución del 50% de la mortalidad¹³.

2.8.10 Enfermedad Cerebrovascular

El tabaquismo es un factor de riesgo conocido de ictus trombótico. Así, en un meta análisis

Que estudiaba la relación ictus-tabaco se detectó que la probabilidad de desarrollar un ictus isquémico era entre 2 y 3 veces superior en individuos que fumaban en relación con los no fumadores. Este riesgo se ve incrementado en función de la duración del hábito tabáquico; así la aterosclerosis carotídea severa era 3,5 veces más alta entre los fumadores durante 40 años que entre los que no fumaron nunca. En el estudio Framingham, la incidencia de accidentes cerebrovasculares fue un 40% mayor en hombres fumadores y un 60% mayor en mujeres fumadoras.

El riesgo puede verse aumentado por la suma de otros factores como la hipertensión arterial, de tal forma que, para hipertensos fumadores, puede ser 12 veces mayor que en normotensos no fumadores. Este riesgo se reduce de forma brusca al dejar de fumar y se puede alcanzar el nivel de los no fumadores en un espacio de 5 años.

2.8.11 Enfermedad Arterial Periférica

Es un hecho demostrado que el tabaquismo es la principal causa de vasculopatía periférica. El mecanismo patogénico más frecuente es la enfermedad aterosclerosa que se manifiesta fundamentalmente en los diferentes grados de claudicación intermitente y que puede llegar a la necrosis tisular de los tejidos distales, todo ello a través del síndrome de isquemia aguda y crónica. La asociación entre consumo de tabaco y vasculopatía periférica está bien demostrada, indicándose cómo aumenta el riesgo de 4 a 6 veces. La arteritis obliterante supone el 95% de todas las enfermedades vasculares periféricas y un 70% de quienes las padecen son fumadores.

2.8.12 Tabaco y Enfermedades Respiratorias No TumORALES

El humo del cigarrillo es el principal causante de sintomatología y enfermedad respiratorias, estando completamente establecida la relación entre el consumo de tabaco y los principales síntomas respiratorios, así como la relación entre el tabaco y las principales enfermedades respiratorias.

2.8.13 Síntomas Respiratorios

Se han realizado multitud de estudios transversales en los que se describe una mayor prevalencia de síntomas respiratorios inespecíficos, como tos, expectoración, disnea y sibilancias de forma prolongada, en fumadores en relación con los no fumadores.

La aparición de esta sintomatología no tiene relación directa con el desarrollo de limitación crónica al flujo aéreo. La prevalencia de este tipo de sintomatología disminuye progresivamente en los grupos de fumadores (50,3-31%), ex fumadores (18,1-19,2%) y no fumadores (8,4-17,2%), y se muestran diferencias significativas en cuanto al sexo para los tres grupos, de modo que en cualquiera de ellos las mujeres tienen tasas más bajas de prevalencia. Parece existir una relación directa entre el contenido de alquitrán de los cigarrillos y la aparición de síntomas respiratorios crónicos.

2.8.14 Hiperactividad Bronquial

Estudios han relacionado el consumo de tabaco directamente con el asma bronquial, donde produce un incremento de la hiperactividad bronquial. En relación a esta enfermedad y el efecto del tabaquismo sobre la misma, no existe un acuerdo unánime; mientras autores refieren un aumento significativo del asma en la población adolescente fumadora, otros autores no comparten esta afirmación, pudiéndose indicar que el hábito tabáquico es un factor que influye más en una evolución desfavorable de esta enfermedad que en la propia génesis de la misma.

2.8.15 Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es la de mayor prevalencia e impacto socioeconómico de todas las enfermedades respiratorias. Se caracteriza por la presencia de

Obstrucción crónica y poco reversible al flujo aéreo causado, principalmente, por una reacción inflamatoria frente al humo del tabaco, donde este representa el principal papel etiológico del desarrollo de la limitación crónica al flujo aéreo. Más del 90% de los casos de EPOC están relacionados con el consumo de tabaco.

Estudios donde se ha analizado la mortalidad por EPOC han indicado que es 14 veces superior en fumadores de cigarrillos que en no fumadores y 6 veces superior en fumadores de pipa y puros. Sin embargo, en todos los trabajos se indica que existe un componente individual de susceptibilidad al tabaco, necesario para la génesis de esta enfermedad, de tal forma que sólo un 15-20% de todos los fumadores desarrollarán finalmente esta patología. En este sentido se ha destacado la importancia de algunos genes, o incluso el papel etiopatogénico potencial de los neutrófilos circulantes en su génesis y progresión. El estudio de este componente individual es una de las líneas de investigación actual y futura más interesantes e importantes, para poder “prever” a aquellos individuos con mayor susceptibilidad para padecer esta enfermedad.

2.8.16 Síndrome de Apnea del Sueño (SAS)

El síndrome de apnea del sueño es la enfermedad más importante de las que ocurren específicamente durante el sueño. En algunos estudios se ha establecido la relación del tabaquismo con un aumento en la incidencia de esta enfermedad. Así, el trabajo de Wetter sobre 811 individuos estudiados mediante polisomnografía, pone de manifiesto que los fumadores tienen mayor número de eventos respiratorios nocturnos (apneas e hipopneas) que los no fumadores, sin llegar a la significación estadística.

2.8.17 Tabaco y Patología Dermatológica

La piel está expuesta a los efectos del humo del tabaco directamente, por contacto con el humo ambiental, e indirectamente, por la llegada a través de la sangre de las sustancias tóxicas procedentes del humo inhalado.

El consumo del tabaco se ha estudiado desde el origen envejecimiento cutáneo, manifestado por la aparición de arrugas de forma precoz. Estas alteraciones, denominadas también “rostro del fumador”, han sido agrupadas en cuatro tipos: 1) arrugas finas en los labios superiores y las comisuras palpebrales externas, líneas profundas y superficiales en las mejillas y mandíbulas; 2) adelgazamiento de la cara con prominencia anormal de los relieves óseos, especialmente de los pómulos; 3) aspecto rugoso de la piel con coloración ligeramente grisácea y 4) piel de apariencia pletórica de color rosado o anaranjado, pero no cianótica.

El mecanismo patogénico por el que el tabaco produciría un aumento de las arrugas faciales parece ser una alteración de las fibras elásticas de la piel. El humo del cigarrillo da lugar a un aumento de la actividad neutrófila de la elastasa, dando lugar a una elastina anormal. A su vez, el tabaco produce una disminución de la vitamina A de la piel, eliminando el factor protector de la misma sobre los radicales libres. Otros efectos producidos por el tabaco, como su acción sobre la microcirculación y oxigenación tisular, sobre los procesos de cicatrización, los fenómenos de oxidación, las concentraciones séricas de retinol, la disminución de la inmunidad, la modificación de la respuesta inflamatoria y la disminución de la hidratación, pueden explicar su influencia en este órgano.

2.8.18 Tabaco y Enfermedad Dental y Periodontal

En el fumador es característico en cambio en la coloración de los dientes y la halitosis. Muchos estudios han demostrado que los fumadores sufren frecuentemente caries dental, placas bacterianas y candidiasis oral, aunque la relación directa con el tabaquismo no ha podido ser demostrada. También pueden producirse múltiples micronódulos blanquecinos, localizados difusamente por el paladar, como consecuencia del efecto irritativo del humo sobre los tejidos (estomatitis del fumador). Además tanto la enfermedad periodontal crónica como la aguda se relacionan con el tabaquismo, debido al efecto tóxico del humo del cigarrillo sobre los polimorfonucleares y macrófagos de la saliva.

CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO

3.1 Tipo de Investigación

Se tratara de un tipo de investigación de carácter descriptivo según la amplitud de las variables, No Experimental, epidemiológico, transversal; debido a que, sin modificar variables se demostrara el número de estudiantes que cursan el último año de la carrera de medicina que practican el hábito tabaquito así como sus factores relacionados.

3.2 Diseño de Investigación

Se realizara una investigación de campo, en cuanto a la información, esta será recolectada de forma directa de los estudiantes que cursan el último año de medicina del Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”, durante los meses Enero-Marzo 2010.

3.3 Área de Estudio

El área de estudio se encuentra ubicada en los servicios de: Cirugía, Ginecología, Medicina Interna, Traumatología y Pediatría del Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”, Barcelona, estado Anzoátegui, durante los meses Enero-Marzo 2010.

3.4 Universo de Estudio

Estará representado por una población de 132 estudiantes que cursan el Último Año de Medicina de Universidad de Oriente Núcleo Anzoátegui durante los meses Enero-Marzo 2010.

3.5 Población y Muestra

Esta constituida por todos los estudiantes que cursan el último año de medicina de los servicios de Cirugía, Ginecología, Medicina Interna Traumatología y Pediatría del Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”, Barcelona, Estado Anzoátegui durante los meses Enero-Marzo 2010.

3.6 Materiales

Carpetas

Lápices

Lapiceros

Papel

Grapadora

Clips

Computadora

Calculadora

Pendrive

3.7 Recurso Humano

El personal participante es:

Dr. Humberto Gómez

Dra. Pilar Marcano

Br. Marco Calderón

Br. Sabina Rojas

3.8 Formulario

Para la recolección de la información se aplicara una encuesta anónima, personalizada; basada en la encuesta aplicada por la OMS, OPS, para evaluar el habito tabáquico, que constara de cinco (5) partes, una primera parte de identificación, una segunda parte de antecedentes personales, una tercera parte de historia personal, una cuarta parte de patrón de consumo tabaquito y una quinta parte de Test de Fagerstrom para la dependencia a la nicotina con un total de 14 preguntas de opciones de selección simple y marcar con X; La cual será validada por un mínimo de 2 especialistas en la materia.

3.9 Institución

Universidad de oriente, núcleo Anzoategui y Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti” Barcelona, Estado Anzoátegui, Venezuela.

3.10 Procesamiento de Datos

Los datos obtenidos se vaciaran en una base computarizada tipo Excel 07 de donde se extraerán a partir de su análisis enunciados y conclusiones de alcance general mediante la utilización de cálculo de medida de tendencia central como frecuencia absoluta y porcentajes las cuales serán expresadas en cuadros o gráficos.

CAPITULO IV: ANALISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS

4.1 PRESENTACION DE RESULTADOS

Tabla N° 1 Estudiantes que Presentan Habito Tabáquico

ESTUDIANTES	N°	%
Estudiantes Fumadores	47	36.6
Estudiantes No Fumadores	85	63.4
TOTAL	132	100

Fuente: Encuesta de la OMS, OPS, aplicada para evaluar el habito tabáquico y dependencia de nicotina.

Análisis: En el cuadro N° 1 encontramos que de los 132 estudiantes de último año de medicina núcleo Anzoátegui en el periodo estudiado a quienes se le aplico la encuesta 85 no fuman, que representa un 63.4% mientras que 47 estudiantes si presentaban el habito tabáquico que representa un 36.6%

Discusión: En un trabajo realizado por los bachilleres Carlos Rujana y Tommy Velásquez en el año 2007 sobre el consumo de tabaco, se encontró que de 250 estudiantes de medicina entrevistados, que 187 no fumaban que represento el 74,8%, mientras que el grupo fumador fue de 63 estudiantes, que represento el 25,2%. Por lo que se denota que el consumo de tabaco aumento en un 11,4%

Tabla N° 2-A Edad de Inicio del Habito Tabáquico en los Estudiantes

EDAD	N°	%
10	2	4.2
11	1	2.1
12	0	-
13	3	6.4
14	0	-
15	6	12.8
16	3	6.4
17	9	19.1
18	14	29.8
19	9	19.1
TOTAL	47	100

Fuente: Encuesta de la OMS, OPS, aplicada para evaluar el habito tabáquico y dependencia de nicotina.

Análisis: En la tabla nro 2-A encontramos que de los 47 estudiantes que cursan el último año de medicina, 14 iniciaron el hábito tabáquico a los 18 años correspondiente a un 29.8%. Mientras que el menor número de casos se observó a los 12 y 14 años, con 0 casos para cada edad representando un 0%

Discusión: En un trabajo realizado por los bachilleres Carlos Rujana y Tommy Velásquez en el año 2007 sobre el consumo de tabaco, se encontró que de 63 estudiantes de medicina fumadores, 30 fueron del sexo masculino, con una edad media de inicio de 14,9 años, mientras que del sexo femenino fueron 33 casos, con una edad media de inicio del hábito tabáquico de 14,7 años, en nuestra investigación se encontró que la edad media para ambos sexos fue 16,7 años, esto indica que la edad de inicio y la intensificación del hábito tabáquico comienza tempranamente y aumenta acentuándose con la edad

Tabla N° 2-B Edad y Motivo que Inicio al Estudiante en el Habito Tabáquico

EDAD	MOTIVO									
	CURIOSIDAD		ESTRÉS		COMPAÑIAS		MODA		DESEO	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
10	2	4.2	0	-	0	-	0	-	-	-
11	0	-	0	-	1	2.1	0	-	-	-
12	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
13	0	-	0	-	2	4.2	0	-	1	2.1
14	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
15	3	6.4	0	-	2	4.2	0	-	1	2.1
16	1	2.1	0	-	2	4.2	0	-	0	-
17	3	6.4	0	-	3	6.4	1	2.1	2	4.3
18	3	6.4	0	-	6	12.8	1	2.1	4	8.5
19	0	-	0	-	2	4.2	0	-	7	14.9
TOTAL	12	25.5	0	-	18	38.2	2	4.3	15	31.9

Fuente: Encuesta de la OMS, OPS, aplicada para evaluar el habito tabáquico y

Dependencia de nicotina.

Análisis: En la tabla 2-B encontramos que de los 47 estudiantes que cursan el último año de medicina el motivo por el cual se inicio mayor número de estudiantes de medicina del último año fue la compañía con un total de 18 casos que representa 38.2%. Mientras que no se alcanzo a ver ningún estudiante motivado por el estrés, con un total de 0, que representa 0%

Tabla N° 3 Clasificar por Sexo y Edad los Estudiante Fumadores

	SEXO			
	MASCULINO		FEMENINO	
EDAD (años)	N°	%	N°	%
23	6	12.8	16	34
24	7	14.9	7	14.9
25	4	8.5	3	6.4
26	1	2.1	2	4.3
27	0	-	0	-
28	1	2.1	0	-
TOTAL	19	40.4	28	59.6

Fuente: Fuente: Encuesta de la OMS, OPS, aplicada para evaluar el hábito tabáquico y dependencia de nicotina.

Análisis: En la tabla N° 3 encontramos que de los 47 casos de estudiantes fumadores del último año, 28 pertenecieron al sexo femenino, que represento el 59.6%, siendo 16 de estos caso pertenecientes a los 23años que represento el 34%. Mientras que 19 casos pertenecieron al sexo masculino que represento el 40.4%, siendo 7 de estos casos pertenecientes a los 24años de edad que represento el 14.9%.

Discusión: En un trabajo realizado por los bachilleres Carlos Rujana y Tommy Velásquez en el año 2007 sobre el consumo de tabaco, se encontró que de los 63 estudiantes de medicina fumadores, 33 estudiantes del sexo femenino presentaban el habito tabáquico, que represento 52,4%, mientras que para el sexo masculino fueron 30 caso, que represento 47,6%. Es de notar que hay un aumento del habito tabáquico de 7.2% por el sexo femenino.

Tabla N° 4 Tipo de Tabaco que Consume el Estudiante

Tipo	N°	%
Cigarro	47	100
Tabaco	0	-
Chimo	0	-
Otro	0	-
TOTAL	47	100

Fuente: Fuente: Encuesta de la OMS, OPS, aplicada para evaluar el hábito tabáquico y dependencia de nicotina.

Análisis: En la tabla N° 4 encontramos que los 47 estudiantes que cursan el último año de medicina que tienen hábito tabáquico, todos consumen cigarro, que represento el 100%

Tabla N° 5 Frecuencia y Porcentaje de Consumo de Cigarros por Día en los Lstudiantes

Cigarros/día	Frecuencia	%
1-5	19	40.4
6-10	23	48.9
11-15	4	8.5
16-20	1	2.1
Total	47	100

Fuente: Fuente: Encuesta de la OMS, OPS, aplicada para evaluar el hábito tabáquico y dependencia de nicotina.

Análisis: En la tabla N° 5 se encontró que de los 47 estudiantes con habito tabáquico, 23 consumían de 6 a 10 cigarros por día, que represento el 48.9% mientras que de los 47 estudiantes, 1 consumía de 16 a 20 cigarros por día, que represento el 2.1%

Discusión: En un trabajo realizado por los bachilleres Carlos Rujana y Tommy Velásquez en el año 2007 sobre el consumo de tabaco, se encontró que de los 63 estudiantes de medicina fumadores, 26 estudiantes consumían más de 20 cigarros al día, que represento el 41,3% mientras que 12 estudiantes consumían 1 cigarro diario, que represento el 19%, en nuestra investigación se encontró que 1 estudiante consumía de 16 a 20 cigarros por día y el mayor numero se consiguió entre 6 y 10 cigarros por día, con un total de 23 estudiantes que represento el 48,9% esto denota que la frecuencia de cigarros por día a disminuido.

Tabla N° 6 Aumento del Hábito Tabáquico Según Causa

Aumento del hábito	Estudiantes		Tesis		Materias		Otro	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Positivo	28	59.6	15	31.9	13	27.7	0	-
Negativo	19	40.4	-	-	-	-	-	-
Total	47	100	15	31.9	13	27.7	0	-

Fuente: Fuente: Encuesta de la OMS, OPS, aplicada para evaluar el hábito tabáquico y dependencia de nicotina.

Análisis: en la tabla N° 5 encontramos que de los 47 estudiantes fumadores que cursan el último año de medicina, 28 aumentaron el consumo, que representa el 59.6%, siendo la principal causa del aumento la tesis de grado 28/15 que representó el 31.9%.

Tabla N° 7 Aplicación del Test de Fargestrom Para Conocer la Dependencia de Nicotina en Estudiantes Fumadores.

	Estudiantes Fumadores	
Ptos Fargestrom	N°	%
0-1 (muy baja)	28	59.6
2-3 (baja)	14	29.8
4-5 (moderada)	2	4.2
6-7 (alta)	3	6.4
8-10 (muy alta)	0	-
Total	47	100

Fuente: Test de Fargestrom aplicado a los estudiantes que cursan el último año de medicina.

Análisis: En la tabla N° 6 encontramos que de los 47 estudiantes fumadores que cursan el último año de medicina, 28 presentaron muy baja dependencia a la nicotina, que represento el 59.6%, mientras que 3 presentaron alta dependencia a la nicotina que represento el 6.4%

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

La mayoría de los estudiantes que cursan el último año de medicina no presentan el habito tabáquico.

La edad más frecuente de inicio de habito tabáquico fue a los 18 años.

El motivo de inicio del habito tabáquico, fue la compañía a otra persona fumadora.

El sexo que presento mayor frecuencia del habito tabáquico, fue el sexo femenino y la edad a los 23 años.

El tipo de tabaco mas consumido fue el cigarro.

Se encontró que el mayor número de estudiantes consume menos de 10 cigarros al día.

La causa de mayor aumento del consumo del habito tabáquico fue trabajo de grado (tesis).

La mayoría de los estudiantes no presento alta dependencia a la nicotina.

5.2 Recomendaciones

Fomentar la prevención primaria, a través de charlas y medios audiovisuales (televisor, radio, periódicos, revistas).

Organizar y fomentar más frecuentemente las jornadas que presente factores de riesgo relacionadas con las enfermedades ocasionadas por el consumo de tabaco.

Incrementar la fiscalidad sobre el tabaco, en línea con la propuesta de la comisión europea. Evitar la persistencia de marcas de tabaco muy baratas.

La aplicación de una política que permita a la mayoría de no fumadores en la población conocer su derecho constitucional a poder respirar un aire no contaminado por el humo de tabaco. Los derechos de los no fumadores a respirar un aire limpio debe ser preservados y prevalecer siempre sobre los de los fumadores

Desarrollo de programas educativos de prevención del tabaquismo. Su implantación no es solo necesaria sino imprescindible para detener esta epidemia. Una campaña preventiva puede llevarse a cabo en un ámbito restringido, lo cual es preferible a no hacer nada. Sin embargo, si se quiere llevar a cabo en toda la comunidad, es necesario que haya también desarrollos legislativos que restrinjan el uso del tabaco, programas informativos, programas de tratamiento y toma de conciencia social del problema.

Para dejar de fumar recomendamos:

- Consumir menos cigarros que el día anterior.
- Cuando sienta deseos de fumar, espere 5 minutos antes de prender un cigarro.
- Hable con personas que han dejado de fumar.
- Recuerde como afecta el cigarro la salud. Haga ejercicio u otras actividades placenteras, en vez de fumar.
- Tenga siempre una excusa para cuando le ofrezcan un cigarrillo.
- No compre cigarros.
- Fuerza de voluntad.

BIBLIOGRAFÍA

Begoña, E., Córdoba, R., Díaz-Maroto y otros. (2001) Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Guía de procedimientos para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. SEMERGEN, (27), 413-417.

Allen, M. B. (1999). Medical student's knowledge of smoking, Boston: Thorax

Casi Casanellas, A. (2001). Tratamiento del tabaquismo en atención primaria. Ciudad de México: Salud Global.

Haagensen, C. (1991). Enfermedades de la mama (3ra ed). Buenos Aires: Medica Panamericana.

Alcalá, M. azañas, S. Moreno, C. (2002). Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes (2da ed). Barcelona: medicina de Familia.

Comité de expertos de la OMS en la lucha anti tabáquica. (1979) Lucha contra el tabaquismo epidémico. Serie de informes técnicos. Ginebra: 636

Fiore, M. Payne, C. Manley, R. (1994). Teaching medical students to help their patients successfully quit smoking. Boston: JAMA.

Gilpin, E., Pierce, J. Goodman, J., Giovino, G., Berry, C. y Burns, D. (1992) Trends in physicians giving advice to stop smoking, United States 1974-1987. Tobacco Control (1), 31-36.

Granda Orive, J., Peña, M., Reinares, T. C., Escobar, S.J., Martínez, A.J.M., Sáez Valls, R. y otros. (2000) ¿Reciben consejo médico anti tabáquico los asmáticos jóvenes? Revista de investigación, (2), 17-21.

Government Printing Office. (1988). [US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: nicotine addiction, a report of the Surgeon General.](#) Washington. DC: US.

International Union against Cancer. (1984) Guidelines on smoking cessation. Geneve.

Jiménez-Ruiz C.A. (1998) Terapia sustitutiva con nicotina. Aspectos prácticos. *Revista Clínica España*: (198), 181-185.

Monsó, E. (2001) [¿Conseguiré dejar de fumar?](#) Barcelona: Medicina Familiar.

Nerin, I., Guillen, D., Mas, A., y Sánchez-Agudo, L. (2000) Estudio de tabaquismo en una facultad de Medicina: prevalencia y actitudes en estudiantes y profesores. *Prevencion del tabaquismo*, (2), 16-72.

Richmond, R. (1999). [Teaching medical students about tobacco](#) Boston: Thorax.

Rockville, M.D. (1998) The health consequences of smoking: Nicotine Addiction. A report of the Surgeon General, US. Department of Health and Human Services. Public Health Service, Publication, (88-8406) Center of Disease Control.

Salleras, S.L. (1999) Los médicos y el tabaco. *Revista medica clínica Barcelona*. (00), 424-427.

[10th World Conference on Tobacco and Health.](#) (1997) Beijing China, 24- 28.

ANEXOS

ENCUESTA:

A. Identificación

Edad:

Sexo:

B. Historia personal:

1-Edad de inicio del hábito tabáquico: ____ años

2- ¿Que lo motivo a fumar?

a) Curiosidad

b) Estrés

c) Compañías

d) Moda

e) Simple deseo

3- Tipo de tabaco: (marque con X)

Cigarrillo: ____

Tabaco: ____

Chimo: _____

Otro-especifique: _____

C - Patrón de consumo del tabaco.

1- ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? _____

2- ¿Considera usted que actualmente fuma más o menos que antes de entrar a último año (SEMESTRE 13-14)?

a) Más b) Menos

3- ¿Ha sentido presión durante el último año que lo lleve a aumentar el consumo del hábito tabaquico?

a) SI a.1) Tesis

b) NO a.2) Materias

a.3) Otros-especifique: _____

D. Test de Fagerstrom para la dependencia a la nicotina

1. ¿Cuánto tiempo pasa desde que se despierta hasta que fuma su primer cigarro?

a) Hasta 5 minutos: 3 puntos

b) De 6 a 30 min: 2

c) De 31 a 60 min: 1

d) Más de 60 min: 0

2. ¿Encuentra difícil no fumar en sitios donde está prohibido?

a) Sí: 1 punto

b) No: 0 puntos

3. ¿Qué cigarro es más imprescindible?

a) El primero de la mañana: 1 punto

b) Cualquier otro: 0 puntos

4. ¿Cuántos fuma al día?

a) Menos de 10: 0 puntos

b) Entre 11 y 20: 1 punto

c) Entre 21 y 30: 2 puntos

d) Más de 30: 3 puntos

5. ¿Fuma más las primeras horas después de levantarse?

a) Sí: 1 punto

b) No: 0 puntos

6. ¿Fuma aunque tenga que estar en la cama por enfermo?

a) Sí: 1 punto

b) No: 0 puntos

LOS RESULTADOS

La suma de los puntos de cada respuesta determina el nivel de dependencia a la nicotina.

0-1 puntos: muy baja

2-3 puntos: baja

4-5 puntos: moderada

6-7 puntos: alta

8-10 puntos: muy alta

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y
ASCENSO:**

TÍTULO	INDICADORES DEL HABITO TABAQUICO EN ESTUDIANTES QUE CURSAN EL ÚLTIMO AÑO DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE, NUCLEO ANZOATEGUI, DURANTE EL PERIODO ENERO-MARZO 2010
SUBTÍTULO	

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CULAC / E MAIL
Calderon Mayorga, Marco Antonio	CVLAC: 17.421.595 E MAIL: el_marcays@hotmail.com
Rojas Morao, Sabina Efigenia	CVLAC: 18.549.740 E MAIL: sabina_serm@hotmail.com

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

Habito Tabáquico

Test de Fargestrom

Cigarrillo

Fumar

Tabaquismo

Tabaco

Adiccion

Nicotina

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÀREA	SUBÀREA
CIENCIAS DE LA SALUD	MEDICINA
	SALUD PUBLICA

RESUMEN (ABSTRACT):

Objetivo: Determinar los indicadores del habito tabáquico en estudiantes que cursan el ultimo año de medicina de la Universidad de Oriente, núcleo Anzoátegui, durante el periodo Enero-Marzo 2010. Metodología: se realizo un estudio de carácter descriptivo, transversal, con un total de 132 alumnos de tanto varones como hembras, de los cuales 47 fueron fumadores y 85 no fumadores en estudiantes que cursan el último año de medicina de la Universidad de Oriente, núcleo Anzoátegui, durante el periodo Enero-Marzo 2010. Se aplico un cuestionario, con variables no modificables, como semestre de estudio, edad, sexo, inicio del habito tabáquico, consumo diario de tabaco, etc. Compuesta de 14 preguntas abiertas y cerradas. Se dividió la muestra entre los consumidores y no consumidores, aplicándosele el test de Fargestrom a los consumidores. Resultados: la prevalencia de tabaquismo fue de 47 estudiantes de los 132 encuestados, que represento el 36.6%. el promedio de edad de inicio del consumo de tabaco fue de 16.7años para ambos sexos. El motivo de mayor inicio en el habito tabáquico fue compañía de personas fumadoras, con 18 casos, que represento el 38.2%. el sexo y edad cronológica al momento de la encuesta de los 47 estudiantes fumadores, 28 fueron mujeres, que represento el 59.6% con una moda de edad de 23 años con 16 casos que represento el 34%, mientras que del sexo masculino fueron 19 estudiantes, que represento el 40.4% con una moda de edad de 24 años, con 7 casos, que represento el 14.9%. el tipo de tabaco que consumen los estudiantes es el cigarro, con 47 casos, que represento el 100%. la frecuencia de cigarros por día fue de 6 a 10 cigarros/día, con 23 casos que represento el 48.9%. se presento aumento del consumo del habito tabáquico en 28 de los 47 casos, que represento el 59.6%, debido en su mayoría a la realización de la tesis de grado, con 15 casos, que represento el 31.9%. en la aplicación del test de Fargestrom se encontró que de los 47 casos, 28 presentaron baja dependencia a la nicotina (1-2ptos) que represento el 59.6%.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
Gomez, Humberto	ROL	CA	AS X	TU	JU
	CVLAC:	3.851.145			
	E_MAIL				
	E_MAIL				
Lopez, Wilfrido	ROL	CA	AS	TU	JU X
	CVLAC:	3.554.472			
	E_MAIL	wels52@hotmail.com			
	E_MAIL				
Villegas, Rosibel	ROL	CA	AS	TU	JU X
	CVLAC:	5.692.135			
	E_MAIL	rosibelvillegas@hotmail.com			
	E_MAIL				
	ROL	CA	AS	TU	JU
	CVLAC:				
	E_MAIL				
	E_MAIL				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2010	07	21
AÑO	MES	DÍA

LENGUAJE. SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
TESIS. Indicadores del habito tabaquico en estudiantes que cursan el ultimo ano de medicina de la UDO ANZ enero-marzo 2010.doc	Application/msword

CARACTERES EN LOS NOMBRES DE LOS ARCHIVOS: A B C D E F G H I J K L M N O P Q R
S T U V W X Y Z. a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u v w x y z. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9.

ALCANCE

ESPACIAL: (OPCIONAL)

TEMPORAL: Período: Enero 2010 – Marzo 2010

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Cirujano General

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Pre-grado

ÁREA DE ESTUDIO:

Escuela de Ciencias de la Salud

INSTITUCIÓN:

Universidad de Oriente/Núcleo de Anzoátegui

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

DERECHOS

De acuerdo con el artículo 41 del Reglamento de Trabajos de grado de la Universidad de Oriente:

“Los trabajos de grado son de exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y sólo podrán ser utilizados para otros fines, con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien deberá participarlo al Consejo Universitario, para su autorización”.

Calderon Mayorga, Marco Antonio

AUTOR

Rojas Morao, Sabina Efigenia

AUTORA

Dr. Gomez, Humberto

ASESOR

Dr. Lopez, Wilfrido

JURADO

Dra. Villegas, Rosibel.

JURADO

Dra. Villegas, Rosibel

POR LA SUBCOMISION DE TESIS