

G U Í A

# URUGUAY LIBRE DE HUMO DE TABACO

...Y DESPUÉS?



EL EQUIPO DE SALUD  
Y LAS POLÍTICAS DE CONTROL DEL TABACO

---

**Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular**  
**Bvar. Artigas 2358 - CP 11800 - Montevideo - Uruguay**  
**Telefax: (00598 2) 4802715 y 4815929**  
**comiscv@cardiosalud.org**  
**www.cardiosalud.org**

Se imprimió en junio de 2007 en gráficos del sur  
A. Martínez Trueba 1138 - Montevideo - Uruguay  
Tel./fax 4137370 - E-mail: pedrocop@adinet.com.uy  
Amparado al Decreto 218/96 - Comisión del Papel  
DEPÓSITO LEGAL

# URUGUAY LIBRE DE HUMO DE TABACO

...Y DESPUÉS?

EL EQUIPO DE SALUD Y LAS POLÍTICAS DE CONTROL DEL TABACO

**Dra. Elba Esteves Di Carlo**  
**Prof. Dra. Beatriz Goja Bruzzone**  
**Dra. Adriana Blanco Marquizo**  
**Dr. Julio Gonzalez-Molina**

## **Primera Edición**

*"Servicios de Salud con HUMO de TABACO:  
OXÍMORON médico, ético y social"*

Proyecto Ambientes Libres De Humo De Tabaco.  
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
Abril 2004

## **Segunda Edición**

Con el apoyo de la Comisión Honoraria  
para la Salud Cardiovascular.  
Montevideo, Uruguay, 2007.



### **Dra. Elba Esteves Di Carlo**

#### **Doctora en Medicina.**

Especialista en Medicina Interna. Master en Tabaquismo, Universidad de Sevilla. Integrante de la Policlínica de Cesación de Tabaquismo del Hospital de Clínicas.

### **Prof. Dra. Beatriz Goja Bruzzone**

#### **Doctora en Medicina.**

Profesora Agregada de Clínica Médica "A". Especialista en Medicina Interna y Neumología. Coordinadora de la Policlínica de Cesación de Tabaquismo del Hospital de Clínicas. Coordinadora Proyecto Ambientes Libres de Humo de Tabaco. Integrante de la Alianza Nacional para el Control del Tabaco. Integrante de la Comisión de Tabaquismo del Sindicato Médico del Uruguay.

### **Dra. Adriana Blanco Marquizo**

#### **Doctora en Medicina.**

Especialista en Farmacodependencias. Oficial técnico del equipo regional de control de tabaco y salud de los consumidores. OPS/OMS

### **Dr. Julio González Molina**

#### **Doctor en Medicina.**

Consultor Internacional de la OPS/OMS.



La presente publicación recibió apoyo financiero de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular.

# índice

---

	PROLOGO..... [Pág. 6]
1	REVERTIR LA SITUACIÓN..... [Pág. 8]
2	UN PROBLEMA SOCIALMENTE ACEPTADO..... [Pág. 11]
3	EI CONTROL DEL TABACO EN URUGUAY..... [Pág. 14]
4	LA PELIGROSA SUTILEZA DEL HUMO..... [Pág. 17]
5	RASTROS DE UN DEPREDADOR..... [Pág. 20]
6	EL DAÑO A LOS QUE DECIDIERON NO FUMAR..... [Pág. 24]
7	NUNCA ES TARDE Y NUNCA DEMASIADO TEMPRANO..... [Pág. 29]
8	ROL DEL MÉDICO: Más allá del Juramento hipocrático..... [Pág. 33]
9	NICOTINA: Esclavitud manipulada..... [Pág. 39]
10	EN RESCATE DEL TIEMPO PERDIDO..... [Pág. 42]
	Oportunidades perdidas
	Etapa evolutiva
	Grado de adicción
11	INTERVENIR SIEMPRE..... [Pág. 47]
	Tratamiento mínimo
	Tratamiento integral
12	BIBLIOGRAFÍA..... [Pág. 55]

---

## ANEXOS

---

1	Juramento hipocrático..... [Pág. 59]
2	Definiciones..... [Pág. 60]
3	Lo que todo Uruguayo debe saber sobre el tabaquismo..... [Pág. 61]
4	Resumen de la legislación relativa a control del tabaco en Uruguay .. [Pág. 63]
5	¿Qué puedo hacer por mi paciente fumador?..... [Pág. 70]
6	Cuestionarios..... [Pág. 72]
	Fagerström, evaluación del grado de adicción
	Richmond: cuestionario de motivación

---

# Prólogo

*Esta segunda edición del libro Servicios de Salud con Humo de Tabaco, Oxímoron médico, ético y social, surge a partir de la necesidad de una guía actualizada que se adecue al cambio en el marco político del control del tabaco que se produjo en el Uruguay desde mayo de 2005 y a la propuesta de la comisión para la Salud Cardiovascular para una nueva publicación. La diferente situación en los ambientes sanitarios con respecto al humo de segunda mano, ha determinado también un cambio en el título de dicho libro, por el de **Uruguay Libre de Humo de Tabaco ... Y después?** Se incorporó también un capítulo que resume los aspectos más relevantes de dicho proceso de cambio en el país.*

*La situación en Uruguay lo ha posicionado en un lugar privilegiado en el mundo con respecto al control de la epidemia de tabaco. Sin embargo hay mucho por concretar, la responsabilidad del equipo de salud es cada vez mayor y el material de lectura adaptado a la realidad nacional es aún escaso.*

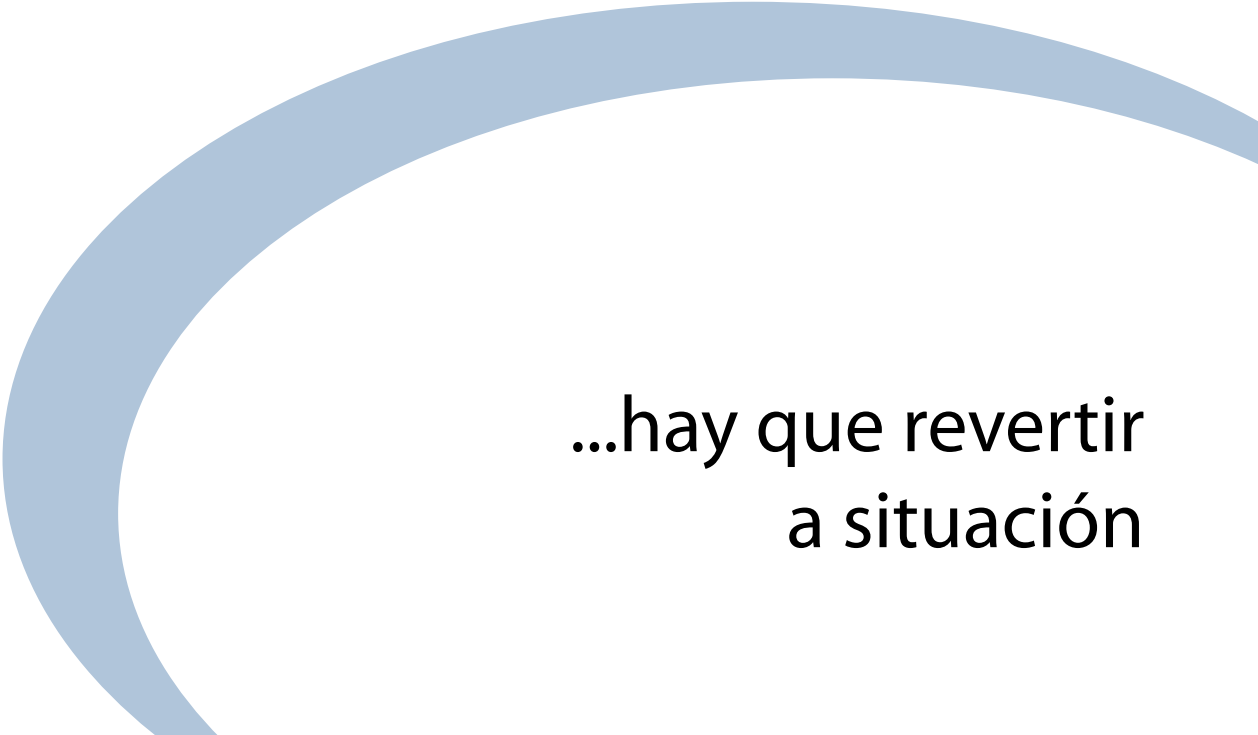
*Como ya se menciona en la primera edición de este manual con palabras de Kart Popper "el conocimiento obliga", los profesionales de la salud uruguayos han multiplicado y profundizado sus conocimientos sobre el tabaquismo como enfermedad, sus consecuencias y su tratamiento, lo que implica que su responsabilidad ante la misma también se ha incrementado.*

*Esta edición tiene por objetivo apoyar la intervención activa de todos los profesionales de la salud en la prevención y tratamiento del tabaquismo, ayudar a clarificar los diversos ámbitos de actuación y los roles que debe asumir el equipo de salud.*

UNA PERSONA MUERE CADA 10 SEGUNDOS POR UNA  
ENFERMEDAD RELACIONADA CON EL TABACO...

---

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



...hay que revertir  
a situación

# 1. REVERTIR LA SITUACIÓN.

El tabaquismo es una enfermedad epidémica, de curso crónico y naturaleza adictiva que determina recaídas frecuentes y que para el año 2020 causará aproximadamente diez millones de defunciones anuales (OMS), acumulándose en el siglo alrededor de mil millones de muertes, hecatombe difícil de aceptar al conocerse muy bien los vectores causantes de la epidemia y las medidas de control.

Se dispone de medidas de salud pública y de tratamientos eficaces que salvarían innumerables vidas, pero la realidad muestra que los países no hacen uso eficiente de ellos. Para reducir el número de muertos y enfermos a causa del tabaco es necesario que miles de los fumadores actuales abandonen el tabaquismo. Contradictoriamente, hasta hace poco tiempo, en una gran mayoría de centros asistenciales su personal podía consumir cigarrillos dando con este comportamiento un mensaje equívoco sobre la gravedad del tabaquismo tanto en su forma activa como pasiva.

En Uruguay se ha iniciado un proceso que de continuar prosperando seguramente llevará a revertir parte de este problema. A los servicios de salud les corresponde por misión ser el ejemplo social de los lugares libres de humo de tabaco, transmitiendo de esta manera un mensaje poderoso y consistente, contrapuesto al diluvio de mensajes engañosos emitidos por la industria tabacalera.

Los esfuerzos dirigidos al control del tabaquismo son insuficientes si no se logran servicios de salud que además de ser libres de humo de tabaco, brinden servicios de cesación accesibles para todos los fumadores, cualquiera que sea su condición social y económica. Aunque en la actualidad hay un número creciente de lugares dónde los fumadores pueden solicitar ayuda, es

importante optimizar el abordaje de esta patología en el primer nivel de asistencia, para llegar a un mayor número de fumadores, particularmente a aquellos que no están suficientemente motivados para dejar de fumar o con adicción difícil de superar sin ayuda médica.

La mejor decisión e inversión que un fumador puede hacer por su salud es abandonar el tabaquismo. No obstante dejar de fumar es una tarea difícil para muchos, aún con ayuda psicológica y farmacológica, dado el carácter adictivo de la nicotina; pero se dispone en estos tiempos de diferentes alternativas terapéuticas y las investigaciones sobre los mecanismos neuronales de las adicciones están brindando nueva información y nuevas bases para un manejo más exitoso.

El abandono del tabaquismo lo más precozmente posible es sustancial para restaurar la salud y reducir al mínimo los daños. No hay ninguna duda de los beneficios netos del abandono de la adicción, que sin importar la edad y el tiempo de la dependencia siempre reportará beneficio para la salud.

Cerca de un 70% de los fumadores afirma que intentaría dejar la adicción si su médico se lo aconsejara; sin embargo muchos médicos no tienen en cuenta la eficacia de este consejo y no se involucran en el control, dando como resultado que un gran número de fumadores no son advertidos por los equipos de salud de los peligros de la adicción, perdiéndose una importante oportunidad para el abandono del tabaquismo.

Los programas de capacitación para los médicos han demostrado que tienen como resultado la adopción por éstos de estrategias eficaces para dejar de fumar. Por lo tanto es imprescindible continuar preparando al personal de salud en las destrezas básicas para que su-



---

ministren un consejo efectivo, así como para que adopten prácticas institucionales de alta calidad e informen a la población sobre la existencia de métodos terapéuticos eficaces.

Hay una fundada convicción de que los profesionales de la salud como un todo y la comunidad médica en especial, se deben involucrar en forma más activa en la promoción de la salud y en el respaldo de políticas de control que tienen reconocida eficacia tanto para la prevención, como para el abandono de la adicción. Las políticas relacionadas con el precio de venta del producto, la prohibición de la publicidad y la prohibición de fumar en recintos cerrados tienen una eficacia conocida, corroborando el concepto de que hacer promoción de la salud es hacer medicina en gran escala. Por sus connotaciones, es prioritario que las instituciones de salud se constituyan en el ejemplo para un mundo libre de tabaco.

Aunque bien difundidos y conocidos los daños que sufren los fumadores, sólo recientemente se está logrando la misma conciencia y conocimiento sobre los producidos a los expuestos involuntariamente al humo del tabaco de los demás, a pesar de que desde mediados de los años 70 se informaron los primeros efectos dañinos en las vías respiratorias en niños, hijos de padres fumadores. Evidencias reafirmadas por múltiples investigaciones a las cuales continuamente se agregan nuevos hallazgos, demuestran una relación causal del tabaquismo pasivo con enfermedades graves no solo respiratorias sino de diversos sistemas.

La comunidad médica comprende que garantizar a la población un aire libre de tóxicos y carcinógenos es un derecho humano básico esencial. El tabaquismo pasivo es uno de los grandes problemas actuales de salud pú-

blica. Este es el argumento principal de las importantes medidas que ha tomado el Ministerio de Salud Pública con los decretos del 31 de mayo de 2005 y los sucesivos complementos, debido a los cuales desde el 1º de marzo de 2006 Uruguay es el primer país de Latinoamérica Libre de Humo de Tabaco en ambientes cerrados.

Este manual revisa los temas mencionados anteriormente aportando información útil para los profesionales de la salud y sus instituciones. Hay un profundo convencimiento que las Instituciones de Salud se deben constituir en uno de los bastiones de cambio y de transformación de viejos ambientes por nuevos espacios saludables, que propicien la salud y que de ninguna manera estén contaminados con humo de tabaco. Igualmente los daños a la salud producidos por el tabaquismo activo y pasivo son documentados así como las estrategias efectivas en el tratamiento de cesación.

---

EL CONSUMO DE TABACO

ES UN GRAVE PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA...

---



...que la sociedad  
minimiza

## 2. UN PROBLEMA SOCIALMENTE ACEPTADO.

La aceptabilidad del tabaquismo en nuestra sociedad no puede ser otra cosa que un atavismo que lentamente se comienza a revertir. El compromiso de los profesionales de la salud representa uno de los factores más importantes para lograrlo en el menor tiempo posible.

Aunque se conocen los daños que causan el tabaquismo activo y la exposición pasiva, se debe insistir en la difusión de esta información a toda la sociedad. Es sabido que el tabaquismo es actualmente la principal causa evitable de morbi-mortalidad a nivel mundial. Las muertes causadas por el tabaco superan al conjunto de las producidas por HIV/SIDA, accidentes de tránsito, alcoholismo, consumo de drogas ilegales, homicidios y suicidios <sup>(1)</sup>. El problema es más grave aún en el mundo en desarrollo, donde se estima que el total de fumadores se incrementa a una tasa del 2% anual mientras que en el mundo desarrollado el consumo de tabaco disminuye a un promedio de 1% por año <sup>(2)</sup>.

El tabaquismo es una enfermedad crónica y adictiva<sup>(3)</sup>, con muchas características similares de éxitos y recidivas a las de otras enfermedades por adicción. La consulta médica es el ámbito natural y propicio de tratamiento y constituye una excelente oportunidad para los miles de fumadores que concurren al médico cada año.

Según encuestas internacionales, sólo la mitad de los pacientes que concurren a una consulta son interrogados sobre su tabaquismo y un número aún menor recibe consejo sobre su tratamiento <sup>(4)</sup>. En una revisión de

1602 historias clínicas de pacientes ingresados por patologías tabacodependientes\* en centros asistenciales públicos y privados de Montevideo y el interior del país, se constató que en el 19% de las historias clínicas no figuraba información de si el paciente era fumador o no, llegando a 25% en las historias de infarto de miocardio y cardiopatía isquémica <sup>(5)</sup>. La mayoría de los ex-fumadores reconocen que la decisión de abandonar el tabaquismo partió del consejo recibido de su médico y muchos fumadores manifiestan que dejarían de fumar si su médico se lo indicara <sup>(6)</sup>.

Teniendo en cuenta los aspectos mencionados, es manifiesta la importancia que para revertir la aceptabilidad social del tabaquismo, tiene el cambio de actitudes y comportamientos de los integrantes del equipo de salud. El estamento médico tiene responsabilidad ante la sociedad en la transformación de una práctica que está entre las más nocivas para la salud y el bienestar social.

Una meta que se deben trazar los servicios de salud es lograr la abolición absoluta del consumo de tabaco en sus recintos y que la totalidad de los fumadores que son asistidos en sus servicios sean identificados como tales para recibir el beneficio de las intervenciones adecuadas de acuerdo a las circunstancias y motivaciones de cada uno.

\*patologías revisadas: infarto agudo de miocardio, accidente cerebro vascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, arteriopatía obstructiva de MMII, cáncer de pulmón y cáncer de laringe.

### **Tabaquismo en el Mundo (1):**

- Es un grave problema de Salud Pública a nivel mundial.
- Hay 1.200 millones de fumadores, un tercio de la población mundial.
- Mueren aproximadamente 13.500 personas por día por fumar.
- Se prevé para la década de 2020: 10 millones de muertes por año, 70% de ellas en países en vías de desarrollo.

### **Tabaquismo en Uruguay:**

- 30% de la población mayor de 12 años fuma diariamente. <sup>(7)</sup>
- 78% comienza antes de los 19 años. <sup>(8)</sup>
- 20% de los estudiantes de 2º y 3er año de ciclo básico son fumadores y la mitad manifiesta que ha intentado dejar de fumar sin éxito. <sup>(9)</sup>
- 14.5% de las muertes anuales son atribuibles al tabaquismo (14 personas/día).

“Consideramos el control del tabaco un tema de Estado y seremos firmes en llevarlo adelante, cumpliendo con los compromisos internacionales contraídos en el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS, que Uruguay oportunamente ha ratificado”

---

Palabras del Presidente de la República, Dr. Tabaré Vázquez, en el salón de actos del Edificio Libertad. Febrero 2006.



# El control del tabaco en Uruguay

### 3. EL CONTROL DEL TABACO EN EL URUGUAY.

Hasta hace muy pocos años, las medidas de control del tabaco en Uruguay eran prácticamente inexistentes. La legislación era escasa y su cumplimiento casi nulo. A partir del año 2000 se comenzó a gestar un cambio, que si bien fue ayudado por un contexto internacional y nacional favorable, respondió al trabajo organizado de individuos e instituciones públicas, privadas y de la sociedad civil, que ayudaron a construir el consenso nacional indispensable para lograr avances significativos.

En el año 2000 a instancias de la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública se crea la Alianza Nacional para el Control del Tabaco. Integrada por instituciones altamente representativas de la salud pública y del saber médico nacional (ver cuadro) la Alianza jugó un rol estratégico fundamental, dando respaldo al accionar de los individuos e instituciones comprometidas con el control del tabaco.

En los años 2002-2003, estando avanzadas a nivel internacional las discusiones del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS (CMCT) en Uruguay se tenía muy poco conocimiento del mismo. Una de las actividades más destacadas del movimiento de control del tabaco en Uruguay, fue justamente, el trabajo de concientización sobre el CMCT a nivel nacional. El intenso trabajo de abogacía con los medios, los decisores políticos y los integrantes del parlamento a favor del Convenio, generó dos importantes resultados, por un lado dio visibilidad y credibilidad al movimiento de control de tabaco y por otro lado logró que Uruguay se situase entre los 40 primeros países ratificantes del CMCT.

En los años siguientes se fueron logrando otros avances, como la prohibición de fumar en los servicios de salud y el cambio en el texto y las características de la

#### ALIANZA NACIONAL PARA EL CONTROL DEL TABACO



- Junta Nacional de Drogas
- Ministerio de Salud Pública
- Intendencia Municipal de Montevideo
- Facultad de Medicina - Hospital de Clínicas
- Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular
- Comisión Honoraria de lucha contra el Cáncer
- Sindicato Médico del Uruguay
- Federación Médica del Interior
- Fondo Nacional de Recursos
- Centro Asistencial del SMU (CASMU)
- Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar
- Comisión Antitabáquica del Uruguay (CATU)
- Fumadores Pasivos del Uruguay
- Asoc. de Enfermos Pulmonares Obstructivos Crónicos

**Con el apoyo Técnico de la Organización Panamericana de la Salud, OPS.**

---

leyenda en el empaquetado del tabaco. Un elemento de gran importancia fue la implementación por parte del MSP, de una Comisión Interinstitucional Asesora para el Control del Tabaco y de un Programa Nacional para el Control del Tabaco. La Comisión tiene un rol asesor en todos los temas relacionados con el control del tabaco que son competencia del ministerio.

En este contexto, sin lugar a dudas, la llegada a la Presidencia de la República del Dr. Tabaré Vazquez dio un impulso sin precedentes al proceso. El Dr. Tabaré Vazquez, oncólogo de reconocida trayectoria, definió las políticas de control de tabaco como una prioridad nacional lo cual permitió que en marzo del año 2006 Uruguay se convirtiese en el primer país 100% libre de humo de tabaco de las Américas.

En el momento actual Uruguay ya ha cumplido con dos de las recomendaciones del CMCT en forma completa: la protección de la exposición al humo de tabaco ajeno (art. 8º) y las características de las advertencias sanitarias en el empaquetado de los productos de tabaco (art. 11º)

Sin lugar a dudas todavía queda mucho por hacer, pero el contexto político y social del Uruguay, hace prever que se pueden lograr mayores avances en un futuro cercano. Se debe destacar que el proceso desarrollado en Uruguay no le fue ajeno a la comunidad internacional de control del tabaco y a importantes organismos internacionales relacionados a la salud. Es así que en el año 2005, la Alianza Nacional para el Control del Tabaco recibió uno de los premios del Día Mundial Sin Tabaco, por su trabajo en pro de la ratificación del CMCT. El Dr. Tabaré Vazquez por su parte en el año 2006 fue galardonado con el Premio del Director General de la OMS y con el premio extraordinario conjunto entregado por

la Alianza Mundial por ambientes libres de humo de tabaco (Global Smokefree partnership), la Alianza para el Convenio Marco y la Campaña para liberar a los niños del tabaco (Campaign for Tobacco Free Kids), por su destacado liderazgo político en el control del tabaco.

Por último en setiembre del mismo año, en ocasión de celebrarse en Washington la reunión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud, a la cual asisten los ministros de los estados miembros, se colocó un panel a forma de reconocimiento de lo realizado por Uruguay e instando al resto de los países de la región a seguir su ejemplo.

---

LOS DAÑOS ESTÁN SIEMPRE PRESENTES,  
AUNQUE AL INICIO ESTÁN ENMASCARADOS POR ...

---

... la peligrosa  
sutileza del humo





## 4. LA PELIGROSA SUTILEZA DEL HUMO.

El humo de tabaco causa daño en los fumadores y en las personas que lo respiran involuntariamente. Aunque sutil e insidioso al inicio, el perjuicio a la salud se manifiesta con el paso del tiempo en graves enfermedades que casi sin excepción afectan a todos los órganos y sistemas. El humo de tabaco está formado por dos fracciones: la llamada corriente principal que es la que el fumador inhala y la corriente lateral que es la que se desprende, entre pitada y pitada, del extremo encendido del cigarrillo, cigarro o pipa. Es una mezcla de gases y partículas en la que se han identificado más de 4.000

sustancias que incluyen tóxicos, irritantes, mutágenos y más de 50 carcinógenos (cuadro 1). Alrededor de la mitad de los componentes químicos se encuentran originalmente en la hoja de tabaco, otros son agregados durante el proceso de cura o de industrialización y otros se producen durante la combustión. La industria tabacalera añade sustancias con el fin de cambiarle algunas características, entre ellas el potencial adictivo.

Para identificar mejor algunos de los tóxicos del humo de tabaco se muestra en el siguiente cuadro una lista de otros compuestos que los contienen. (cuadro 2)

**Cuadro 1.**

### Algunos de los carcinógenos presentes en el humo de tabaco<sup>(10)</sup>

- Hidrocarburos polinucleares aromáticos (PAHs)  
Benzopireno
- Aza-arenes
- N-Nitrosaminas
- Aminas aromáticas  
2-Naftilamina  
4-Aminobifenil
- Aminas N-Heterocíclicas
- Aldehídos
- Compuestos orgánicos  
1,3-Butadieno  
Benceno  
Cloruro de vinilo  
Acrilamida
- Compuestos inorgánicos  
Arsénico  
Plomo  
Cromo  
Polonio-210

**Cuadro 2.** El humo de tabaco incluye sustancias presente en otros compuestos tóxicos.<sup>(1)</sup>

### Tóxicos

### Presente en:

Acetona	Diluyentes de pintura
Amoníaco	Limpiador de piso
Arsénico	Veneno para hormiga
Butano	Combustible de encendedores
Cadmio	Baterías de auto
Monóxido de carbono	Humo de escape de autos
DDT	Insecticida
Cianuro de hidrógeno	Cámara de gas
Metanol	Combustible de cohetes
Naftaleno	Antipolilla (naftalina)
Tolueno	Solvente industrial
Cloruro de vinilo	Plásticos

Al humo de tabaco en el ambiente se le dan diferentes denominaciones, como humo de segunda mano, humo

de los otros, humo de tabaco ajeno, etc. Es la mezcla del humo principal exhalado por el fumador (15%) y del humo lateral (85%). El humo lateral tiene propiedades diferentes al humo inhalado por el fumador porque entre las pitadas se produce una combustión incompleta del tabaco que lleva a mayores concentraciones de varias de las sustancias tóxicas y carcinógenas. Esta mezcla permanece en el aire y es inhalada por fumadores y no fumadores. El humo de segunda mano está clasificado por la Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos como un carcinógeno humano para el cual no existe nivel seguro de exposición.<sup>(11)</sup>

Los niños son especialmente vulnerables a dicho humo por su menor volumen corporal y su mayor frecuencia respiratoria lo cual determina una mayor absorción de químicos por kilo de peso ante la misma exposición que un adulto. La mujer embarazada que fuma o que respira el humo de los demás expone a su hijo a los tóxicos del tabaco.

Se ha demostrado científicamente que la ventilación no previene los daños producidos por la exposición al humo de segunda mano, pues si bien puede quitar la percepción del humo, no elimina los tóxicos. Para que la ventilación fuera efectiva se requerirían corrientes de aire similares a un huracán dentro de la habitación.<sup>(12)</sup>

Por otra parte la separación en un mismo ambiente de fumadores y no fumadores tampoco es una solución eficaz tal como lo demuestran los estudios de monitorización de nicotina ambiental que evidencian la presencia de los compuestos del humo en sectores de no fumadores.<sup>(13)</sup>

La única solución efectiva para evitar los perjuicios del humo de segunda mano es lograr que los ambientes cerrados sean 100% libres de humo de tabaco.

**El humo de tabaco en el ambiente, conocido como humo de segunda mano está constituido por la mezcla y dilución en el aire del humo exhalado por el fumador y el humo lateral. Contiene más de 4000 sustancias químicas entre las cuales se han identificado más de 50 carcinógenos. La ventilación o la separación en un mismo ambiente de fumadores y no fumadores, no evita los daños a la salud. Los métodos de ventilación no son efectivos pues no permiten eliminar los tóxicos y carcinógenos del humo de tabaco. Sólo los ambientes 100% libres de humo de tabaco evitan los daños del humo de segunda mano.**

La historia comienza en la adolescencia, los daños aparecen  
ya en el adulto joven,

Y LA MITAD DE ELLOS MORIRÁN POR SU CAUSA...

---



Rastros  
de un depredador

## 5. DAÑOS DEL TABACO.

La mitad de los fumadores morirá a causa de su tabaquismo y de ellos, la mitad lo hará entre los 35 y 69 años perdiendo un promedio de 20 a 25 años de vida útil <sup>(14)</sup>.

Anualmente mueren casi 5 millones de personas en el mundo por ser fumadores. De mantenerse los patrones actuales de consumo, la OMS estima que para la década del 2020 esta cifra aumentará a 10 millones de personas por año en el mundo y que 70% de las mismas ocurrirá en los países en vías de desarrollo <sup>(1)</sup>.

En Uruguay 4500 muertes al año, son atribuibles al tabaquismo, o sea 14 personas por día, constituyendo el 14.5% de la mortalidad anual. Estas cifras no incluyen el porcentaje correspondiente a enfermedades tabaco-dependientes en fumadores pasivos ni las muertes por complicaciones durante el embarazo y parto.

Que el tabaco cause diariamente alrededor de 13.500 muertes humanas en el mundo, amerita compararlo a un depredador implacable de nuestra especie, que obliga a tomar medidas urgentes de control. De allí la alerta que la OMS ha lanzado desde años atrás y que ha dado como resultado que por primera vez en la historia de la Salud Pública se haya aprobado un tratado mundial, "el Convenio Marco Global para el Control del Tabaco" dirigido a frenar esta epidemia <sup>(15)</sup>.

Está demostrado que más de 50 enfermedades son causadas por el tabaquismo. Estas pueden agruparse en patologías cardiovasculares, respiratorias, cánceres y un grupo heterogéneo que afecta diversos sectores del organismo. El consumo de tabaco es responsa-

ble de aproximadamente el 25% de las Cardiopatías Isquémicas, 75% de las Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas (E.P.O.C.) y 90% de los Cánceres de Pulmón <sup>(1)</sup>.

### Enfermedades Cardiovasculares

Es en esta categoría donde el tabaco produce mayor mortalidad, debido principalmente a que las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en casi todos los países incluido el Uruguay.

- Enfermedad coronaria
- Enfermedad cerebrovascular: isquémica y hemorrágica
- Enfermedad vascular periférica: aterosclerosis aórtica y de miembros inferiores.

Todos los territorios vasculares sufren los efectos del tabaquismo: arteriosclerosis, vasoconstricción, daño endotelial, hipoxia tisular e hipertrombicidad <sup>(16)</sup>.

### Enfermedades respiratorias

La E.P.O.C. que incluye bronquitis crónica y enfisema es una de las más graves enfermedades causadas por el tabaquismo. Su tasa de mortalidad mundial está en ascenso y constituye la 4ª causa en EEUU <sup>(17)</sup>. Si bien se presenta en el 15% de los fumadores, sus consecuencias sanitarias y económicas son sumamente devastadoras para el enfermo, la familia y la sociedad, por la discapacidad física y pérdida de calidad de vida que produce, con la consecuente demanda de asistencia médica, seguros y jubilación prematura.

Las infecciones respiratorias altas y bajas son más frecuentes, más prolongadas y más graves en fumadores, con mayor requerimiento de internación y más elevada mortalidad.

El tabaquismo en el paciente asmático es causa de agravación de su enfermedad, de mayor dificultad en su control e incremento de los requerimientos de medicación. La persistencia del consumo de tabaco determina la aparición de lesiones crónicas a nivel de la vía bronquial producidas por la asociación de la enfermedad asmática y el tabaco, lo que determina la evolución a una enfermedad crónica obstructiva irreversible de la vía aérea.

### **Cánceres** <sup>(1,10)</sup>

El 90% de los cánceres de pulmón son atribuibles al tabaquismo. También aumenta el riesgo de cáncer en todo el aparato respiratorio superior, en particular laringe. Hay formas de tabaquismo, pipa, tabaco mascado y cigarro, que provocan mayor incidencia de cáncer de boca y faringe. La deglución de carcinógenos disueltos en la saliva interviene en el riesgo aumentado de cáncer de esófago, estómago y colon.

Está demostrada la causalidad del tabaquismo en otros cánceres a distancia: páncreas, riñón, vejiga y cuello uterino. Ya existen numerosos trabajos que establecen la relación causal con el cáncer de mama.

### **Otros daños**

El tabaquismo también es responsable de la aparición o agravación de los síntomas de gastritis, ulcus gastroduodenal y enfermedad de Crohn.

La mujer fumadora tiene riesgos específicos: menor fertilidad, menopausia precoz, incremento del riesgo de osteoporosis y mayor incidencia de eventos trombóticos, estos últimos fundamentalmente si se asocia el tabaquismo con el uso de anticonceptivos orales.

La mujer embarazada que fuma pone en peligro a su hijo. Tiene mayor riesgo de aborto, parto prematuro, así como de tener un niño de bajo peso. El recién nacido presenta mayor prevalencia de complicaciones respiratorias y de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (S.M.S.L) (“muerte blanca” o “muerte en la cuna”).

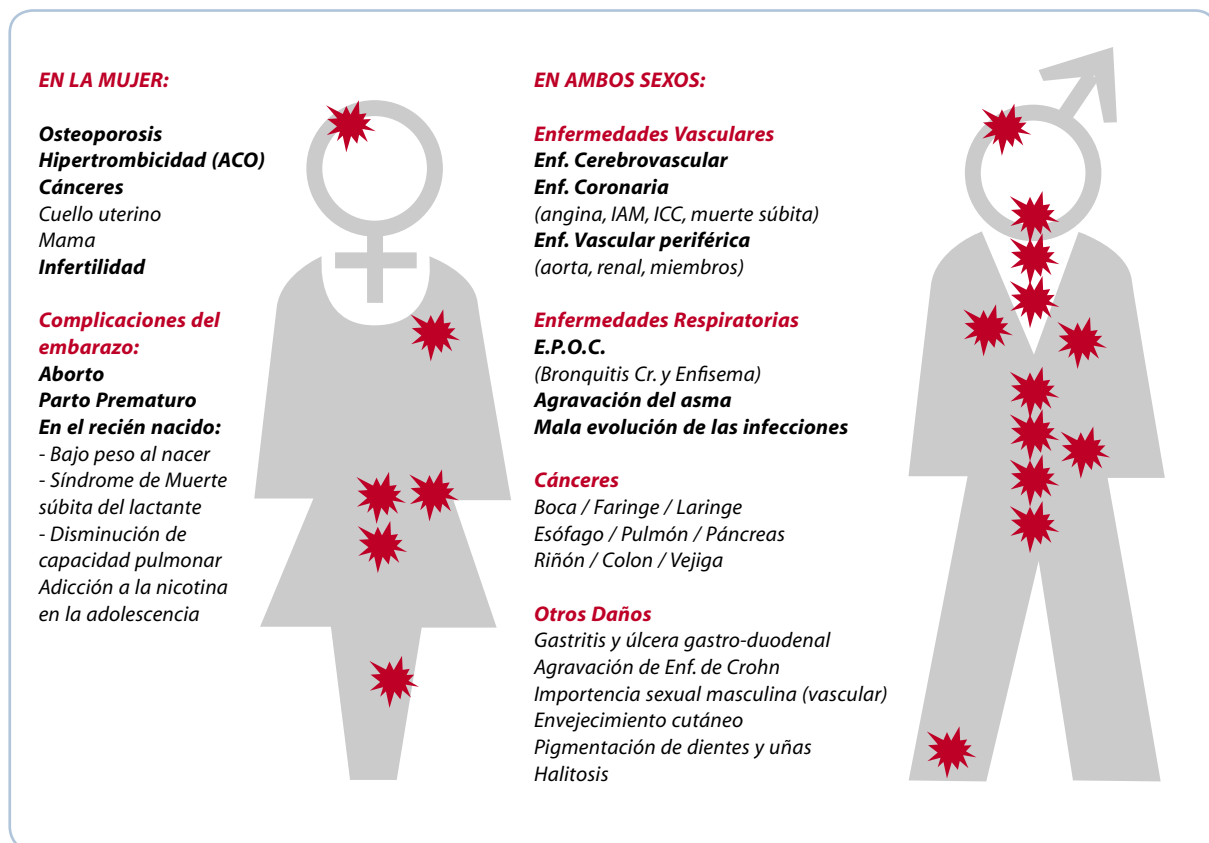
Actualmente se está investigando si los hijos de madres que fumaron durante el embarazo pueden tener mayor riesgo de desarrollar dependencia nicotínica en la edad adulta <sup>(18)</sup>.

En el hombre el tabaquismo aumenta considerablemente el riesgo de impotencia sexual de causa vascular.

En el aspecto estético el tabaquismo causa arrugas prematuras, uñas y dientes amarillentos, además del aroma a tabaco en la piel, el aliento y la vestimenta.

Desde 1964 en que se publicó el primer informe del Jefe de Sanidad de EEUU hasta la fecha, se han acumulado más de 70.000 trabajos científicos que demuestran la relación entre el tabaco y las múltiples enfermedades que causa <sup>(19)</sup>. Además día a día aumenta la evidencia apoyando las pruebas antedichas y encontrando nuevos sectores del organismo que sufren las consecuencias de la hipoxia tisular o el potencial carcinogénico del tabaco.

# ENFERMEDADES TABACODEPENDIENTES EN FUMADORES ACTIVOS



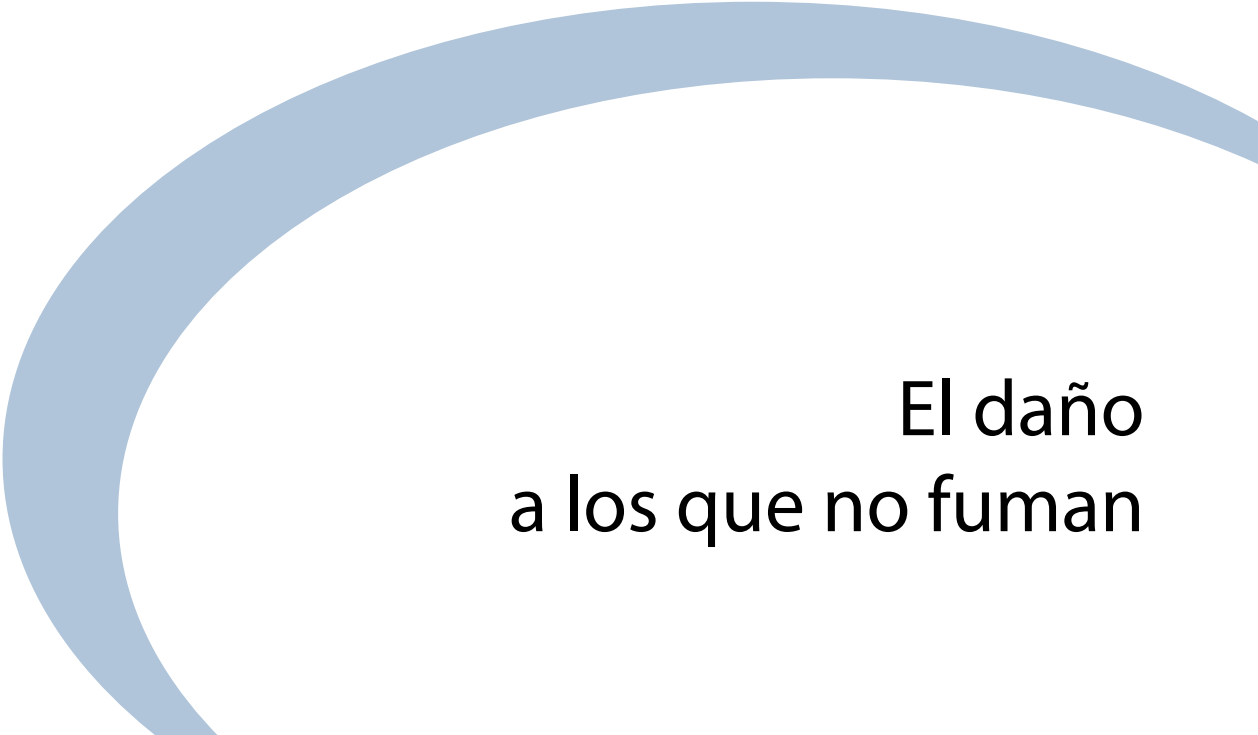
**Figura 1.** Enfermedades Tabacodependientes. I.A.M. Infarto Agudo de Miocardio. I.C.C. Insuficiencia Cardíaca Congestiva. E.P.O.C. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. A.C.O. Anticonceptivos Orales.

El tabaquismo es responsable del 25% de las cardiopatías isquémicas, 75% de las E.P.O.C. y del 90% de los cánceres de pulmón. La mujer fumadora tiene riesgo elevado de enfermedad tromboembólica y osteoporosis. Durante la gestación la persistencia del tabaquismo es causa de alto riesgo de complicaciones para el embarazo y para el recién nacido.

Existe consenso en la comunidad científica internacional:

**EL HUMO DE SEGUNDA MANO...MATA.**

---



**El daño  
a los que no fuman**

## 6. EL DAÑO A LOS QUE NO FUMAN.

Desde la década del 70 los estudios científicos demuestran que la exposición involuntaria al humo de tabaco de los otros causa graves daños a la salud.

Existen 3 publicaciones de gran prestigio, que resumen la evidencia acumulada hasta el momento sobre las consecuencias sanitarias de la exposición al humo de tabaco ajeno:

- La monografía N° 83 "Humo de tabaco y tabaquismo pasivo" de la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC) <sup>(20)</sup>
- El informe del 2005 de la Agencia de Protección Ambiental de California (CalEPA) "Asesoramiento sobre los riesgos para la salud del humo de tabaco en el ambiente." <sup>(21)</sup>
- El informe del Jefe de Sanidad de los EEUU, "Las consecuencias sanitarias de la exposición involuntaria al humo de tabaco" <sup>(22)</sup>

La magnitud de la exposición involuntaria al humo de tabaco aumenta en forma paralela con el tabaquismo activo. La OMS calcula que el 40% de los niños del mundo están expuestos a humo de tabaco en sus hogares. En América Latina estas cifras varían entre 30 y 70% en los distintos países y constituye un problema creciente de Salud Pública. <sup>(1)</sup>

En el continente Americano se calcula que de un millón de muertes anuales por enfermedades tabacodependientes, entre 10 y 15% ocurre en fumadores pasivos <sup>(23)</sup>.

Los niños son particularmente sensibles a los tóxicos ambientales del tabaco, pero además tienen menos posibili-

dades de evitar por sí mismos la exposición involuntaria. Los defensores de los Derechos de los Niños, teniendo en cuenta estas circunstancias y los daños conocidos, que llegan hasta la muerte súbita del lactante, han propuesto que la exposición al humo de tabaco en el hogar sea considerado como una forma de maltrato infantil.

Los resultados de la encuesta mundial de tabaquismo en jóvenes publicados en 2006 (GYTS - OPS/OMS) <sup>(24)</sup> mostraron que en la mayoría de los lugares donde se aplicó la encuesta, más de la mitad de los estudiantes están expuestos al humo de tabaco ajeno en lugares públicos. Se destaca que los tres países con mayores porcentajes son Argentina, Uruguay (antes de la entrada en vigencia del decreto 268/005) y Chile.

Se puede afirmar que los fumadores pasivos tienen riesgo de adquirir similares patologías que los fumadores activos, aunque en menor grado, los cuales dependen de la magnitud de la exposición <sup>(25)</sup>. En el adulto se ha demostrado un aumento del riesgo de cardiopatía isquémica, cáncer de pulmón y de senos nasales y agravamiento de la evolución del asma y de la E.P.O.C.

En los niños la exposición involuntaria al tabaco produce disminución del desarrollo de la función pulmonar, aumenta el riesgo de infecciones respiratorias y del oído medio, primera causa de sordera en la infancia. Los recién nacidos expuestos a humo de tabaco duplican el riesgo de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante. La evidencia es suficiente para inferir una relación causal entre la exposición al humo de segunda mano y la aparición de enfermedades sibilantes en la niñez temprana.

Según el grado de exposición al humo de tabaco de los demás, la mujer embarazada puede sufrir las mismas



PAÍS	%	PAÍS	%
Antigua y Barbuda	40,3	Guyana	61,1
Argentina	82,7	Haití	38,6
Bahamas	51,1	Honduras	42,2
Barbados	51,3	Jamaica	59,2
Belice	60,3	México	60,4
Bolivia	52,9	Nicaragua	54,1
Brasil	51,8	Panamá	51,8
Chile	69,8	Paraguay	66,3
Colombia	60,6	Perú	44,4
Costa Rica	51,0	Santa Lucía	58,1
Cuba	65,0	San Vicente y Las Granadinas	64,1
Dominica	60,2	Saint Kitts y Nevis	48,8
Rep. Dominicana	40,5	Surinam	64,2
Ecuador	56,9	Trinidad y Tobago	68,7
El Salvador	39,5	Uruguay	82,2
Granada	61,8	Venezuela	45,8
Guatemala	49,4		

**Tabla 1.** Exposición de los adolescentes al humo de tabaco ajeno en lugares públicos en países de Latinoamérica y el Caribe (%)

complicaciones que la mujer embarazada fumadora. Por tal motivo el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) incluyó en la Historia Clínica Perinatal el dato de tabaquismo pasivo de la madre, como una señal de alerta de riesgo perinatal.

En Estados Unidos se estima que muere 1 no fumador por cada 8 fumadores que mata el tabaco <sup>(26)</sup>. Si se extrapola esta cifra a nuestro país, el tabaquismo pasivo estaría dando cuenta de unas 600 muertes anuales en Uruguay.

Se debe señalar la importancia del tabaquismo pasivo en los lugares de trabajo. En algunos espacios laborales

la magnitud de la exposición es tal que los trabajadores expuestos al humo del ambiente inhalan cantidades de tóxicos equivalentes a las de un gran fumador. Esto puede ser considerado un riesgo ocupacional; situación que se daría especialmente en bares, discotecas y restaurantes entre otros.

La publicación de Takala J, de 2005, manifiesta que la exposición al humo de tabaco ajeno, causa al menos 200.000 muertes al año en el mundo solo en los lugares de trabajo, las que constituyen 14% de todas las muertes causada por enfermedades relacionadas al trabajo y 2,8% de todos los cánceres de pulmón <sup>(27)</sup>.

El estudio de Vigilancia de la Exposición al Humo de Tabaco en Uruguay del año 2003 <sup>(13)</sup>, evidenció niveles de nicotina en algunas oficinas públicas y sitios de descanso del personal de la salud, tan elevados como en lugares de recreación nocturna.

Por todo esto la OMS ha promovido que los gobiernos tomen rígidas normas de control del tabaquismo en los lugares de trabajo <sup>(15)</sup>.

Uno de los múltiples ejemplos de control exitoso del tabaquismo es el del Estado de California (EE.UU.). Este Estado es completamente libre de humo de tabaco en lugares públicos, luego de un proceso que se inició a fines de la década del 80 en la comunidad agrícola de Lodi, a iniciativa de organizaciones voluntarias de salud que solicitaron la creación de restaurantes libres de humo de tabaco. Dadas las dificultades de implementar métodos efectivos que permitieran seguir fumando en esos lugares sin riesgo para los no fumadores, se decidió por parte del gobierno local la prohibición de fumar en restaurantes y lugares públicos.

Inmediatamente los opositores a estas medidas, patrocinados por la industria tabacalera, lograron realizar un plebiscito para derogar esta ley. El resultado mostró que la mayoría de los ciudadanos estaban a favor de la ordenanza.

Progresivamente se fueron aprobando leyes locales similares en centenares de ciudades que sentaron las bases para la aprobación en 1994 de la Ley del Estado de California sobre Lugares de Trabajo Libres de Tabaco, que entró en vigencia en 1995 para casi todos los lugares de trabajo cerrados. Según lo previsto los bares y lugares de juego fueron escalonadamente incorporándose en un período de 2 años. Durante todo el proceso la industria tabacalera realizó múltiples esfuerzos para, por lo menos retrasar la aplicación de esta ley.

Finalmente la ley entró en vigencia también para los bares a partir de enero de 1998 <sup>(28)</sup> culminando así el proceso que llevó casi 18 años.

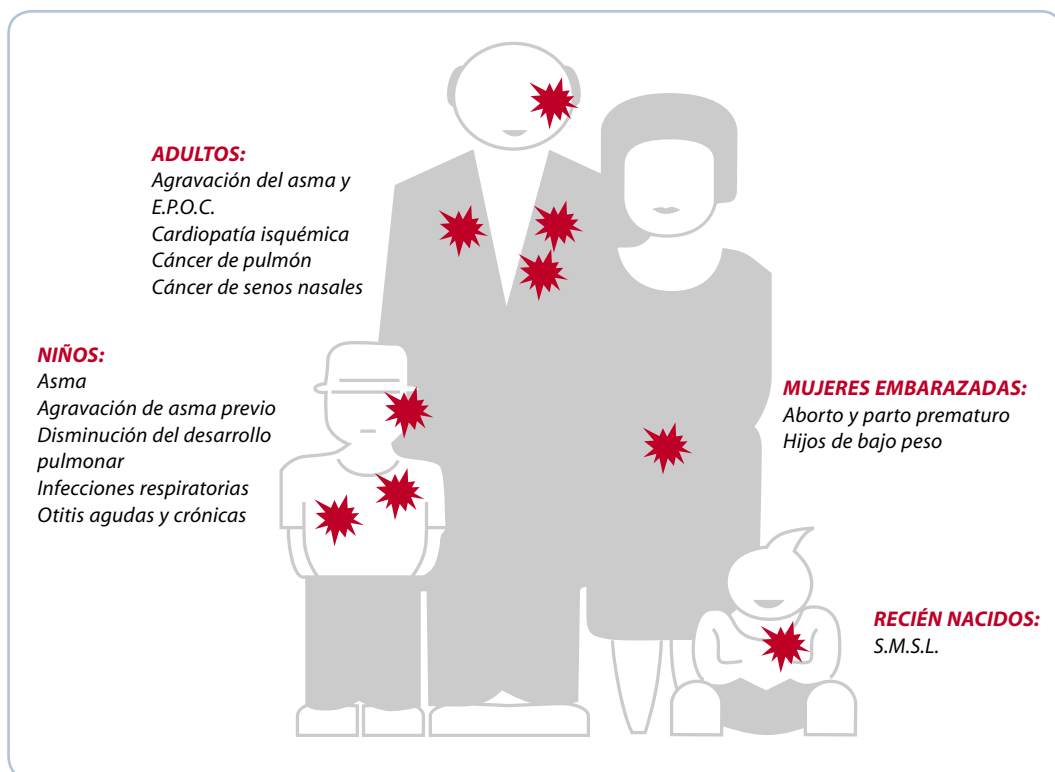
El ejemplo de California fue seguido por otros estados de Estados Unidos y varios estados y territorios de Canadá que son actualmente libres de humo de tabaco en los lugares públicos cerrados. En la región del MERCOSUR también se ha logrado en 3 provincias argentinas, Santa Fe, Córdoba y Tucumán.

Más recientemente el ejemplo dado por Uruguay ha sido reconocido a nivel regional y mundial. A partir del 1º de marzo de 2006 su situación cambió radicalmente al convertirse en el primer país de Latinoamérica 100% libre de humo de tabaco en lugares cerrados, debido al amplio acatamiento de la prohibición de fumar en todo lugar cerrado público o privado (Decreto 268/005). (ver capítulo 3 - Control del Tabaco en Uruguay).

Uno de los aspectos destacables en Uruguay es la masiva aceptación del decreto presidencial por parte de toda la población, como quedó demostrado en la encuesta de opinión realizada en noviembre de 2006 (Equipos Mori - OPS). En ella fueron entrevistadas 695 personas mayores de 18 años residentes en ciudades de todo el país. El 80% manifestó estar de acuerdo con el decreto de regulación de consumo de tabaco en lugares públicos y privados. Incluso entre los fumadores el apoyo fue mayoritario (63%).

La única forma de proteger la salud de la población de la exposición al humo de tabaco, es promover la generalización de edificios libre de dicho humo, en donde no se fume en ningún lugar en su interior, lo que beneficia a fumadores y no fumadores.

# ENFERMEDADES TABACODEPENDIENTES EN FUMADORES PASIVOS



**Figura 2.** Enfermedades Tabacodependientes en Fumadores Pasivos. E.P.O.C. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. S.M.S.L. Síndrome de Muerte Súbita del Lactante.

## FUMADOR PASIVO

Es la persona que está expuesta involuntariamente al humo de tabaco. Los fumadores pasivos tienen similares riesgos para su salud que los fumadores. Los niños son particularmente susceptibles a los daños por humo de tabaco del ambiente. El tabaquismo pasivo en los lugares de trabajo podría ser considerado una enfermedad ocupacional. Los ambientes 100% libres de humo son la única solución a este problema.

DEJAR DE FUMAR ES LA DECISIÓN MÁS IMPORTANTE, QUE  
PUEDE TOMAR UN FUMADOR, CON RESPECTO SU SALUD...

---

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



Nunca es demasiado tarde  
y nunca demasiado temprano

## 7. NUNCA ES DEMASIADO TARDE Y NUNCA DEMASIADO TEMPRANO.

El abandono del tabaquismo siempre es beneficioso para el fumador, para su familia y para la sociedad. No importa qué edad tenga el paciente, cuántos años de fumador o si presenta síntomas o enfermedad tabaco-dependiente, siempre se le debe aconsejar el abandono del tabaquismo, desde el adolescente que aún está experimentando hasta el geronte con enfermedad vascular establecida.

Si bien el beneficio es mayor cuando más precoz es la cesación, en todos los casos los beneficios superan los inconvenientes. Por ser una enfermedad adictiva, el inicio de la abstinencia puede acompañarse de síntomas que siempre son transitorios y tratables, si es necesario con medicamentos.

Frecuentemente el fumador no se encuentra motivado para dejar de fumar; siente que él es inmune a sus consecuencias, que está fuera de las cifras de riesgo, que el periodo de peligro está lejano y que él abandonará la dependencia antes que el daño se presente o por el contrario, que no vale la pena dejar porque el daño ya está hecho. Resaltar los beneficios para su salud, así como el respeto a sí mismo y el respeto a la salud de los otros pueden ser puntos de apoyo importantes para motivar el cambio de actitud y la cesación del tabaquismo. En cada paciente será necesario buscar los elementos más movilizadores. (ver cuadro 3 en el capítulo 10).

La cesación reporta beneficios en diversos aspectos, entre los que sobresalen los beneficios para la salud. Con respecto a la percepción de salud, el fumador que abandona el tabaquismo rápidamente se percibe más saludable, con mayor energía y esto se ha objetivado en los tests de calidad de vida relacionada a la salud <sup>(29)</sup> y también por la reducción de los días de internación y

de ausentismo laboral de la población ex fumadora con respecto a quienes continúan fumando.

Los ex fumadores tiene mayor expectativa de vida que la población fumadora. Doll, Peto y col. publicaron en 2004 el seguimiento de una cohorte de médicos británicos durante 50 años <sup>(30)</sup> en la que se encontró una reducción de 10 años de vida en quienes continuaron fumando hasta los 60 años. La cesación del tabaquismo reduce gradualmente la mortalidad global, comenzando en el primer año y se aproxima al riesgo de los no fumadores luego de 10 – 15 años, dependiendo de la magnitud del consumo y la edad de la cesación. Los fumadores que dejan de fumar a los 30, 40, 50 y 60 años aumentan su expectativa de vida en 10, 9, 6 y 3 años respectivamente.

La cesación tiene efectos beneficiosos inmediatos, mediados por la disminución del estímulo adrenérgico y el aumento del aporte de oxígeno a los tejidos. Luego de 20 a 30 minutos sin fumar se puede objetivar una disminución de la frecuencia cardíaca, la presión arterial y el consumo de oxígeno. También se ha demostrado mejoría de la función endotelial. Estos factores contribuyen en la disminución de eventos vasculares agudos, a nivel coronario, encefálico y periférico.

En los primeros meses luego de dejar de fumar, disminuyen los síntomas respiratorios, particularmente la tos y la disnea aumenta la capacidad de realizar ejercicio y mejora la respuesta inmunológica (IgG, IgA e IgM y linfocitos T), con lo que se logra una disminución de la prevalencia y la gravedad de las infecciones respiratorias.

La cesación del tabaquismo disminuye los riesgos post-operatorios. Se aconseja dejar de fumar por lo menos 2

meses antes del acto quirúrgico, ya que la recuperación del barrido ciliar bronquial tras la cesación puede causar un aumento transitorio de la tos y expectoración.

El abandono del tabaquismo es considerablemente beneficioso y rentable en los pacientes que van a ser sometidos a tratamiento quirúrgico de su enfermedad coronaria; se ha demostrado que disminuye el riesgo de complicaciones infecciosas posttoracotomía, fallas de sutura, ingresos a cuidados intensivos y mortalidad durante la internación. Dejar de fumar luego de la revascularización coronaria es un importante factor predictivo independiente de sobrevida y de riesgo de reoperación <sup>(31)</sup>.

La cesación en el primer trimestre del embarazo disminuye las complicaciones gestacionales, aumenta el promedio de peso del recién nacido y disminuye el riesgo de complicaciones respiratorias y Síndrome de Muerte Súbita del Lactante. Es errónea la creencia de que es preferible que la mujer embarazada se mantenga fumando 1 o 2 cigarrillos por día para evitar la ansiedad propia del síndrome de abstinencia nicotínico. Está demostrado que es mayor el daño causado por el consumo de cigarrillos, aunque sea mínimo, que los síntomas de abstinencia que son siempre transitorios.

Dejar de fumar es tan importante por los beneficios para la salud como por la recuperación inmediata para el fumador de su autorespeto y su autoestima, por retomar el control de su conducta ... Es también notoria la mejoría estética, rápidamente cambia el color, el aroma, la textura y la temperatura de la piel, así como el aspecto del cabello, las uñas y los dientes.

A largo plazo disminuye la morbimortalidad de todas las patologías tabacodependientes. A medida que se prolonga la abstinencia tabáquica disminuyen los riesgos de todas las enfermedades tabacodependientes. El descenso del riesgo depende de la intensidad del consumo y del tiempo transcurrido desde la cesación <sup>(32)</sup>.

A nivel cardiovascular se ha demostrado regresión de las placas de ateroma (coronarias y carotídeas), mejoría

del perfil lipídico y de la función plaquetaria <sup>(33)</sup>. De forma general en el primer año de abstinencia disminuye aproximadamente un 50% el riesgo de IAM, tanto en prevención primaria como secundaria. A los 5 años el riesgo se aproximaría al de los no fumadores, según diversos autores. El riesgo de stroke comienza a disminuir al año y tarda 5 años en aproximarse al de los no fumadores. En la arteriopatía obstructiva crónica de miembros inferiores mejora la tolerancia al ejercicio, disminuye el riesgo de amputación y aumenta la sobrevida.

Con respecto a la disminución del riesgo de cáncer, cada patología tiene un patrón evolutivo propio, a modo de ejemplo luego de 10 años de abstinencia el riesgo de cáncer broncopulmonar disminuye 50%, los cánceres del aparato respiratorio superior disminuyen un 70%, los de vía urinaria alta 60 – 70% y el riesgo de cáncer de páncreas disminuye 30% en ese lapso.

En los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica se logra ya en los primeros meses la recuperación del ritmo de descenso del VEF1 <sup>(34)</sup> con una franca mejoría de la capacidad de realizar ejercicio, de la calidad de vida y disminución de la mortalidad <sup>(35)</sup>.

Otros beneficios de la cesación están relacionados con la disminución de prevalencia y gravedad de otras patologías tabacodependientes, disminuye la recidiva y complicaciones del ulcus gastroduodenal, mejora la evolución de la Enfermedad de Crohn y disminuye la patología gingivo- dental.

Cuando el fumador decide dejar de fumar los beneficios alcanzan también a quienes conviven con él. Está ampliamente demostrada la reducción de patologías tabacodependientes en fumadores pasivos que dejan de estar expuestos al humo de segunda mano, principalmente en el hogar y los lugares de trabajo. La familia también se beneficia, porque mejora el aprovechamiento de sus recursos económicos, sabiendo que el sector social con bajos ingresos es actualmente el más afectado por esta enfermedad. Además disminuye el riesgo de que los jóvenes de esa familia se inicien en el taba-

quismo. A nivel laboral mejora el rendimiento, disminuye el ausentismo por enfermedad y hay un descenso de la posibilidad de accidentes laborales e incendios.

La decisión de cada fumador de abandonar su adicción, tiene también un impacto social. No sólo se trata de un ejemplo de opción de vida saludable, sino que junto a las normas que prohíben fumar en lugares públicos, contribuye progresivamente a cambiar la imagen de "normalidad" con respecto a esta conducta que trasmite la industria tabacalera. Las estrategias de ésta se vehiculizan a través de la publicidad, con modelos y circunstancias que asocian el acto de fumar con placeres anhelados por la sociedad.

Por otro lado, la disminución del número de fumadores tiene otros impactos de no menor importancia, como la protección del medio ambiente forestal, la disminución de los gastos en los servicios de salud, la mejoría en la productividad de las empresas y la disminución de accidentes, en especial los incendios. Un triste ejemplo para el Uruguay fue la pérdida de parte del legado artístico de la obra del insigne pintor Joaquín Torres García en el incendio del Museo de Arte Moderno de Río de Janeiro en 1978 atribuido a una colilla de cigarrillo (ver fotografía 1).

**Fotografía 1.** Publicación en titulares del incendio del Museo de Río de Janeiro. Julio 1978.



**Dejar de fumar es beneficioso siempre para el paciente, la familia y la sociedad. La recuperación de riesgos depende del tiempo transcurrido desde la cesación:**

- **1 año** riesgo de enfermedad cardiovascular disminuye un 50%.
- **5 años** riesgo de cáncer de boca, esófago y vejiga disminuye 50%.
- **10 años** riesgo de cáncer broncopulmonar disminuye 50%.
- **15 años** riesgo de muerte se aproxima al de no fumadores.

El entorno familiar y laboral se beneficia de un ambiente libre de humo de tabaco. El impacto en la sociedad de un número creciente de ex fumadores, va contrarrestando la imagen de "normalidad" que la industria tabacalera pretende dar al tabaquismo.

PARA LA INDUSTRIA TABACALERA, UN MÉDICO FUMADOR  
REPRESENTA CIENTOS DE MILES DE DÓLARES AL AÑO.

---

SIMON CHAPMAN EDITORIAL B.M.J.  
1995;311:142-143



Rol del médico



## 8. ROL DEL MÉDICO: MÁS ALLÁ DEL JURAMENTO HIPOCRÁTICO.

El juramento hipocrático ha sido un compromiso de siglos bajo el cual los médicos declaran su lealtad hacia sus maestros, colegas, discípulos y pacientes (anexo1). Hace ya varios años que filósofos y eticistas reclaman un nuevo juramento donde la lealtad esencial sea hacia la sociedad global; una responsabilidad médica extendida a la sociedad en su conjunto, basada en el conocimiento y en el saber de los determinantes de los problemas médicos y sociales. El conocimiento en cualquier área de la ciencia exige nuevas lealtades y responsabilidades sociales; a decir de Karl Popper, de la misma manera que en otra época se afirmaba que “la nobleza obliga”, ahora debe regir el principio de “el conocimiento obliga”<sup>(36)</sup>.

No se debe soslayar que el médico al fumar está emitiendo un mensaje equivoco, que resta credibilidad al mensaje educativo y a las medidas de salud pública, con una influencia que aunque no cuantificada se presume importante para la persistencia del consumo en grandes sectores de la sociedad.

La promoción de salud es una de las funciones esenciales de la Medicina e involucra tres estrategias fundamentales: educación para la salud, movilización social para lograr espacios saludables y servicios de salud eficientes y abogacía o defensa pública de la salud para lograr políticas que creen condiciones sanitarias favorables. Estas tres estrategias de Promoción de la Salud tienen completa vigencia para estructurar un programa de control eficaz del tabaquismo<sup>(37)</sup>.

Se asume sin discusión la responsabilidad que el médico tiene hacia sus pacientes como consecuencia de su formación técnica, pero se debe insistir en las responsabilidades que el ejercicio de la promoción de salud impone al médico, atribuyéndole un conjunto de funciones:

- modélicas
- educativas
- terapéuticas
- sociales

### Función Modélica

La conducta del médico influye en las creencias y actitudes de la población. Todos los profesionales sanitarios, enfermeros, técnicos, odontólogos, psicólogos, asistentes sociales y en especial los médicos, constituyen un patrón de referencia para la sociedad respecto de todo aquello que contribuye a alcanzar una vida saludable. Sus actitudes trascienden el ámbito personal y profesional. Los médicos probablemente tienen mayor potencial que cualquier otro grupo en la sociedad para promover una reducción en el uso del tabaco.

La influencia que ejerce el médico sobre sus pacientes al aconsejar el abandono del tabaquismo está determinada en gran medida por su postura personal frente al tabaco y la coherencia entre su actitud personal y el consejo profesional que ofrece. La conducta coherente de los profesionales sanitarios es ser no fumadores. Actualmente ésta es una meta muy lejana a la realidad, ya que muchos médicos continúan fumando en la mayor parte del mundo, en especial en los países en vías de desarrollo (ver tabla 2)<sup>(1)</sup>.

En Uruguay la encuesta nacional sobre tabaquismo realizada en el SMU (2001)<sup>(38)</sup> a una población de 609 médicos, representativa del cuerpo médico uruguayo, mostró que el 27% de los médicos eran fumadores y un tercio de ellos manifestó que necesitaría ayuda para dejar de fumar. El 89% de los encuestados reconoció el tabaquismo como una adicción.

**Tabla 2.** Porcentaje de médicos fumadores por sexo.  
(datos de: *The Tobacco Atlas 2002 – OMS*) \*Datos de encuesta a Médicos costarricenses (39).

PAÍS	HOMBRES	MUJERES
AUSTRALIA	4	2
ISLANDIA	4	2
SUECIA	6	6
REINO UNIDO	8	6
CANADÁ*	<10	<10
COSTA RICA*	17	25
COLOMBIA	21	22
URUGUAY	27	28
DINAMARCA	29	20
ESPAÑA	37	32
CHILE	40	24
BOSNIA	55	50

El porcentaje de médicos fumadores por sí sólo no expresa la realidad completa, debería complementarse con la cifra de cuántos de ellos fuman en sus lugares de trabajo o en público. En el estudio de médicos de Costa Rica dos tercios de los fumadores admitían que fumaban en el lugar de trabajo donde pacientes y otras personas podían verlos.

En las comunidades donde los médicos lograron disminuir significativamente su propio consumo, se evidenció un importante cambio de actitud social y un descenso en la prevalencia del tabaquismo. Los profesionales sanitarios que continúan fumando deben adoptar conductas destinadas a disminuir el impacto que su actitud personal produce en sus pacientes y en la sociedad, esto es: no fumar en público ni tener a la vista objetos que lo ponen en evidencia (cajilla y encendedor), no aceptar regalos relacionados con el tabaco, no permitir fumar en los ambientes asistenciales, facilitar la difusión de información sobre los riesgos del tabaquismo y el beneficio de su tratamiento (40).

Al mismo tiempo se debe promover que los profesionales que fuman encuentren en su ámbito laboral el apoyo necesario para lograr la cesación.

La imagen de profesionales de la salud ha sido usada en décadas pasadas para promover el tabaco (ver fo-



**Fotografía 2.** La imagen del médico usada en publicidad de cigarrillos.

tografía 2); de hecho la mera presencia de un médico fumando continúa siendo un instrumento de promoción, bien conocido por la industria tabacalera, lo cual es inadmisibile.

### **Función Educadora.**

Es útil recordar que la palabra “doctor” proviene de la voz latina “docere” que significa enseñar, educar. La promoción de la salud implica no sólo informar, se debe educar para “empoderar”. Se entiende por empoderamiento el proceso por el cual los individuos y la población colectivamente, se apoderan de conocimientos y destrezas que los habilitan para tomar decisiones informadas.

El equipo de salud como agente educador tiene un elevado impacto en la comunidad. Debe promover la difusión de información a partir del consultorio, apoyar las campañas educativas curriculares y participar en campañas masivas de educación para la salud.

El personal de la salud, desde los profesionales y técnicos, hasta personal administrativo y de servicios auxiliares, debería estar instruido y motivado para promover hábitos saludables, en particular en educar para no fumar y colaborar en mantener los espacios sanitarios libre de humo de tabaco, tanto en áreas asistenciales como administrativas.

Especial importancia tiene la función educadora de los profesionales hacia los estudiantes del área de la salud. La introducción del tabaquismo en la currícula de las carreras sanitarias es todavía escasa cuali y cuantitativamente.

El consejo médico para dejar de fumar es una herramienta educativa de alto impacto cuando se aplica en forma sistemática, a todos los pacientes, en todos los niveles de asistencia especialmente en atención primaria.

### **Función Terapéutica.**

El tratamiento del tabaquismo se debe abordar como el de cualquier enfermedad diagnosticada por el mé-

dico. No tratarlo es inaceptable desde cualquier punto de vista.

A los médicos les resulta dificultoso intervenir en esta enfermedad, ya sea por falta de formación en las estrategias a utilizar, carencia de tiempo en la consulta, falta de confianza en su capacidad para hacerlo o por creer que este tratamiento no es su responsabilidad o no es eficaz.

Según la encuesta nacional sobre tabaquismo realizada en el SMU <sup>(38)</sup>:

- 82% de los médicos considera que tienen responsabilidad social sobre el tabaquismo de la población.
- 89% reconoció al tabaquismo como una adicción.
- 87% manifiesta no haber recibido instrucción adecuada en la Facultad de Medicina para el manejo del tabaquismo.

Esto demuestra que si bien los médicos uruguayos reconocen la responsabilidad que les compete en este problema, la intervención efectiva a nivel asistencial en la población fumadora aún es insuficiente. Sin embargo actualmente existen cursos de Capacitación en Cesación de Tabaquismo, dirigidos a integrantes del Equipo de salud, que brinda el Fondo Nacional de Recursos y la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, que han permitido la puesta en marcha de una red de Policlínicas de Tratamiento de Cesación de Tabaquismo a nivel público y privado. El nivel de interés a nivel de los equipos de salud ha aumentado en forma auspiciosa. La relación costo-efectividad del tratamiento del tabaquismo, a pesar de los costos de la terapia farmacológica, está sólidamente demostrada.

Un solo profesional aplicando sistemáticamente la intervención mínima logra un impacto mensurable, de 6 a 10 % de cesación al año, con la generalización a todos los profesionales y al resto del equipo de salud el resultado se multiplicaría en forma exponencial. Por otra parte la intervención mínima sistemática, que tiene un costo mínimo, ha demostrado ser más costo-efectivo que otros tratamientos que no se duda en prescribir como el de la hipertensión arterial o la hipercolesterolemia <sup>(41,42)</sup>.

El obstetra al momento del diagnóstico de embarazo debe realizar la primera intervención sobre la madre, sabiendo que no sólo está previniendo complicaciones del embarazo y del recién nacido, sino que además está disminuyendo el riesgo de que ese niño sea un futuro fumador. Luego el pediatra cuidando a su paciente, eventual fumador pasivo, o activo si ya es un adolescente, debe intervenir con su consejo sobre el niño y la familia. El médico de atención primaria por ser el más cercano a la comunidad tiene un rol fundamental en el abordaje de los fumadores, sin restar impacto a la intervención de los especialistas aunque su área de trabajo aparentemente no se relacione con el tabaquismo.

Un ámbito especial y de alto impacto es el tratamiento de pacientes fumadores hospitalizados. Está demostrada la mayor motivación para el abandono del tabaquismo durante el curso de una enfermedad, especialmente si está relacionada con el tabaco. Además es una parte fundamental de la política de hospitales libres de humo.

La intervención terapéutica es efectiva antes y durante la hospitalización. Un estudio randomizado de tratamiento del tabaquismo con consejo y reemplazo nicotínico entre 6 y 8 semanas antes de la cirugía coronaria mostró casi 90% de cesación o reducción del tabaquismo antes de la cirugía, comparado con menos de 10% en el grupo control<sup>(43)</sup>. Una revisión de 2001 de Cochrane encontró que el tratamiento comportamental intensivo en pacientes hospitalizados, con un seguimiento de 1 mes, se asoció a un alto nivel de cesación<sup>(44)</sup>.

## Función Social.

El impacto en la salud pública por sí sólo justifica la existencia de políticas de control del tabaco; sin embargo existen otras facetas de la epidemia de tabaquismo que son socialmente relevantes<sup>(45,46)</sup>:

- Los pobres y las personas con menor nivel de educación, son afectadas en mayor proporción.
- En los sectores más carenciados el uso de tabaco es causa de malnutrición, debido a la desviación del di-

nero para la compra de tabaco en lugar de alimentos.

- El cultivo de tabaco tiene devastadoras consecuencias para la salud de los trabajadores, por ejemplo enfermedad del tabaco verde e intoxicación por plaguicidas.
- El cultivo y secado de la hoja de tabaco contribuyen a la deforestación mundial.
- Según estimaciones conservadoras del Banco Mundial, la pérdida neta que causa el tabaco a la economía mundial se aproxima a los US\$ 200.000 millones al año.

El tabaquismo entonces no sólo es el principal problema de Salud Pública, sino que genera además un elevado costo social y económico. El médico en forma individual y colectiva, desde las asociaciones y agremiaciones profesionales, debe ser agente de sensibilización acerca de este tema, en particular hacia los dirigentes políticos, legisladores y formadores de opinión, para lograr un efectivo cambio legal y social.

La problemática general del tabaquismo se ve empeorada por las acciones de la industria tabacalera, claramente descritas por la anterior directora general de la OMS Dra. Gro Harlem Brundtland<sup>(47)</sup>: “el vector de la epidemia está presente, y en la mayoría de los casos, medrando. La industria tabacalera continúa actuando y reaccionando, exclusivamente para proteger sus intereses, sus ganancias, y sus mercados. Una sofisticada propaganda promociona y logra seducir y atrapar a los jóvenes. Con científicos corruptos y propaganda inundan los ámbitos de la información. Las compañías tabacaleras cortejan a la sociedad aparentando ser buenas corporaciones preocupadas por el bien social...” la Asamblea Mundial de la Salud... instó a estar alerta y nunca bajar la guardia. También alertó a los Estados Miembros acerca de la interferencia de la industria del tabaco en la salud pública, para evitar que se siga repitiendo la historia del engaño.”

Ante este grave problema social, se plantean distintas estrategias de control, que también deben ser impulsadas por los profesionales sanitarios.

En 2003 líderes de 18 reconocidas instituciones médicas del Reino Unido reclamaron al gobierno la prohibición de fumar en lugares públicos. En inmediata respuesta el editorial de la prestigiosa publicación científica "The Lancet" aplaudió esta iniciativa e incluso profundizó su compromiso pronunciándose a favor de la prohibición del tabaco, argumentando que el número creciente de muertes que causa el tabaquismo sólo queda acallado por la aceptabilidad social de este consumo <sup>(48)</sup>.

Entre las primeras reacciones, los opositores al control del tabaquismo manifestaron que "los fumadores no son víctimas ni deberían ser tratados como criminales, la gente elige fumar así como consumir alcohol, ciertas comidas o participar en deportes extremos. ¿Vamos a prohibir todo lo potencialmente peligroso?"

Es una realidad que el tabaco, además de ser una sustancia de uso legal, ha sido socialmente aceptado por más de un siglo. Desafortunadamente su uso se extendió por todo el mundo antes de que se comprendiera lo peligroso que es su consumo. No es posible volver el reloj atrás. Si bien, ante la magnitud del daño que causa, la respuesta más lógica sería su prohibición, dada la situación actual no es una medida viable. La aceptación social de este consumo hace que ante la prohibición total, el público reaccione negativamente, estimulado además por la industria tabacalera en forma intencional. Un camino para revertir esta aceptabilidad es prohibir el consumo en lugares públicos.

En un enfoque asistencial la prevención primaria es la mejor medida de control de cualquier enfermedad. La real prevención primaria del tabaquismo, efectiva para frenar esta epidemia, es evitar el inicio de la adicción. Esto requiere la convicción y el apoyo activo de todas las fuerzas sociales. El consumo de tabaco suele comenzar en la pre-adolescencia y adolescencia. Actualmente se percibe una tendencia al aumento del consumo en estas edades y un descenso en la edad de inicio, particularmente en el sexo femenino.

En el año 2001 la Junta Nacional de Drogas de Uruguay en forma conjunta con los Centros de Control

de Enfermedades de Atlanta realizó la encuesta global de consumo de tabaco en jóvenes (GYTS: Global Youth Tobacco Survey), en estudiantes de Ciclo Básico (13 a 15 años) de los Departamentos de Colonia, Maldonado, Montevideo y Rivera <sup>(9)</sup>. Sus resultados evidenciaron que:

- Uno de cada cinco estudiantes fumaba, con una tendencia a la feminización del consumo.
- Más de la mitad de los jóvenes fumadores habían tratado de dejar de fumar sin éxito, lo cual presuponía que la dependencia a la nicotina jugaba, ya en ellos, un rol importante.
- El dato más preocupante correspondió a Montevideo, donde además de haber un mayor grupo de fumadores fue más alto el porcentaje de fumadores potenciales, jóvenes susceptibles de ser fumadores en el futuro.

De acuerdo a esta encuesta dicha generación de estudiantes de ciclo básico sería una generación de fumadores si no se realizaban cambios en las estrategias para prevenir el consumo y se trataba a los consumidores.

**Los profesionales de la salud y especialmente los médicos, tienen un rol modélico, educador, terapéutico y social para controlar y erradicar la epidemia de tabaquismo en nuestra sociedad. Disminuir la prevalencia del tabaquismo en el cuerpo médico tiene un alto impacto social. Revertir la aceptabilidad social es un paso prioritario en las estrategias de control del tabaco.**

Un estudio mostró que niños entre 3 y 6 años de edad, reconocieron con igual frecuencia la figura de  
**JOE CAMEL Y LA DE MICKEY MOUSE.**

---



**Nicotina:  
esclavitud manipulada**

## 9. NICOTINA: ESCLAVITUD MANIPULADA.

El cigarrillo es un dispositivo creado para liberar nicotina de tal forma, que ésta llegue lo más rápida y efectivamente posible al sistema nervioso central.

El Director General de Salud de EE.UU. en su Informe del año 1988 <sup>(50)</sup> y la Asociación Americana de Psiquiatría reconocen que la nicotina es una droga adictiva <sup>(51)</sup>. Su grado de adictividad es comparable al de la cocaína o la heroína.

La adicción a la nicotina cumple con los criterios específicos aceptados para el diagnóstico de dependencia o adicción a las drogas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM-IV) <sup>(51)</sup>. La característica esencial de la adicción a sustancias consiste en que el individuo continúa consumiendo la misma, a pesar de reconocer los problemas que ella causa.

Existe un patrón de autoadministración repetida que lleva a: aparición de tolerancia farmacológica, síndrome de abstinencia ante la supresión del consumo y uso compulsivo de la sustancia.

**Tolerancia farmacológica**, se evidencia en la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la droga para alcanzar el efecto deseado o una disminución de sus efectos con el uso continuado a las mismas dosis. La tolerancia a la nicotina se manifiesta por la rápida desaparición de los síntomas característicos del inicio del consumo (náuseas, mareos) y también la necesidad de cantidades crecientes de cigarrillos para conseguir el efecto deseado.

**Síndrome de abstinencia** es la aparición de síntomas cuando la concentración de nicotina en la sangre y los

tejidos disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de tabaco.

La necesidad irresistible de fumar o “craving”, es un síntoma importante de abstinencia nicotínica y explica en gran parte las dificultades para dejar de fumar. El síndrome de abstinencia incluye cuatro o más de los siguientes síntomas:

- “craving” o deseo irresistible de fumar
- estado de ánimo disfórico o depresivo
- insomnio
- irritabilidad, frustración o ira
- ansiedad
- dificultad de concentración
- inquietud o impaciencia
- disminución de la frecuencia cardíaca
- aumento del apetito o deseo de dulces que puede llevar a aumento de peso.

El síndrome de abstinencia provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro laboral, social y/o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Los síntomas pueden comenzar a las pocas horas de dejar de fumar y el punto máximo se presenta entre el 1er. y 4º día. La duración promedio es de 3 a 4 semanas, aunque pueden aparecer episodios de craving hasta 6 meses después de iniciada la abstinencia.

El componente psicológico de la adicción a la nicotínica es muy intenso, está constituido por un conjunto de condicionamientos y automatismos que se establecen gradualmente en la vida del fumador. Se manifiesta por ejemplo como un fuerte deseo de fumar ante situaciones que están asociadas al cigarrillo: tomar café o alcohol, sobremesa, emociones intensas, sobrecarga laboral,

descanso, lectura. La magnitud de la dependencia psicológica se evidencia por la persistencia del deseo de fumar aún superada la dependencia física, incluso años después de la cesación.

El alto índice de recaída durante el primer año se debe en los primeros meses sobre todo a la dependencia física y luego a la intensa dependencia psicológica.

**Uso compulsivo.** Para hacer diagnóstico de adicción es necesario que exista un patrón de uso compulsivo de la sustancia. El desarrollo de tolerancia farmacológica y el síndrome de abstinencia son condiciones necesarias pero no suficientes para diagnosticar la adicción a una sustancia. Los siguientes aspectos definen el comportamiento compulsivo del fumador:

- Continúa fumando a pesar de padecer enfermedades tabacodependientes o de tener conciencia del daño.
- Consume la sustancia en cantidades mayores o durante un período de tiempo más prolongado de lo originalmente pretendido.
- Aunque tiene un deseo persistente de controlar o abandonar el consumo, no logra mantenerse sin fumar. Puede tener un historial previo de numerosos intentos infructuosos de cesación.
- Evita asistir a actividades sociales, laborales o recreativas cuando se dan en lugares donde está prohibido fumar.

La adicción a la nicotina se desarrolla con el consumo de cualquier modalidad de tabaco, cigarrillos, tabaco de mascar, tabaco en polvo, pipa o puros. La capacidad relativa de estos productos para provocar dependencia o inducir la aparición del síndrome de abstinencia está en función de la rapidez de absorción de la droga, que

varía según su presentación y el contenido de nicotina del producto.

Los síntomas de abstinencia son más intensos entre los sujetos que consumen cigarrillos que entre los que consumen otros productos. Esta elevada adictividad se debe a la mayor velocidad de absorción y llegada al encéfalo de la nicotina de los cigarrillos, consecuencia del diseño y los aditivos que agrega la industria tabacalera para lograr ese objetivo. Los efectos neuro-químicos de la nicotina se inician aproximadamente en 10 segundos luego de una "pitada"<sup>(52)</sup>.

Aunque más del 70% de los sujetos que fuman manifiestan deseos de dejar de fumar y el 35% lo intenta cada año, menos del 3% de los que lo consiguen sin ayuda permanece sin fumar al año.

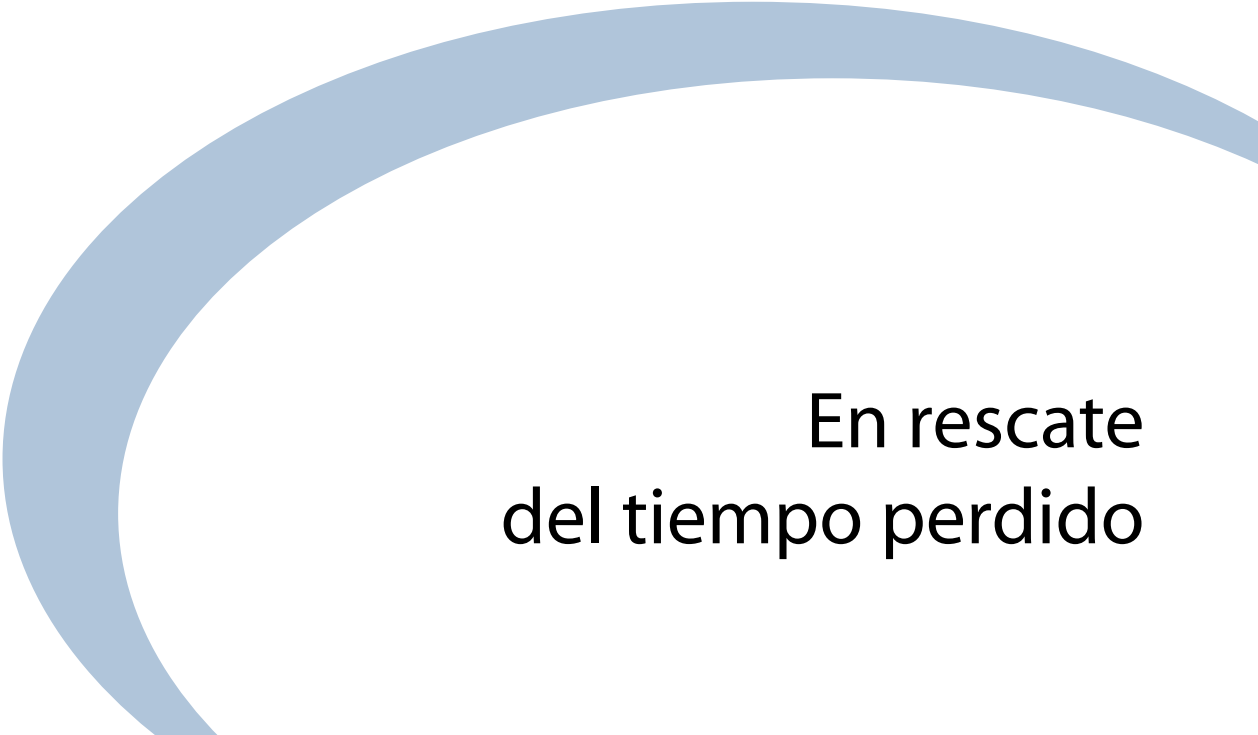
**La nicotina es una droga altamente adictiva. El síndrome de abstinencia nicotínico se presenta en las primeras horas de cesación y dura 3 a 4 semanas en promedio. El alto índice de recaída durante el primer año se debe en los primeros meses sobre todo a la dependencia física y luego a la intensa dependencia psicológica. El grado de adictividad depende de la velocidad de llegada de la nicotina al encéfalo. El cigarrillo es el dispositivo que genera mayor adicción.**



EL TRATAMIENTO DEL FUMADOR ES UN COMPONENTE  
ESENCIAL DE LOS PROGRAMAS DE CONTROL DEL TABACO.

---

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



En rescate  
del tiempo perdido

# 10. EN RESCATE DEL TIEMPO PERDIDO.

La actitud del médico debe ser siempre de comprensión hacia el paciente que sufre una adicción difícil de superar, pero debe aconsejar firmemente su abandono argumentando las repercusiones sobre su salud y la de su familia.

En cada paciente fumador se debe establecer la etapa evolutiva y el grado de adicción, lo que permitirá realizar una intervención terapéutica individualizada.

## 10.1. Oportunidades perdidas

Cada vez que se encuentra un paciente fumador a quien nadie le indicó formalmente dejar de fumar, se debe considerar que cada uno de sus contactos con el sistema de salud fueron oportunidades de intervención perdidas.

Una adecuada autocrítica probablemente ponga de manifiesto que la práctica habitual está más cargada de oportunidades perdidas que de intervenciones oportunas.

Para implementar una intervención adecuada se debe realizar inicialmente diagnóstico de Tabaquismo. Dada la alta prevalencia de esta enfermedad es imprescindible interrogar a todos los pacientes que concurren a la consulta si fuman o no y registrarlo en la historia clínica, independientemente del motivo de consulta y la edad. Se debe preguntar la intensidad del consumo, que puede objetivarse con el indicador paquetes/año (nº de cigarrillos diarios/20 x años de consumo), la edad de comienzo y la existencia de intentos previos de cesación.

Aquellas situaciones de consulta por complicaciones de enfermedades tabacodependientes y que sensibili-

zan al paciente para lograr mayor motivación para dejar de fumar, constituyen oportunidades especiales de intervención. El consejo de abandono del tabaquismo debe ser individualizado de acuerdo a las circunstancias de cada fumador. El cuadro 3 muestra una lista de situaciones que deben alertar al médico para realizar una intervención en sus pacientes fumadores.

La magnitud del consumo se puede cuantificar a través de marcadores biológicos. Los disponibles en Uruguay son dosificación de cotinina en orina y de monóxido de

### Situaciones que NO se pueden dejar pasar sin un consejo de abandono del Tabaquismo

- Uso de anticonceptivos orales
- Intención de concepción
- Antecedente de aborto espontáneo
- Embarazo y lactancia
- Niños en el hogar
- Enfermedad respiratoria de otro integrante de la familia
- Otro factor de riesgo vascular: diabetes, hipertensión arterial, dislipemia, obesidad.
- Enfermedad respiratoria aguda o crónica
- Antecedente de evento trombótico
- Arritmia
- Enfermedades digestivas (gastritis, ulcus, colon irritable)
- Toda enfermedad tabacodependiente, en particular en episodios de descompensación
- Ambiente laboral con otros contaminantes: humo, asbesto, solventes orgánicos.

**Cuadro 3.** Situaciones especiales para individualizar el consejo de abandono del tabaquismo

carbono en aire espirado (Coximetría). En general estos exámenes se manejan en el ámbito de las Unidades Especializadas en Tabaquismo.

Existe una relación directa entre el número de cigarrillos consumidos y el nivel de CO en el aire espirado. Esta medida además depende de la frecuencia y profundidad de las inhalaciones y tiempo transcurrido desde el consumo del último cigarrillo. Esto explica que se haya demostrado relación con la magnitud del daño causado por el consumo y también que pueda ser usado como marcador de abstinencia.

## 10.2. Etapa evolutiva.

Diagnosticar la etapa en que se encuentra el fumador es importante para realizar una intervención eficaz. El modelo de Etapas del Cambio de J. Prochaska y C. DiClemente<sup>(53)</sup> es aplicable a todo cambio conductual, y como tal al proceso de dejar de fumar.

Para el terapeuta es importante conocer en qué etapa se encuentra el paciente, así como datos de sus patologías, vida personal, familiar y laboral para poder brindar la ayuda apropiada. El objetivo inicial del equipo de salud es ayudar a los fumadores a avanzar en la etapa evolutiva, con el objetivo final de la cesación completa.

**Precontemplación:** el fumador no tiene intención de cambiar en los próximos 6 meses. Valora los elementos positivos que considera que le brinda fumar y minimiza los posibles efectos negativos. El objetivo de la intervención en esta etapa es lograr motivar al paciente para que se cuestione su conducta y empiece a pensar en la necesidad y la posibilidad de dejar de fumar. Es útil aumentar la información sobre los riesgos para su salud y la de su familia, los beneficios del cese y los

procedimientos terapéuticos efectivos. Es más eficaz el consejo individualizado o adaptado a la situación concreta del paciente.

**Contemplación:** es el patrón más habitual, el fumador manifiesta que desean dejar de fumar y valoran la posibilidad de abandonar su adicción en los próximos 6 meses. Comienza a considerar los daños que le puede provocar el tabaco así como a su familia, "contempla" la posibilidad de dejar de fumar. En esta etapa se deberá aumentar la motivación evitando la cronificación de este estado pasivo. El objetivo de la intervención es lograr cambiar el "pensar" por "actuar" transmitiendo optimismo en cuanto a la posibilidad de éxito. Se deben aportar estrategias específicas que promuevan hábitos saludables, adaptadas a su realidad personal, familiar y laboral.

**Preparación:** el paciente intentará un cambio en el próximo mes, toma algunas medidas de control de su adicción. En esta situación están la mayoría de las personas que solicitan ayuda, y se les puede brindar herramientas para fomentar las acciones en pro del cese. Es el momento de fijar una fecha para la cesación. Es posible que se deba iniciar algún tratamiento farmacológico para disminuir el síndrome de abstinencia nicotínico.

**Acción:** el fumador pone en marcha un plan serio de cese con o sin apoyo profesional y en este período logra dejar de fumar. Es importante el apoyo psicológico y farmacológico que pueda brindar el médico, siempre que el paciente desee ayuda. Es conveniente un seguimiento cercano, fijando citas exclusivas para abordar la evolución de su situación con el tabaquismo. Esta etapa se prolonga durante los primeros 6 meses de abstinencia, se requieren estrategias específicas para mantenerla y prevenir la recaída.

**Mantenimiento:** luego del primer semestre de cesación el riesgo de recaída comienza a disminuir. Luego de un año sin fumar se considera a la persona como ex- fumadora.. Es de fundamental importancia un adecuado apoyo para mantener la motivación y brindar estrategias para mantenerse sin fumar. La dependencia psicológica continúa vigente por un tiempo prolongado, todas las actividades asociadas a la conducta de fumar son situaciones de riesgo de recaída. El paciente debe conocer y evitar o prever los disparadores o desencadenantes.

**Recaída:** es la vuelta al consumo diario de cigarrillos. Se diferencia de la "caída" en la que el paciente fuma ocasionalmente, cada caída es un momento de elevado riesgo de recaída. Esta es una etapa más del proceso de cambio. No es un fracaso ni un retroceso en el tratamiento, debe ser utilizada como fuente de aprendizaje necesario para aumentar la probabilidad de lograr una

cesación definitiva. El 75% de los fumadores que logran superar la adicción debieron pasar un promedio de 3 o 4 recaídas. Luego de la etapa de mantenimiento que algunos autores consideran de 5 años de duración, el paciente está en una situación más estable, si bien el tabaquismo es una enfermedad crónica en la que siempre se mantendrá el riesgo de recaída.

### 10.3. Grado de adicción

Se evalúa por medio de cuestionarios destinados a precisar el grado de dependencia física a la nicotina. La importancia de esta etapa diagnóstica radica en que permite definir diferentes estrategias terapéuticas y orientar en quienes será imprescindible el uso de sustitutos nicotínicos u otro tratamiento específico para el síndrome de abstinencia. El más usado es el test de Fagerström <sup>(54)</sup>.

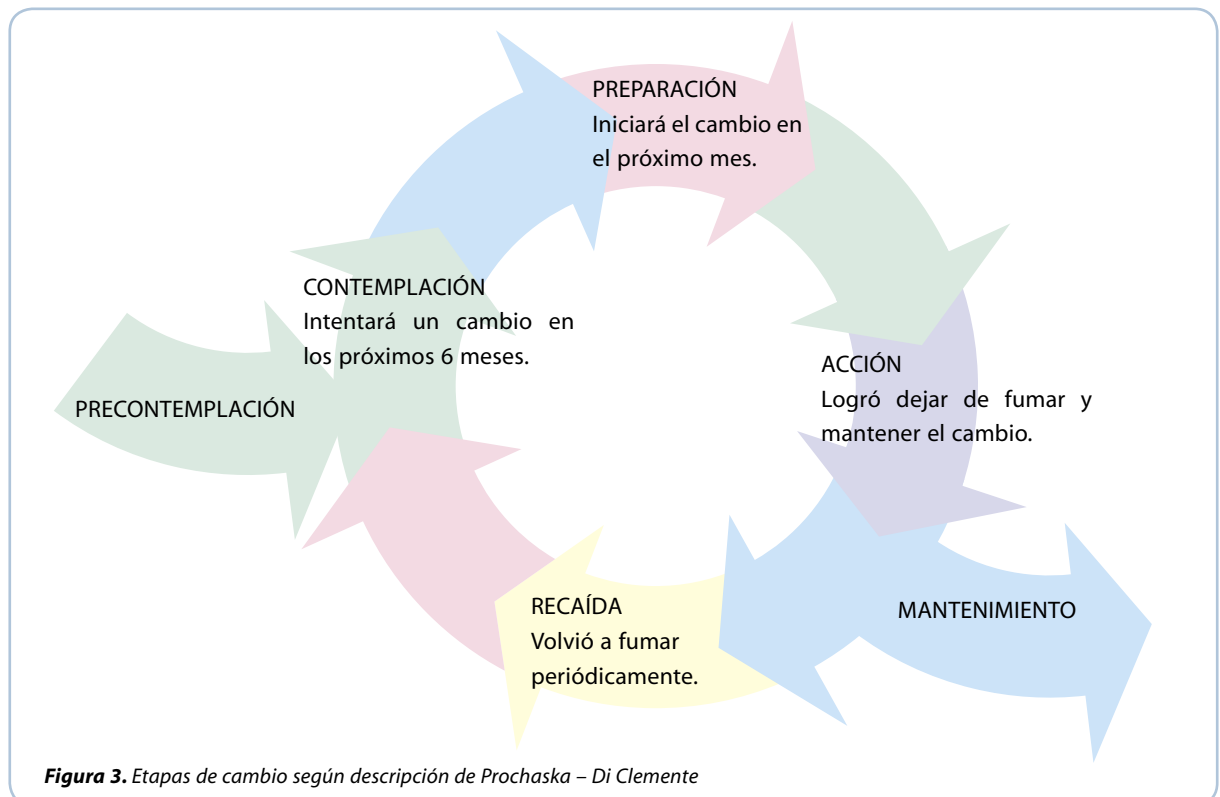


Figura 3. Etapas de cambio según descripción de Prochaska – Di Clemente

## TEST DE FAGERSTRÖM MODIFICADO\*

1- ¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día?	> 30	3
	21 a 30	2
	11 a 20	1
2- ¿Fuma más en las primeras horas tras levantarse que en el resto del día?	SI	1
	NO	0
3- ¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?	< 5 minutos	3
	6 a 30 min.	2
	31 a 60 min.	1
	> 60 min.	0
4- ¿Qué cigarrillo le es más difícil omitir?	El primero	1
	Otro	0
5- ¿Le es difícil no fumar donde está prohibido?	SI	1
	NO	0
6- ¿Fuma si está tan enfermo que ha estado en cama la mayor parte del día?	SI	1
	NO	0

\*Fuentes: Solano Sansores <sup>(32)</sup>

INTERPRETACIÓN DEL PUNTAJE (sumatoria)

0 - 3 DEPENDENCIA LEVE  
4 - 6 DEPENDENCIA MODERADA  
7 - 10 DEPENDENCIA FUERTE

En la práctica diaria se puede realizar una aproximación diagnóstica basada en esta escala con las siguientes preguntas:

- ¿fuma más de 20 cigarrillos / día?
- ¿fuma el 1er cigarrillo en los primeros de 5 minutos después de despertarse?
- ¿el primer cigarrillo es el más difícil de evitar?

La respuesta positiva a estas preguntas permite realizar diagnóstico de dependencia fuerte. Esto significa que probablemente al dejar de fumar aparezcan síntomas de abstinencia y los tratamientos farmacológicos serán beneficiosos para su control.

EL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO  
ES DEMOSTRADAMENTE COSTO - EFECTIVO...

---

Se debe  
intervenir siempre



# 11. SE DEBE INTERVENIR SIEMPRE.

Cada contacto del fumador con el sistema de salud es una oportunidad de intervención, los pacientes deben recibir un mensaje unánime del sistema:

**Es beneficioso dejar de fumar por su salud y la de su familia.**

Desde el punto de vista de la asistencia ambulatoria, el tratamiento del tabaquismo se puede abordar de 2 formas: *tratamiento mínimo o tratamiento integral*. En realidad éstos son los 2 extremos de un espectro de posibles intervenciones. Sin embargo todas las referencias con relación al beneficio de la intervención mínima se refieren estrictamente a ésta.

Estos niveles de intervención se complementan con la Intervención Especializada, en que la asistencia multidisciplinaria es impartida por un equipo multidisciplinario en un ámbito especialmente destinado al tratamiento del tabaquismo. Otro nivel poco desarrollado de intervención y de suma importancia es el abordaje durante la internación, oportunidad en la que se debería impartir un tratamiento lo más integral posible y lograr un efectivo seguimiento luego del alta hospitalaria.

La eficacia de los tratamientos de cesación del tabaquismo se debe evaluar al año de realizada la intervención, dada la alta tasa de recaída existente en ese lapso. Sin intervención del equipo sanitario menos del 3% de los



Figura 4. Esquema de algoritmo diagnóstico y terapéutico del Tabaquismo.

fumadores logran dejar de fumar cada año. Estudios internacionales demuestran que evaluando todos los métodos aceptados de cesación del tabaquismo, promedialmente se mantienen sin fumar al año el 10 a 15%, aunque actualmente debido a la existencia de tratamientos farmacológicos efectivos estos índices han mejorado. Los tratamientos conductuales intensivos y con tratamiento farmacológico logran porcentajes de abstinencia al año en el entorno de 30% <sup>(42,55)</sup>.

### 11.1. Tratamiento mínimo sistemático.

En todos los pacientes fumadores y en cada consulta se debería realizar por lo menos una intervención mínima. Su finalidad es aumentar la motivación y lograr un avance en la etapa de cambio del fumador.

Está demostrado en estudios internacionales que la intervención mínima sistemática logra un índice de cesación de 6 – 10% al año, es decir duplica o triplica las posibilidades de cada paciente de dejar de fumar <sup>(42)</sup>.

El pilar de esta intervención lo constituye la aplicación de “los ASES de la intervención” sugeridos por la Asociación Americana del Cáncer <sup>(56)</sup>.

ASK	PREGUNTE
ASSES	EVALÚE
ADVICE	ACONSEJE
ASSIST	TRATE
ARRANGE	REALICE SEGUIMIENTO

**Pregunte:** identifique a los fumadores y registre la información en al historia clínica. A los nuevos pacientes pregunte siempre si fuman o no. A todos los pacientes fumadores interróguelos periódicamente sobre la intensidad de consumo y etapa de cambio. En adolescentes y jóvenes no fumadores reinterrogue periódicamente sobre el consumo de tabaco, por la posibilidad de que se encuentren experimentando o iniciándose en el mismo. Siempre estimule las conductas saludables. Si el paciente es ex fumador (más de 1 año sin fumar) se lo debe felicitar por el éxito y prevenir las

recaídas. Si el paciente es NO fumador, sobre todo en adolescentes, apoyar la conducta adoptada. En todos los pacientes hay que interrogar la posibilidad de tabaquismo pasivo.

**Evalúe.** El grado de evaluación dependerá de la magnitud de la intervención que se desea o se puede realizar. Es importante evaluar la motivación del paciente para realizar un intento de cesación actual y si desea recibir ayuda o no. Si está dispuesto a recibir ayuda se evaluará el grado de adicción en vistas a una terapia farmacológica y la posibilidad de contraindicaciones de los fármacos específicos.

**Aconseje:** A todo paciente fumador anímelo a dejar de fumar. El consejo individualizado logra mayor impacto. Si hay niños en la casa, infórmele sobre tabaquismo pasivo. Si trabaja en un ambiente con tóxicos, recuerde la sumatoria de daños con otros contaminantes ambientales. Si está cursando un embarazo o una enfermedad respiratoria es el momento de insistir en los riesgos de continuar fumando y los beneficios inmediatos de la cesación, y así en cada situación busque qué argumentos pueden movilizar a su paciente. A aquellos que quieren hacer un intento de abandono, sugiérales estrategias para iniciar el control de su adicción y estimule la elección de una fecha de cesación. Informe sobre la efectividad de las herramientas terapéuticas actualmente disponibles.

**Trate:** Preste la ayuda y el soporte necesario, evalúe la necesidad de indicar tratamiento farmacológico para sobrellevar el síndrome de abstinencia. Al inicio el control frecuente es de gran ayuda para que el paciente se mantenga sin fumar y es imprescindible en caso de instaurar tratamiento farmacológico.

**Realice seguimiento.** El seguimiento periódico brindando estrategias para anticipar y afrontar las situaciones de riesgo de recaída es fundamental para una cesación definitiva. De los pacientes que logran dejar de fumar aproximadamente el 80% recae en el primer año. De este grupo un tercio intentará nuevamente la



cesación en el año siguiente. El médico debe estar atento a este grupo de pacientes para apoyar la decisión de retomar la cesación.

Se denomina intervención mínima a la aplicación de los 3 pasos remarcados (interrogue, aconseje y realice seguimiento), y se considera que se puede realizar en la consulta en forma breve, no requiriendo más de 3 a 5 minutos. Cualquier grado de evaluación y terapia farmacológica aumenta los índices de efectividad de la intervención. Si esta intervención fuera realizada en todos los consultorios, cualquiera fuera la especialidad, el impacto poblacional mundial de descenso en la prevalencia de fumadores sería muy importante.

## 11.2. Tratamiento integral

El tratamiento de esta adicción requiere un abordaje integral, basado en el cambio conductual y apoyado en el tratamiento farmacológico. La terapia farmacológica del tabaquismo ha demostrado ser beneficiosa y en los últimos años aumentaron las probabilidades de éxito con el advenimiento de nuevos fármacos y la posibilidad de utilizarlos en forma asociada.

### Tratamiento conductual

Se han descrito tres tipos de estrategias de asesoramiento y tratamiento conductual que son particularmente eficaces y que deberían utilizarse en los pacientes que quieren dejar de fumar <sup>(42,57)</sup>.

**Consejos prácticos:** que ayuden a la búsqueda de motivos para dejar de fumar, a la identificación de las situaciones asociadas con el cigarrillo, a encontrar estrategias para afrontar problemas y adquirir capacidades que le permitan sustituir el cigarrillo por otro objeto o actividad que proporcione similar valor agregado, por ejemplo:

- Hacer un listado de beneficios y desventajas que ofrece continuar fumando
- Registro de cigarrillos: anotar en una planilla los

cigarrillos que fuma, la hora y el motivo por lo cual lo hace.

- Ensayos de cesación
- Realizar ejercicio
- Adoptar conductas alternativas (ingerir abundante líquido, masticar chicles, mantener las manos ocupadas, técnicas de relajación, etc)

**Apoyo intra-terapéutico.** Implica una actitud de comprensión y apoyo por parte del profesional, aún ante los contratiempos.

**Apoyo social extra-terapéutico.** Es fundamental que el paciente sea orientado para el manejo de las diversas situaciones sociales que se le pueden presentar y la búsqueda de apoyo de algún integrante del grupo familiar, de amigos y del ambiente laboral, de forma que en situaciones cotidianas de riesgo pueda acudir a alguien que lo ayude en su tratamiento.

### Tratamiento farmacológico

Las Guías Clínicas para el Tratamiento del consumo y dependencia del tabaco <sup>(58)</sup> establecen que los tratamientos con fármacos son efectivos y deberían usarse, salvo contraindicaciones, en todos los pacientes que intentan dejar de fumar, ya que las terapias farmacológicas específicas permiten duplicar o triplicar las posibilidades de abandono del tabaquismo. La terapia farmacológica prolongada reduce el riesgo de recaída.

Los tratamientos farmacológicos están dirigidos a tratar el síndrome de abstinencia nicotínica. Tienen indicación en pacientes que se encuentran en etapa de acción. Una vez iniciado el cambio conductual, si aparecen o se presume surgirán síntomas de abstinencia, o si el test de Fagerstöm evidencia dependencia moderada o severa, o cuando ya hubo intentos de cesación previos con recaídas, se realizará tratamiento con fármacos.

Estas terapéuticas han demostrado ser costo-efectivas. Si bien el costo constituye una dificultad para los servicios sanitarios, se debe tener en cuenta que el trata-

miento de la dependencia nicotínica se realiza durante períodos limitados. Actualmente en nuestro país, un número importante de servicios de salud los han incorporado a través de convenios con el Fondo Nacional de Recursos, logrando una cobertura más amplia de la población.

La terapia con fármacos siempre se debe asociar al apoyo psicológico, a fin de lograr el cambio conductual fundamental para el éxito del tratamiento de cesación.

**Tratamiento específico:** Los fármacos de acción específica de 1ª línea incluyen: terapias de reemplazo nicotínico (TRN), bupropión (BPN) y varenicline (VNC), una droga recientemente aprobada para su comercialización en Uruguay.

La farmacoterapia no está indicada en:

- pacientes con contraindicaciones médicas,
- fumadores de menos de 10 cigarrillos por día, salvo que tengan un alto grado de dependencia, y
- embarazo o lactancia, aunque actualmente algunos fármacos se aceptan en situaciones individualizadas de alto riesgo.

La indicación en los adolescentes es discutida y no hay consenso al respecto. Si bien los fármacos no están formalmente indicados aún, cada vez más evidencia demuestra que los adolescentes presentan elementos de adicción similares a los adultos, ya existen algunos estudios que consideran que se pueden utilizar tanto TRN como bupropion en esta población.

**Terapias de Reemplazo Nicotínico (TRN)** Son preparados farmacéuticos de nicotina que disminuyen la necesidad física de la droga al mantener un cierto nivel de la misma en sangre. Las formas de presentación son: chicles, parches, gotas, comprimidos, inhaladores y spray nasal. En Uruguay se dispone de parches de 24 horas de duración y chicles (resinado de nicotina).

Desde la década del 80 múltiples trabajos clínicos han demostrado la utilidad de los distintos tipos de administración de nicotina, para inducir y mantener la cesa-

ción del tabaquismo. La OMS reconoce que las TRN son inocuas y eficaces.

La nicotina liberada por estas formas de terapia no se acompaña de otros productos tóxicos y carcinógenos como ocurre en el humo de tabaco. La misma se absorbe a través de la mucosa bucal, nasal o la piel, pero los niveles de nicotina sanguíneos que se obtienen son un tercio o la mitad de los que logra el fumador inhalando el cigarrillo. La nicotina actúa a nivel de los centros encefálicos y evita o atenúa el síndrome de abstinencia, aumentando las probabilidades de cesación sin recaída durante los primeros meses, cuando el riesgo de la misma es mayor. Así mismo, estas terapias actúan controlando el aumento de peso que se produce al dejar de fumar, comprobándose que el beneficio es mayor con el chicle, aunque esta ventaja se pierde al suspenderlo.

En la revisión de Cochrane de 2003 que analiza resultados del tratamiento de reemplazo nicotínico <sup>(59)</sup> para cesación del tabaquismo, se evaluaron 96 ensayos clínicos aleatorizados, con un seguimiento mínimo de 6 meses. En todos se comprobó beneficio y las diferentes formas de administración del tratamiento mostraron diferentes índices de cesación, que variaron entre 1.66 odds ratio (goma de mascar) y 2.27 (spray nasal), con un índice de cesación global de 1.74 odds ratio con respecto al grupo control. El beneficio demostrado fue independiente del tiempo de duración del tratamiento y de la intensidad del apoyo adicional provisto.

En conclusión: todas las formas de TRN son efectivas como parte de una estrategia terapéutica integral, aumentando la probabilidad de cesación entre 1.5 y 2 veces.

Las TRN están indicadas en los fumadores con dependencia nicotínica moderada o alta, o que han realizado otros intentos de abandono y han recaído debido a un importante síndrome de abstinencia. Los chicles son más útiles en fumadores compulsivos, ya que suministran niveles de nicotina sanguíneos más elevados en forma más rápida, y asocian a su mecanismo de acción un componente conductual, ya que la masticación

cumple un rol en algo similar a la manipulación oral del cigarrillo.

La utilización de las TRN no tendría ventajas más allá de 3 meses de lograda la cesación, aunque se pueden usar durante plazos de 6 meses a un año. Si se reduce precozmente la dosis del sustituto nicotínico hay alta probabilidad de recaída.

El uso de sustitutos nicotínicos de diferente perfil farmacocinético combinados logran mejores resultados. En fumadores con moderada o alta dependencia a la nicotina se pueden asociar parches con chicles, spray nasal o inhalador.

**Los efectos secundarios** reportados son escasos y en pocos pacientes determinan la suspensión del tratamiento. Hay estudios que han demostrado seguridad en el uso de TRN en pacientes portadores de cardiopatía isquémica estable<sup>(60)</sup>. Las cefaleas, palpitaciones y dispepsia en general son consecuencia de un uso inadecuado, en el caso de los chicles por masticación intempestiva con liberación brusca de gran cantidad de nicotina y/o su deglución.

El riesgo de dependencia a los sustitutos nicotínicos se ha comprobado que es bajo con chicles y parches de nicotina, la adicción al chicle puede ocurrir en 3 a 10%<sup>(61)</sup>.

Las contraindicaciones para el uso de TRN son:

- angor inestable o primer mes post IAM
- hipertensión arterial descontrolada o en fase acelerada
- arritmias con riesgo vital
- arteriopatía obstructiva de miembros inferiores severa
- úlcera péptica activa.
- hipertiroidismo no controlado

Durante el embarazo las TRN sólo se indicarían en aquellas situaciones en que la paciente no logra la cesación a pesar de una terapia conductual intensiva. Se debe insistir en el alto riesgo de complicaciones aún con

consumo mínimo de cigarrillos, sabiendo que este depende no sólo del efecto vasoconstrictor de la nicotina y sino también al monóxido de carbono presente en la sangre materna, por lo que está cada vez más aceptado el uso de TRN en estas pacientes si con ello se logra la cesación.

Las distintas formas de presentación tienen contraindicaciones específicas. El parche no se debe utilizar en casos de dermatitis generalizada o si hay hipersensibilidad cutánea a la nicotina. El chicle está contraindicado si hay lesiones gingivales u orofaríngeas inflamatorias o neoplásicas, gastritis o artritis tèmpero-maxilar.

### ¿Cómo se usan los chicles de nicotina?

El perfil de nicotina que se obtiene en sangre es bastante similar al proporcionado por los cigarrillos, los valores de nicotina en sangre aumentan más gradualmente que con el cigarrillo y el pico que se alcanza es menor. Se considera que tarda entre 15 y 20 minutos alcanzar su efecto máximo.

La utilización del chicle debe ser correcta, y se debe instruir e insistir al paciente en la necesidad de una buena técnica de masticación, para reducir los efectos secundarios y maximizar su eficacia. La masticación debe ser lenta e intermitente y el chicle se debe guardar en el carrillo luego de la misma. Para lograr el efecto deseado la nicotina se debe absorber a través de la mucosa oral, no en el estómago, por lo que hay que mantener la saliva en la boca el mayor tiempo posible. A los 30 – 40 min. el chicle se puede descartar, ya que liberó la totalidad de la nicotina. La masticación incorrecta puede provocar rechazo por el sabor y efectos secundarios.

La forma de presentación en nuestro medio es en piezas de 2 mg. En los fumadores con alta dependencia a la nicotina o que fuman más de 25 cigarrillos por día se debe comenzar con dosis de 4 mg. en aquellos con dependencia moderada se utilizan piezas de 2 mg. Cada chicle sustituye a un cigarrillo y se pueden usar 15 a 20 chicles por día. En caso de severa adicción se puede sustituir cada cigarrillo por 2 chicles de 2 mg.

No se deben usar más de 30 piezas por día. Si bien se pueden utilizar intercalados chicles y cigarrillos, NO se puede mantener el número de cigarrillos previos. Los chicles deben sustituir algunos o todos los cigarrillos, para no aumentar la dosis diaria de nicotina. No se debe fumar, comer ni beber simultáneamente con el uso de chicles ya que estas actividades disminuyen el pH de la saliva, disminuyendo la absorción bucal de nicotina. La acción del chicle se inicia en 10 minutos aproximadamente y se alcanza una meseta en los niveles séricos de nicotina entre los 15 y 30 minutos. Luego de los cuales los niveles comienzan a decaer progresivamente.

No existe un tiempo preestablecido de duración del tratamiento. En general se plantea una sustitución gradual de cigarrillos por chicles durante un mes aproximadamente y luego un descenso gradual del número de chicles diarios hasta suprimirlos en 1 o 2 meses más. El tratamiento con chicles permite mayor flexibilidad que otras formas de TRN en cuanto a plazos, pero hay que cuidar que se usen dosis suficientes y que no se prolongue excesivamente pues se puede transformar en una situación crónica.

### ¿Cómo se usan los parches?

Con el parche transdérmico la nicotina se absorbe a través de la piel y genera niveles estables de nicotina en sangre. Los valores son menores que el pico producido por cada cigarrillo pero suficientes para mantener un nivel de nicotina en sangre capaz de evitar la aparición del síndrome de abstinencia.

El parche presenta ciertas ventajas: no es visible al observador, su uso es fácil y requiere escasa instrucción. La desventaja es que no soluciona los episodios agudos de "craving", ya que la liberación y el aumento de concentraciones sanguíneas de nicotina son lentos. Otro inconveniente es el elevado costo.

Las formas de presentación en Uruguay son: parches de 30 cm<sup>2</sup> con 21 mg. de nicotina, de 20 cm<sup>2</sup> con 14 mg. y de 10 cm<sup>2</sup> con 7 mg. La duración de la acción es de 24 horas, y la máxima concentración de nicotina sérica se

logra a las 4 a 9 horas de su colocación. Se aplica 1 vez al día en zonas de piel no pilosas, miembros superiores o dorso, y se deja 24 horas cambiando el sitio de aplicación para evitar efectos locales.

El día que se coloca el primer parche se debe dejar de fumar. Para lograr mayor éxito se aconseja un descenso gradual previo del número de cigarrillos que facilite el cambio conductual que implica dejar de fumar.

La asociación de parches y cigarrillos se considera contraindicada pues determina un nivel de nicotina en sangre mucho mayor, ya que se suman ambas dosis, lo que implica un alto riesgo de eventos vasculares agudos. Sin embargo actualmente se han publicado trabajos en los que se usan parches de nicotina en programas de reducción de riesgo en los cuales se disminuye significativamente el consumo sin suspenderlo en una primera etapa, con índices aceptables de seguridad.

Si el síndrome de abstinencia es muy severo y es necesario un refuerzo de nicotina, el parche se puede cuidadosamente asociar a chicles <sup>(62,63)</sup>, lo que requiere estricto control médico.

En general los parches se usan en un plan de tratamiento de 3 meses, reduciendo gradualmente el aporte de nicotina. En los fumadores de menos de 20 cig/día, se indicará por 2 meses el parche de 20 cm<sup>2</sup> (14 mg) y un mes el de 10 cm<sup>2</sup> (7 mg). Los fumadores de más de 20 cig/día usarán parches de 30, 20 y 10 cm<sup>2</sup> sucesivamente durante un mes cada uno.

### Bupropión.

Usado desde 1989 para la terapia de la depresión, en la década del 90 numerosos estudios demostraron su utilidad en el tratamiento del síndrome de abstinencia nicotínica aún en pacientes sin depresión previa <sup>(64,65,66)</sup>.

Desde el punto de vista farmacodinámico se caracteriza por la inhibición selectiva de la recaptación neuronal de Dopamina y Noradrenalina, generando un aumento en las concentraciones de estos dos neurotransmisores

en el sistema mesolímbico dopaminérgico relacionado con los circuitos de recompensa y noradrenérgico del locus ceruleus que interviene en el síndrome de abstinencia, Aunque no está completamente descrito su mecanismo de acción, esto explicaría su eficacia clínica.

La forma de presentación es en comprimidos de 150 mg. de liberación retardada y se utiliza en dos dosis diarias: 150 mg. en la mañana y la tarde. Se inicia con una dosis única matinal de 150 mg. los primeros 5 a 7 días para evaluar la tolerancia a la droga. Es importante no usar más de 300 mg. por día ni más de 150 mg. por dosis, debiendo existir un intervalo de 8 horas entre las dosis. En pacientes con insuficiencia renal o hepática se deben usar dosis menores. Todas estas precauciones están dirigidas a evitar o minimizar los efectos secundarios.

El efecto farmacológico óptimo se obtiene después de la 2ª semana de tratamiento, por lo que se sugiere descender el número de cigarrillos durante ese lapso y dejar de fumar al alcanzar dicha acción terapéutica. Habitualmente se mantiene el tratamiento por 8 a 12 semanas. Los índices de cesación al año en los pacientes con el tratamiento con BPN son cercanos a 30%. La asociación de TRN y BPN logra mejores resultados, principalmente en los pacientes con alta dependencia como mostró el trabajo de Jorenby y col <sup>(67)</sup>.

Actualmente esta en estudio el uso de BPN por tiempo prolongado para disminuir el riesgo de recaída <sup>(68)</sup>. Hasta el momento se ha demostrado que la prolongación del tratamiento durante un año disminuye el porcentaje de recaída durante ese lapso, pero a los 2 años el porcentaje de pacientes que se mantiene en abstinencia es similar al de los que recibieron tratamiento convencional por 7 semanas.

**Los efectos secundarios** más frecuentes son: insomnio, sequedad bucal, trastornos digestivos como náuseas o estreñimiento. A las dosis recomendadas las crisis convulsivas tienen una incidencia de 0.1%, 1 paciente cada 1000 tratados, y con dosis superiores a 300 mg. aumenta el riesgo. Las reacciones alérgicas son habitualmente

leves, aunque se refieren algunos casos de edema de glotis.

#### **Contraindicaciones:**

- Personas epilépticas o con riesgo de padecer crisis convulsivas: antecedente de traumatismo encéfalo-craneano grave, tumores intracraneanos, supresión brusca de benzodicepinas, o uso de cualquier droga que disminuya el umbral de crisis, abstinencia reciente de alcohol.
- Uso simultáneo de Inhibidores de la Mono-Amino-Oxidasa.(IMAO).
- Anorexia / bulimia, ya que se demostró aumento de incidencia de convulsiones en personas bulímicas.
- Trastorno bipolar, por le riesgo de desencadenar crisis maníacas.
- HTA severa no controlada.
- Diabetes con riesgo de hipoglicemia, por las convulsiones que esta puede causar.

En caso de estar en tratamiento con otro tipo de antidepresivo se debe realizar consulta con el psiquiatra tratante para evaluar la posibilidad de cambiar la medicación por bupropión o asociarlos.

#### **Varenicline**

Es una droga que se desarrolló específicamente para el tratamiento del Tabaquismo. Aprobada por la FDA en 2006. Fue incluida recientemente en el mercado en Uruguay.

Actúa como agonista parcial de la nicotina a nivel de los receptores nicotínicos alfa4 beta2. Tiene alta afinidad por dichos receptores que liberan dopamina en el núcleo acumbens, su nivel de actividad sería inferior al de la nicotina, y actuaría disminuyendo el craving y los efectos de la abstinencia nicotínica. Quizás el efecto más importante es el bloqueo de los efectos de reforzamiento del tabaquismo, el grado de satisfacción y la recompensa psicológica. Varenicline también demostró ser un agonista de los receptores nicotínicos alfa7, tam-

bién involucrados con los mecanismos determinantes de la dependencia a la nicotina.

Se inicia con una dosis diaria de 0.5 mg. en los 3 primeros días, 0.5 mg 2 veces por día del 4º al 7º día, comenzando 1 mg 2 veces por día a partir del 8º día. El efecto máximo se obtiene 8 días después de iniciado el tratamiento. Se proponen 12 semanas de duración del tratamiento, aunque en aquellos pacientes que dejan de fumar se puede considerar realizar 12 semanas más si persisten síntomas de abstinencia.<sup>(69-72)</sup>.

**Efectos secundarios:** Los más frecuentes son las náuseas, cefaleas y trastornos del sueño, que se evitan muchas veces con la dosificación gradual. En pocos pacientes motivan la suspensión del tratamiento.

De acuerdo a la revisión Cochane<sup>(69)</sup>, los resultados de los trabajos presentados hasta el momento muestran que con un tratamiento de 12 semanas, existe un aumento al triple de los índices de cesación al año con respecto a placebo y cierta ventaja sobre los porcentajes de abstinencia logrados con el uso de bupropión, con menor riesgo de efectos adversos graves. En las series estudiadas se demostró que en aquellos que dejaron de fumar mantienen significativamente mayor índice de cesación si reciben 12 semanas adicionales de tratamiento.

Por su mecanismo de acción no se debe asociar a TRN. Hasta el momento no hay estudios sobre la asociación varenicline – bupropión.

### Tratamientos de 2ª línea.

Se pueden utilizar en caso de contraindicaciones o efectos secundarios a las drogas de primera línea. Incluyen antidepresivos y clonidina, la cual es poco utilizada por sus efectos secundarios.

Si bien el bupropión actúa por otros mecanismos en el tratamiento de la adicción a la nicotina, los antidepresivos pueden ayudar en la cesación del tabaquismo porque:

- la depresión puede ser un síntoma de abstinencia nicotínica,
- a veces la cesación del tabaquismo descompensa una depresión previa,
- el efecto antidepresivo de la nicotina es el motivo por el cual algunos fumadores mantienen su adicción.

La nortriptilina, antidepresivo que tiene actividad adrenergica y alguna actividad dopaminérgica, tiene un índice de abstinencia a largo plazo de 2.8 con respecto a placebo. Sus efectos secundarios son importantes: sequedad bucal, sedación, visión borrosa, retención urinaria, enlentecimiento, y temblor de manos, lo cual dificulta su uso, y lo desplaza a una droga a utilizar si no es posible el uso de drogas de 1ª línea.

### Tratamiento inespecífico

Se puede utilizar en combinación con los fármacos específicos o cuando hay contraindicaciones para las terapias específicas, como tratamiento sintomático de la abstinencia.

Se usan sedantes, antiácidos gástricos, etc que permiten disminuir los síntomas del síndrome de abstinencia, ya que estos dificultan la cesación y habitualmente condicionan la recaída.

## Tratamiento del Tabaquismo.

**Tratamiento Mínimo:** interrogue siempre si fuma o no, aconseje dejar de fumar, evalúe la motivación para la cesación, trate y realice seguimiento a todos los pacientes fumadores.

### Tratamiento Integral.

Tratamiento cognitivo – conductual

Tratamiento farmacológico: específico (reemplazo nicotínico o bupropión o varenicline).

## 12. BIBLIOGRAFÍA.

1. World Health Organization. MacKay JL. Eriksen M. The Tobacco Atlas. 2002.
2. Champagne B, Bianco E. El porqué de un Simposio Latinoamericano y Caribeño sobre el Control del Tabaco. 2003 (no publicado)
3. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud. (CIE 10), 10ª revisión. Washington. 1995.
4. US Department of Health and Human Services. Public Health Service. Agency for Health Care Policy and Research.. Fiore MC; Bailey WC, Cohen SJ. Smoking cessation. Clinical Practice Guideline. AHCPR Publication N° 96-0692. 1996
5. Aran D, Blanco A, Goja B, Murillo N, Aran C. Estimación de los costos en cuidados de salud atribuibles al tabaco. Cuentas Nacionales 2004. Investigación aún no publicada.
6. Owen N, Davies MJ. Smokers' preference for assistance with cessation. *Prev Med.* 1990; 19:424-31.
7. Junta Nacional de Drogas. Secretaría Nacional de Drogas. PNUD. 3ª Encuesta Nacional de Prevalencia del Consumo de Drogas. 2001.
8. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Prevención del Cáncer del Pulmón. Carámbula J, Ronco A, Niedworok N. Investigación socio laboral del tabaquismo en el Uruguay urbano. Basada en módulo especial de la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadísticas. 1995.
9. Junta Nacional de Drogas. Secretaría Nacional de Drogas. Centers of Diseases Control. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Tabaquismo. Consumo en el ámbito de la Enseñanza Media (GYTS). Informe de Investigación. Uruguay 2001
10. Johns Hopkins School of Public Health. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. CD: Tabaco y Salud. 2000
11. US Environmental Protection Agency (EPA). Respiratory health effects of passive smoking: Lung cancer and other disorders. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office. 1992. EPA/600/006F.
12. Repace J. A Killer on the loose. An action on smoking and health special investigation into the threat of passive smoking to the U.K workforce. London.
13. Organización Panamericana de la Salud. Johns Hopkins School of Public Health. Navas A, Blanco A, Goja B. Estudio de Vigilancia de la Exposición al humo de tabaco en Uruguay. 2003.
14. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years observations on male British doctors. *BMJ.* 1994; 309:901-11.
15. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco para el Control del Tabaquismo. 2003. Disponible en: [www.who.int/tobacco/fctc/text/en/fctc.es.pdf](http://www.who.int/tobacco/fctc/text/en/fctc.es.pdf)
16. Stafford R; Becker C. Consumo de tabaco y aterosclerosis. En: Fuster V; Ross R; Topol E. Aterosclerosis y enfermedad arterial coronaria. Edit. Springer- Verlag Iberica SA. Barcelona. 1997; 321-42.
17. Sherk P, Grossman R. The chronic obstructive pulmonary disease exacerbation. *Clin.Chest Med.* 2000; 21(4):705-21
18. Buka S, Shenassa E, Niaura R. Elevated risk of tobacco dependence among offspring of mothers who smoked during pregnancy: a 30 years prospective study. *Am J.Psychiatry* 2003; 160:1978-84.
19. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Centers of Diseases Control. Tabaco: lo que todos debemos saber. Guía actualizada para educadores. 2002.
20. The 2004 IARC Monograph 83: Tobacco Smoke and Involuntary Smoking Disponible en: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/volume83.pdf>
21. The 2005 California Environmental Protection Agency (CalEPA) Environmental Health Hazard Assessment of Environmental Tobacco Smoke. Disponible en: <http://repositories.cdlib.org/tc/surveys/CALEPA2005/>
22. The 2006 U.S. Surgeon General's Report on The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke. Disponible en : <http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/>
23. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Peruga A. Prólogo. Enseñanzas de las campañas a favor de ambientes libres de humo de tabaco en California. Departamento de Servicios de Salud de California. 2001.



24. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Jóvenes y tabaco en América Latina y Caribe. Resultados de la encuesta mundial sobre tabaquismo en jóvenes. 2006
25. Samet J. The risks of active and passive smoking. In: Smoking: risk, perception & policy. Editor Solvic P. 2001.
26. Fichtenberg C, Glantz S. Effect of smoke-free workplaces on smoking behavior: systematic review. *BMJ* 2002; 323:188-91
27. Takala, J. Introductory Report: Decent Work - Safe Work. International Labour Office, Geneva, 2005.
28. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Emerson E. Enseñanzas de las campañas a favor de ambientes libres de humo de tabaco en California. Departamento de Servicios de Salud de California. 2001.
29. Croghan I, Schoroeder D, Hays J, Eberman K, Patten C, Ber Hurt R. Nicotine dependence treatment: perceived health status improvement with 1-year continuous smoking abstinence. *Eur J Public Health*. 2005;15(3):251-5
30. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004;328:1519
31. Van Dombarg R, Meeter R, Van Berkel D, Veldkamp R, Van Herwerden K, Borgers A. Smoking cessation reduces mortality after coronary artery bypass surgery: a 20 years follow up study. *J Am Coll Cardiol* 2000; 36:878-83.
32. Sansores R, Espinosa A. Manual del programa cognitivo conductual de la Clínica para dejar de fumar del Instituto Nacional de enfermedades respiratorias. 1999.
33. Vlietstra RE, Kronmal RA, Oberman A, Frye RL, Killip T 3d Effect of cigarette smoking on survival of patients with angiographically documented coronary artery disease. Report from the CASS registry. *JAMA* 1986 Feb 28;255(8):1023-7
34. Fletcher C, Peto R: The natural history of chronic airflow obstruction. *BMJ* 1977, 1:1645-1648
35. Burchfiel CM, Marcus EB, Curb JD, et al. Effects of smoking and smoking cessation on longitudinal decline in pulmonary function. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 151: 1778-1785
36. Popper K. El mito del marco común, en defensa de la ciencia y la racionalidad. Paidós. 1987
37. González Molina J. Educación, movilización social y abogacía para promover la salud. *Rev. Med. Uruguay* 2002; 18:192-7.
38. Factum. Encuesta a Médicos del SMU. 2001.(no publicado)
39. Grossman D, Knox J, Nash C, Jiménez J. Tabaquismo: actitudes de los médicos de Costa Rica y oportunidades de intervención. *Boletín OMS*. 1999; 77 (4):315-22.
40. Plaza Martín M, Alonso Díaz A. Abordaje del tabaquismo. El profesional sanitario ante el tabaquismo. *Jano prof*. 2001;60 (1390):45-9.
41. Coleman T. Use of simple advice and behavioral support. *BMJ*2004;328:397-9
42. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Fiore M, Bailey W, Bennet G, Cohen S, Dorfman S, Fox B. Treating tobacco use and dependence. *Clinical Practice Guidelines* Rockville.2000.
43. Moller A, Villebro N, Pedersen T, Tonnesen I. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complication: a randomized clinical trial. *Lancet* 2002; 359:114-7.
44. Rigotti N, Manafó M, Murphy M, Stead L. *Cochrane Database Syst Rev* 2001 (2) CD001837.
45. European Commission. WHO. World Bank. Tobacco and Health in the developing world. A background paper for the high level round table on Tobacco Control and Development Policy. Brussels, 2003.
46. Organización Panamericana de la Salud. Alleyne G. Prefacio. Por una juventud sin tabaco. . Publicación Científica y Técnica N° 579. 2001.
47. Brundtland G. Discurso inaugural. 5ª Sesión del Convenio Marco para el Control del Tabaquismo. Disponible en: <http://www.who.int/dg/speeches/2002/genevacicg/en/print.html>;
48. The Lancet. Editorial: How do you sleep at night, Mr. Blair? 2003; 362:1865-6.
49. Chapman S. Great expectoration! The decline of public spitting: lessons for passive smoking? *BMJ* 1995; 311:1685-6.
50. US Department of Health and Human Services. Public Health Service: The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction. A Report of the Surgeon General. DHHS (CDC) Publication No. 88-8406. Washington DC, Government Printing Office, 1988
51. American Psychiatric Association. *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition. (DSM IV)*. Washington DC. 1994.
52. Benowitz N. The nature of nicotine addiction. In: Smoking: risk, perception & policy. Edit. Solvic P. 2001
53. Prochaska J, Di Clemente C, Norcoross J. In such of how people change, application to addictive behaviors. *Am. Psychol* 1992. 47:1102-14,
54. Fagerstrom K. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors* 1978; 3:235-41.
55. West R, Mc Neill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000; 55: 987-99.



56. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service Report. Reprinted from JAMA,2000; 283
57. Carroll K. Las terapias conductuales basadas en la ciencia para la dependencia de drogas. *Psiquiatría y Salud Integral*. 2002;2 (1):46-53.
58. World Health Organization. Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. *Monitoring tobacco use*. 1998; 76-101.
59. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1 2003. Oxford: update software.
60. Murray R, Bailey W, Daniels K, Bjornson W, Kurnow K. Safety of nicotine polacrilex gum used by 3.094 participants in the lung health study. *Chest*. 1996;109:438-45.
61. Henningfield JE. Nicotine medication for smoking cessation. *N Eng J Med* 1995; 333:1196-1203.
62. Puska P, Korhonen H, Vartiainen E, Urjanheimo E, Gustavsson G, Westin A. Combined use of nicotine patch and gum compared with gum alone in smoking cessation: a clinical trial in North Karelia. *Tobacco Control* 1995; 4:231-5.
63. Fagerström K, Schneider N, Lunell E. Effectiveness of nicotine patch and nicotine gum as individual versus combined treatments for tobacco withdrawal symptoms. *Psychopharmacology* 1993; 111:271-7.
64. Shiffman S, Johnston JA, Khayrallah M, Elash CA, Gwaltney CJ, Paty JA, Gnys M, Evoniuk G, De Veugh- Geiss J. The effect of bupropion on nicotine craving and withdrawal. *Psychopharmacology*. 2000; 148 (1):33-40
65. Hurt R, Sachs D, Glover E, Offord K, Johnston J, Dale L, Kahayrallah M, Schroeder K, Glover P, Sullivan C, Croghan I, Sullivan P. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med*. 1997; 337:1195-202.
66. Hughes J, Stead L, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1 2003. Oxford: update software.
67. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999; 340: 685-691.
68. Hays JT, Hurt RD, Rigotti NA, Niaura R, Gonzales D, Durcan MJ et al. Sustained-release bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2001; 135: 423-433
69. Varenicline 1 Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation (Review). *The Cochrane Collaboration*. 2007. Disponible en: [www.thecochranelibrary.com](http://www.thecochranelibrary.com)
70. Tonstad S, Tonnesen P, Hajek P, Williams K, Billing C, Reeve K. Effect of Maintenance Therapy With Varenicline on Smoking Cessation. A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2006;296:64-71
71. Gonzales D, Rennard S, Nides M, Oncken C, Azoulay S, Billing C, Watsky E, Gong J, Williams K, Reeves K. Varenicline, an 42 Nicotinic Acetylcholine Receptor Partial agonist, vs Sustained-Release Bupropion and Placebo for Smoking Cessation: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2006;296:47-55
72. Jorenby D, Hays J, Rigotti N, Azoulay S, Watsky E, Williams K, Billing C, Gong J, Karen R. Reeves K. Efficacy of Varenicline, an 42 Nicotinic Acetylcholine Receptor Partial Agonist, vs Placebo or Sustained-Release Bupropion for Smoking Cessation A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2006;296:56-63



# ANEXOS

---

## EL JURAMENTO HIPOCRÁTICO

Juro por Apolo Médico, por Esculapio, Hygeia y Panacea y por todos los dioses y diosas, poniéndolos por testigos, cumplir, en la medida de mis fuerzas y de acuerdo con mi conocimiento, este juramento y compromiso...

Usaré del tratamiento para ayudar a los enfermos, según mi leal saber y entender, y los preservaré del daño y la injusticia.

No administraré a nadie un veneno aunque me lo pida.

Ni sugeriré que se lo administre...

Mantendré puros y santos mi vida y mi arte...

En cualquier casa que entre prestaré asistencia a los enfermos, y me abstendré de todo mal o corrupción, especialmente de abusar de los cuerpos de hombres o mujeres, libres o esclavos.

Y todo lo que viere u oyere en el ejercicio de mi profesión o en mis relaciones con los hombres, si es algo que no deba divulgarse, lo callaré teniéndolo por secreto.

Si observo este juramento y no lo quebranto, séame dado ganar reputación para siempre entre los hombres, para mi vida y mi arte.

A aquel quien me enseñó este arte, le estimaré lo mismo que a mis padres; él participará de mi mantenimiento y si lo desea participará de mis bienes. Consideraré su descendencia como mis hermanos, enseñándoles este arte sin cobrarles nada, si ellos desean aprenderlo.

Instruiré por precepto, por discurso y en todas otras formas, a mis hijos, a los hijos del que me enseñó a mi y a los discípulos unidos por juramento y estipulación, de acuerdo con la ley médica, y no a otras personas.

**Hipócrates. 460-370 A.C.**

# DEFINICIONES

**Tabaquismo:** enfermedad crónica adictiva que evoluciona con recaídas.

**Tabaquismo pasivo:** exposición involuntaria al humo de tabaco de los demás.

### ADULTO FUMADOR

Se proponen estas definiciones operativas basadas en las propuestas por la OMS

#### **Fumador habitual**

Adulto que fuma por lo menos 1 cigarrillo / día durante los últimos 6 meses.

#### **Fumador ocasional**

Adulto que fuma menos de 1 cigarrillo / día durante los últimos 6 meses.

#### **No fumador**

Quien nunca fumó o fumó menos de 100 cigarrillos en toda su vida.

### JOVEN FUMADOR

La definición que se usa para el adulto no es apropiada para definir a un adolescente como fumador porque es a esta edad en la que se desarrolla la adicción y cuanto antes se intervenga mayor control se logrará de esta enfermedad. Los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de EE.UU. (CDC) han utilizado desde 1990 un conjunto de definiciones específicas a los adolescentes.

#### **Nunca fumador**

Joven que nunca ha probado un cigarrillo (ni siquiera una pitada).

#### **Alguna vez fumador**

Joven que alguna vez ha fumado (aunque sea una o dos pitadas).

#### **Fumador**

Joven que ha fumado por lo menos 1 vez en los treinta días previos.

#### **Fumador frecuente**

Joven que ha fumado 20 de los últimos 30 días.

# LO QUE TODOS LOS URUGUAYOS DEBEN SABER ACERCA DEL CONSUMO DE TABACO.

ALIANZA NACIONAL PARA EL CONTROL DEL TABACO

## ¿Es el tabaquismo un hábito o una enfermedad?

**El tabaquismo es una drogadicción.**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una enfermedad crónica con tendencia a la recaída. La adicción provocada por la nicotina es tan o más intensa que la generada por otras drogas ilegales siendo a su vez puerta de entrada a ellas.

## ¿Cuanta gente fuma en Uruguay?

**Aproximadamente, el 30% de las personas mayores de 12 años son fumadoras.**

Los jóvenes comienzan a fumar cada vez a edades más tempranas, con un marcado aumento del consumo femenino.

## ¿Qué daño causa el consumo de tabaco?

Está científicamente comprobado que el tabaquismo enferma y mata no sólo a quien fuma sino también a quienes están expuestos involuntariamente al humo de tabaco. El consumo de tabaco es causa de más de 50 tipos de enfermedades; entre ellas es responsable del 90% de los casos de cáncer de pulmón, del 30% de las muertes por enfermedad coronaria, del 30% del total de muertes por cáncer y de más del 75% de las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC).

## ¿Qué daño causa la exposición involuntaria al humo de tabaco?

Todas las organizaciones médicas y científicas más confiables y calificadas del mundo, entre ellas la Organización Mundial de la Salud, concluyen que la exposición involuntaria al humo de tabaco causa graves enfermedades y muertes a los no fumadores. Se ha comprobado que en los niños produce: muerte súbita (duplica el riesgo), bajo peso al nacer, neumonías, bronquitis, agravamiento del asma e infecciones del oído, dificultades en el aprendizaje y trastornos conductuales. En los adultos la exposición al humo de tabaco ajeno produce diversos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares. No hay institución científica seria en el mundo que se atreva a negar las evidencias al respecto. En nuestro país se estima que provoca unas 600 muertes por año en no fumadores.

## ¿Cuál es la magnitud del daño causado por el tabaco?

A nivel mundial el tabaquismo es la principal causa de muerte evitable. El tabaco es el único producto legal que utilizado como proponen sus fabricantes mata en forma anticipada a la mitad de los consumidores. Es responsable de casi 5 millones de muertes anuales a nivel mundial y casi 5000 en Uruguay. Causa más muertes

que el HIV/SIDA, los accidentes de tránsito, el alcoholismo, las drogas ilegales, los homicidios y los suicidios juntos. De mantenerse la tendencia actual el número de víctimas del tabaco se duplicará para el año 2025, ocurriendo un 70% de esas muertes en los países en vías de desarrollo.

### ¿Qué es el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT)?

Es el primer tratado mundial de salud pública de la historia de la humanidad. Fue promovido por la OMS y adoptado unánimemente por 192 países en la 56ª Asamblea Mundial de la Salud, en Mayo del 2003. Es un instrumento jurídico, que recoge las estrategias que ya han demostrado científicamente ser efectivas para controlar la epidemia de tabaquismo. Responde a la necesidad de una solución mundial a un problema global. A marzo de 2006 ha sido ratificado por 142 países.

#### Las principales medidas contempladas en el mismo son:

- El aumento de los impuestos y precios del tabaco.
- La prohibición completa de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.
- La inclusión de advertencias sanitarias efectivas en los paquetes.
- La protección de los no fumadores.
- El control del comercio ilícito de los productos de tabaco.
- Programas educativos.
- Promoción de tratamientos de cesación del tabaquismo.

### ¿Qué ocurre si se aumenta el impuesto y el precio del tabaco?

La evidencia aportada por los expertos, OMS y el Banco Mundial demuestran que ningún país ha tenido pérdidas económicas por dicha medida, y que por el contrario muchos países se han beneficiado fiscalmente.

### ¿Qué impacto tendrá el CMCT a nivel laboral?

Los puestos de trabajo no disminuirán con la aplicación del CMCT.

Las razones son:

- Aún con las medidas más estrictas de control de tabaquismo, el comercio del tabaco no disminuirá abruptamente.
- El dinero que moviliza el comercio del tabaco lo aportan los consumidores y no la industria. Si la población no compra tabaco utilizará ese dinero en adquirir otros productos.
- La industria del tabaco es una de las que ocupa menor cantidad de mano de obra en relación al dinero que moviliza. La tecnología desarrollada a nivel mundial por esta industria apunta a la disminución de los puestos de trabajo. En nuestro país la industria tabacalera sólo emplea directamente a unos 500 funcionarios.

## RESUMEN DE LA LEGISLACIÓN RELATIVA AL TABACO EN URUGUAY

### LEYES

#### LEY 9202 Del 12.1.34

Ley Orgánica De Salud Pública

**Artículo 1º-** Compete al Poder Ejecutivo por intermedio de su Ministro de Salud Pública, la organización y dirección de los servicios de Asistencia e Higiene.

**Artículo 2º-** En materia de Higiene, el Ministerio de Salud Pública ejercerá los siguientes cometidos:

1º-La adopción de todas las medidas que estime necesario para mantener la salud colectiva y su ejecución por el personal a sus órdenes, dictando todos los reglamentos y disposiciones necesarias para ese fin primordial.

4º-La determinación de las condiciones higiénicas que deben observarse en los establecimientos públicos o privados o habitaciones colectivas, tales como cárceles, asilos, salas de espectáculos públicos, escuelas públicas o privadas, talleres, fábricas, hoteles y todo local de permanencia en común, etc., disponer su inspección y la vigilancia del cumplimiento de lo dispuesto. El Ministerio de Salud Pública ejercerá sobre los Municipios superintendencia en materia sanitaria.

9º- Propender por todos los medios a la educación sanitaria del pueblo.

**Artículo 6º-** Las Intendencias Municipales coadyugarán dentro de sus respectivas jurisdicciones, al cumplimiento de las decisiones tomadas por los organismos centrales de Salud Pública.

**Artículo 23º-** Extender la acción profiláctica en mate-

ria de prostitución, a los vicios sociales en general, que disminuyen la capacidad de los individuos o atentan contra la salud, tales como las toxicomanías, el alcoholismo, etc.

#### LEY 9 515

Ley Orgánica Municipal

**Artículo 24 -** Compete al intendente ejercer la policía higiénica y sanitaria de las poblaciones, sin perjuicio de la competencia que corresponda a las autoridades nacionales y de acuerdo con las leyes que rigen en la materia...

**Artículo 36 -** Modificado por el art. 275 num 9 de la Constitución: "además de las que la ley determine, sus atribuciones son: 9º velar por la salud pública y la instrucción primaria, secundaria, industrial y artística, proponiendo a las autoridades competentes los medios adecuados para su mejoramiento."

#### LEY 15.250 de 11/08/000

Ley De Protección Al Consumidor.

**Artículo 6º-** Son derechos básicos de consumidores:

A) La protección de la vida, la salud y la seguridad contra los riesgos causados por las prácticas en el suministro de productos y servicios considerados peligrosos o nocivos.

B) La educación y divulgación sobre el consumo ade-

cuado de los productos y servicios, la libertad de elegir y el tratamiento igualitario cuando contrate.

C) La información suficiente, clara, veraz, en idioma español sin perjuicio que puedan emplearse además otros idiomas.

D) La protección contra la publicidad engañosa, los métodos coercitivos o desleales en el suministro de productos y servicios y las cláusulas abusivas en los contratos de adhesión, cada uno de ellos dentro de los términos dispuestos en la presente ley.

E) La asociación en organizaciones cuyo objeto específico sea la defensa del consumidor y ser representado por ellas.

F) La efectiva prevención y resarcimiento de los daños patrimoniales y extra patrimoniales.

G) El acceso a organismos judiciales y administrativos para la prevención y resarcimiento de daños mediante procedimientos ágiles y eficaces, en los términos previstos en los capítulos respectivos de la presente ley.

**Artículo 7º-** Todos los productos y servicios cuya utilización pueda suponer un riesgo de aquellos considerados normales y previsibles por su naturaleza, utilización o finalidad, para la salud o seguridad de los consumidores o usuarios, deberán comercializarse observando las normas o las formas establecidas o razonables.

**Artículo 8º-** Los proveedores de productos y servicios peligrosos o nocivos para la salud o seguridad deberán informar en forma clara y visible sobre su peligrosidad o nocividad, sin perjuicio de otras medidas que puedan tomarse en cada caso concreto.

**Artículo 9º-** La autoridad administrativa competente podrá prohibir la colocación de productos en el mercado, excepcionalmente y en forma fundada, cuando éstos presenten un grave riesgo para la salud o seguridad del consumidor por su alto grado de nocividad o peligrosidad.

**Artículo 11º-** Los proveedores de productos y servicios que, posteriormente a la introducción de los mismos en el mercado, tomen conocimiento de su nocividad o peligrosidad, deberán comunicar inmediatamente tal circunstancia a las autoridades competentes y a los consumidores. En este último caso, la comunicación se cumplirá mediante anuncios publicitarios.

**Artículo 24º-** Toda publicidad debe ser transmitida y

divulgada de forma tal que el consumidor la identifique como tal. Queda prohibida cualquier publicidad engañosa. Se entenderá por publicidad engañosa cualquier modalidad de información o comunicación contenida en mensajes publicitarios que sea entera o parcialmente falsa, o de cualquier otro modo, incluso por omisión de datos esenciales, sea capaz de inducir a error al consumidor respecto a la naturaleza, cantidad, origen, precio, respecto de los productos y servicios.

**Artículo 51º-** Cuando se compruebe la realización de publicidad engañosa o ilícita, sin perjuicio de las sanciones establecidas en la presente ley, el órgano competente podrá solicitar judicialmente, en forma fundada, la suspensión de la publicidad de que se trate, así como también ordenar la realización de contra publicidad con la misma frecuencia que la publicidad infractora, cuyo gasto deberá pagar el infractor.

## 07/09/04 – Código De La Niñez Y La Adolescencia. Ley N° 17.823

### Capítulo V. De Los Deberes De Los Niños Y Adolescentes.

**Artículo 17º.** (De los deberes de los niños y adolescentes).- Todo niño y adolescente tiene el deber de mantener una actitud de respeto en la vida de relación familiar, educativa y social, así como de emplear sus energías físicas e intelectuales en la adquisición de conocimientos y desarrollo de sus habilidades y aptitudes. Especialmente deberán:

A) Respetar y obedecer a sus padres o responsables, siempre que sus órdenes no lesionen sus derechos o contravengan las leyes.

B) Cuidar, en la medida de sus posibilidades, a sus ascendientes en su enfermedad y ancianidad.

C) Respetar los derechos, ideas y creencias de los demás. D) Respetar el orden jurídico.

E) Conservar el medio ambiente.

F) Prestar, en la medida de sus posibilidades, el servicio social o ayuda comunitaria, cuando las circunstancias así lo exijan.

G) Cuidar y respetar su vida y su salud.

### CAPÍTULO XIII De La Prevención Especial

#### I - Medios de comunicación. publicidad y espectáculos.

**Artículo 182º.** (Programas radiales o televisivos).- Los



programas de radio y televisión en las franjas horarias más susceptibles de audiencia de niños y adolescentes, deben favorecer los objetivos educativos que dichos medios de comunicación permiten desarrollar y deben potenciar los valores humanos y los principios del Estado democrático de derecho. Debe evitarse, en las franjas horarias antedichas, la exhibición de películas que promuevan actitudes o conductas violentas, delictivas, discriminatorias o pornográficas, o fomenten los vicios sociales

## **II -Publicidad protagonizada por niños y adolescentes.**

**Artículo 184°.** (Participación de niños y adolescentes).- Prohíbese la participación de niños y adolescentes en anuncios publicitarios que promocionen bebidas alcohólicas, cigarrillos o cualquier producto perjudicial para su salud física o mental.

## **III -Espectáculos y centros de diversión**

**Artículo 187°.** (Prohibición de proveer).- Prohíbese la venta, provisión, arrendamiento o distribución a personas menores de dieciocho años de:

- 1) Armas, municiones y explosivos.
- 2) Bebidas alcohólicas.
- 3) Tabacos, fármacos, pegamentos u otras sustancias que puedan significar un peligro o crear dependencia física o psíquica.
- 4) Revistas, publicaciones, video casetes, discos compactos u otras formas de comunicación que violen las normas establecidas en los artículos 181 a 183 de este Código.

## **Artículo 188°.** (Fiscalización).-

- 1) La fiscalización de lo establecido en los artículos 181 a 187 de este Código, será facultad del Instituto Nacional del Menor.
- 2) Las empresas o los particulares que no cumplan con las obligaciones impuestas en los artículos 181 a 187 de este Código, serán sancionados con una multa, a juicio del Juez, entre 50 UR (cincuenta unidades reajustables) y 200 UR (doscientas unidades reajustables), según los casos. En los casos de reincidencia, podrán duplicarse los referidos montos. Las multas serán recaudadas por el Instituto Nacional del Menor. El niño o adolescente encontrado en situación de riesgo será conducido y entregado por parte del Juez a los padres, tutor o encar-

gado. El Juez advertirá a éstos personalmente y bajo su más seria responsabilidad de la situación. Si éstos han incumplido alguno de los deberes establecidos en el artículo 16 de este Código, el niño o adolescente será entregado al Instituto Nacional del Menor. El Instituto Nacional del Menor podrá solicitar al Juez competente la clausura, por veinticuatro horas a diez días, del establecimiento en infracción.

## **LEY 15.361 24/12/82**

### **Cigarrillos, Cigarros y Tabacos.**

Disposiciones sobre publicidad y comercialización

**Artículo 1°** Leyenda "Advertencia, fumar es perjudicial para la salud. M.S.P" en publicidad escrita, oral y televisiva.

**Artículo 2°**-.Leyenda "Advertencia, fumar es perjudicial para la salud. MSP" en envases de cigarros, cigarrillos, tabacos y productos de uso similar.(Modificado por ley 17.714)

**Artículo 3°**- Publicación de porcentajes máximos de nicotina y alquitrán en principales medios de publicidad, cada 3 meses.(Modificado por ley 15.656)

**Artículo 4°**- M.S.P. ejercerá el contralor de las referidas cantidades mencionadas en el art 3°, realizado dosificaciones en muestras extraídas de mercadería expuesta a la venta.

**Artículo 5°**- Prohibida la venta a menores de 18 años.

**Artículo 6°**- Prohibida la venta unitaria de cigarrillos.

**Artículo 7°**- Sanciones

**Artículo 8°**- M.S.P. está encargado de aplicar las sanciones y la fiscalización del cumplimiento de esta ley en forma conjunta con M.E.F.

## **LEY 15.656 25/10/84**

Se amplía la periodicidad de publicaciones que deben realizar los fabricantes e importadores de cigarrillos.

**Artículo 1°**- deben realizar anualmente como mínimo, dentro de un plazo que vencerá el 16 de agosto de cada año, una publicación en los principales medio de publicidad, en la que se hagan constar los porcentajes promedios de nicotina y producido de alquitrán, co-

rrespondientes a cada cigarrillo contenido en los envases de las marcas expuestas a la venta, de acuerdo con la reglamentación respectiva.

**Artículo 2º-** el MSP puede aumentar la periodicidad a 2 publicaciones anuales como máximo y determinar las fechas de las mismas mediante resolución fundada, tomando en consideración los elementos de juicio y resultados obtenidos en los muestreos y análisis realizados, de acuerdo a la reglamentación respectiva.

### **LEY 17.714 28/11/2003**

Se modifica la leyenda de advertencia en envases de tabacos, cigarros y cigarrillos.

(Sustituye el art 2º del Decreto-ley N° 15.361)

**Artículo 2º-** A partir de los ciento ochenta días de la fecha de promulgación de la presente ley, las cajillas de cigarrillos, paquetes de tabaco y, en general, toda clase de envases de cigarrillos, cigarros, tabacos y productos de uso similar que se expendan en el país, deberán lucir con caracteres claramente visibles el siguiente rótulo: "Fumar puede generar cáncer, enfermedades pulmonares y cardíacas." "Fumar durante el embarazo perjudica a su hijo". MSP.

### **LEY 17.793 6/7/04**

Se aprueba el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud.

## DECRETOS

### **Decreto 263/983 22/7/83**

(Reglamentario De La Ley 15.361)

**Artículo 1º-** Definición de los productos comprendidos por la reglamentación. ("cigarrillos, cigarros, tabacos y otros productos de uso similar, aún cuando estuvieran parcial o totalmente constituidos por materiales diferentes del tabaco")

**Artículo 2º y 3º-** Obligatoriedad de la inscripción de las compañías elaboradoras o importadoras ante el MSP, y descripción de los productos que comercializan (tipo, marca, cantidad de unidades por paquete).

**Artículo 4º-** Declaración jurada trimestral de cantidad de unidades vendidas de cada marca elaborada o importada y el análisis correspondiente a cada marca. (Elevada al MSP, Dirección Coordinación y Control) (Modificado por ley 15.656)

**Artículo 5º-** Características de la leyenda: tamaño mínimo 1mm5, cuerpo N° 8, en alguna de las caras laterales o frontales, nítido, de un color que contraste con el fondo.

**Artículo 6º-** Propaganda que debe lucir la leyenda de advertencia: Escrita: diarios, periódicos, revistas en general, afiches, avisos en vía pública y espectáculos públicos. Oral: radio o cualquier medio de difusión similar: no menos de 5 segundos, cada 5 avisos. TV: duración mínima de 5 segundos.

**Artículo 7º-** Fiscalización de las disposiciones publicitarias: corresponde al MSP

**Artículo 8º-** No se permite bajo ningún concepto, la promoción directa o indirecta de los productos comprendidos en el Art 1º de la presente reglamentación, en escuelas, colegios, universidades y sus dependencias, o cualquier tipo de centros docentes y de asistencia médica, sean éstas públicas o privadas.

**Artículo 9º y 10º-** P.E. nombrará una Comisión Asesora para proponer el sistema de muestreo y asesorar en la aplicación de esta ley. La misma estará integrada por representantes de MSP, MEC, Universidad de la República y la Industria Tabacalera.

**Artículo 11º-** Lo producido por multas y decomisos generado por la aplicación de la ley 15.361 y el presente decreto, será destinado a un fondo para financiar publicaciones de divulgación cultural referentes a la incidencia del consumo de tabaco en la salud, compra de equipos, reactivos, etc para controlar los niveles de nicotina y alquitrán.

**Artículo 12º-** La difusión de los contenidos de nicotina y alquitrán se efectuara en dos diarios de la capital.

**Artículo 13º-** A los cigarrillos adquiridos en remate público o por otro medio debe colocarse la leyenda (con un autoadhesivo o impresa en celofán) en la cara frontal inferior.

**Artículo 14º-** MSP tiene la potestad sancionatoria y fiscalizará en conjunto con el MEF. **Artículo 15º-** Los inspectores y fiscales del MSP podrán recurrir al auxilio de la fuerza pública en los casos que así lo requirieran para dar cumplimiento a la ley 15361 y el presente decreto.

**Artículo 16º-** tipicación de faltas y sanciones.

**Artículo 17º al 20º-** Disposiciones transitorias para el material ya existente.

#### **DECRETO 407/981 12 de agosto de 1981- (M.T.O.P.)**

**Artículo 1º-** Se prohíbe la combustión de tabaco en cualquier forma en los ómnibus afectados al transporte interdepartamental de pasajeros. Se prohíbe totalmente en líneas cortas (hasta 110 km. entre origen y destino); debiendo llevar dichos vehículos en la parte frontal un cartel indicador de dicha prohibición.

**Artículo 2º-** También está prohibida en líneas de mediana y larga distancia, salvo que las empresas instalen en los vehículos equipos de extracción de aire, que aseguren su permanente, rápida y eficaz renovación. Dichos equipos deberán ser instalados en la parte posterior del vehículo. En tales casos se permitirá fumar a los pasajeros que viajen sentados en la zona posterior del coche, cuya extensión no podrá exceder de las 3 últimas filas. Los equipos extractores anteriormente referidos deberán ser aprobados pro la Dirección Nacional de Transporte previamente a su utilización en el Servicio.

**Artículo 3º-** Las empresas serán directamente responsables de su cumplimiento, y los funcionarios de las empresas (inspectores, guardas y conductores) serán los encargados del control estricto, pudiendo dar inter-

vención a la fuerza pública en caso de ser necesario.

**Artículo 4º-** La presente reglamentación se aplica a todas las empresas: nacionales, internacionales o de turismo.

**Artículo 5º-** Infracciones: 5 a 50 UR.

#### **DECRETO 142/998 2/6/98 (M.S.P.)**

Declárase que las personas que comercialicen las mercaderías enumeradas en el Decreto Ley 15.361 no podrán realizar las promociones previstas en el Decreto 449/995 (promociones con otorgamiento de premios)

#### **DECRETO 98/004 (16/3/04)**

Dispónese que todas las dependencias sanitarias del país, tanto públicas como privadas, son consideradas "Ambientes 100% libres de humo de tabaco".

**Artículo 1º-**Dispónese que todas las dependencias sanitarias del país, tanto públicas como privadas, son consideradas "Ambiente 100% Libres de Humo de Tabaco".

**Artículo 2º-** Establécese una etapa de transición de 180 días de duración a partir de la vigencia del presente Decreto, en el que se permitirán áreas para fumadores para los funcionarios, que no podrán estar a la vista del público y deberán estar fuera de todo contacto con las áreas asistenciales.

**Artículo 4º-** Cumplida la etapa de transición, queda expresa y estrictamente prohibido el consumo de tabaco, en cualquiera de sus formas, en todas las dependencias sanitarias del país, tanto públicas como privadas.

**Artículo 5º-** Esta prohibición comprende tanto las áreas asistenciales como no asistenciales de estas dependencias, incluidos vehículos y ambulancias asignados al servicio asistencial y comprende tanto al personal profesional, técnico, administrativo y de servicio, como a estudiantes, usuarios, proveedores y público en general.

#### **DECRETO 36/005 del 25/01/05**

(reglamentario de la ley 17.714)

**Artículo 1º-** El rótulo a que refiere el artículo 2º. del Decreto-Ley No.15.361 de 14 de diciembre de 1982, en la redacción dada por la Ley No. 17.714 de 28 de noviembre de 2003, deberá localizarse en ambas caras frontales (principales) de todos los paquetes y en-

vases de productos de tabaco y todo empaquetado y etiquetado externo de los mismos, debiendo quedar enmarcada en un rectángulo de fondo blanco, que deberá ocupar por lo menos el 50% de la superficie de cada una de las caras mencionadas. La leyenda deberá imprimirse en letras de un tamaño mínimo de 3mm (3 milímetros) y cuerpo No.14 de color negro.

**Artículo 2°**- En los envases de cigarrillos menores a 20 unidades solo se admitirá la disminución proporcional del tamaño de la letra de impresión de la leyenda, manteniéndose los demás requerimientos expuestos en el artículo anterior.

**Artículo 3°**- Autorízase en forma provisional y temporaria a las empresas vinculadas a la Industria del Tabaco, la utilización de envase impresos con el rótulo anterior al que se reglamenta en el presente, siempre que demuestren mediante declaración jurada a presentar ante la División Salud de la Población del Ministerio de Salud Pública, su existencia en stock a la fecha de vigencia de este Decreto y que en la cubierta exterior de celofán o material similar, se imprima el rótulo con arreglo a lo previsto en el presente Decreto.

La presente autorización caducará a los 180 días a contar de la vigencia de este Decreto, se hayan agotado o no los respectivos stocks declarados.

### **DECRETO 169/005 (31/5/05)**

**Artículo 1°**- Prohíbese la difusión de publicidad de productos de tabaco y/o marcas de cigarrillos, tabacos y afines en cualquiera de sus formas en los canales de televisión abierta, cerrada, por cable o codificada, durante el horario de protección al menor, conforme a lo dispuesto por el Decreto N° 445/988 de 5 de julio de 1998.

### **DECRETO 170/005 (31/5/05)**

**Artículo 1°**- Prohíbese la sponsorización, ya sea a través de la publicidad, la promoción y/o el patrocinio de los productos derivados del tabaco, en los escenarios deportivos y en general en todas las actividades relacionadas con la práctica del deporte en nuestro país.

### **DECRETO 171/005 (31/5/05)**

**Artículo 1°**- Ampliase lo dispuesto en el Decreto N°

36/005 de 25 de enero de 2005, en cuanto a las advertencias sanitarias que deberán ocupar el 50% de las superficies totales expuestas en los paquetes y envases de productos de tabaco, deberán ser rotativas e incluirán imágenes y/o pictogramas. Asimismo se establece que en dichos productos no se podrá emplear expresiones, términos, elementos, marcas, o signos que tengan el efecto directo de crear falsa impresión, como ser "bajo contenido en alquitrán, ligeros (lights), ultraligeros (ultralights), o suaves (mild)" Artículo 2°- Encomiéndase al MSP la definición de la tipología, la leyenda, las imágenes y/o los pictogramas a incluirse en los mismos.

### **DECRETO 214/005 (5/7/05)**

**Artículo 1°**- Dispónese que las oficinas públicas son consideradas Ambientes 100% libres de humo de tabaco y los jerarcas correspondientes a cada área, repartición o servicio serán los responsables de la fiscalización del cumplimiento de la prohibición de fumar por parte de los funcionarios a su cargo.

**Artículo 2°**- El incumplimiento por parte de los funcionarios de esta reglamentación, sin importar el grado o el escalafón, dará lugar a la instrucción de los procesos disciplinarios y a la aplicación de las sanciones vigentes en cada organismo o dependencia.

**Artículo 3°**- La inobservancia del contralor de la presente reglamentación por parte del personal jerárquico, dará lugar a la aplicación de sanción por omisión de sus deberes funcionales.

**Artículo 4°**- En lo referente a usuarios o público en general que concurre a las oficinas públicas, las autoridades de cada establecimiento definirán la forma de control del cumplimiento de la prohibición de fumar en las oficinas públicas.

**Artículo 5°**- El presente decreto comenzará a aplicarse en forma inmediata a su aprobación.

### **DECRETO 268/005 (5/9/05)**

**Artículo 1°**- Deróganse los Decretos del Poder Ejecutivo Nos. 203/996 del 24 de mayo de 1996 y el 168/2005 del 31 de mayo de 2005.

**Artículo 2°**- Dispónese que todo local cerrado de uso público y toda área laboral, ya sea en la órbita pública o privada destinada a la permanencia en común de

personas, deberán ser ambientes 100% libres de humo de tabaco.

**Artículo 3°**- Las disposiciones contenidas en el presente Decreto, entrarán en vigencia el 1° de marzo de 2006. Este plazo no incluye a los lugares comprendidos en los decretos Nos 98/2004 del 16 de marzo de 2004 (instituciones sanitarias) y 214/2005 del 5 de julio de 2005 (oficinas públicas) para los cuales rige lo estipulado en los mencionados Decretos.

**Artículo 4°**- La violación a las disposiciones de este Decreto, faculta al Ministerio de Salud Pública a la imposición de sanciones previstas en la normativa vigente en carácter de "Policía Sanitaria" del Estado.

#### **DECRETO 415/005 (20/10/05)**

**Artículo 1°**- Establécese que los pictogramas a utilizarse en toda cajilla de cigarrillos y en general en todos los paquetes y envases de productos de tabaco deberán ser aprobados por el MSP

**Artículo 2°**- Los mismos se definen en ocho (8) imágenes que deberán ser estampadas en el 50% inferior de ambas caras principales de toda cajilla de cigarrillos y en general en todos los paquetes y envases de productos de tabaco y en todo empaquetado y etiquetado de similar característica, en el orden y según la forma que luce en el modelo adjunto, debiéndose imprimir igual número de cada tipo de diseño de cajilla para cada marca que exista en el mercado.

**Artículo 3°**- Asimismo se establece que una de las dos caras laterales de las cajillas de cigarrillos deberá ser ocupada en su totalidad por la advertencia sanitaria definida por la Ley N° 17.714 de 28 de noviembre de 2003, manteniendo ésta las características actuales, como ser las letras negras sobre fondo blanco, admitiéndose la disminución proporcional del tamaño de la letra de impresión de la leyenda con respecto a la superficie disponible.

#### **DECRETO 40/006 (13/02/06)**

**Artículo 1°**- Aplícase a todo establecimiento público o privado que viole lo dispuesto por la normativa vigente, en cuanto a que las áreas comunes de uso público deben ser 100 % ambientes libres de humo de tabaco, una multa de 100 U.R. (cien unidades reajustables).

**Artículo 2°**- Aplícase en caso de constatarse fehacientemente la reiteración de la infracción, una multa de 200 U.R. (doscientas unidades reajustables) a la empresa, organismo o institución infractora. Dispónese que las referidas multas deberán ser abonadas en el Departamento de Tesorería del Ministerio de Salud Pública; lo recaudado por tal concepto será destinado al "Programa Nacional para el Control del Tabaco del M.S.P" a efectos de financiar actividades educativas y preventivas relacionadas con el tabaquismo.

**Artículo 3°**- Establécese que para el caso de incurrir en reiteración infraccionaria a la normativa vigente, se confiere a los servicios inspectivos nacionales y/o departamentales de carácter público, la facultad de proceder a la clausura del establecimiento infractor en carácter de medida cautelar por un plazo no mayor a los tres (3) días hábiles, considerándose este hecho "circunstancia agravante", como así también que esta violación se produzca en lugares de concurrencia de niños, gestantes y personas con patologías de alto riesgo para la exposición al humo del tabaco.

**Artículo 4°**- Créase a estos efectos en la órbita de la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública un "Registro de Infractores" cuyo cometido será registrar, procesar y/o documentar los datos identificatorios de los establecimientos infractores, como así también las sanciones aplicadas.

**Artículo 5°**- Los establecimientos comprendidos en el presente Decreto deberán proceder al retiro de la totalidad de los "ceniceros" y/o similares del interior de los locales comprendidos en el Decreto 268/005. Considérese obligatorio la colocación de avisos alusivos que contengan las siguientes leyendas: "prohibición de fumar"; "Ambiente 100 % libre de humo de tabaco".

**Artículo 6°**- Facúltase a los diferentes cuerpos inspectivos nacionales y/o departamentales a la aplicación del régimen sancionatorio precedente.

## ¿QUÉ PUEDO HACER POR MI PACIENTE FUMADOR?

### 1- Realizar diagnóstico de Tabaquismo y de etapa del ciclo evolutivo de la enfermedad:

**Precontemplación:** no tiene intención de abandonar el tabaquismo.

**Contemplación:** se plantea abandonar el hábito en los próximos 6 meses.

**Preparación:** está decidido a tomar medidas en el próximo mes.

**Acción:** inició un plan para abandonar el tabaquismo.

**Mantenimiento:** logró dejar de fumar, los próximos 6 a 12 meses son los de mayor riesgo de recaída.

### 2- En cada etapa hay algo que ofrecer: el objetivo es lograr que avance por lo menos a la etapa siguiente:

#### De la precontemplación a la contemplación:

- Hacer saber que hay más no fumadores que fumadores en la población, para desnormalizar la conducta de fumar
- Proporcionar información de las consecuencias del tabaquismo sobre su salud y la de las personas con las que convive. Personalizar los datos brindados según la presencia de otros factores de riesgo: vasculares, tóxicos ambientales, etc. y de acuerdo al contexto familiar.
- Informar los beneficios para su salud y la de los demás si deja de fumar, aún después de haber diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaquismo, haciendo énfasis en los beneficios inmediatos

- Indicar la necesidad de dejar de fumar (consejo médico sistemático).
- Informar que hay procedimientos efectivos para dejar de fumar.

#### De la contemplación a la preparación:

- Proporcionar información específica sobre cómo dejar de fumar. Planificar un período de descenso gradual del número de cigarrillos diarios, simultáneo a la adquisición de nuevos hábitos más saludables.
- Si ya ha tenido varios intentos para dejar de fumar por sí mismo y no lo ha conseguido, ofrecer folletos de auto-ayuda, procedimientos farmacológicos, apoyo psicológico o un tratamiento especializado para dejar de fumar.
- Reducir el consumo de tabaco puede ser un objetivo intermedio antes del abandono definitivo del tabaquismo.
- Enfatizar los beneficios que obtendrá al dejar de fumar, con respecto a los perjuicios que suponen ocurrirán por el abandono del tabaquismo.

#### De la preparación a la acción:

(además de lo mencionado en las fases anteriores)

- Marcar en conjunto una fecha para dejar de fumar. Descender o continuar el descenso del número de cigarrillos por día, suprimiendo primero aquellos que fuma “automáticamente”.
- Para identificarlos es útil llevar una planilla de regis-

tro diario de cigarrillos dónde anote cada uno antes de fumarlo, la hora, el motivo por el que lo fuma y la intensidad del deseo de fumar. Esta es una estrategia beneficiosa con una doble finalidad: actúa como obstáculo entre el fumador y el cigarrillo, lo cual evita muchos cigarrillos automáticos, lo ayuda a conocer su adicción, y le permite tomar el control de su conducta.

- Proponer restringir la concurrencia a los lugares dónde aún fuma y comunicar a su pareja y amigos que no va a fumar en determinados lugares (auto, trabajo, etc.) Estas acciones ayudarán además a evitar las recaídas.
- Aconsejar tener actividades o acciones previstas para el momento que le vengan deseos de fumar: tomar un vaso de agua o comer una fruta, dar un pequeño paseo, realizar varias inspiraciones lentas y profundas buscando relajarse, u otras estrategias personalizadas adecuadas.
- Orientar a un tratamiento especializado si no logra avanzar en esta etapa.

#### **Del abandono de los cigarrillos al mantenimiento de la abstinencia a lo largo del tiempo:**

- Una vez conseguida la cesación buscar estrategias que le faciliten mantenerse sin fumar, planificar el tiempo libre y estrategias para situaciones de stress.
- Evitar las situaciones de alto riesgo de recaída, no ponerse a prueba exponiéndose a situaciones que habitualmente asociaba con el acto de fumar.
- Buscar otras alternativas y recompensas para las actividades diarias que antes acompañaba con cigarrillos (sobremesa, reuniones), insistiendo en los beneficios para la salud que significa ser no fumador
- Buscar ayuda profesional si cree estar en riesgo de recaída.

#### **Recaída**

- Lo ideal es la prevención de las recaídas. Pero si ocurre es importante que el paciente haya sido preparado para pedir ayuda inmediatamente.
- La actitud del médico debe ser de comprensión y de apoyo, acompañando al paciente el tiempo que necesite para realizar un nuevo intento.
- El principal objetivo es que el paciente retome la motivación y la autoconfianza para reiniciar la abstinencia.

**Estas son sugerencias de posibles intervenciones que deberán adecuarse a la realidad de cada paciente. Se intenta transmitir qué tipo de consejo puede ser efectivo en cada etapa. Pero siempre se debe insistir en la importancia de la cesación.**

## ANEXO 6

Los cuestionarios que se agregan a continuación son de libre distribución para su aplicación en la práctica clínica. El test de Fagerström es el más usado para evaluar el grado de dependencia física. Se interpreta con base en la sumatoria del puntaje adjudicado a cada respuesta. La escala de interpretación está al pie del test. El test de Richmond evalúa el grado de motivación para el abandono del tabaquismo, es aplicable para identificar en una población, el subgrupo en el que se podrá realizar una intervención con mayor probabilidad de éxito. La interpretación también se realiza sumando los puntajes de cada respuesta.

### TEST DE FAGERSTRÖM MODIFICADO\*

Estas preguntas están dirigidas a evaluar el grado de dependencia a la nicotina.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ N° de Ficha: \_\_\_\_\_

1- ¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día?	> 30	3
	21 a 30	2
	11 a 20	1
	< 11	0
2- ¿Fuma más en las primeras horas tras levantarse que en el resto del día?	SI	1
	NO	0
3- ¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?	< 5 minutos	3
	6 a 30 min.	2
	31 a 60 min.	1
	> 60 min.	0
4- ¿Qué cigarrillo le es más difícil omitir?	El primero	1
	Otro	0
5- ¿Le es difícil no fumar donde está prohibido?	SI	1
	NO	0
6- ¿Fuma si está tan enfermo que ha estado en cama la mayor parte del día?	SI	1
	NO	0

\*Solano Reina S, Jiménez Ruiz CA. Historia clínica del tabaquismo. En: Prevención del tabaquismo. Vol 2, nº1. Abr. 2000. España  
Sansores R, Espinosa AM. Manual del Programa cognitivo conductual de la clínica para dejar de fumar. 1999. Mexico

INTERPRETACIÓN DEL PUNTAJE (sumatoria)

0 - 3 NO DEPENDENCIA  
4 - 6 DEPENDENCIA LEVE  
7 - 9 DEPENDENCIA FUERTE  
10 DEPENDENCIA MUY FUERTE



## TEST DE RICHMOND

Evalúa el grado de motivación para dejar de fumar

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ N° de Ficha: \_\_\_\_\_

1- ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?	SI	1
	NO	0
2- ¿Cuánto interés tiene usted en dejarlo?	Nada en absoluto	0
	Poco interés	1
	Interesado	2
	Muy seriamente	3
3- ¿Intentará dejar de fumar en las próximas dos semanas?	Definitivamente no	0
	Dudoso	1
	Probable	2
	Definitivamente si	3
4- ¿Cuál es la posibilidad de que usted sea "no fumador" dentro de los próximos 6 meses?	Definitivamente no	0
	Dudoso	1
	Probable	2
	Definitivamente si	3

INTERPRETACIÓN DEL PUNTAJE (sumatoria)

0 - 6 BAJA MOTIVACIÓN  
7 - 9 MODERADA MOTIVACIÓN  
10 ALTA MOTIVACIÓN





