

SALUD PÚBLICA

CONSUMO DE TABACO EN COSTA RICA, RELACIÓN CON MÚLTIPLES PATOLOGÍAS E IMPORTANCIA DE LA CESACIÓN DE FUMADO

Yislin Solís Jiménez*
Tinneth Monge Acuña**

SUMMARY

Smoking is a disease of interest because in recent years there has been the impact on different population groups around the world and our country is no exception. The increased incidence of cardiovascular and respiratory diseases related with smoking was the starting point for other investigations that looked how cigarette smoking is associated with other diseases. In Costa Rica on average 13.5 % of the population is active consumer, it means that close to half a million people smokes in our country. The purpose of this review is to analyze the consumption of tobacco in our

community and what steps can be taken to the cessation of smoking and decrease the incidence of morbidity related to tobacco per year.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial el consumo de tabaco mata a más de 5 millones de personas al año y 600000 fumadores pasivos y es responsable de la muerte de 1 de cada 10 adultos. Si se mantienen las tendencias actuales, el consumo de tabaco matará a más de 8 millones de personas al año en el 2030. (OMS, Organización

Mundial de la Salud, 2010). La dependencia al tabaco está reconocida como un trastorno mental y del comportamiento tanto en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) como en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM- V). Casi el 80% de los más de mil millones de fumadores que hay en el mundo viven en países de ingresos bajos o medios, donde es mayor la carga de morbilidad y mortalidad asociada al tabaco. (OMS O. M., Tabaco, Julio 2015) El humo

* Médico General.

** Médico General.

del tabaco incluye más de 4000 componentes químicos; alrededor de la mitad de los componentes se encuentran originalmente en las hojas de tabaco y la otra mitad son creados por reacciones químicas al quemarse el tabaco. Así, inequívocamente, el consumo de tabaco y la exposición a su humo son causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad, y representan un riesgo inminente para la salud pública mundial. (OMS, 2003) El fumado es una de las principales causas de muerte, más que cualquier otra sustancia psicoactiva, se le relaciona con el 33% de todos los cánceres (se estima que en un 80% de los casos de cáncer de pulmón es provocado por el tabaquismo), 29% en enfermedades respiratorias y, es un importante factor de riesgo que contribuye a las enfermedades cardiovasculares, hasta el 29% de estas patologías tienen relación directa con el consumo de tabaco. (The Tobacco Atlas, 2012). En el año 2010 se realizó la encuesta nacional sobre consumo de drogas en Costa Rica, la cual mediante la aplicación de una encuesta en hogares a personas entre 12 y 70 años de edad, de ambos sexos y de los diversos niveles socioeconómicos, con el objetivo de establecer el perfil epidemiológico sobre consumo de drogas en Costa Rica, algunas de las conclusiones de este estudio nos indican:

TABAQUISMO EN COSTA RICA

Los hombres de 40-49 años y las mujeres de 18-29 años presentan los mayores porcentajes de fumado activo. Prevalencia de fumado alguna vez en la vida en los jóvenes es de 26% y consumo activo 10%. Prevalencia de consumo alguna vez en la vida en ambos sexos entre los 12 y 70 años es 24.8%. Prevalencia en hombres es de 30.7% y en mujeres es 18.7%. En población adolescente el 28,6% ha fumado alguna vez en la vida, 15.6% en el último año y 8,9% en el último mes. Inicio de tabaquismo es en promedio de edad 16.5 años en hombres y 17.4 años en mujeres. Se estima que 434 mil personas fuman activamente en CR (297 mil hombres/137 mil mujeres). (IAFA, 2010).

PATOLOGÍAS MÉDICAS QUE SE HAN VINCULADO Y DOCUMENTADO EN RELACIÓN CON EL CONSUMO DE TABACO

Tomado de Atlas de tabaco, quinta edición 2015. (Jeffrey Drope, 2015).

SNC: Varios estudios han demostrado atrofia de materia gris en el cerebro de los

fumadores, que pueden hacerlos más susceptibles a la demencia. Mayor riesgo de desarrollar accidentes vasculares cerebrales, síndrome de abstinencia y sus consecuencias en la salud. Además, los niños nacidos de madres que fumaron durante el embarazo tienen alteraciones neuronales similares a niños con trastorno por déficit de atención / hiperactividad. Ojos: Ceguera por degeneración macular, lagrimeo por irritación, cataratas a larga plazo. Nariz: (Anosmia), rinosinusitis crónica, cáncer de senos para nasales. Dientes: Gingivitis, periodontitis, pérdida de piezas dentales, caries, placa, decoloración. Cavity Oral: Cáncer de labios, boca, laringe y faringe, disfagia, deterioro sentido del gusto, mal aliento. Oído: Otitis a repetición, hipoacusia. Manos y piel: Envejecimiento prematuro, mala perfusión periférica. Sistema Musculo- Esquelético: Osteoporosis, cáncer de la médula ósea. Pulmón: Cáncer de pulmón, bronquitis crónica, enfisema, EPOC, asma, neumonías. Corazón: Infarto agudo del miocardio en edades prematuras. Pecho y abdomen: Cáncer de esófago, gástrico, colon y cáncer de páncreas, aneurisma aórtico abdominal, posible aumento del riesgo de cáncer de mama. Aparato reproductor masculino: Infertilidad (deformidad de espermatozoides, pérdida de

motilidad, número reducido), impotencia, muerte por cáncer de próstata. Aparato reproductor femenino: Cáncer de cuello uterino y de ovario, insuficiencia ovárica prematura, menopausia temprana, reducción de la fertilidad. Miembros inferiores: Enfermedad vascular periférica. Sistema inmunológico: Mayor riesgo de desarrollar alergias, menos tolerancia a infecciones. Procesos quirúrgicos: Lenta y mala cicatrización de heridas.

DIAGNÓSTICO DE TABAQUISMO Y EVALUACIÓN INICIAL DEL FUMADOR

El concepto de dependencia es muy importante para los médicos clínicos, ya que deben entender que las recaídas son parte del proceso y que se requiere de apoyos reiterados para lograr la abstinencia. Las manifestaciones clínicas dependen de las características individuales de personalidad de cada individuo, así como de las circunstancias socioculturales que lo rodean. El principal síntoma, es la necesidad imperiosa o compulsiva de volver a consumir la sustancia para experimentar la recompensa que produce y para evitar el síndrome de abstinencia. Al ser el tabaquismo una enfermedad adictiva, se hace necesario, en cada paciente, caracterizar y

objetivar la dependencia y su severidad, tanto en sus aspectos físicos como psicosociales. (Bello, 2009).

MÉTODOS DE VALORACIÓN

Existen diversas escalas de evaluación para detectar el grado de dependencia al tabaco, y sus múltiples factores de riesgo, tales como la escala de (FAGERSTROM), además se realizan escalas para evaluar grados de depresión y ansiedad como la escala de (ZUNG), test de dependencia a alcohol y otras drogas (CAGE), y valoración de etapas de cambio (Prochaska y Diclemente). Con estas escalas se

puede abordar de manera rápida y eficiente a las personas que desean dejar de fumar y valorar cuales son los puntos más importantes a trabajar al momento de iniciar un tratamiento de cesación de fumado.

COMO DIAGNOSTICAR DEPENDENCIA A LA NICOTINA

En cuanto a la dependencia física ésta puede ser clasificada como leve, moderada o severa utilizando el test de Fagerström, ampliamente usado y validado para este fin (Tabla 1). (Bello, 2009)

Tabla 1. Test de Fagerstrom de dependencia a la nicotina

Pregunta	Respuesta	Puntaje
1. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	10 o menos	0
	11 a 20	1
	21 a 30	2
	31 o más	3
2. ¿Cuánto tiempo pasa, desde que se levanta hasta que fuma su primer cigarrillo?	Menos de 5 minutos	3
	6 a 30 minutos	2
	31 a 60 minutos	1
	más de 60 minutos	0
3. ¿Fuma más en las mañanas?	SI	1
	NO	0
4. ¿Tiene dificultad para no fumar en lugares donde esta prohibido?	SI	1
	NO	0
5. ¿A qué cigarrillo le costaría más renunciar?	El primero de día	1
	Cualquier otro	0
6. ¿Fuma cuando no se encuentra bien o cuando está enfermo en cama?	SI	1
	NO	0
	Puntaje Total	

De 0 a 3 puntos: No dependencia, No requiere sustitutos de nicotina.
 De 4 a 6 puntos: Dependencia Moderada, requiere sustitutos de nicotina.
 De 7 a 10 puntos: Alto o muy alto grado de dependencia, requiere sustitutos de nicotina más terapia de apoyo y conductual.

MANEJO Y TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS QUE DESEAN DEJAR DE FUMAR

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Técnica de las 5 A: Programa de intervención leve: Averiguar, aconsejar, acordar, ayudar y acompañar. Consiste básicamente en estimular y promover la intención de dejar de fumar y ayudar a aquellos ya motivados en la cesación del tabaquismo. (Salud, 2000). Estrategias para dejar de fumar: Poner fecha de cese y prepararse para ese día, deshacerse de cajetillas, ceniceros, encendedores, planear actividades, evitar momentos de ocio, rodearse de personas de confianza que le brinden su apoyo. Estrategias de mantenimiento: Cambiar la rutina, meriendas saludables (tenerlas preparadas y a la mano), esto ayudará a mantener el peso, realizar ejercicio al menos 3 veces por semana por al menos 30 minutos, evitar la compañía de fumadores, no tocar cigarrillos, disminuir o eliminar el consumo de licor y café.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El objetivo principal de la terapia

farmacológica es Disminuir Síndrome de Abstinencia, se debe realizar un adecuado chequeo médico previo y adecuada historia clínica y de consumo del paciente, y así decidir la terapia a seguir, además debe premeditarse las situaciones que puedan impedir que se logre la abstinencia total.

Contraindicaciones Absolutas: Embarazo y Lactancia. Contraindicaciones Relativas: Consumo menor a 10 cigarrillos/día, Niños y adolescentes. Medicamentos usados como primera línea en Costa Rica: Terapia remplazo nicotínico, Veranicline (Champix), Bupropion.

(Judith A. Racoosin, 2014)

CONCLUSIONES

Las estrategias más eficaces en relación con los costos son las políticas públicas dirigidas a la población en general, por ejemplo prohibiciones de la publicidad directa e indirecta del tabaco; aumentos de impuestos y precios de productos de tabaco; creación de espacios sin humo en todos los lugares públicos y lugares de trabajo; y mensajes sanitarios bien visibles y claros en los paquetes de tabaco. (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2010). Se debe ofrecer grupos de apoyo, así como medidas externas, recomendada por la OMS en el Convenio Marco para el Control

del fumado y que hoy Costa Rica está aplicándola a través de la Ley General de Control de Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud No. 9028 de reciente vigencia. (Reglamento a la ley General de Control de Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud. No 9028, 2012). Aunque el número de mujeres que fuman es mucho menor que el de hombres, la epidemia de consumo de tabaco por las mujeres va en aumento en la mayoría de países. La industria tabacalera dirige campañas de publicidad muy costosas hacia las mujeres mediante anuncios que explotan estereotipos de género y vinculan falsamente el consumo de tabaco con conceptos de belleza, prestigio y libertad, de ahí la importancia de la información en este grupo poblacional. (Organización Mundial de la Salud, 2010). Casi todas las personas que consumen tabaco hoy en día comenzaron a hacerlo cuando eran adolescentes. A nivel mundial, al menos uno de cada diez adolescentes (de 13 a 15 años) consume tabaco, y en algunas regiones esa cifra es mucho mayor. (salud, 2014) El estudio nacional del 2010, verifica que este fenómeno se manifiesta con claridad en el país. Continuar con las actividades destinadas a desestimular el consumo y por tanto disminuir la prevalencia del consumo de tabaco, impacta favorablemente en el descenso

o en la reducción de un gran número de enfermedades y muertes atribuidas al tabaquismo.

RESUMEN

El tabaquismo es una enfermedad de interés ya que en los últimos años se ha notado el impacto en los distintos grupos poblacionales en todo el mundo y, nuestro país no es la excepción. El incremento en la incidencia de enfermedades cardiovasculares y respiratorias en relación con el tabaquismo fue el punto de partida para distintas investigaciones que buscaron como se relaciona el hábito de fumar con otras patologías. En Costa Rica en promedio 13.5% de la población es consumidor activo, es decir cercano al medio millón de habitantes. El propósito de esta revisión es analizar el consumo de tabaco en nuestra

población y qué medidas se pueden tomar para la cesación de fumado y disminuir la incidencia de casos por año.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bejarano Orozco Julio. (2012). Encuesta nacional sobre consumo de drogas en población de. San José: IAFA.
2. Bello, S. (2009). Diagnóstico y tratamiento psicosocial del tabaquismo. Revista Chilena de enfermedades respiratorias. , v.25 n.4 .
3. IAFA. (2010). Consumo de drogas en Costa Rica, Encuesta Nacional 2010. SJ: IAFA.
4. Jeffrey Drope. (2015). The Tobacco Atlas. Atlanta: American Cancer Society.
5. Judith A. Racoosin, M. (2014). Regulatory History of Neuropsychiatric Adverse Events with Veranicline. FDA.
6. OMS. (2003). CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA CONTROL DEL TABACO. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42813/1/9243591010.pdf> recuperado 24092015.
7. OMS, O. M. (Julio 2015). Tabaco . OMS nota descriptiva n.º 339 .
8. OMS, O. M. (Julio 2015). Tabaco.
9. OMS, Organización mundial de la salud. (2010). ¿Por qué el tabaco es una prioridad de salud pública? http://www.who.int/tobacco/health_priority/es/.
10. Organización Mundial de la Salud, O. (2010). DIEZ DATOS SOBRE EL GÉNERO Y EL TABACO.
11. Reglamento a la ley General de Control de Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud. No 9028. (2012).
12. Salud, M. p. (2000). Cesación consumo de tabaco. OPS.
13. Salud, O. m. (mayo de 2014). Adolescentes: Riesgos para la salud y soluciones. Consumo de Tabaco
14. (2012). The Tobacco Atlas. Atlanta: American Cancer Society.
15. WHO, W. H. (2011). Report on the global tobacco epidemic. warning about the dangers of tobacco.