



**REPÚBLICA DE CUBA**  
**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CIEGO DE ÁVILA**

**TÍTULO:** Esquema de tratamiento con técnicas tradicionales en pacientes fumadores del Consultorio 25 del Policlínico Norte Morón.

**AUTORA:** Dra. Mayla González Pérez.

**Residente de 2do Año en Medicina General Integral.**

**Morón, Ciego de Ávila.**

**2014**

**REPÚBLICA DE CUBA  
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CIEGO DE ÁVILA**

**TÍTULO: Esquema de tratamiento con técnicas tradicionales en pacientes fumadores del Consultorio 25 del Policlínico Norte Morón.**

**Tesis en opción al título de Especialista de Primer Grado en Medicina  
General Integral.**

**AUTORA: Dra. Mayla González Pérez.**

**Residente de 2do Año en Medicina General Integral.**

**INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Policlínico Universitario Diego del Rosario Padilla.**

**TUTOR: MSc Dr. José Alberto Cintra Rodríguez.**

**Especialista de Primer grado en Medicina General Integral. Especialista de Segundo grado en Medicina Natural y Tradicional. Master en Medicina Bioenergética y Natural. Profesor Asistente.**

**INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Policlínico Universitario Diego del Rosario Padilla.**

**Morón, Ciego de Ávila  
2014**

## PENSAMIENTO

“Calidad es lo que tenemos que darle a nuestro pueblo; es una obligación de cada uno como parte de nuestro deber hacia la Comunidad.”

Ché

## DEDICATORIA

A mis padres por todo el amor, apoyo y comprensión que me han dado.

A la memoria de mis abuelas que llenaron de felicidad mi infancia y sus recuerdos siempre vivirán en mí.

## AGRADECIMIENTOS

A mi tutor por toda su dedicación y ayuda incondicional que sin él sería difícil realizar este sueño profesional.

A mi colectivo de profesores, grupo de compañeros de año en la carrera, y demás familiares que de una forma u otra colaboraron en el mismo.

## RESUMEN

Se realizó un estudio pre-experimental con la aplicación de un esquema de tratamiento basado en técnicas tradicionales en el período comprendido de septiembre del 2013 a mayo del 2014, en pacientes fumadores pertenecientes al consultorio 25 del Policlínico Norte de Morón. La muestra estuvo constituida por 92 pacientes que luego de cumplir con los criterios de inclusión, recibieron un tratamiento bioenergético con fitoterapia haciéndosele previo interrogatorio; así como, cualquier otro remedio que pudiera ser útil en el manejo de la deshabituación, además de los remedios homeopáticos con el objetivo de facilitar la desadicción tabáquica del paciente. La adicción nicotínica fue más frecuente en pacientes de 41 a 50 años y el mayor por ciento de los fumadores practicaron el hábito consumiendo café, en cuanto a los antecedentes patológicos familiares prevaleció la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y la Hipertensión Arterial y por último la mitad de la muestra clasificó como moderadamente eficaz según el tratamiento tradicional aplicado en esta investigación. La técnica de procesamiento de la información fue manual y como medida de resumen de la información se utilizó el porcentaje (%), los resultados se presentaron en tablas en correspondencia con los objetivos propuestos.

**Palabras claves:** Adicción tabáquica/ Medicina bioenergética/ Tratamiento homeopático.

## ÍNDICE

Introducción.....	1-3
Objetivos.....	4
Marco Teórico.....	5-24
Método.....	25-29
Análisis y Discusión de los resultados	30-36
Conclusiones.....	37
Referencias Bibliográficas.....	38-41
Anexos.....	42-45

## INTRODUCCION

El concepto de tabaquismo ha evolucionado mucho en las últimas décadas, de hábito, en los años 60, el consumo pasó a ser considerado como dependencia en los 70, a mediados de los 80 el tabaquismo fue enunciado como una adicción y durante los años 90 se instauraron las clínicas específicas en todo el planeta para el tratamiento del fumador(1-4). Desde hace casi medio siglo las evidencias sobre el daño relacionado con el consumo de tabaco han sido señaladas por instituciones de gran prestigio en el ámbito de la salud pública (5).

El tabaquismo es considerado hoy en día el mayor problema de salud pública prevenible de los países desarrollados (6). En general, las enfermedades crónicas (enfermedades cardiovasculares, respiratorias y cáncer) son más frecuentes entre población expuesta al tabaco que en la que no lo está (6,7). Se puede afirmar, sin lugar a dudas, que el tabaco es la principal causa de muerte prematura y de enfermedades prevenibles en nuestro país y en países de nuestro entorno (8,9). Debido a las consecuencias, tanto a la repercusión (dependencia) física, psicológica y social que genera en los consumidores, ya desde el último Congreso de Psiquiatría que tuvo lugar en La Habana, fue considerado una enfermedad más, pues requiere tanto tratamiento medicinal como rehabilitación psicológica y re-educación social

Las estadísticas mundiales muestran de manera continuada desde hace años que el consumo de tabaco se sitúa en los primeros lugares entre los factores de riesgo que provocan muerte y discapacidad, quedando establecido desde el año 2010 a nivel mundial que el tabaquismo es una enfermedad.

Así, el humo del tabaco, voluntariamente o involuntariamente inhalado, lidera el grupo en el que se encuentran la hipertensión arterial, el consumo de alcohol, el sobrepeso, el exceso de colesterol, la inactividad física, el consumo de drogas ilegales o los riesgos para la salud relacionados con el tabaco (1,2).

Las autoridades sanitarias de todo el mundo han emprendido hace años una lucha contra la epidemia del tabaquismo que ha comenzado a dar sus frutos con resultados dispares en diferentes países. El Convenio Marco para el Control del Tabaco de la

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (7,8), firmado por 168 Partes y ratificado por 141, incluida la Comunidad Europea, reconoce que se ha demostrado de manera inequívoca que la exposición al humo del tabaco es causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad. El Convenio obliga a la Comunidad y a sus Estados miembros a adoptar medidas contra la exposición al humo de tabaco en lugares de trabajo interiores, transportes públicos y lugares públicos cerrados.

La nicotina cumple todos los criterios de las definiciones de adicción o de dependencia: consumo compulsivo pese a las evidentes y graves consecuencias negativas derivadas del mismo y a los repetidos intentos de dejar de fumar, deseo intenso, efectos psicoactivos debidos a la acción directa de la sustancia sobre el sistema nervioso central y alteración del comportamiento motivada por los efectos de refuerzo de la nicotina como sustancia psicoactiva. Las bases para considerar el tabaco como un producto que genera dependencia, debido a su contenido en nicotina, que produce una serie de alteraciones fisiológicas y psicológicas de dependencia equiparables a otras drogas legales (alcohol) o ilegales (heroína, cocaína...) han sido claramente establecidas desde hace años (10).

Tanto las estrategias generales de lucha contra el tabaco como las directrices para el tratamiento del tabaquismo basadas en consideraciones científicas, han sido motivo de preocupación prioritaria en los últimos años por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que, consciente de la importancia del problema que para la salud pública supone a nivel mundial, ha elaborado y difundido distintas recomendaciones para la actuación (10-14)

La dependencia al tabaco está reconocida como trastorno mental y del comportamiento en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS ICD-10 (1,12) y en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría DSM-IV-TR (14)

En el año 2012 el cáncer fue la primera causa de muerte en 10 provincias del país, en el municipio Morón la más alta incidencia fue precisamente el Cáncer de pulmón, donde el factor de riesgo principal fue el hábito de fumar.

La provincia Ciego de Ávila no queda exenta de este problema de salud y se reportaron el año anterior un total de 40108 fumadores.

En el área norte del municipio Morón se reportaron 1123 fumadores, dentro de estos 92 pertenecen al Consultorio Nro. 25 del área, por lo que no estamos ajenos a esta problemática. (15)

Pregunta de investigación

**¿Cómo contribuir a la desadicción tabáquica con técnicas tradicionales en pacientes fumadores del CMF Nro. 25 del Policlínico Norte de Morón?**

Hipótesis: Si se utilizan técnicas de la medicina tradicional como la homeopatía y la fitoterapia en un grupo de fumadores podría disminuirse e incluso erradicar esta nociva adicción en los pacientes que así lo deseen (desadicción tabáquica).

## OBJETIVOS:

### **Objetivo General**

- Aplicar un esquema de tratamiento con técnicas tradicionales para la desadicción tabáquica en un grupo de pacientes fumadores pertenecientes al consultorio 25 del Policlínico Norte de Morón.

### **Objetivos Específicos**

- Caracterizar la población fumadora según grupo de edad, hábitos tóxicos asociados (café, alcohol) y antecedentes patológicos personales y familiares (APP y APF).
- Evaluar la efectividad del tratamiento terapéutico con MTN en el manejo de la adicción tabáquica en fumadores del consultorio 25 del área norte de Morón.
- Confeccionar un folleto con esquema de tratamiento tradicional y un plegable donde se de promoción a este tipo de terapia para el control de esta entidad.

## MARCO TEORICO

### El tabaquismo como problema de salud pública

El tabaquismo es la principal causa de muerte prematura evitable en el mundo. Es responsable de 5.000.000 de muertes anuales, cifra que podría duplicarse en el 2030, (3) de no mediar acciones para contrarrestar la situación. Asimismo se ha estimado que 500 millones de personas que viven en la actualidad morirán a causa del tabaco (1). Actualmente el tabaquismo es el responsable de la muerte de 1 de cada 10 personas adultas en el mundo y en el año 2030 llegará a ser 1 de cada 6 (3) si no varían las actuales políticas sanitarias en relación con la epidemia de consumo de tabaco en todo el mundo.

Se estima que en el año 2010 en torno a 1,4 millones de varones y 0,5 millones de mujeres murieron en los países desarrollados debido al consumo de tabaco. Esto supuso el 22% de las muertes entre los varones y el 8% de las muertes entre las mujeres. Además la mayoría de estas muertes fueron prematuras ya que representaron el 30% de todas las muertes ocurridas en los varones de 35 a 69 años y el 11% de la mortalidad ocurrida en las mujeres de esa misma edad. Las muertes debidas al consumo de tabaco suponen una pérdida de 22 años de vida en los individuos de 35 a 69 años y de 8 años en los individuos de 70 o más años (16).

En Europa occidental el tabaquismo ocasiona 4 veces más muertes que el resto de las otras drogodependencias juntas (alcoholismo y drogas ilegales), el doble de muertes que la hipercolesterolemia y casi el doble que las producidas por la hipertensión arterial.(16)

La mortalidad atribuible al consumo de tabaco es muy elevada en nuestro país, sobre todo en los varones ya que 1 de cada 4 fallece por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. En el año 2009 un total de 49.072 personas murieron por enfermedades debidas al consumo de tabaco. De ellas 44.682 (91,1%) fueron varones y 4.390 (8,9%) mujeres. Estas muertes supusieron el 24,5% del total de muertes en los varones y el 2,6% del total de muertes en las mujeres.

Según la OMS, en el 2012, existían en el mundo más de 1.250 millones de fumadores, lo que representa aproximadamente un tercio de la población mayor de 15 años. Por sexos el 47 % de los hombres y un 11 % de las mujeres en este rango de edad

consumen una media de 14 cigarrillos/día, lo que supone un total de 5,827 billones de cigarrillos al año. El 74 % de todos los cigarrillos se consumen en países de bajo-medio nivel de ingresos (Banco Mundial) (hay que tener en cuenta que la mayor parte de la población mundial vive en países de bajo-medio nivel de ingresos). Tanto para hombres como para mujeres, el segmento de edad en la que fuma mayor proporción es el comprendido entre 30 y 49 años. (14)

Las mayores prevalencias mundiales se encuentran en Vietnam, Chile, parte de África y República Dominicana en hombres (73, 68 y 66 %, respectivamente), mientras que Dinamarca y Noruega la presentan en la población femenina (37 y 36 % respectivamente). Por su elevado volumen poblacional, China, India y la Rusia son las que agrupan la mayor parte de fumadores del mundo. (4)

En la Unión Europea existe una reducción progresiva del consumo, se mantiene la mayor prevalencia en hombres que en mujeres, excepto en Suecia, donde el consumo es algo mayor en mujeres (22% hombres, 24% mujeres). La mayor proporción de fumadores se encuentra en los países mediterráneos. La prevalencia en España a todas las edades es del 36 % de la población.

En México se estima que mueren diariamente entre 123 y 165 personas debido a haber consumido tabaco, lo que convierte a esta adicción en un grave problema de salud pública.

La dependencia al tabaco está reconocida como trastorno mental y del comportamiento en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS ICD-10 (1,12) y en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría DSM-IV-TR (15).

"La incidencia de tabaquismo en la población general es de alrededor de un 30 por ciento, sin mayores diferencias entre sexos, con edades de inicio que se adelantan cada vez más y que actualmente llegan a los 10 u 11 años", refirió el doctor Müller.

Algunas estadísticas son alarmantes: (13,14)

- En total, 1350 millones de personas son fumadoras en el mundo
- Eso nos da que 1 de cada 5 personas fuma
- En USA, la distribución de adultos fumadores por razas es la siguiente:
- El 36'4% son americanos nativos
- El 21'4% son de raza blanca
- El 19'8% son afroamericanos
- El 13'3% son hispanos (supongo que se refiere a sur americanos)
- El 9'6% son asio-americanos
- El 25% de los estudiantes, son fumadores
- Cada día, 1000 personas menores de 18 años se vuelven fumadores regulares
- 5 millones de personas mueren al año en el mundo por causa del tabaco
- De esos, 443 mil son en USA lo que implica que hay 1 de cada 5 muertes en los Estados Unidos
- Produce más que muertes por alcohol, accidentes de coche, suicidios, SIDA, homicidios y por drogas combinadas
- La media de vida en USA es de 78 años para un adulto normal
- Para un adulto fumador, eso baja a 64 años
- Unas 49 mil muertes en USA son de fumadores pasivos por fumadores activos.
- En USA, los cigarrillos causan la pérdida de 193 mil millones de dólares, de ellos 97 mil millones son por pérdida de productividad
- Los otros 96 mil millones son por recetas de seguros médicos
- Solo 5 de cada 100 que lo intenta, consigue desengancharse del tabaco
- En los cigarrillos se han encontrado unas 4000 sustancias diferentes
- De esos 4000, hay 60 que son reconocidos como cancerígenos

Según la Organización Mundial de la Salud el tabaco es la primera causa de invalidez y muerte prematura del mundo (1). En Europa el tabaquismo provoca cada año 1,2 millones de muertes. Está directamente relacionado con la aparición de 29 enfermedades, de las cuales 10 son diferentes tipos de cáncer y de más del 50% de las enfermedades cardiovasculares. El fumar es directamente responsable de aproximadamente el 90% de las muertes por Cáncer de pulmón y aproximadamente el

80-90% de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y Enfisema. (14) En España cada año mueren más de 50.000 personas debido al consumo de tabaco, más que por los accidentes de tráfico y el consumo de todas las drogas ilegales juntas.(17,18)

El tabaco es adictivo debido principalmente a su componente activo, la nicotina, que actúa sobre el sistema nervioso central. El fumador sufre una dependencia física y psicológica que genera un síndrome de abstinencia, denominado tabaquismo. La nicotina genera adicción, pero tiene efectos antidepresivos y de alivio sintomático de la ansiedad. No se utiliza en farmacia, porque en la segunda mitad del siglo XX se descubrieron antidepresivos más eficaces y que no crean adicción. Tampoco se emplea para el alivio sintomático de la ansiedad, salvo en casos excepcionales, porque las benzodiacepinas, que son el tipo de tranquilizantes más utilizado, también crean dependencia, pero se consideran más eficaces. (19)

Es factor de riesgo en enfermedades respiratorias, cardiovasculares, distintos tipos de cáncer, y es especialmente perjudicial durante el embarazo. Además, no sólo perjudica a los fumadores, sino también a los que respiran el mismo aire (fumadores pasivos). El tabaquismo es la principal causa de mortalidad, en la mayoría de los países desarrollados, a principios del siglo XXI, aunque hay otros estudios que indican que estas enfermedades atribuidas al tabaco son en realidad la contaminación industrial y química, los aditivos alimentarios y los pesticidas utilizados en la agricultura. Además, el tabaco como tal es lo que menos se fuma, pues excepto el poco tabaco natural, todo lo que se comercializa está adulterado con sustancias químicas que le aportan dudosas o preocupantes propiedades como la de ser más adictivo o mejorar su sabor, y otras que no se saben porque también tienen fórmulas secretas. Las industrias agregan aditivos que el tabaco puro jamás ha tenido, aumentando la toxicidad que de por sí ya tiene. Sin embargo es importante recalcar que el tabaco por muy puro o de "liar" como se conoce, siempre causará daño irremediablemente, por lo que la única opción que minimiza el riesgo de padecer enfermedades respiratorias a edades avanzadas es simplemente no fumar. (19-22)

Debido a las consecuencias, tanto a la repercusión (dependencia) física, psicológica y social que genera en los consumidores, ya desde el último Congreso de Psiquiatría que tuvo lugar en La Habana, fue considerado una enfermedad más, pues requiere tanto tratamiento medicinal como rehabilitación psicológica y re-educación social. Dichas dependencias son las más difíciles de corregir, aunque la dependencia física es la que con mayor facilidad desaparece, después de la abstinencia. Queda constituida desde entonces, como una enfermedad, que genera enfermedades y otras complicaciones. De hecho, las cifras son contundentes: "Durante la última década han muerto 50 millones de personas como consecuencia de enfermedades tabaco-dependientes". (22) Particularmente en las patologías psiquiátricas, hay evidencia de que el consumo de tabaco está asociado a un aumento del nivel de ansiedad, incremento del riesgo de sufrir crisis de pánico, y en pacientes con trastorno bipolar, un aumento de la severidad de la enfermedad y del riesgo de psicosis. También se ha asociado al tabaquismo a un mayor índice de suicidios y una mayor prevalencia de enfermedad psiquiátrica en general. (23)

Fumar un sólo cigarrillo da lugar a una elevación del ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria y la tensión arterial. El humo produce una reacción irritante en las vías respiratorias. La producción de moco y la dificultad de eliminarlo es la causa de la tos. Debido a la inflamación continua se produce bronquitis crónica. También produce una disminución de la capacidad pulmonar, produciendo al fumador mayor cansancio y disminución de resistencia en relación a un ejercicio corporal. (24-26)

El humo del tabaco se compone de una corriente primaria o principal, que es la que inhala directamente el fumador, y una corriente secundaria, generada mediante la combustión espontánea del cigarro. Se han identificado más de 4.000 sustancias nocivas en el humo del cigarrillo, de los cuales al menos 60 son probables carcinógenos humanos, como los 4-aminobifenoles, benceno, níquel, otras sustancias tóxicas son monóxido de carbono, dióxido de carbono, nitrosaminas, amoníaco, y otras están como partículas en suspensión (alquitranes y nicotina). (19-22)

Durante el embarazo, el tabaco multiplica su potencial dañino generando no sólo riesgos para la fumadora, sino también para el bebé, entre otros riesgos aumentan los de sufrir embarazo ectópico, hemorragias vaginales, alteraciones cardíacas, o en el

bebé riesgo de nacer con bajo peso, insuficiencias respiratorias, riesgo de padecer muerte súbita, infartos o leucemia infantil.(24)

Existen numerosas investigaciones que demuestran los efectos tan nocivos del tabaquismo en las mujeres embarazadas. Las fumadoras suelen dar a luz a niños de bajo peso (entre 150 y 250 gramos menos que las mujeres no fumadoras). Además, tanto la nicotina como el monóxido de carbono pasan al cuerpo del feto. Se ha demostrado que la concentración de carboxihemoglobina es dos veces mayor en la sangre del feto que en la de la madre. Si la madre fuma durante los últimos seis meses de embarazo, aumentan los riesgos de muerte para el recién nacido. Las mujeres que fuman, también corren más riesgo de sufrir desprendimiento prematuro de placenta. La mortalidad de los infantes es 30% mayor en las mujeres fumadoras que en las que no fuman, y tienen también el doble de abortos (22-25)

Las autoridades sanitarias han emprendido hace años una lucha contra la epidemia del tabaquismo que ha comenzado a dar sus frutos con resultados dispares en diferentes países. En nuestro ámbito geográfico más cercano, los países que componen la Unión Europea de los 25, se observan esos desiguales resultados en las acciones emprendidas para tratar de frenar y reducir las consecuencias del consumo de tabaco. Mientras en la mayoría de los países del oeste europeo la prevalencia del tabaquismo está estabilizada o en descenso, tanto en hombres como en mujeres, en otros países del este europeo los datos registrados muestran que todavía el descenso no ha comenzado a producirse en muchos lugares o incluso para algunos grupos, como el de las mujeres, el consumo está en franco aumento (WHO, 2007). Globalmente, en todos los países de la Unión la prevalencia de consumo podría haberse pasado del 28.8% en el año 2002 al 28.6% en el año 2008. (15)

El Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (CMCT OMS), firmado por 168 Partes y ratificado por 141, incluida la Comunidad Europea, reconoce que se ha demostrado de manera inequívoca que la exposición al humo del tabaco es causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad. El Convenio obliga a la Comunidad y a sus Estados miembros a adoptar medidas contra la exposición al humo de tabaco en lugares de trabajo interiores, transportes públicos y lugares públicos cerrados (26-28).

Según la encuesta del Eurobarómetro sobre la actitud de los europeos ante el tabaco, tres cuartas partes son conscientes de que el humo de tabaco presenta un riesgo para la salud de los no fumadores y un 95 % sabe que fumar en presencia de una mujer embarazada puede resultar muy peligroso para el bebé. La encuesta muestra que las políticas para un entorno sin humo reciben el respaldo de los ciudadanos de la UE. Más de cuatro de cada cinco encuestados son favorables a la prohibición de fumar en el lugar de trabajo (86%) y cualquier otro lugar público cerrado (84%). La mayoría de los europeos también es favorable a que esta prohibición se extienda a los bares (61%) y restaurantes (77%). Los Estados miembros que ya aplican esta medida en los establecimientos de hostelería son los que cuentan con mayores índices de aprobación en cuanto a las cafeterías (más del 80%) y restaurantes (más del 90%) sin tabaco (29,30).

#### Tabaco y cáncer

La primera evidencia que se tiene de su relación fue sugerida en 1761 por John Hill, que describió el desarrollo de pólipos laríngeos en los consumidores de rapé; dos de los casos que describió presentaban una transformación maligna; esta asociación ha sido corroborada en multitud de ocasiones desde esa época.

En 1941 los trabajos de Yamagawa e Ichikawa, demuestran por primera vez la naturaleza carcinógena de diferentes hidrocarburos del humo de cigarrillos. Posteriormente en 1950 y 1952 los trabajos de Doll y Hill publicados en BMJ y usando metodología del tipo estudio caso-control ya sugieren que el tabaco es la principal causa de cáncer de pulmón.

El tabaco se ha relacionado con diferentes cánceres: cáncer de pulmón, laringe, orofaringe, esófago, estómago, páncreas, hígado, colon, recto, riñón, vejiga, mama, aparato genital, linfático. En el humo del tabaco se encuentran numerosos compuesto químicos cancerígenos que provienen de la combustión, como el benceno, el benzopireno, el óxido nítrico, los derivados fenólicos y nitrosaminas, además de ser una fuente importante de la nicotina, que se considera un fármaco psicoadictivo.(29-36) Se cree que el causante del 85% de los cánceres a causa del tabaco es el alquitrán que contienen los cigarrillos estándar. En su cubierta se pueden observar una serie de

finas líneas. Estas líneas son del alquitrán que la marca coloca a cada cierta distancia para que el cigarro no llegue a apagarse y siga consumiéndose de forma continua. Dicha concentración provoca que un fumador de cigarrillos estándar tenga hasta 5 veces más probabilidades de contraer cáncer con respecto a otro que fume puros o en pipa (29)

En el país, con anterioridad a la entrada en vigor de la nueva legislación con nuevas medidas sanitarias contra el tabaquismo, el consumo de tabaco estaba muy extendido. Un tercio de la población de más de 16 años fumaba diariamente. Los hombres en conjunto fumaban más que las mujeres, aunque esta situación se invertía en la adolescencia y primera juventud. En los últimos años la prevalencia del consumo de tabaco está estabilizada, si bien la evolución por género difiere. Los hombres han disminuido su consumo y las mujeres en cambio lo han aumentado. El patrón de consumo que prevalece es de una frecuencia diaria y el consumo medio se sitúa en 15 cigarrillos al día. Se comienza a fumar en la adolescencia, a una edad más temprana que el alcohol y el resto de sustancias psicoactivas. Se ha constatado también una proporción significativa de “exfumadores” en el conjunto de la población, así como el intento de dejar de fumar por parte de la mitad de los escolares fumadores de 14 a 18 años (37).

A pesar de la puesta en marcha de la denominada Ley Antitabaco, en la actualidad se considera que en España el tabaco sigue siendo la primera causa aislada de enfermedad, invalidez y muerte evitables por lo que es evidente la necesidad de seguir avanzando en las políticas públicas y regulaciones efectivas con el objetivo de tratar de reducir los devastadores efectos en la salud que origina su consumo. Según los expertos en la lucha contra el tabaquismo, la Ley es el mayor avance en salud pública de los últimos 15 años y ha alcanzado el 80% de los objetivos previstos. Los niveles de nicotina ambiental en los edificios de las administraciones públicas, empresas privadas, comercios, centros de transporte, universidades, hospitales y centros sociales son residuales y en general un 80% menores de los que había antes de la puesta en marcha de las medidas legislativas comentadas. La implicación de los profesionales sanitarios en el abordaje del tabaquismo es creciente, destacando el rol de la atención

primaria. Desde distintas profesiones y desde diferentes especialidades se han desarrollado opciones de intervención con resultados significativos. (29)

Aunque muchos fumadores dejan de fumar sin ayuda o sólo con el consejo de un profesional, muchos otros necesitan más apoyo. En este contexto, una guía clínica como la presente, basada en la evidencia científica, puede suponer un instrumento de gran utilidad para seguir avanzando en la lucha contra los problemas generados por el consumo de tabaco (29-31)

La mortalidad atribuible al consumo de tabaco es muy elevada en Cuba, sobre todo en los varones ya que 1 de cada 4 fallece en por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. En el año 2009, un total de 49.072 personas murieron por enfermedades debidas al consumo de tabaco. De ellas 44.682 (91,1%) fueron varones y 4.390 (8,9%) mujeres. Estas muertes supusieron el 24,5% del total de muertes en los varones y el 2,6% del total de muertes en las mujeres (17).

En el país, con anterioridad a la entrada en vigor de la nueva legislación con nuevas medidas sanitarias contra el tabaquismo (resolución 360), el consumo de tabaco estaba muy extendido. Un tercio de la población de más de 16 años fumaba diariamente. Los hombres en conjunto fumaban más que las mujeres, aunque esta situación se invertía en la adolescencia y primera juventud. En los últimos años la prevalencia del consumo de tabaco está estabilizada, si bien la evolución por género difiere. Los hombres han disminuido su consumo y las mujeres en cambio lo han aumentado. El patrón de consumo que prevalece es de una frecuencia diaria y el consumo medio se sitúa en 20 cigarrillos al día. Se comienza a fumar en la adolescencia, a una edad más temprana que el alcohol y el resto de sustancias psicoactivas. Se ha constatado también una proporción significativa de “exfumadores” en el conjunto de la población, así como el intento de dejar de fumar por parte de la mitad de los escolares fumadores de 14 a 18 años (17).

Los niveles de nicotina ambiental en los edificios de las administraciones públicas, empresas privadas, comercios, centros de transporte, universidades, hospitales y centros sociales son residuales y en general un 80% menores de los que había antes de la puesta en marcha de las medidas legislativas comentadas. La implicación de los profesionales de la Atención Primaria de Salud en el abordaje del tabaquismo es

creciente, destacando el rol de los policlínicos de cada área. Desde distintas profesiones y desde diferentes especialidades se han desarrollado opciones de intervención con resultados significativos. (19)

El tabaquismo involuntario.

Las pruebas sobre los efectos para la salud de la exposición al humo de los cigarrillos a consecuencia del tabaquismo pasivo se publicaron por primera vez en 1974. Desde entonces, más de 20 informes independientes publicados por diversas organizaciones, que varían desde la International Agency for Research on Cancer (IARC), Environmental Protection Agency (EPA) o la comisión alemana Maximale Arbeitsplatzkonzentration (MAK), han coincidido en que la exposición al humo del tabaco como consecuencia del tabaquismo pasivo provoca diversas enfermedades crónicas y mortales, incluida la cardiopatía isquémica, ictus, cáncer de pulmón y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (36-38).

Estudios recientes han confirmado los riesgos importantes para la salud y la vida del fumador pasivo. Se ha establecido que la exposición crónica al humo ajeno puede provocar una gran cantidad de enfermedades causadas también por el tabaquismo activo, como el cáncer de pulmón, enfermedades cardiovasculares y enfermedades infantiles. Está claramente establecido que el riesgo de desarrollar un cáncer de pulmón es entre un 20% y un 30% superior en los no fumadores que viven con un fumador, y entre un 12% y un 19% mayor en las personas que reciben el humo ajeno en el lugar de trabajo. Del mismo modo, el riesgo de cardiopatía coronaria es entre un 25% y un 30% mayor en los no fumadores que viven con un fumador. Además, un creciente número de datos parece indicar la existencia de un vínculo causal entre el tabaquismo pasivo y las enfermedades cerebrovasculares en los no fumadores. El tabaquismo pasivo está relacionado con las enfermedades respiratorias y es un importante elemento de exacerbación para las personas asmáticas, con alergias y enfermedades pulmonares obstructivas crónicas. El humo de tabaco ajeno es especialmente peligroso para los niños pequeños y los bebés; está relacionado con la muerte súbita del bebé, la neumonía, la bronquitis, el asma y síntomas respiratorios, así como con enfermedades del oído medio. En las embarazadas, la exposición al

humo de tabaco ajeno puede provocar recién nacidos de bajo peso, la muerte fetal o un parto prematuro. (38)

Las investigaciones más recientes indican que la exposición al humo ajeno casi duplica el riesgo de desarrollo de degeneración macular relacionada con la edad, importante causa de pérdida de visión. (21)

La mayoría de los efectos negativos para la salud de la exposición al humo de tabaco ajeno se caracterizan por una relación lineal dosis y respuesta, es decir, el riesgo aumenta proporcionalmente con la exposición. Con respecto al tabaquismo activo, el nivel de riesgo individual es menos elevado frente a 20 para el cáncer de pulmón, por ejemplo. No obstante, dado que muchas personas están expuestas, la carga de la enfermedad es sustancial. Además, en el caso de las cardiopatías, la relación dosis-respuesta no es lineal. El riesgo de enfermedad del corazón por el humo ajeno casi alcanza el 50 % del riesgo para un fumador que consume veinte cigarrillos diarios. Incluso escasas cantidades de humo de tabaco pueden tener efectos inmediatos en la coagulación y formación de trombos y efectos a largo plazo en el desarrollo de arteriosclerosis, factores importantes para las cardiopatías (21). Según las estimaciones más recientes de la asociación entre la Sociedad Respiratoria Europea, CancerResearch del Reino Unido y el Institut National du Cancer de Francia, el tabaquismo pasivo mata a más de 79.000 adultos cada año en la Unión Europea (39-46).

Los beneficios de dejar el tabaco.

Abandonar el hábito tabáquico comporta beneficios en términos de reducción de la mortalidad y aumento de la expectativa de vida, para cualquier grupo de edad y para ambos sexos (22). Del mismo modo que desde hace muchos años conocemos los problemas del tabaquismo sobre la salud de los fumadores, también existen evidencias ampliamente demostradas sobre los beneficios del abandono del consumo de tabaco en aquellos que han llegado a conseguirlo. Ya desde hace más de 40 años es bien conocida la relación entre el consumo de tabaco y la mortalidad, así como los beneficios a este nivel que los exfumadores pueden obtener si se comparan sus expectativas de vida con las que muestran las personas que siguen fumando (34). De

este modo sabemos que tan sólo a las 8 horas de haber fumado los niveles de nicotina y monóxido de carbono se reducen a la mitad y el oxígeno regresa a valores normales, lo que mejora la respiración. En 24 horas la nicotina y monóxido de carbono son eliminados del cuerpo. En 3 meses la mejoría de la función pulmonar es evidente, con disminución notable de la tos, la congestión nasal, el cansancio y la disnea. Después de un año el riesgo de enfermedad cardiovascular disminuye al dejar de fumar hasta en un 50% y con el paso de los años aún seguirá observándose esta reducción. El riesgo de infarto cerebral vuelve al del nivel de personas que nunca han fumado a los 15 años de dejarlo. (40-46)

Después de 10 años del abandono del tabaco también se ve fuertemente reducido el riesgo de padecer un cáncer de pulmón que es un 30-50% menor de los que siguen fumando. Cuando han transcurrido 15 años desde el abandono del tabaco el riesgo de enfermedad cardiovascular es similar al de los que nunca han fumado.

Aunque cualquier edad es buena para dejar de fumar, como parecería lógico, el abandono del tabaco no ofrece los mismos beneficios según los años que hayan transcurrido de hábito tabáquico. En este sentido cabe destacar los datos del estudio que realizó un seguimiento de 50 años en médicos ingleses y demuestra como la supervivencia de los que habiendo fumado pero abandonando el consumo de tabaco antes de los 35 años obtienen unas curvas de supervivencia no difieren significativamente de aquellos que nunca habían fumado (22).

Como era de esperar, el abandono del tabaco más allá de edades medias de la vida ofrecía peores resultados (22).

Trastornos inducidos por nicotina.(44)

Abstinencia de nicotina

Criterios para la abstinencia de sustancias.

- A. Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- B. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Criterios para el diagnóstico de Abstinencia de nicotina

A. Consumo de nicotina durante al menos algunas semanas.

B. Interrupción brusca o disminución de la cantidad de nicotina consumida, seguida a las 24 horas por cuatro (o más) de los siguientes signos:

(1) estado de ánimo disfórico o depresivo.

(2) insomnio.

(3) irritabilidad, frustración o ira.

(4) ansiedad.

(5) dificultades de concentración.

(6) inquietud.

(7) disminución de la frecuencia cardíaca.

(8) aumento del apetito o del peso.

C. Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental. (23)

Estos síntomas son debidos en gran parte a la privación de nicotina y son más intensos entre los sujetos que fuman cigarrillos que entre los que consumen otros productos que contienen nicotina. En sujetos que dejan de fumar la frecuencia cardíaca disminuye 5 a 12 lat./min en los primeros días, y el peso aumenta 2-3 kg el primer año.

Muchos son los tratamientos farmacológicos que se usan en todo el mundo para ayudar al fumador a abandonar esta adicción y en ello tiene un alto porcentaje los tratamientos con técnicas bioenergéticas entre los que se encuentran la homeopatía, la terapia floral, la acupuntura y la fitoterapia entre otros.

Tratamiento farmacológico: (43,44)

Todo lo anterior puede hacerse igualmente mediante un procedimiento farmacológico, como la terapia sustitutiva con nicotina o el bupropión. En este caso el papel del fumador es más pasivo, aunque su utilización va a depender de cómo estemos aplicando el tratamiento, disponibilidad de tiempo, aceptación de los tratamientos que se le ofrecen, gravedad del síndrome de abstinencia, etc.

- Terapia sustitutiva con nicotina

La terapia sustitutiva con nicotina se ha desarrollado para suprimir el síndrome de abstinencia de la nicotina que se produce cuando el fumador queda privado de la misma. Esto es, cuando deja de fumar. Hay actualmente varias preparaciones como son el chicle y el parche de nicotina, que son las más utilizadas, junto al spray nasal de nicotina y el inhalador de nicotina.

- Chicle de nicotina

El chicle de nicotina ha sido el primer fármaco disponible eficaz para dejar de fumar. La persona deja de fumar cigarrillos y mastica en su lugar chicles de nicotina. Es importante utilizarlo dentro de una estrategia de consejo médico o de un tratamiento especializado, dar instrucciones claras al fumador sobre su uso, y tener un mínimo entrenamiento para añadir al mismo un consejo individual especializado. Existen chicles de 2 y 4 mg de nicotina. De cada pieza se absorbe aproximadamente la mitad.

El pico de concentración de nicotina en plasma se obtiene después de 30 minutos de masticación, es por ello, un nivel más lento de absorción que el cigarrillo. Por ello, es importante saber masticar el chicle de nicotina, para tenerlo durante 30 minutos en la boca.

Terapia sustitutiva de nicotina (TSN): Numerosos estudios han puesto de manifiesto que el empleo de este fármaco por diferentes vías de administración resulta una medida eficaz en el tratamiento del tabaquismo, consolidándose como un elemento terapéutico farmacológico de primera línea, con pocas contraindicaciones y secundarismos, por tanto suficientemente seguro, como se pone de manifiesto en diversos metaanálisis en los que se incluyen más de 100 estudios realizados en un número de fumadores superior a 35.000 (47- 49)

- La TSN elimina o reduce significativamente el síndrome de abstinencia de la nicotina
- Existe poca evidencia de su eficacia para fumadores de 10-15 cigarrillos diarios
- Las dosis estándar de TSN se han mostrado eficaces, pero se ha sugerido adecuar la dosis al nivel de dependencia del fumador
- La TSN es eficaz por sí misma, pero cuando se le añade un tratamiento conductual se mejoran los resultados, obteniéndose los mayores resultados en esta combinación
- Los efectos secundarios de la TSN son de escasa entidad.
- En España están comercializados el chicle de nicotina, parche de nicotina, spray nasal de nicotina y comprimidos de nicotina para chupar

El primer día en que el fumador comienza a consumir los chicles tiene que dejar de fumar.

Debe mascar cada chicle durante un período de 20-30 minutos para asegurar la liberación adecuada de nicotina. No debe mascar más de 30 piezas diarias. Para muchos con 10-12 piezas les es suficiente. Hay dos tipos, de 2 y 4 mg de nicotina, dependiendo el uso de uno u otro del nivel de dependencia del fumador.

Se debe reducir el número de chicles mascarados progresivamente y no consumirlos más allá de 6 meses. La duración recomendada del tratamiento es de 3 meses, aunque algunos expertos creen que un tratamiento más largo es más efectivo.

El chicle de nicotina se puede conseguir en las farmacias sin prescripción.

Finalidad del chicle de nicotina

- Es un sustituto para dejar de fumar
- No es una ayuda para reducir el consumo
- Se deben dejar de tomar si se vuelve a fumar cigarrillos
- Utilizarlo siempre que se sienta la urgencia de fumar

Ventajas del chicle de nicotina

- La dosis se puede ajustar para cada fumador
- En situaciones de mayor necesidad de nicotina se pueden tomar más chicles
- Sirve como una estrategia de prevención de la recaída cuando se toma en vez de fumar un cigarrillo
- Su uso es seguro para la mayoría de los fumadores, con la excepción de las contraindicaciones para algunas enfermedades

### Pasos para el uso correcto del chicle de nicotina

- Mascarlo lentamente hasta percibir una sensación de picor u hormigueo
- Esperar hasta que desaparezca la sensación de picor u hormigueo
- Dejar el chicle entre la mejilla y las encías, o debajo de la lengua
- Mascarlo lentamente para liberar más nicotina, entonces dejarlo en el otro lado de la boca para minimizar la irritación local
- Continuar con el procedimiento indicado durante 30 minutos
- No mascar lo continuamente
- No tomar, o reducir, el consumo de café, zumo de frutas o bebidas ácidas, ya que dificultan la absorción de nicotina

### Dosis

- Se puede consumir hasta un máximo de 30 piezas por día. A la mayoría de los pacientes les basta con 10 ó 12 piezas
- El tratamiento normal dura 8-12 semanas
- Al finalizar este tiempo se le baja la dosis para evitar el síndrome de abstinencia de la nicotina hasta dejar de tomar los chicles en las siguientes semanas
- Se puede usar hasta 6 meses y hay que ir disminuyendo progresivamente la dosis
- En fumadores de más de 25 cigarrillos diarios y con alta dependencia (puntuaciones mayores a 6 en el Test de Fagerström de Dependencia de la Nicotina), la dosis de chicles de 4 mg es más eficaz que la de 2 mg.

### Precauciones

- Contraindicado o necesidad de utilizarlo con precaución durante el embarazo, si se ha padecido trastornos cardiovasculares, diabetes, esofagitis, úlcera gastroduodenal, etc.

### Parche de nicotina

El parche de nicotina, igual que el chicle de nicotina, es eficaz en ayudar a los fumadores a dejar de fumar. Cada parche de nicotina está constituido por una capa que se adhiere a la piel, encima de la cual se encuentra una membrana que permite la difusión de nicotina depositada en la matriz del parche que está protegido por una cubierta externa.

Los parches de nicotina se colocan sobre la piel, uno por día, para que liberen nicotina a través de la misma. Como en el caso de los chicles de nicotina, al utilizarlos la

persona tiene que dejar de fumar. En España están comercializados los de 21, 14 y 7 mg de nicotina que se liberan en 24 horas y los de 15, 10 y 5 mg que se liberan en 16 horas. El nivel de nicotina que se obtiene con los parches es aproximadamente la mitad del que se consigue con los cigarrillos. El parche de mayor dosis libera de forma continua aproximadamente 0.9 mg de nicotina por hora.

La facilidad de uso del parche de nicotina y la escasez de efectos secundarios lo convierten en la primera elección, a nivel farmacológico, para la deshabituación tabáquica en Atención Primaria.

Finalidad del parche de nicotina

- Es un sustituto para dejar de fumar
- No es una ayuda para reducir el consumo
- Se deben dejar de utilizar si se vuelve a fumar cigarrillos

Ventajas del parche de nicotina

- Hay una sola dosis diaria para cada fumador
- En algunos fumadores es mejor aceptado que el chicle de nicotina u otros procedimientos

Uso correcto del parche de nicotina

- Se deben aplicar el día que se ha dejado de fumar tan pronto como se despierte la persona
- No fumar mientras se usa el parche de nicotina
- Se coloca sobre una zona de piel limpia y rasurada todos los días en el momento de levantarse y deberá retirarse al día siguiente (si el parche es de 24 horas) o ese mismo día al acostarse (si es de 16 horas)
- Se puede hacer cualquier actividad sin limitación mientras se usa
- Cada día el fumador debe colocarse un nuevo parche

Dosis

- La dosis administrada debe ser función de las características específicas del paciente (experiencia previa del paciente con el parche, cantidad que fuma, grado de dependencia).
- El tratamiento estándar debe durar 8 semanas. Se han propuesto dos modos de hacerlo:

a) Durante las 4 primeras semanas se aplicará un parche de 21 mg/24 horas; las dos siguientes de 14 mg/24 horas; y, las dos últimas, de 7 mg/24 horas.

b) Durante las 8 semanas se aplicará un parche de 15 mg/16 horas

- El clínico debe individualizar el tratamiento para cada individuo tanto para la duración del mismo como para la dosis.

#### Spray nasal de nicotina

Es una solución acuosa de nicotina de liberación más rápida que el chicle y el parche de nicotina que permite su administración a través de las fosas nasales. Alcanza el pico plasmático a los 10 minutos. De ahí que sea idóneo para el tratamiento de los síntomas de abstinencia en grandes fumadores o en fumadores muy dependientes.

El fumador tiene que administrar aproximadamente 1 mg en las fosas nasales (0.5 mg en cada fosa). Se recomienda una pauta de 1 ó 2 dosis cada hora. No debe echar la solución más de 5 veces cada hora (5 mg de nicotina) y máximo 40 mg. al día. Se considera que la dosis mínima diaria eficaz es de 8 mg. La duración de la terapia es de 3 a 6 meses.

Su uso está contraindicado en pacientes con enfermedades crónicas nasales o con hiperreactividad bronquial grave.

La combinación de distintas formas de TSN puede ofrecer ventajas de alcanzar un mayor nivel de sustitución y una adaptación farmacodinámica más cercana a la obtenida por la administración automática del cigarrillo, lo cual se asocia en muchas

- Conforme va avanzando el tratamiento hay que ir progresivamente disminuyendo la dosis de nicotina

#### Precauciones

- Contraindicado o necesidad de utilizarlo con precaución en personas con enfermedades sistémicas de la piel, durante el embarazo, si se ha padecido trastornos cardiovasculares, diabetes, esofagitis, úlcera, etc.

Chicles de nicotina - Locales: inflamación de la mucosa oral, úlceras bucales, dolor de mandíbula, irritación de la garganta, mal sabor de boca

- Gastrointestinales: náuseas, hipo, epigastralgia, flatulencia

- Sistema nervioso central: cefalea, mareos, alteraciones del sueño

- Cardiovasculares: palpitaciones, hipertensión

Parches de nicotina - Locales: reacciones en la piel sobre la que se coloca el parche

- Gastrointestinales: náuseas, hipo, epigastralgia

- Sistema nervioso central: alteraciones del sueño, insomnio, cefalea, mareos, parestesias, dificultad de concentración

- Cardiovasculares: hipertensión, palpitaciones, taquicardia, dolor precordial, infarto de miocardio, angina de pecho, complicaciones cerebrovasculares

- Otros: tos, mialgias, artralgias, dismenorrea, sudación ocasionales.

Las tasas absolutas de abstinencia tanto con sustancia activa como con placebo son mayores significativamente en los ensayos donde se suministra mayor intensidad de tratamiento conductual

Comprimido para chupar de nicotina

Las tabletas para chupar de nicotina tienen 1 mg de nicotina, pero equivalen a 2 mg de nicotina de los chicles de nicotina, por su mayor absorción. Se disuelve en la boca como si fuese un caramelo. La posología y pauta de tratamiento recomendada es la misma (48,49)

La homeopatía, es una medicina complementaria que estudia al individuo de forma integral y utiliza sustancias de origen animal, vegetal o mineral que, diluidas en alcohol como solvente apropiado en dosis infinitesimales, y con previa dinamización, dichas sustancias son capaces de curar diferentes enfermedades en un individuo enfermo, mientras que en un individuo sano, con dosis más elevadas o sea, en su forma natural sin el proceso de dilución ni dinamización, pueden provocar síntomas parecidos a una enfermedad. En ambos casos, son remedios homeopáticos que prestan información a un nivel que pone en funcionamiento los mecanismos autocurativos del organismo, pues se absorben por vía sublingual y pasan al cerebro, que envía señales hacia los órganos energéticos o Chacras aumentando los mecanismos defensivos y está basada en el principio de Hipócrates de que lo semejante debe ser tratado con lo semejante. En el año 1810 un médico alemán, Samuel Frederic Cristian Hahnemann publicó el Orégano de la Homeopatía y 10 años más tarde la materia médica pura con 67 remedios. La homeopatía fue introducida en Cuba en 1992 por profesores extranjeros que ofrecieron conferencias informativas que despertaron el interés de los profesionales del Sistema Nacional de Salud. En 1993, tras un curso de dos años

comienza la preparación de especialistas en este campo y los primeros se graduaron en 1995 cuando se celebra en Cuba el 54º Congreso Panamericano de Homeopatía. Tras este evento, empieza a impartirse la docencia en el resto del país, orientado por el profesor Isaac Carneiro Suárez, por iniciativa de la Dra. Odalys Céspedes, responsable del Grupo de Homeopatía Nacional.

Los remedios homeopáticos nicotinum para inhibir el deseo de fumar, precisamente derivado de la nicotina que, en pequeñas dosis, es capaz de sustituir las necesidades de estas sin experimentar el consumo a través de las vías respiratorias. Este tratamiento va disminuyendo en dosis a medida que el paciente vaya experimentando síntomas de curación y desintoxicación, pues actúa de forma opuesta a los niveles alcanzados, logrando así el estado de equilibrio deseado.

El nicotinum se prepara a partir de la nicotina, en proporciones de una gota en 99 partes de alcohol al 70 %, activándose mediante sus funciones la energía del alcaloide; esta operación se repite en dependencia de la dosis que se debe aplicar.

Dosis: 5 gotas sublingual cada vez que el paciente sienta deseos de fumar.

Precauciones: no tener sabor a otra sustancia en la boca y si se ingirieren alimentos o se cepillaran los dientes, aplicar el remedio 30 min antes o 30 min después. Previamente se debe dinamizar dando 10 golpes al frasco en la palma de la mano antes de su uso. No guardar el remedio homeopático cerca de equipos eléctricos, la luz, vibraciones o lugares con excesivo calor u olores fuertes.

Otro remedio es Nux Vómica el cual tiene como función desintoxicar el cuerpo de nicotina. Dosis: 5 gotas sublingual, una vez al día. Precauciones: las mismas que las del nicotinum (15). Cuba, por ser productor de tabaco y considerado “El Mejor Tabaco del Mundo” es catalogado como un país de fumadores, unos 3 ½ millones de cubanos fuman, aunque hubo un descenso en las últimas dos décadas de forma notable, pero aun así, es alarmante la cifra de fumadores que mantienen el hábito, por lo que el trabajo preventivo del personal de salud tiene aún mucho que lograr, ya que prevalece la imagen creada por la publicidad acerca del patrón del fumador construida a partir de la sensualidad, la virilidad y la sociabilidad. (45)

## MÉTODO

Se realizó un estudio pre-experimental para la aplicación de un esquema de tratamiento basado en técnicas tradicionales (homeopatía y fitoterapia) en pacientes fumadores del consultorio 25 del Policlínico Norte de Morón, en el período comprendido desde septiembre de 2013 hasta mayo de 2014.

El universo de estudio estuvo constituido por 1123 fumadores residentes en el Área Norte Morón, quedando constituida la muestra por 92 pacientes pertenecientes al consultorio 25 de dicha área

Se explicaron las características de la investigación por la autora con los pacientes fumadores que se escogieron para el estudio. A estos fumadores objeto de estudio se le aplicó una encuesta, previa discusión y aprobación de acuerdo a los objetivos propuestos, en el periodo antes mencionado, apoyándonos en materiales audiovisuales y un plegable confeccionado para promover el uso de terapias naturales y tradicionales en la consulta de desadicción tabáquica del municipio (Anexo III).

Para la selección de la muestra se siguieron los siguientes requisitos:

Criterios de inclusión:

- 1- Pacientes fumadores que pertenecen al consultorio # 25 del Policlínico Docente Universitario Norte de Morón que quieran lograr la desadicción tabáquica.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes que una vez incorporado a la investigación se trasladaron de domicilio fuera del área de salud.
2. Pacientes institucionalizados por cualquier causa con estadía prolongada.
3. Pacientes que por cualquier causa no asistieron de manera constante para la aplicación del tratamiento.

Datos geográficos: El CMF25 perteneciente al área norte del Policlínico Universitario Docente Diego del Rosario de Morón, situado en la calle Libertad entre Martí y Castillo y atiende un área limitada por:

Norte: Calle Agramonte

Sur: Calle Serafín Sánchez

Este: Calle Martí

Oeste: Calle Castillo

Control de los sesgos del diseño: Los sesgos que pudiera tener la investigación fueron controlados mediante la división de la muestra según años que lleva fumando, números de cigarrillos al día.

Estructuración del Programa de Intervención.

Se estructuró en las siguientes Etapas:

1era Etapa de Diseño y Aprobación: Se seleccionó coordinado con el tutor de la investigación y su experiencia como docente y tratando a personas fumadores el esquema de tratamiento que se utilizó. Posteriormente se sometió a aprobación por expertos en esta materia, el cual fue evaluado por el comité científico de la especialidad y posteriormente por el consejo científico de la institución sede del presente estudio.

2da Etapa Organizativa: Se realizaron encuentros con los pacientes fumadores de ambos sexos y con familiares donde se les brindó información de en qué consistía el estudio y se les ofreció una charla introductoria del tema tabaquismo donde la autora y el tutor valiéndose de materiales educativos audiovisuales se propusieron sensibilizar a las personas adictas al tabaco a participar de forma voluntaria y consciente en cada una de las consultas y tratamientos programados. Se establecieron coordinaciones con el personal de salud (Médicos, Enfermeras, especialista en MTN, involucrados en la ejecución de la investigación) también con los líderes de organizaciones políticas y de masas del área de residencia que ejercieron una mayor influencia con el objetivo de ganar en seriedad y demostrar cuan efectivo serán los procedimientos usados en el manejo de tan apremiante problema de salud y se procedió a escoger los pacientes que conformaron la muestra del estudio.

3ra Etapa de Intervención Activa: Se aplicó el esquema de tratamiento con técnicas tradicionales a los fumadores pertenecientes al CMF 25 a los que se les aplicó remedios homeopáticos como Nicotinum a la 6 CH para inhibir el deseo de fumar: 5 gotas sublingual al levantarse y luego en los 6 momentos del día de máximos deseos de fumar, conjuntamente se le aplicó Nux Vómica 5 gotas sublinguales por 10 noches cada mes antes de dormir con el objetivo de facilitar la desintoxicación del cuerpo. Para disminuir la ansiedad que podría causar la terapia para la desadicción se le aplicó fitoterapia con tintura de pasiflora a razón de 20 gotas en  $\frac{1}{4}$  vaso de agua 2 veces al día, enseñándoles ejercicios respiratorios que deberán realizar una vez al día al aire libre con el objetivo de mejorar la expansibilidad torácica y mejorar la calidad de la respiración. Este tratamiento se extendió hasta la total erradicación de la adicción y se eliminó si el paciente no sintió cambios en la misma.

4ta Etapa de Evaluación: Se evaluó la efectividad del esquema de tratamiento con técnicas tradicionales a pacientes fumadores. Se diseñó el folleto "Alternativas fáciles de MTN para MGI en el tratamiento de la Adicción Tabáquica " y se divulgó la información entre los MGI a través del plegable. En la confección del folleto además de la homeopatía y la fitoterapia se mostraron resultados con otras terapias aplicadas en el municipio por otros profesionales y tutorados por el mismo tutor ya evaluados en un estudio anterior de cesación tabáquica.

La obtención de la información:

Observación: Para observar comportamiento del paciente, cooperación, respuesta al tratamiento para la desadicción tabáquica.

Revisión de documentos: Se utilizó la ficha familiar, la historia clínica individual de cada paciente para obtener información sobre pacientes fumadores del consultorio que se incluyeron en el estudio así como antecedentes patológicos personales etc.

Entrevista: A través de un instrumento como guía se obtuvo información del paciente sobre efectos adversos, número de cigarrillos al día, horarios en que fuma, otros hábitos tóxicos que coexisten y propician el hábito de fumar y respuesta al tratamiento.

Variable Independiente

Esquema de tratamiento con técnicas tradicionales: Esquema de tratamiento con MTN:

Es un tratamiento simplificado, basado en el rediseño del tratamiento tradicional propuesto en el protocolo municipal para la desadicción tabáquica , siguiendo las normas establecidas con procedimientos sean de fácil aplicación y al alcance de los profesionales de la Atención Primaria de Salud ( confeccionado por el autor.

Variable Dependiente: pacientes fumadores.

## ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

**Tabla1.** Esquema de tratamiento con técnicas tradicionales en pacientes fumadores del Consultorio 25 del Policlínico Norte Morón.Policlínico Universitario Diego del Rosario Padilla. 2014.

Distribución de los fumadores según grupo de edades.

<b>Grupo de edades</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
20-30	21	22.8
30-40	14	15.2
41-50	<b>29</b>	<b>31.5</b>
51-60	17	18.5
61-70	11	12
71 y más	0	0.0
Totales	92	100.0

**Registro Primario:** Revisión de documentos como la ficha familiar y la historia clínica individual de cada paciente, además se realizó la Entrevista con el propósito de obtener información del paciente sobre efectos adversos, número de cigarrillos al día, horarios en que fuma, otros hábitos tóxicos que coexisten y propician el hábito de fumar y respuesta al tratamiento.

Como se puede apreciar en la tabla número 1 de este estudio predominó la Adicción Tabáquica en los pacientes del grupo de 41 a 50 años con 35 pacientes seguido del grupo de 20 a 30 años con 21 pacientes lo que representó un 31,5 y un 22,8 % respectivamente, similares resultados se obtuvieron en una investigación realizada en el año 2001 en Ciudad de La Habana, por la licenciada en Psicología Nerys Suárez Lugo (46); al igual que el estudio realizado por la doctora O'Reilly donde el grupo de edad predominante en su investigación fue de 40-49 años, para un 25.7% (45). Creemos importante señalar que cada vez se suman más los pacientes adictos a la nicotina donde no solo los medicamentos y el estrés en que vive el mundo actual son factores que contribuyen a la aparición de esta entidad desde edades tempranas, sino que viene asociado al consumo de otros tipos de drogadicción donde la cafeína y el alcohol juegan un papel determinante.

**Tabla2.** Distribución de los fumadores de acuerdo al tiempo de comienzo del hábito.

<b>Tiempo de comienzo</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Menos de 1 año	13	14.1
1-3 años	20	21.8
4-6 años	27	29.3
Más de 6 años	32	34.8
Totales	92	100.0

En la tabla 2 predominó en la investigación el 43.7 % de la muestra lo que se debe a que estos fumadores llevan más de 6 años del comienzo del hábito. Idénticos resultados fueron exhibidos por García Durán en un estudio en el policlínico Mártires del Corintia en Ciudad de la Habana, coincidiendo también en la hipótesis del uso de técnicas tradicionales en estos pacientes para disminuir e incluso erradicar dicha adicción.

**Tabla 3.** Distribución de la cantidad de cigarrillos al día.

<b>Cantidad de cigarrillos en 24 horas</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Menos de 1 caja	35	38.0
1-2 cajas	38	41.3
Más de 2 cajas	19	20.7
Totales	92	100.0

Como se puede observar en la tabla número 3 al analizar la cantidad de cigarrillos consumidos en 24 horas el 41,3 % fuma de 1 a 2 cajetillas, idénticos resultados se encontraron en la investigación de la doctora O'rrelly que en su muestra también fue este consumo el más sobresaliente

**Tabla 4.** Distribución de fumadores según otros hábitos tóxicos.

<b>Adicción</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Café	<b>52</b>	<b>56.5</b>
Alcohol	31	33.7
Psicofármacos	9	9.8
Otras drogas	0	0
Totales	92	100.0

La tabla 4 refleja que el mayor porcentaje refirió fumar más cuando tomaban café tanto para hombres como para mujeres fumadoras con el 56.5 % ya que precisamente estos casos son los grandes fumadores que tienen una gran adicción a la nicotina y al estar en un grupo donde otros fuman y al sentirse libres son capaces de fumar 1 cigarrillo cada 10 – 15 minutos y a veces en períodos más breves, ello se corresponde con la bibliografía estudiada como en una encuesta nacional en el año 2002 por Varona Pérez Conde (47).

**Tabla5.** Distribución de los fumadores según antecedentes patológicos familiares de tabaquismo

<b>Entidad</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Pacientes con APF de adicción tabáquica.	54	58.7
Pacientes sin APF de adicción tabáquica.	38	41.3
Totales	92	100.0

Teniendo en cuenta la importancia en estos pacientes de presentar antecedentes patológicos familiares de tabaquismo la tabla 5 muestra que el 58.0 por ciento de los fumadores incluidos en la muestra de estudio presentaron antecedentes de adicción tabáquica (9,10).

**Tabla 6.** Distribución de los fumadores según antecedentes patológicos personales.

<b>Entidad</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Tabaquismo	23	25.0
Otros tipos de drogas	0	0
Asma Bronquial	19	20.7
EPOC	<b>32</b>	<b>34.8</b>
HTA	<b>30</b>	<b>32.6</b>
Cardiopatía Isquémica	12	13.0
Cáncer de Pulmón	1	1.1
Otros tipos de cáncer	3	3.3

En la tabla 6 se puede apreciar que predominaron entre los antecedentes patológicos personales de los fumadores la EPOC y la HTA para un 34.7 y 32,0 % respectivamente. Un estudio realizado en Boston University School of Medicine encontró una relación entre el tabaquismo y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Se estudió la historia clínica de 1300 hombres de cuarenta a setenta años y encontraron que el 52 por ciento de los fumadores que participaron en el estudio padecieron EPOC y aún 24 % la aquejaban en esos momentos.

**Tabla 7.** Distribución de los pacientes fumadores según resultados del tratamiento tradicional aplicado.

Fumadores	3 meses		6 meses	
	No.	%	No.	%
Eficaz	14	15.2	32	34.7
Moderadamente eficaz	21	22.8	46	50.0
Ineficaz	7	7.0	14	15.0
Totales	42	45.0	92	100.0

En la tabla 7 al desglosar las técnicas aplicadas y valorar la respuesta al tratamiento se apreció que en un período de 3 meses solo 14 pacientes cesaron el habito mientras que en un período de 6 meses aumentó esta cifra a 18 pacientes para un 19.5 por ciento por lo que se consideró en este caso el tratamiento eficaz ya que cesó la adicción o los pacientes redujeron ésta a menos de 5 cigarrillos al dia, pero la cifra más representativa en el estudio fue 55,4 por ciento por lo que el tratamiento fue clasificado como moderadamente eficaz al reducirse la adicción a menos de media caja de cigarros diaria y solo en 7 pacientes incluidos en la investigación no hubo modificación en su tratamiento, por lo que se afirma que las técnicas tradicionales constituyen un arma más para el tratamiento de la Desadicción Tabáquica en manos de un personal adiestrado para los efectos.

## CONCLUSIONES

Se llegó a la conclusión con la investigación que la Adicción Tabáquica predominó en el grupo de edad comprendida de 41 a 50 años, con predominio de 32 fumadores llevan más de 6 años del comienzo del hábito. Dentro de los antecedentes patológicos personales de los fumadores predominaron la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y la Hipertensión Arterial. Con el tratamiento aplicado, la mayor parte de los pacientes lograron reducir la adicción a menos de media caja de cigarros diaria por lo que el tratamiento con técnicas tradicionales fue clasificado como moderadamente eficaz.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Abengózar R, Ayesta FJ. Tabaquismo. Biblioteca Alergológica. Fronteras de la Alergia. Publicaciones Permanyer; 2011.
2. Abengózar R, Manzaneque AM, Miranda C. Guía de intervención en fumadores para personal Sanitario. SCMMG; 2010.
3. Carlos III. Evaluación de la Eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Madrid; 2010.
4. Barrueco FM, Hernández Mesquita MA, Torrecilla García M. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. ERGON; 2003.
5. Becoña E, Córdoba R, Díaz Maroto JL, Lopez V, Jimenez Ruiz C, Planchuelo M. Guía de procedimientos para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. Comité nacional para la prevención del Tabaquismo (CNPT). Madrid; 2012.
6. Becoña E, Vázquez FL. Tratamiento del tabaquismo. Dykinson SL; 2010.
7. Becoña E. Programa para dejar de fumar. *Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela .3ª ed. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales. Comisionado para la Droga; 1993.*
8. Becoña E. Guía clínica para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. Socidrogalcohol; 2011.
9. Becoña E. Tratamiento psicológico del tabaquismo. Adicciones. 2009 ; 16 (Supl. 2): 237-263.
10. Becoña E. Tabaco. Prevención y tratamiento. Editorial Pirámide; 2011.
11. Barth J, Critchley J, Bengel J. Efficacy of psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*. 2013; 32: 10-20.
12. Becoña E, Gómez Durán B J. Programas de tratamiento en grupo de fumadores. En: Macià D, Méndez F.X , Olivares J. eds. *Intervención psicológica: programas aplicados de tratamiento*. Madrid: Pirámide; 2012. p. 203-230.
13. Cabezas MC. Ayudar a dejar a fumar desde la Atención Primaria: Algunas ideas para pensar. *Prevención tabaquismo*. 2010.

14. OPS. La epidemia de tabaquismo: los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. *Washington DC: Publicación Científica* ;2000.
15. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Instituto de la Salud; 2010
16. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud; 2012.
17. Alonso F, Secades R, Duarte Climent G. ¿Son eficientes los tratamientos psicológicos para dejar de fumar?. *Trastornos Adictivos* [Internet]. 2007 Mar[ citado 18 Sep 2014] 9(1): [aprox. 1p.]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575097307756271>
18. Directrices para la práctica clínica en el tratamiento de pacientes con dependencia de nicotina. Barcelona: EDIKA MED; 2012.
19. Ayesta FJ, Camí J. Farmacodependencias. En: J. Flórez . *Farmacología humana*. 4 ed. Barcelona: Masson; 2008. p. 595-621.
20. Bedialauneta A, De la Rosa A, Ayesta FJ. Control del tabaquismo; perspectivas futuras. *Trastornos Adictivos* . 2009; 4:85-102.
21. Carmo J . La evolución del concepto de tabaquismo. *Cad. Salud Pública* 2010 (4):999-1005.
22. Conclusiones del VI Congreso del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Logroño, 2010.
23. Martínez J M, Gurpegui M, Díaz F J, León J. Tabaco y esquizofrenia. *Adicciones*. 2008; 16 (Supl. 2).
24. Checa MJ. Mujeres y tabaco: aspectos principales específicos de género. *Adicciones*. 2004; 16 (Supl. 2): 115-130
25. Comisión de las Comunidades Europeas. Libro Verde. Hacia una Europa sin humo de tabaco: opciones políticas a escala de la UE. Bruselas, 2007.
26. Sánchez Agudo L. El fumador pasivo. *Adicciones*. 2009; 16 (Supl. 2).
27. Córdoba R. Nerín de la Puerta I.: Manual de tabaquismo en Atención Primaria. 2011.
28. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. Treating tobacco use and dependence. In: *Clinical Practice guideline*. UDHHS; 2010.

29. García M P, Becoña E. Evaluation of the amount of therapist contact in a smoking cessation program. *Spanish Journal of Psychology*. 2010; 3: 28-36.
30. Balcells M, Torres M, Jahne CE (2011). La terapia motivacional en el tratamiento del tabaquismo. *Adicciones*. 2011; 6 (Supl. 2).
31. Becoña E. *Socidrogalcohol. Guía clínica para ayudar a los fumadores a dejar de fumar*. Valencia: Socidrogalcohol. 2010; 12: 201-221
32. Becoña E. Tratamiento psicológico del tabaquismo. *Adicciones*. 2012; 16 (Supl. 2).
33. Becoña E, Lorenzo MC. Evaluación de la conducta de fumar. *Adicciones*. 2004; 16(Supl. 2).
34. Doll J, Flordelis C, García V, Riba MV, de la Llopis JJ, Martín E. El tratamiento del tabaquismo en los centros de drogodependencias y en las unidades de conductas adictivas. *Adicciones*. 2011; 16 (Supl. 2).
35. Gurrea A, Pinet C. Tabaco y patología afectiva. *Adicciones*. 2010; 16 (Supl. 2).
36. Herrero FJ, Moreno J. Tratamientos combinados del tabaquismo: psicológicos y farmacológicos. *Adicciones*. 2004; 16 (Supl. 2).
37. Ariza C, Nebot M. La prevención del tabaquismo en los jóvenes: realidades y retos para el futuro. *Adicciones*. 2012; 16 (Supl. 2).
38. Infante C, Rubio Colavida J M. La prevalencia del consumo de tabaco en España. *Adicciones*. 2012; 16 (Supl. 2): 2011.
39. López V, García Rubiera JC. Tabaco y enfermedad cardiovascular. *Adicciones*. 2011; 16 (Supl. 2).
40. Jiménez L, Bascarán M T, García Portilla MP, Sáiz M A, Bousoño M, Bobes J. La nicotina como droga. *Adicciones*. 2012; 16 (Supl. 2).
41. Míguez MC. Los procedimientos de autoayuda para dejar de fumar. *Adicciones*. 2014; 16 (Supl. 2).
42. Montes A, Pérez M, Gestal JJ. Impacto del tabaquismo sobre la mortalidad en España. *Adicciones*. 2009; 16 (Supl. 2).
43. Nerín I, Córdoba R. Tratamiento farmacológico. Terapia sustitutiva con nicotina. *Adicciones*. 2004 ; 16 (Supl. 2).

44. Fiore MC, Jorenby DE, Baker TB, Kenford SL. Tobacco dependence and the nicotine patch. Clinical guidelines for effective use JAMA. 2011; 268:2687-94.
45. O rrelly Rodríguez L. Intervención Terapéutica con técnicas tradicionales en pacientes fumadores del consultorio # 12 del área norte de Morón [Tesis]. Morón: Policlíco Norte; 2012
46. Suárez Lugo N. Marketing y Salud. Una perspectiva teórico práctica. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.
47. Varona Pérez P. Encuesta nacional de factores de riesgo. Cuba 2002, INHEM. La Habana: MINSAP; 2002
48. Zaldívar Pérez D. Estrategias para el control, disminución y cesación del hábito tabáquico; 2011.
49. Nieva G, Gual A, Ortega L, Mondón S. Alcohol y tabaco. *Adicciones*. 2011 16(Supl. 2).
50. Pardell H, Saltó E. Beneficios de dejar de fumar. *Adicciones*. 2012; 16 (Supl. 2).
51. Pascual F, Vicéns S. Aspectos históricos, sociales y económicos del tabaco. *Adicciones*. 2012; 16 (Supl. 2).
52. Sáiz P A, García Portilla M P, Martínez S, Bascarán M T, Paredes B, Bobes J. Tratamiento farmacológico. Psicofármacos. *Adicciones*. 2011; 16 (Supl. 2).
53. Carreras JM, Quesada M., Maldonado B, Sánchez Agudo L. Terapia sustitutiva con nicotina en el tratamiento actual del tabaquismo. 2012; 12: 201-217
54. Salvador Llivina T. Condicionantes del consumo de tabaco en España. *Adicciones*. 2011; 16 (Supl.
55. Banegas JR et al. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España 2010. *MedClin*. 2011; 117: 692-69

## ANEXOS

### **Anexo I. Consentimiento Informado**

Yo \_\_\_\_\_ quien suscribe este documento, estoy de acuerdo en participar en la investigación Esquema de tratamiento con técnicas tradicionales en pacientes fumadores del Consultorio Nro. 25 del Policlínico Norte de Morón.

Se me ha explicado que:

1. Soy un adicto a la nicotina y es perjudicial para mi salud.
2. Se ha demostrado nacional e internacionalmente que existen tratamientos que ayudan al abandono de la adicción al cigarrillo, pero a pesar de los estudios realizados anteriormente, se debe continuar investigando estas terapias para demostrar científicamente su verdadera eficacia.
3. Mi participación es voluntaria y mi no aceptación o el retiro del estudio cuando yo lo considere necesario no afectará mis relaciones con el médico y la institución, los que me seguirán atendiendo según las normas y leyes del Estado Cubano.

Para que conste y por mi libre voluntad, firmo este documento de consentimiento informado junto con el médico que me brindó las explicaciones a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

---

Firma del Paciente

Firma del Médico

## Anexo II. Encuesta.

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Tiempo que lleva fumando: \_\_\_\_\_

Cantidad de cigarrillos que consume diario: \_\_\_\_\_

¿Sus padres fuman?: \_\_\_\_\_ Sí, \_\_\_\_\_ No.

Otros hábitos tóxicos: \_\_\_\_\_ Café, \_\_\_\_\_ Alcohol, \_\_\_\_\_ Psicofármacos, \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_.

Antecedentes patológicos personales:

Antecedentes patológicos familiares:

¿Qué lo motivó a fumar?: \_\_\_\_\_ Embulso \_\_\_\_\_ Virilidad  
\_\_\_\_\_ Invitación \_\_\_\_\_ Aliviar ansiedad o  
depresión.

Actividades asociadas al cigarro: \_\_\_\_\_ Trabajando \_\_\_\_\_ Descansando  
\_\_\_\_\_ Viendo TV \_\_\_\_\_ Conversando  
\_\_\_\_\_ En otras actividades.

Hora de mayor consumo de cigarrillos: \_\_\_\_\_ a.m. \_\_\_\_\_ p.m.

Calificación de los deseos de fumar:

\_\_\_\_\_ Con deseos imperiosos de fumar \_\_\_\_\_ Con pocos deseos de fumar  
\_\_\_\_\_ Con muchos deseos de fumar \_\_\_\_\_ Sin deseos de fumar

Causas del sostenimiento del hábito de fumar:

\_\_\_\_\_ Placer \_\_\_\_\_ Estimulación \_\_\_\_\_ Otros  
\_\_\_\_\_ Sedación \_\_\_\_\_ Entretenimiento

Factores que intervienen en el incremento del consumo de cigarrillos:

\_\_\_\_\_ Stress \_\_\_\_\_ Incremento de problemas  
\_\_\_\_\_ Ansiedad \_\_\_\_\_ Depresión

Padecimientos asociados al cigarro:

\_\_\_\_\_ Tos \_\_\_\_\_ Ronquera \_\_\_\_\_ Molestias en la boca

\_\_\_\_\_ Problemas cardíacos \_\_\_\_\_ Ulcera estomacal \_\_\_\_\_ Dificultad para dormir

\_\_\_\_\_ Hipertensión arterial \_\_\_\_\_ Falta de aire \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_ Ninguno

¿Ha intentado dejar de fumar?: \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Sintió alguna reacción luego del tratamiento tradicional aplicado:

Lipotimias \_\_\_\_\_ Mareos \_\_\_\_\_ Ardor en la mucosa oral \_\_\_\_\_

Gastritis \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Fumar un sólo cigarrillo da lugar a una elevación del ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria y la tensión arterial



Cansancio  
Tos  
Congestión nasal  
Disminución del deseo sexual  
Manchas en los dientes  
Mal aliento  
Daños a la economía  
Disminución de la capacidad respiratoria  
Cáncer bucal y pulmón

**Importante:** El fumar es la causa más frecuente de muertes que pueden evitarse. Por tanto cada 31 de Mayo se celebra el Día Mundial Sin Tabaco.



**Contactar con:**  
Dra. Mayla González Pérez  
Dr. José Alberto Cintra Rodríguez  
Policlínico Norte Diego del Rosario  
Morón. Ciego de Ávila. Cuba.  
Teléfono: 504469  
E-mail:  
[directpn.moron@moron.cav.sld.cu](mailto:directpn.moron@moron.cav.sld.cu)

POLICLÍNICO  
UNIVERSITARIO NORTE  
"DIEGO DEL ROSARIO"  
MORÓN

**Desadicción tabáquica  
con técnicas tradicionales**



**2014**

### Algo que debes conocer...

El **tabaquismo** es la adicción al tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes activos, la nicotina.

Es factor de riesgo en enfermedades respiratorias, cardiovasculares, distintos tipos de cáncer, y es especialmente perjudicial durante el embarazo. Además, no sólo perjudica a los fumadores, sino también a los que respiran el mismo aire (fumadores pasivos).

El humo de tabaco ajeno es especialmente peligroso para los niños pequeños; está relacionado con la muerte súbita del bebé, la

neumonía, la bronquitis, el asma y síntomas respiratorios, así como con enfermedades del oído medio.

En las embarazadas, la exposición al humo de tabaco ajeno puede provocar recién nacidos de bajo peso, la muerte fetal o un parto prematuro.



La Medicina Tradicional y Natural tiene un amplio arsenal de procedimientos tradicionales que ayudan a la desintoxicación tabáquica.

Homeopatía: Nicotinum a la 6 CH para inhibir el deseo de fumar: 5 gotas sublingual al levantarse y luego en los 6 momentos del día de máximos deseos de fumar.

Nux Vómica 5 gotas sublinguales por 10 noches cada mes antes de dormir con el objetivo de facilitar la desintoxicación del cuerpo.

Para disminuir la ansiedad que podría causar la terapia se le aplicará fitoterapia con tintura de pasiflora a razón de 20 gotas en  $\frac{1}{4}$  vaso de agua 2 veces al día.

