

Tabaquismo en médicos de la República Argentina. Estudio TAMARA

HORACIO M. ZYLBERSZTEJN^{MTSAC}, ALBERTO CARDONE[†], NORA VAINSTEIN, ANDRÉS MULASSI, JOSÉ G. CALDERÓN,
PATRICIA BLANCO, ENRIQUE PAUTASSO, ANÍBAL PICAREL, ROMÁN CRAGNOLINO, SUSANA FERNÁNDEZ, ADRIANA ANDINA,
SEBASTIÁN SARAVIA TOLEDO, ITALO TORCHIO, CÉSAR A. BELZITI^{MTSAC}

Recibido: 20/12/2006

Aceptado: 13/02/2007

Dirección para separatas:

Horacio Mario Zylbersztein
División Cardiología,
Hospital Ignacio Pirovano.
GCBA
Av. Monroe 3555 -
(1428) Buenos Aires, Argentina
e-mail: hzylber@intramed.net.ar

RESUMEN

Objetivo

Analizar el tabaquismo en una muestra de médicos de la Argentina, los factores que favorecen su consumo y la conducta frente a sus pacientes fumadores.

Material y métodos

El presente es un estudio observacional y transversal que incluyó médicos de la Argentina, seleccionados aleatoriamente desde abril a julio de 2004. Se analizaron la prevalencia de tabaquismo, los factores de riesgo coronario, el índice de masa corporal, la actividad física, el antecedente de eventos vasculares, los antecedentes familiares de coronariopatía y tabaquismo, si habían recibido entrenamiento en tabaquismo, si brindaban consejo para la cesación del hábito y la utilización de fármacos específicos.

Resultados

Se encuestaron 6.497 médicos (63% varones, edad promedio $41,5 \pm 10$ años). La proporción de fumadores fue del 30,0% y la de ex fumadores, del 22,4%.

Hubo mayor prevalencia de fumadores en servicios de urgencia ($p < 0,0001$) y en especialidades quirúrgicas ($p < 0,00001$), con un perfil de conducta adictiva y brindaban con menos frecuencia consejo para el abandono del hábito de fumar ($p < 0,00001$).

Los que recibieron algún tipo de entrenamiento en tabaquismo (31,3%) brindaban consejo para el cese del hábito y prescribían fármacos específicos con más frecuencia ($p < 0,00001$). Los ex fumadores presentaron mayor prevalencia de factores de riesgo coronario, de IAM y de revascularización ($p < 0,00001$). Éstos y los fumadores tenían más antecedentes familiares de tabaquismo ($p < 0,001$).

Conclusiones

Existe una elevada proporción de médicos fumadores, con mayor prevalencia en servicios de urgencia y quirúrgicos y brindan menos consejo antitabaco. El haber recibido entrenamiento se asoció con mayor uso de consejo y fármacos para la cesación de la adicción tabáquica, por lo que se plantea la necesidad de generalizar la capacitación médica en este tema.

REV ARGENT CARDIOL 2007;75:109-116.

Palabras clave > Tabaquismo - Epidemiología - Médicos - Factores de riesgo vascular

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es uno de los más importantes factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad cardiovascular y la principal causa de muerte prevenible en el mundo. (1-3)

En las naciones desarrolladas se observa una tendencia a la disminución del consumo de tabaco; los países en vías de desarrollo, por el contrario, están experimentando un aumento de su prevalencia. Los registros epidemiológicos muestran que, en el mundo, forman alrededor de 1.300 millones de personas. (4)

Aproximadamente el 50% de los fumadores pueden morir por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, que son de evolución lenta. Además, la mitad de ellos tienen mayor probabilidad de fallecer a mediana edad, con una gran disminución de la expectativa de vida. En el mundo, actualmente mueren alrededor de 5 millones de personas por año por patologías relacionadas con el consumo de tabaco, de las cuales cerca de un millón corresponden a países en vías de desarrollo. (4) De mantenerse la tendencia ascendente del consumo, se llegaría anualmente a los 10 millones de fallecidos para la década de 2030. (5, 6)

En la Argentina fuman aproximadamente el 35-40% de los adultos. (7, 8) La mortalidad atribuible a las enfermedades relacionadas con el tabaquismo en las décadas de 1980 y 1990 fue de alrededor de 40.000 personas por año (1, 9) y se estiman actualmente en 45.000 por año los decesos producidos por estas enfermedades.

Está demostrado que intervenciones breves, realizadas por los médicos en la consulta habitual recomendando la suspensión del hábito de fumar, son importantes para controlar y desalentar el tabaquismo. (3, 5) Sin embargo, la actitud del médico frente al problema del tabaquismo va a depender de una serie de variables, entre las cuales se encuentra su relación personal con el tabaco.

El objetivo primario del presente trabajo es el de investigar la prevalencia de tabaquismo entre los médicos de la Argentina, los factores que favorecen el consumo y la conducta frente a sus pacientes fumadores.

Como objetivo secundario se analiza la existencia de asociaciones entre el tabaquismo y otros factores de riesgo cardiovascular en los médicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente es un estudio observacional y transversal, realizado durante los meses de abril a julio de 2004. Se evaluaron 6.497 médicos de ambos sexos y de distintas especialidades, que fueron seleccionados en forma aleatoria simple en todo el país.

Se definió fumador al sujeto que consumía con regularidad al menos un cigarrillo diariamente, que lo había hecho como mínimo durante un año y que había fumado el último año. Se consideró ex fumador al individuo con antecedentes de tabaquismo pero que no había fumado durante el último año. Se consideró no fumador al que nunca había fumado.

Los datos fueron recolectados por los investigadores a través de un cuestionario estructurado que incluía, entre otras, las siguientes variables: tabaquismo, actividad física, índice de masa corporal (IMC), antecedentes de hipertensión arterial (HTA), dislipidemia, diabetes (DBT) e historia familiar de coronariopatía. Se recogió el antecedente de infarto de miocardio (IAM) y de revascularización coronaria mediante angioplastia o cirugía. Se definió actividad física a la realización de caminatas o cualquier deporte durante al menos 30 minutos, tres o más veces por semana. Se consideró hipertenso, dislipidémico o diabético al que tenía conocimiento de que padecía esa enfermedad o que recibía tratamiento específico. El IMC se calculó mediante el índice de Quetelet (kg/m^2); el peso y la altura de los médicos se obtuvieron a partir de los datos aportados por ellos mismos en el momento de la encuesta. Se consideraron tres estratos: índice menor de 25, de 25 a 29,9 (sobrepeso) e igual o mayor de 30 (obeso). Se consignó el antecedente familiar de enfermedad coronaria en los que referían a padres o hermanos con antecedentes de infarto agudo de miocardio.

Se solicitó información sobre el número de cigarrillos consumidos por día, edad de inicio, lugares en donde se fumaba y si se hacía en áreas no autorizadas, el tiempo transcurrido desde el despertar hasta el encendido del primer cigarrillo, si se fumaba durante alguna enfermedad y el consumo de tabaco durante el embarazo. Se investigó la presencia de antecedentes de familiares fumadores y se analizó

la prevalencia de algún tipo de capacitación en tabaquismo, ya sea como cursos formales o reuniones informativas, la frecuencia con la que el médico aconsejaba a sus pacientes fumadores el abandono del tabaco y la utilización de fármacos para lograr la cesación del hábito de fumar.

Análisis estadístico

La información obtenida se incorporó en una base de datos con formato dbase, que posteriormente fue analizada mediante el programa estadístico Epi-Info 6.0. Las variables continuas se evaluaron con la prueba de la *t* de Student y el análisis de la varianza. Para el estudio de las variables discretas se utilizó la prueba de chi cuadrado. La razón de productos cruzados se expresa como *odds ratio* (OR) con su correspondiente intervalo de confianza del 95% (IC 95%). Se consideró significativa una probabilidad de error igual o menor de 0,05. (10)

RESULTADOS

Se encuestaron a 6.497 médicos de distintas especialidades y de ambos sexos, con una edad promedio de $41,5 \pm 10$ años. El 63% eran hombres, cuya edad promedio era de $43,2 \pm 11$ años, y eran significativamente mayores que las mujeres, con $38,6 \pm 10$ años ($p < 0,0001$). El 40% de los encuestados correspondían a la Ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense y el 60%, al resto del país.

La prevalencia de los médicos no fumadores fue del 47,6%, la de los ex fumadores del 22,4% y la de los fumadores del 30,0%, que consumían un promedio de 13,9 cigarrillos diarios. El porcentaje de mujeres fumadoras fue del 31,0% y el de los hombres, del 29,4% (OR 0,93 [IC 95% 0,83-1,04], $p = 0,18$).

En la Tabla 1 se presentan las características de edad y sexo y las prevalencias de los factores de riesgo cardiovascular, de IAM y de revascularización miocárdica de 6.384 médicos que aportaron datos sobre estos ítems. Los ex fumadores tenían más edad, mayor predominio de sexo masculino, una prevalencia superior de los factores de riesgo vascular y, además, realizaban más actividad física. Por otra parte, los ex fumadores tenían mayor proporción de antecedentes familiares de enfermedad coronaria, de antecedentes de IAM y de procedimientos de revascularización miocárdica.

En la Tabla 2 se presentan los datos de prevalencia de tabaquismo de acuerdo con la especialidad clínica o quirúrgica ejercida de 6.254 médicos que aportaron datos sobre este ítem. Los fumadores predominaron entre los que realizaban especialidades quirúrgicas.

Observamos además que entre los médicos que se desempeñaban en las áreas de urgencia, la probabilidad de ser fumadores era el 21% superior en relación con los médicos que no lo hacían (OR 1,21 [IC 95% 1,08-1,35], $p < 0,0001$).

En la Tabla 3 se presentan los datos correspondientes a la presencia de antecedentes de familiares fumadores y a la frecuencia con que los médicos brindan consejo a sus pacientes tabaquistas para que aban-

Tabla 1. Características de edad y sexo, prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular, de IAM y de revascularización miocárdica (n = 6.384)

	Fumadores n (%)	Ex fumadores n (%)	No fumadores n (%)	p
	1.916 (30,0)	1.429 (22,4)	3.039 (47,6)	
Edad (años)*	41,2 ± 10	47,5 ± 10	38,7 ± 10	< 0,00001
Sexo				
Masculino	1.183 (29,4)	1.046 (26,0)	1.791 (44,6)	
Femenino	732 (31,0)	382 (16,2)	1.248 (52,8)	< 0,00001
HTA [†]	277 (14,5)	354 (24,9)	306 (10,1)	< 0,00001
Dislipidemia	363 (19,0)	417 (29,4)	444 (14,7)	< 0,00001
Diabetes	42 (2,2)	52 (3,7)	43 (1,4)	< 0,00001
Actividad física	734 (38,4)	716 (50,9)	1.287 (42,5)	< 0,00001
IMC[‡]				
< 25	959 (50,8)	528 (37,4)	1.678 (56,0)	
25-29,9	715 (37,9)	642 (45,5)	1.057 (35,3)	
≥ 30	212 (11,2)	242 (17,1)	259 (8,7)	< 0,00001
Antecedente familiar [§]	284 (15,2)	221 (15,9)	361 (12,2)	< 0,0001
IAM	20 (1,1)	51 (3,6)	22 (0,7)	< 0,00001
Angioplastia	20 (1,1)	49 (3,5)	14 (0,5)	< 0,00001
CRM [#]	3 (0,2)	23 (1,7)	9 (0,3)	< 0,00001

* X ± DE: Media ± desviación estándar. [†] Hipertensión arterial. [‡] Índice de masa corporal (kg/m²). [§] Antecedente familiar de coronariopatía. [#]: Cirugía de revascularización.

Tabla 2. Prevalencia de tabaquismo de acuerdo con la especialidad médica ejercida (n = 6.254)

Estatus tabaquista	Clínicos* n (%)	Cardiólogos n (%)	Neumólogos n (%)	Cirujanos [†] n (%)	p
Fumadores	1.098 (30,5)	240 (24,3)	18 (19,6)	521 (33,1)	
Ex fumadores	754 (21,0)	241 (24,4)	35 (38,0)	381 (24,2)	
No fumadores	1.747 (48,5)	506 (51,3)	39 (42,4)	674 (42,8)	< 0,00001

* Especialidades clínicas (sin cardiología y neumología): anatomía patológica, anestesia, clínica médica, dermatología, diabetología, diagnóstico por imágenes, endocrinología, gastroenterología, infectología, nefrología, neurología, oncología, pediatría, psicopatología, reumatología.

[†] Especialidades quirúrgicas: cirugía cardiovascular, cirugía general, cirugía pediátrica, cirugía plástica, cirugía torácica, neurocirugía, oftalmología, otorrinolaringología, tocoginecología, traumatología, urología.

donen la adicción en relación con su condición tabaquista de 6.123 profesionales que aportaron datos sobre estos ítems. En nuestra muestra se observó que entre los médicos fumadores la presencia de antecedentes familiares de tabaquismo fue más frecuente de manera significativa en lo que respecta a ambos padres, a los hermanos y a las parejas. La probabilidad de que los hijos mayores de 15 años de los fumadores y ex fumadores fumen es casi cuatro veces superior respecto de los hijos mayores de 15 años de médicos no fumadores (OR 3,90 [IC 95% 3,18-4,77], p < 0,00001). El consejo de los médicos a los pacientes fumadores para que abandonen el consumo de tabaco era dado en todas las consultas u ocasionalmente por el 94% de los facultativos. Entre los que siempre lo brindaban, los médicos ex fumadores lo hacían con mayor frecuencia (81%), con relación a los médicos fumadores que refirieron hacerlo (59%) (p < 0,00001).

En nuestra muestra, la edad de comienzo del tabaquismo fue de aproximadamente 18 años (fumadores 18,2 ± 4,2 años y ex fumadores 17,8 ± 3,9 años, p = 0,006). El 36,1% de los médicos consumían 20 o más cigarrillos por día. Más del 40% de los médicos fumaban al despertar, el 76% lo hacía por la mañana y casi el 30% cuando padecían alguna enfermedad. El 72% de los médicos fumadores lo hacían durante su trabajo en el hospital y más del 30% fumaban en zonas prohibidas. Entre las mujeres fumadoras, el 15,5% lo hicieron durante el embarazo.

En la Tabla 4 se muestra la prevalencia de la capacitación en tabaquismo en relación con la edad, el estatus tabaquista, el dar consejo para dejar de fumar y la indicación de tratamiento farmacológico de 6.177 médicos que aportaron datos sobre estos ítems. No se hallaron diferencias significativas entre los que tenían o carecían de capacitación en tabaquismo con respec-

VARIABLES	FUMADORES n = 1.847 (30,2%) n (%)	EX FUMADORES n = 1.361 (22,2%) n (%)	NO FUMADORES n = 2.915 (47,6%) n (%)	p
Familiares fumadores				
Padre	1.261 (68,3)	814 (59,8)	1.593 (54,6)	< 0,00001
Madre	611 (34,1)	317 (24,3)	769 (27,0)	< 0,00001
Hermano	1.123 (62,4)	720 (54,5)	1.064 (38,1)	< 0,00001
Pareja	934 (52,9)	598 (44,9)	703 (25,7)	< 0,00001
Hijo > 15 años	263 (19,0)	301 (25,8)	139 (6,8)	< 0,00001
Consejo a los pacientes				
Nunca	164 (8,7)	56 (4,0)	136 (4,5)	
Ocasionalmente	611 (32,4)	211 (15,0)	495 (16,5)	
Siempre	1.110 (58,9)	1.140 (81,0)	2.368 (79,0)	< 0,00001

Tabla 3. Antecedentes familiares de tabaquismo y consejo a pacientes fumadores (n = 6.123)

VARIABLES	SIN CAPACITACIÓN n = 4.147 (69%) n (%)	CON CAPACITACIÓN n = 2.030 (31%) n (%)	OR	p
Edad (en años)	41,6 ± 10,7	41,3 ± 11,2		0,22
Estatus tabaquista				
Fumador	1.349 (30,8)	564 (28,3)		
Ex fumador	981 (22,4)	442 (22,2)		
No fumador	2.046 (46,8)	985 (49,5)		0,08
Consejo médico siempre	3.049 (69,7)	1.635 (81,4)	1,91 (1,67-2,18)	< 0,00001
Parches de nicotina	189 (9,6)	250 (20,3)	2,39 (1,94-2,96)	< 0,00001
Bupropión	184 (9,4)	240 (19,5)	2,34 (1,89-2,91)	< 0,00001
P + B [†]	69 (3,5)	164 (13,3)	4,22 (3,12-5,73)	< 0,00001

Tabla 4. Capacitación en tabaquismo: variables asociadas (n = 6.177)

[†] Parches de nicotina más bupropión.

to a la edad o al estatus tabaquista. Sin embargo, los facultativos que poseían algún tipo de entrenamiento brindaban consejo para el cese de la adicción tabáquica con mayor asiduidad y utilizaban tratamiento farmacológico con más frecuencia. En el caso del tratamiento combinado de parches de nicotina y de bupropión, la indicación por parte de los profesionales con capacitación fue cuatro veces superior.

DISCUSIÓN

En esta muestra de médicos de la Argentina, la prevalencia de fumadores fue del 30,0% y de ex fumadores, del 22,4%. En concordancia con otros estudios, se observó una proporción ligeramente mayor de mujeres entre los fumadores y de hombres entre los ex fumadores, que además tenían más edad y más factores de riesgo vascular asociados. (11)

La proporción de médicos fumadores fue inferior a la tasa de tabaquismo de la población general de nuestro país, que según los relevamientos realizados oscilaría entre el 33% y el 39% de los adultos. (7, 8, 12)

En otros países, el porcentaje de los médicos fumadores también fue inferior a la de los fumadores de la población general. Sin embargo, en los países más desarrollados, esta diferencia es mayor. Por ejemplo (prevalencias aproximadas de tabaquismo en médicos y en población general, respectivamente): Holanda 6% y 40%, Finlandia 5,5% y 23%, Suecia 6% y 18%, Japón 17% y 35%, Estados Unidos 4% y 23%. (13-22)

Debe llamar la atención que aproximadamente un tercio de los profesionales de la Argentina fuman y que un número importante de ellos reúnen criterios de dependencia moderados a mayores. (23, 24)

Se observó una proporción mayor de fumadores entre los que cumplen funciones en áreas de urgencia. Esto podría relacionarse, entre otras causas, con las características de las tareas, la tensión emocional y el horario prolongado de trabajo.

Se registró una prevalencia baja de fumadores en los cardiólogos y los neumonólogos en relación con las otras especialidades clínicas; una observación similar fue realizada en el registro de médicos del Área

Metropolitana de Buenos Aires y también por Tessier y colaboradores, (11, 25) lo cual podría estar relacionado con una mejor comprensión y una mayor concientización del riesgo que genera el consumo de tabaco.

La mayor prevalencia de médicos fumadores se encontraba entre aquellos que desarrollaban especialidades quirúrgicas; observaciones similares fueron realizadas por Aasland y colaboradores y Bolinder y colaboradores (17, 26) en Escandinavia y también en nuestro país. (11) Resulta llamativo que la mayor proporción de fumadores se encuentren entre aquellos que al desempeñarse en especialidades quirúrgicas pueden tener la posibilidad de observar directamente las lesiones anatómicas producidas por las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, como son las patologías neoplásicas, en sus distintas localizaciones, o las vasculares.

El médico, a través de sus consejos y actitudes, debe ser ejemplo para sus pacientes, para estimularlos y ayudarlos a adoptar hábitos de vida saludables y de esta manera evitar el desarrollo de enfermedades. Los pacientes, al observar que sus médicos fuman, pueden interpretar erróneamente que el tabaquismo no es perjudicial para la salud, de modo que es importante que los médicos abandonen el consumo de tabaco por la influencia que ejercen naturalmente sobre sus pacientes. (27, 28)

El 94,3% de los médicos daban consejo a sus pacientes para dejar de fumar en forma ocasional o frecuente y la proporción de los médicos ex fumadores y no fumadores fue superior a la de los médicos fumadores. En otros registros se pudo observar que la frecuencia de profesionales que brindaban consejo a los pacientes tabaquistas fue variable. (11, 29, 30) Es importante para la salud pública la enseñanza sobre los efectos del tabaquismo y el entrenamiento a los médicos en métodos para dejar de fumar, ya que la actitud del profesional con respecto al tabaco va a estar en relación directa con la información que ellos tengan.

Existe una gran asociación entre la capacitación en tabaquismo y la frecuencia del consejo médico y/o la utilización de tratamiento farmacológico para dejar de fumar. En nuestro estudio observamos que el 30% de los facultativos referían haber realizado algún tipo de curso o de haber participado en reuniones informativas sobre el tabaquismo y comprobamos que los médicos con alguna capacitación brindaban en forma significativamente más frecuente consejo y tratamiento farmacológico a sus pacientes para lograr el abandono del hábito de fumar. También Tremblay y colaboradores, en Canadá, (31) comprobaron, luego de completar cursos de entrenamiento sobre tabaquismo a médicos, que se incrementaba la prevalencia de facultativos que brindaban asistencia a los pacientes fumadores. Este hecho podría tener un gran impacto en la salud pública por el gran beneficio que se logra y el bajo costo de la intervención. (4, 5)

Los médicos ex fumadores, en relación con los fumadores y los no fumadores, tenían más edad y mayor prevalencia de factores de riesgo vascular, mayor proporción de eventos vasculares y, además, fueron sometidos a procedimientos de revascularización con más frecuencia. Posiblemente estos antecedentes pudieron haber influido sobre su conducta frente al tabaco.

En nuestra investigación se halló una asociación importante entre la presencia de antecedentes de familiares fumadores y el tabaquismo en los médicos. También es conveniente destacar la gran influencia que los médicos fumadores, como padres, pueden ejercer sobre la posibilidad de que sus hijos adquieran la adicción al tabaco, que alcanza una probabilidad casi cuatro veces mayor. Otros estudios epidemiológicos demuestran la importancia del antecedente familiar en lo que respecta al inicio y el mantenimiento de la adicción al tabaco. (11, 32-35) Aquellos individuos cuyos padres o hermanos fumaban tenían mayores probabilidades de ser fumadores. Tanto Proescholdbell y colaboradores como Sargent y colaboradores observaron que las familias que poseían una firme actitud contra el tabaco presentaban menos posibilidades de tener hijos fumadores. (36, 37)

Con respecto a las limitaciones de nuestra investigación, ésta presenta las típicas de un estudio epidemiológico observacional y transversal. Con este tipo de diseño se puede estimar la prevalencia de una enfermedad o de una exposición en un momento determinado, y, a veces, establecer la relación existente entre ellas. (38) Sin embargo, presenta la limitación de que al medir simultáneamente enfermedad y exposición puede ser difícil establecer cuál es la causa y cuál es el efecto.

La validez externa o inferencia es el grado en el que los resultados de un estudio determinado pueden aplicarse a los individuos que no han formado parte de él. Se precisa tener un juicio racional sobre el grado en que los resultados puedan extrapolarse al resto de la población. (39) En nuestra investigación, el número de médicos evaluados fue grande; en algunas localidades fueron encuestados cerca del 70% de los facultativos que residían en ellas, se analizaron a médicos de ambos sexos y de numerosas especialidades, por lo que nuestro estudio podría reflejar una parte de la compleja realidad del tabaquismo entre los médicos de la Argentina.

CONCLUSIONES

Se observó una elevada prevalencia de médicos fumadores. Éstos tenían más antecedentes familiares de tabaquismo y presentaron criterios de mayor dependencia a la nicotina. La proporción de médicos fumadores era mayor entre los que realizaban especialidades quirúrgicas y entre los que se desempeñaban en los servicios de urgencia, en tanto que se observó una prevalencia menor entre cardiólogos y

neumonólogos en relación con otras especialidades clínicas.

Los médicos ex fumadores presentaron mayor prevalencia de factores de riesgo vascular y brindaron más consejos a sus pacientes para abandonar el tabaco.

Son importantes para la salud pública la enseñanza desde el pregrado de los efectos perjudiciales del tabaquismo y la implementación de programas de entrenamiento a los médicos en los tratamientos para dejar de fumar.

SUMMARY

Smoking among Physicians in Argentina. The TAMARA Trial

Objective

To assess the smoking habit in a sample of physicians of Argentina, the factors that favor tobacco consumption and physicians attitude regarding their patients who smoke.

Material and methods

This was an observational cross-sectional study which included physicians of Argentina, randomly selected from April through July 2004. The following data were analyzed: smoking prevalence, coronary risk factors, body mass index, physical activity, history of vascular events, family history of coronary heart disease and smoking, whether they had received smoking cessation training and whether they provided counseling and prescribed specific drugs for smoking cessation.

Results

A total of 6.497 physicians were surveyed (63% were male; mean age was 41.5 ± 10 years). Among the overall group, 30.0% were smokers and 22.4% were ex-smokers.

The prevalence of smokers was higher among physicians working in emergency areas ($p < 0.0001$) and surgical specialties ($p < 0.00001$), with an addictive conduct profile, who were less likely to counsel patients to quit smoking ($p < 0.00001$). Physicians who had received some type of smoking cessation training (31.3%) were more likely to advise their patients to quit and prescribe specific drugs for smoking cessation ($p < 0.00001$).

Ex smokers had a greater prevalence of coronary risk factors, acute myocardial infarction (AMI) and revascularization ($p < 0.00001$). Smokers and ex-smokers were more likely to have a family history of smoking ($p < 0.001$).

Conclusions

The prevalence of physicians who smoke is high, and is even higher among physicians who work in emergency and surgery services, who give their patients less anti-smoking advice. Physicians who had received smoking cessation training were more likely to provide advice and drugs for smoking cessation; hence the need to further promote medical training in this area.

Key words > Smoking - Epidemiology - Physicians - Vascular risk factors

Agradecimientos

A todos los investigadores que participaron de este estudio, ya que sin su valiosa colaboración hubiera sido imposible llevarlo a cabo y a la secretaria del Área de Investigación, Sra. Liliana Capdevila, por su asistencia en la elaboración del manuscrito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tabaquismo y salud en las Américas. OPS; 1992.
2. The tobacco health tool. www.emro.who.int/tfi/PDF/TobaccoHealthToll.pdf. WHO; 2005.
3. Pardell H, Saltó E, Salleras LL. Capítulo 3, Tabaco y riesgo y Capítulo 7, La actuación del médico. En: Pardell H, Saltó E, Salleras LL, editores. Manual de Diagnóstico y Tratamiento del Tabaquismo. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1996. p. 45-71 y 121-34.
4. Müller F. Capítulo 2, Las trampas del tabaco; Schoj V y Tambussi A. Capítulo 10, Intervenciones breves. En: Müller F, editor. Cesación tabáquica, tiempo de intervenir. 1ª impresión. Buenos Aires: Editorial Polemos; 2006. p. 45-53 y 177-208.
5. Área de Normatizaciones y Consensos de la Sociedad Argentina de Cardiología. Consenso de Prevención Primaria y Secundaria de la Enfermedad Coronaria. *Rev Argent Cardiol* 2001;69:12-21.
6. Fagerstrom K. The epidemiology of smoking: health consequences and benefits of cessation. *Drugs* 2002;62:1-9.
7. Área de Investigación de la SAC, Consejo de Epidemiología y Prevención Cardiovascular de la SAC, Área del Interior de la SAC, Fundación Cardiológica Argentina. Prevalencia de los factores de riesgo coronario en una muestra de la población argentina. Estudio REDIFA (Relevamiento de los Distritos de la Sociedad Argentina de Cardiología de los factores de riesgo coronario). *Rev Argent Cardiol* 2002;70:300-11.
8. Encuesta Nacional de Salud 2005, Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, 2006.
9. Taller Subregional para el Cono Sur y Brasil 18-22/11/1985. OPS-OMS; 1986.
10. Dawson-Saunders B, Trapp R. Capítulo 7, Estimación y comparación de medias, y Capítulo 9, Estimación y comparación de proporciones. En: Dawson-Saunders B, Trapp R, editores. Bioestadística Médica. Traducción de Basic and Clinical Biostatistics, by Appleton & Lange, 1990. México DF: Editorial El Manual Moderno; 1993. p. 115-41 y 165-86.
11. Zylbersztejn H, Cragolino R, Francesia A, Tambussi A, Mezzalana V, Levin R y col. Estudio epidemiológico del tabaquismo en médicos. *Rev Argent Cardiol* 2003;71:178-84.
12. Coniglio RI, Dahinten E, Vidal EJ, Salgueiro AM, Otero JC, Vazquez LA y col. Prevalencia de los factores de riesgo para la aterosclerosis coronaria en zonas urbanas de la Patagonia argentina. *Medicina* 1992;52:320-32.
13. Kotz D, Wagena EJ, Wesseling G. Smoking cessation practices of Dutch general practitioners, cardiologist and lung physicians. *Respir Med* 2006;3:(Epub ahead of print).
14. Highlights on Health in the Netherlands 1997. www.euro.who.int/document/e62040.pdf. WHO; 2006.
15. Barengo NC, Sandstrom PH, Jormanainen VJ, Myllykangas MT. Changes in smoking prevalence among Finnish physicians 1990-2001. *Eur J Public Health* 2004;14:201-3.
16. Smoking prevalence in Finland, 2000. www.who.int/tobacco/media/en/finland.pdf. WHO; 2006.
17. Bolinder G, Himmelmann L, Johansson K. Swedish physicians smoke least in all the world. A new study of smoking habits and attitudes to tobacco. *Lakartidningen* 2002;99:3111-7.
18. Smoking prevalence in Sweden 2001. www.who.int/tobacco/media/en/sweden.pdf. WHO; 2006.
19. Ohida T, Sakurai H, Mochizuki Y, Kamal AM, Takemura S, Minowa M, et al. Smoking prevalence and attitudes toward smoking among Japanese physicians. *JAMA* 2001;285:2643-8.
20. Smoking prevalence in Japan, 2000. www.who.int/tobacco/media/en/japan.pdf. WHO; 2006.
21. Lee DJ, LeBlanc W, Fleming LE, Gomez-Marin O, Pitman T, et al. Trends in US smoking rates in occupational groups: The National Health Interview Survey 1987-1994. *J Occup Environ Med* 2004; 46:538-48.
22. Smoking prevalence in The United States of America. WHO; 2006.
23. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991;86:1119-27.

24. Radzius A, Moolchan ET, Henningfield JE, Heishman SJ, Gallo JJ. A factor analysis of the fagerstrom tolerance questionnaire. *Addict Behav* 2001;26:303-10.

25. Tessier JF, Thomas D, Nejari C, Belougne D, Freour P. Attitudes of French cardiologists towards smoking. *Arch Mal Coeur Vaiss* 1996;89:341-7.

26. Aasland OG, Nylenna M. Physicians who smoke. A survey of smoking habits and life style of Norwegian physicians. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1997;117:332-7.

27. Fernandez Ruiz ML, Sanchez Bayle M. Evolution of the prevalence of smoking among female physicians and nurses in the Autonomous Community of Madrid, Spain. *Gac Sanit* 2003;17:5-10.

28. Parna K, Rahu K, Barengo NC, Rahu M, Sandstrom PH, Jormanainen VJ, et al. Comparison of knowledge, attitudes and behaviour regarding smoking among Estonian and Finnish physicians. *Soz Praventivmed* 2005;50:378-88.

29. O'Loughlin J, Makni H, Tremblay M, Lacroix C, Gervais A, Dery V, et al. Smoking cessation counseling practices of general practitioners in Montreal. *Prev Med* 2001;33:627-38.

30. Underner M, Laforgue AV, Chabaud F, Meurice JC. Influence of doctors' smoking habits on minimal advice for smoking cessation. A survey of 369 general practitioners in the department of Vienne, France. *Presse Med* 2004;33:927-9.

31. Tremblay M, Gervais A, Lacroix C, O'Loughlin J, Makni H, Paradis G. Physicians Taking Action Against Smoking: an intervention program to optimize smoking cessation counselling by Montreal general practitioners. *CMAJ* 2001;165:601-7.

32. O'Byrne KK, Haddock CK, Poston WS. Parenting style and adolescent smoking. *J Adolesc Health* 2002;30:418-25.

33. Osler M, Clausen JO, Ibsen KK, Jensen GB. Smoking as social heritage. Children whose mothers are smokers are more likely to become smokers as adults. *Ugeskr Laeger* 1996;158:2384-7.

34. Boyle MH, Sanford M, Sztamari P, Merikangas K, Offord DR. Familial influences on substance use by adolescents and young adults. *Can J Public Health* 2001;92:206-9.

35. Manzoli L, Di Giovanni P, Dragani V, Ferrandino MG, Morano JP, Rauti I, et al. Smoking behaviour, cessation attempts and the influence of parental smoking in older adult women: a cross-sectional analysis from Italy. *Public Health* 2005;119:670-8.

36. Proescholdbell RJ, Chassin L, MacKinnon DP. Home smoking restrictions and adolescent smoking. *Nicotine Tob Res* 2000;2:159-67.

37. Sargent JD, Dalton M. Does parental disapproval of smoking prevent adolescents from becoming established smokers? *Pediatrics* 2001;108:1256-62.

38. Méndez Ramírez I, Namihira Guerrero D, Moreno Altamirano L, Sosa de Martínez C. Capítulo 1, Diferentes tipos de estudios. En: Méndez Ramírez I, Namihira Guerrero D, Moreno Altamirano L, Sosa de Martínez C, editores. *El protocolo de investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis*. Reimpresión de la 2ª edición. México, DF: Editorial Trillas; 1991. p. 11-27.

39. Beaglehole R, Bonita R, Kjellström T. Capítulo 3, Tipos de estudio. En: Beaglehole R, Bonita R, Kjellström T, editores. *Epidemiología básica*. Traducción de la 1ª reimpresión de la obra en inglés *Basic Epidemiology*. Organización Mundial de la Salud 1993. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC, EE.UU.; 1994. p. 33-57.

APÉNDICE

Coordinación General: Dres. Horacio M. Zylbersztejn y César A. Belziti.

1. Distrito Capital Federal

Investigadores Principales: Dres. Román Cragnolino, Andrés Dini, Patricia Blanco, Claudio Higa, Gustavo Calderón, José Schanz, Adriana Angel, Ivana Patiño.

Investigadores Asociados: Dres. María V. Ressa, Nicolás Laffaye, Gerardo Nau, Gustavo Ferrari, Víctor Mauro,

Carlos Barrero, Roberto G. Eleisequi, Marcelo El Bis, Justo Carbajales, Cecilia Reyna, Saúl Soifer, Laura Airolti, Ricardo Geronazzo, Fernando Sokn, Juan J. Herrera Paz, Marcelo Massuelli, Sebastián Rizzone, Alejandro Vernerero, José Cuba, Oscar Martínez, Silvina Nusdeo, Patricia Soria, Jorge González, Silvia Kusznier.

2. Distrito Regional Atlántico (Mar del Plata, Pcia. de Buenos Aires)

Investigador Principal: Dr. Enrique Pianzola.

Investigadores Asociados: Dres. Luis Lembo, Andrea Giusti, Mabel Mohana, Fernando Varela, Lucía Becerra, Carlos Bordenave, Víctor Rogers.

3. Distrito Regional Austral (Pcia. de Tierra del Fuego)

Investigador Principal: Dr. Edmundo Heredia.

4. Distrito Regional Bahía Blanca (Pcia. de Buenos Aires)

Investigador Principal: Dr. Fernando Ordóñez.

Investigadores Asociados: Dres. Nadia Budassi, Raúl Cermesoni, María José Estebanez, Marcelo Etchandy.

5. Distrito Regional Bariloche (Pcia. de Río Negro)

Investigador Principal: Dr. Daniel J. Abriata.

6. Distrito Regional Catamarca

Investigador Principal: Dra. Adriana Andina.

Investigadores Asociados: Dres. Hugo D. Barrionuevo, María A. Nieva, Susana Bustos de Cuello, Julio A. Moreno, Víctor Naudy, Mónica Acosta, Fabiana Olivatto, Jorge A. Herrero Castellanos.

7. Distrito Regional Centro (Tandil, Pcia. de Buenos Aires)

Investigador Principal: Dra. Ana M. Lucchini.

Investigadores Asociados: Dres. Juan C. Giménez, Analía Vidal, Pedro Estein, Ernesto Ylarry.

8. Distrito Regional Chaco

Investigadores Principales: Dres. Carlos Alonso, Ricardo Cravzov.

9. Distrito Regional Comarcas Patagónicas Andino - Los Alerces (El Bolsón, Pcia. de Río Negro y Esquel, Pcia. de Chubut)

Investigador Principal: Dra. Diana Solanot.

Investigador Asociado: Dr. Harry Winter.

10. Distrito Regional Comodoro Rivadavia (Comodoro Rivadavia, Pcia. de Chubut y Caleta Olivia, Pcia. de Santa Cruz)

Investigadores Principales: Dres. Gustavo Pérez Juárez, Susana Fernández.

Investigador Asociado: Dra. Eve Peirano.

11. Distrito Regional Conurbano Norte (Pcia. de Buenos Aires)

Investigador Principal: Dr. Carlos Borrego.

Investigadores Asociados: Dres. Enrique Pautasso, Martín Koretsky, Marcelo Boscaró.

12. Distrito Regional Conurbano Oeste (Pcia. de Buenos Aires)

Investigador Principal: Dr. Jorge Goral.

Investigadores Asociados: Dres. Oscar Montaña, Carlos D'Amico, Hernán Otero, Beatriz Vatrano, Daniel Olivieri, Beatriz Zucchiatti, Daniel Avayú, José Spolidoro, Florencio Guerrero, Víctor Mezzalira, Salvador Spina, Noemí Zucchiatti.

13. Distrito Regional Conurbano Sur (Pcia. de Buenos Aires)

Investigador Principal: Dr. José Luis González.

Investigadores Asociados: Dres. Alejandro Tomatti, Lorenzo Pastore, Fernando Balerio, Daniel Cicarelli, Virginia Lagomarsino, Héctor Burgos Cruz, Héctor Locarmine,

Casimiro Pietro, Daniel Ferreiro, Ricardo Larcamon, Marcelo Domínguez, Beatriz Santoro, Silvina Cerruti, Richard Angelini, Jorge García, Analía Robilotte, Liliana Vila, Aníbal Picarel, Enrique López, Guillermo Chetino, Daniel D'Avalos.

14. *Distrito Regional Conurbano Sudeste (Pcia. de Buenos Aires)*

Investigador Principal: Dr. Reinaldo Lagioia.

15. *Distrito Regional Córdoba*

Investigador Principal: Dr. Italo Torchio.

Investigador Asociado: Dr. Oscar Salomone.

16. *Distrito Regional Corrientes*

Investigador Principal: Dr. Bernardo Benitez.

Investigadores Asociados: Dres. Claudio Aguirre, Rolando Altamirano, Jorge Verón, Mauricio Schmidt.

17. *Distrito Regional Cuenca del Salado (Pcia. de Buenos Aires)*

Investigador Principal: Dr. Jorge Chiabaut Svane.

Investigadores Asociados: Dres. Andrés Mulassi, Mario Zappettini, Oscar Lastra, Lucía Mulassi, Ignacio Elliff, Salvador Oriolo.

18. *Distrito Regional Del Atuel (Pcia. de Mendoza)*

Investigador Principal: Dra. Ethel Larregle.

Investigadores Asociados: Dres. Fausto Cerrutti, Carlos Salde, Gonzalo Sanz, Alicia Devito.

19. *Distrito Regional Este (San Pedro, Zárate, Campana, Pcia. de Buenos Aires)*

Investigador Principal: Dr. Ricardo Rossi.

20. *Distrito Regional Jujuy*

Investigador Principal: Dr. Claudio Ortiz.

Investigadores Asociados: Dres. Héctor Sequeira, Ricardo Castro, Pablo Clementi, Karina García, Eduardo Martínez.

21. *Distrito Regional La Pampa-Centro-Oeste*

Investigador Principal: Dr. Rubén Fernández.

22. *Distrito Regional La Rioja*

Investigador Principal: Dr. Diego Comay.

23. *Distrito Regional Mendoza*

Investigador Principal: Dra. Marisa Torres.

Investigador Asociado: Dr. Carlos Farinelli.

24. *Distrito Regional Misiones*

Investigador Principal: Dra. Guadalupe Ojeda.

Investigadores Asociados: Dres. Francisco G. Fazio, Miguel Faraudo, Jorge Okulowicz, Enrique Tabbia.

25. *Distrito Regional Norte (Pergamino, Rojas, Pcia. de Buenos Aires)*

Investigador Principal: Dr. Realdo Peretti.

26. *Distrito Regional Oeste (Lincoln, Chacabuco, Junín, Pehuajó, Pcia. de Buenos Aires)*

Investigador Principal: Dr. Raúl Spinelli.

Investigadores Asociados: Dres. Gloria Cóppola, Adail Altesor D'Ursi, Carina E. Genna, Carlos Sinclair.

27. *Distrito Regional Puerto Madryn - Rawson - Trelew (Pcia. de Chubut)*

Investigador Principal: Dr. Alejandro Sarries.

Investigador Asociado: Dr. Héctor Costa.

28. *Distrito Regional Río Cuarto (Pcia. de Córdoba)*

Investigador Principal: Dr. Oscar Thüer.

Investigadores Asociados: Dres. Marcelo de la Vega, Martín Hermida.

29. *Distrito Regional Río Gallegos (Pcia. de Santa Cruz)*

Investigador Principal: Dr. Mario Fernández.

30. *Distrito Regional Río Paraguay (Formosa, Clorinda, Pcia. de Formosa)*

Investigadores Principales: Dras. Gladys Sosa, Claudia Mudrik.

31. *Distrito Regional Río Uruguay (Galeguaychú, Chajarí, Concepción del Uruguay, Concordia, Pcia. de Entre Ríos)*

Investigador Principal: Dr. Carlos Caraballo.

Investigadores Asociados: Dres. Alcides Murga, Edeldo Caffaratti, Juan de la Cruz Ojeda, Carlos Petronio, Horacio Falco, Hugo Franzoy.

32. *Distrito Regional Salta*

Investigador Principal: Dr. Sebastián Saravia Toledo.

Investigadores Asociados: Dres. Lilián Antón, Jorge Sánchez, Enrique Mainoli, Alejandro Farah, Daniel Dib, Juan Sartor, César Giménez Durán, Javier Sánchez, Enrique Mendoza Aguilar, Ricardo Leguizamón, Pedro Kairuz, Adrián Jerez Brandan, Miguel Solá, Rodolfo Nazar.

33. *Distrito Regional San Juan*

Investigador Principal: Dr. Domingo Santiago.

Investigador Asociado: Dr. Carlos Soria.

34. *Distrito Regional Santiago del Estero*

Investigador Principal: Dr. Carlos Manfredi.

35. *Distrito Regional Tucumán*

Investigador Principal: Dr. Jorge Klyver.

36. *Distrito Regional Viedma (Pcia. de Río Negro)*

Investigador Principal: Dr. Marcos Cailotto.

37. *General Villegas (Pcia. de Buenos Aires)*

Investigador Principal: Dr. Constante Bilotta.

38. *La Plata (Pcia. de Buenos Aires)*

Investigador Principal: Dr. Andrés Mulassi.

Investigadores Asociados: Dres. Ariel Manti, Carlos Craig, Hernán Carolo, Sandra de Felito, Carolina Greco.