

Estudio epidemiológico del tabaquismo en médicos

Área de Investigación, Sociedad Argentina de Cardiología

HORACIO M. ZYLBERSZTEJN[†], ROMÁN CRAGNOLINO, ALEJANDRA N. FRANCESIA, ANA TAMBUSSI, VÍCTOR J. MEZZALIRA, RICARDO L. LEVIN, ANTONIO MICHREF, ANDRÉS MULASSI, ANÍBAL PICAREL, ANALÍA ROBILOTTE, PABLO A. PULEIO, EMILIANO ROSSI, JOSÉ G. ESCOBAR CALDERÓN, ANA MARÍA SALVATI, MARIO CIRUZZI

RESUMEN

Objetivo

Analizar la epidemiología del tabaquismo en una muestra de médicos de la Argentina.

Material y métodos

Estudio observacional y transversal, en el que se encuestaron a médicos de 18 instituciones del área metropolitana de Buenos Aires seleccionados aleatoriamente durante los meses de mayo y junio de 2002. Se analizaron las siguientes variables: tabaquismo, actividad física, antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes y de historia familiar de enfermedad coronaria, la presencia de antecedentes de familiares fumadores y la frecuencia con la que el médico aconsejaba a sus pacientes fumadores el abandono del tabaco.

Resultados

Se encuestaron a 783 médicos, el 67% de sexo masculino, edad promedio de 43 ± 12 años. Los hombres fueron significativamente mayores que las mujeres (hombres: 45 ± 12 años; mujeres: 38 ± 10 años; $p < 0,0001$). La prevalencia de fumadores y ex fumadores fue, respectivamente, del 28,6% y el 25,3%.

Los médicos ex fumadores, en relación con los médicos fumadores y los médicos no fumadores, presentaron mayor prevalencia de hipertensión arterial ($p < 0,0001$), de dislipemia ($p = 0,0001$) y mayor índice de masa corporal ($p < 0,0001$). No se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de diabetes ($p = 0,88$), el antecedente familiar de enfermedad coronaria ($p = 0,47$) o en la realización de actividad física ($p = 0,16$). Los médicos ex fumadores, con mayor frecuencia, daban consejos a sus pacientes para dejar de fumar.

Los médicos fumadores predominaron entre los dedicados a especialidades quirúrgicas ($p = 0,001$) y entre los que se desempeñaban en los servicios de urgencia ($p = 0,037$). Los médicos fumadores presentaron más frecuentemente el antecedente familiar de tabaquismo ($p < 0,0001$), el 30% fumaban al despertar, más del 70% lo hacían por la mañana y un tercio fumaban aun cuando padecían de alguna enfermedad.

Conclusiones

Existe una prevalencia elevada de médicos fumadores. Éstos tenían más frecuentemente antecedentes familiares de tabaquismo y presentaron criterios de mayor dependencia a la nicotina. La proporción de fumadores es mayor entre los que se desempeñan en servicios de urgencia y entre los que realizan especialidades quirúrgicas.

Los médicos ex fumadores presentaron mayor prevalencia de hipertensión arterial, de dislipemia e índice de masa corporal. Son los que más frecuentemente brindan a sus pacientes consejos para abandonar el tabaco.

Es importante la enseñanza de los efectos del tabaquismo y el entrenamiento de los médicos en los métodos para dejar de fumar.

REV. ARGENT CARDIOL 2003; 71: 178-184

Recibido: 12/2002

Aceptado: 3/2003

Dirección para separatas:

Horacio Mario Zylbersztein -

Av. Congreso 2881, PB, Dto. 3 -

(1428) Buenos Aires, Argentina -

e-mail: hzylber@intramed.net.ar

Palabras clave

> Tabaquismo - Epidemiología - Médicos - Factores de riesgo cardiovascular

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de la enfermedad

cardiovascular y la principal causa de muerte prevenible en el mundo. (1-3)

En los últimos años se ha observado en las naciones desarrolladas una tendencia a la disminución del

consumo de tabaco; por el contrario, los países en vías de desarrollo han experimentado un aumento de su prevalencia. Se espera para los próximos años una mortalidad mayor originada por las enfermedades relacionadas con esta adicción, que son de evolución lenta. En la actualidad en el mundo se mueren aproximadamente 4 millones de personas por año por patologías relacionadas con el consumo de tabaco. Si se mantiene la tendencia ascendente, se alcanzaría a los 10 millones de fallecidos anualmente para la década de 2030. (4, 5)

En la Argentina aproximadamente el 40% de los adultos fuman. (6) 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, 7) y se estima actualmente que los decesos producidos por estas enfermedades serán de aproximadamente 45.000 personas por año, por lo que la disminución del consumo de tabaco en la población es fundamental para reducir la morbimortalidad relacionada con esta adicción.

La evidencia científica nos muestra que algunas de las acciones más importantes para controlar y desalentar el tabaquismo son las intervenciones breves realizadas por los médicos en consultas habituales, con la recomendación de la supresión del uso de toda forma de tabaco. (3, 4) Sin embargo, la actitud del médico frente al problema del tabaquismo va a depender de una serie de variables, entre las cuales se encuentran su relación personal con el tabaco.

El objetivo del presente trabajo fue el de evaluar la epidemiología del tabaquismo en una muestra de médicos obtenida de centros asistenciales de la Capital Federal y del conurbano bonaerense.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente es un estudio observacional y transversal, realizado durante los meses de mayo y junio de 2002. Se encuestaron 783 médicos de ambos sexos y de distintas especialidades, seleccionados en forma aleatoria, de 18 instituciones asistenciales de la Capital Federal y del Gran Buenos Aires.

Los datos fueron recolectados por los investigadores a través de un cuestionario estructurado que incluía, entre otras, las siguientes variables: *tabaquismo*, *actividad física*, *antecedentes de hipertensión arterial*, *dislipemia*, *diabetes e historia familiar de enfermedad coronaria*. Se definió *fumador* al sujeto que consumía regularmente por lo menos un cigarrillo por día, que lo había hecho como mínimo durante un año y que había fumado durante el último año. Se consideró *ex fumador* al individuo que no había fumado durante el último año, pero que comunicaba que había consumido cigarrillos alguna vez en su vida y *no fumador* al que nunca había fumado. La *actividad física* se consideró positiva si el sujeto realizaba caminatas o cualquier deporte por más de 45 minutos. Se consignaron las veces por semana que lo efectuaba. Se estratificó de la siguiente manera: nunca, 1 a 3 veces por semana y más de 3 veces por semana. Se consignó *hipertenso*, *dislipémico* o *diabético* al sujeto que refería que un médico le había comentado que padecía esa enfermedad o que recibía tratamiento específico para dicho cuadro clíni-

ABREVIATURA

IMC Índice de masa corporal

co. La información sobre la *altura* y el *peso* de los médicos se obtuvo a partir de los datos aportados por ellos en el momento de la encuesta. Como una medida del índice de masa corporal (IMC) se empleó el índice de Quetelet (kg/m^2). De acuerdo con este índice se consideraron tres estratos: menor de 25, 25-30 (sobrepeso) y mayor de 30 (obeso). Se consignó el *antecedente familiar de enfermedad coronaria* en los que referían un familiar directo (padres o hermanos) con antecedente de infarto de miocardio.

En el cuestionario se solicitaba también la siguiente información sobre el tabaquismo: número de cigarrillos consumidos por día, edad de inicio, lugares en donde se fumaba y si se realizaba en áreas no autorizadas, el tiempo que transcurría desde el despertar hasta el encendido del primer cigarrillo, si se fumaba durante alguna enfermedad y la presencia de antecedentes de familiares fumadores, así como la frecuencia con la que el médico aconsejaba a sus pacientes fumadores el abandono del tabaco.

Análisis estadístico

La información obtenida se incorporó en una base de datos con formato *dbase*, que posteriormente se analizó mediante el programa estadístico Epi-Info 6.0. 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%). Las variables continuas se evaluaron con la prueba de la *t* de Student. Se consideró significativa una probabilidad de error igual o menor de 0,05. (8)

RESULTADOS

Se encuestaron a 783 médicos de ambos sexos (67% hombres), con una edad promedio de 43 ± 12 años. Los hombres eran significativamente mayores que las mujeres (hombres: 45 ± 12 años; mujeres: 38 ± 10 años; $p < 0,0001$).

La prevalencia de fumadores fue del 28,6%, y la de ex fumadores del 25,3%. La media del consumo de cigarrillos en los primeros fue de 14 ± 10 unidades por día.

En la Tabla 1 se presentan la edad, el sexo y los factores de riesgo cardiovascular. Entre los hombres predominaban los ex fumadores; en cambio, entre las mujeres eran más frecuentes las fumadoras. En el grupo de ex fumadores se observó una prevalencia mayor de hipertensión arterial, de dislipemia y mayor índice de masa corporal (IMC).

No se encontraron diferencias significativas entre los ex fumadores, fumadores y no fumadores con la prevalencia de diabetes o el antecedente familiar de enfermedad coronaria. Con respecto a la actividad física, si bien entre los tres subgrupos de médicos (fumadores, ex fumadores y no fumadores) no se hallaron diferencias significativas, los médicos que fumaban menos de 20 cigarrillos por día realizaban actividad física más frecuentemente en relación con los que

Tabla 1
Características generales y factores de riesgo cardiovascular

Variables	Fumadores		Ex fumadores		No fumadores		p
	(n = 224 28,6%)		(n = 198 25,3%)		(n = 361 46,1%)		
	n	%	n	%	n	%	
Edad (en años) *	41,4 ± 11,3		49,1 ± 11,7		40,7 ± 11,0		< 0,0001
Sexo							
Masculino	134	59,8	148	74,7	246	68,1	
Femenino	90	40,2	50	25,3	115	31,9	0,0044
HTA †	24	10,7	57	28,8	52	14,4	< 0,0001
Dislipemia	29	12,9	47	23,7	36	10,0	0,0001
Diabetes	5	2,2	7	3,5	12	3,3	0,88
Antecedentes familiares							
de enfermedad coronaria‡	45	20,1	43	21,7	64	17,7	0,47
Actividad física	109	48,7	100	50,5	177	49,0	0,16
Frecuencia de actividad física§							
Nunca	115	51,3	98	49,5	184	51,0	
1-3/semana	103	46,0	90	45,5	149	41,3	
> 3/semana	6	2,7	10	5,1	28	7,8	0,11
IMC ¶							
< 25	142	63,7	79	40,3	186	52,5	
25-29	66	29,6	81	41,3	145	41,0	
> 29	15	6,7	36	18,4	23	6,5	< 0,0001

* X ± DE = media y desvío estándar. † Hipertensión arterial. ‡ Antecedente familiar de enfermedad coronaria.

§ Frecuencia semanal de actividad física. ¶ Índice de masa corporal. (kg/m²).

fumaban más de 20 cigarrillos diarios: 48% versus 19% (p < 0,0001), respectivamente.

En la Tabla 2 se presentan los datos de prevalencia de tabaquismo según la especialidad de los médicos. Se observó que los no fumadores eran más frecuentes entre los cardiólogos; en cambio, los fumadores predominaron entre los dedicados a especialidades quirúrgicas. Se analizó la asociación entre el tabaquismo y el trabajo en los servicios de urgencia y se observó que entre los profesionales que se desempeñaban en esas áreas la probabilidad de ser fumadores

era el 39% superior en relación con los médicos que no lo hacían [OR 1,39, (IC 1,01-1,92), p = 0,037].

En la Tabla 3 se muestran los datos correspondientes a la presencia de antecedentes de familiares fumadores y a la frecuencia del consejo dado por los médicos a sus pacientes tabaquistas para que abandonen esta adicción. En nuestra muestra se observó que entre los médicos fumadores fue más frecuente el antecedente familiar de tabaquismo, con diferencias significativas en lo que respecta a la presencia de padre, hermano y/o de pareja fumadora.

Tabla 2
Especialidad médica y tabaquismo (n = 783)

Especialidad* (n = 774)	Fumadores (n = 219)		Ex fumadores (n = 198)		No fumadores (n = 357)		p
	n	%	n	%	n	%	
	Cardiología (n = 202)	37	18	53	26	112	
Clínicas† (n = 335)	103	31	79	24	153	45	
Quirúrgicas‡ (n = 237)	79	33	66	28	92	39	0,001

*n = 774; 9 médicos (5 fumadores y 4 no fumadores) no informaron la especialidad que ejercían.

† Especialidades clínicas: clínica médica, gastroenterología, endocrinología, dermatología, neumonología, medicina preventiva, infectología, pediatría.

‡ Especialidades quirúrgicas: cirugía general, cirugía plástica, neurocirugía, traumatología, urología, oftalmología, tocoginecología, otorrinolaringología.

Tabla 3
Antecedentes familiares de tabaquismo y consejo a pacientes fumadores

Variables	Fumadores (n = 224)		Ex fumadores (n = 198)		No fumadores (n = 361)		p
	n	%	n	%	n	%	
Familiares fumadores:							
Padre	119	53,1	89	44,9	134	37,1	0,0006
Madre	49	21,9	36	18,2	59	16,3	0,24
Hermano	92	41,1	66	33,3	86	23,8	0,0005
Pareja	87	38,8	44	22,2	74	20,5	< 0,0001
Consejo a los pacientes:							
Nunca	15	6,7	7	3,5	30	8,3	
Ocasionalmente	80	35,7	40	20,2	91	25,2	
Siempre	129	57,6	151	76,3	240	66,5	0,0004

El consejo de los médicos a los pacientes fumadores para que abandonen el consumo de tabaco era dado en todas las consultas o en forma ocasional por el 93% de los facultativos. Entre los médicos que siempre lo brindaban, los ex fumadores lo hacían con mayor frecuencia (76%) respecto de los fumadores, que refirieron hacerlo en el 58%.

En la Tabla 4 se brindan los datos correspondientes a las características del consumo de cigarrillos en los fumadores y en los ex fumadores. En nuestra muestra, los ex fumadores se iniciaron en el tabaquismo a edades más tempranas. Los médicos fumadores fumaban más frecuentemente en las áreas que no estaban autorizadas o mientras se encontraban cumpliendo sus funciones en el hospital. También, el 30% de éstos fumaban al despertar, más del 70% lo hacía por la mañana y un tercio lo hacía aun cuando padecían de alguna enfermedad.

Tabla 4
Características de la adicción tabáquica

Variables	Fumadores (n = 224)		Ex fumadores (n = 198)		p
	n	%	n	%	
Edad de inicio*	219		191		
< 15 años	28	12,8	39	20,4	
≥ 15 años	191	87,2	152	79,6	0,03
Fuma al despertar	68	30,4	41	20,7	0,02
Fuma por la mañana	159	71,0	118	59,6	0,013
Fuma en el hospital	174	77,7	114	57,6	< 0,0001
Fuma en áreas prohibidas	78	34,8	47	23,7	0,012
Fuma durante alguna enfermedad	71	31,7	43	21,7	0,021

* No informaron la edad de inicio del tabaquismo 5 médicos fumadores y 7 médicos ex fumadores.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio, la prevalencia de los médicos fumadores fue del 28,6%. Esta proporción 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. (6, 9)

En otros países, el porcentaje de los médicos fumadores también fue inferior al de los fumadores de la población general. Por ejemplo, se observó que la prevalencia de tabaquismo en los médicos y en la población general, respectivamente, fueron las siguientes: Francia 36,1% y 39%; Italia 26,3% y 30%; Japón 28% y 33%; Estados Unidos 8% y 24,7%. (10-17)

Debe llamar la atención que casi un tercio de los profesionales fuma. En nuestra investigación hemos visto una proporción mayor de médicos fumadores entre los que cumplen funciones en las áreas de urgencia. Probablemente esto podría relacionarse, entre otras causas, con las características del trabajo, que a veces implica muchas horas de servicio y que podría originar mayor tensión emocional.

En nuestra muestra hemos visto una prevalencia baja de fumadores entre los médicos cardiólogos, similar a la observación realizada por Tessier y colaboradores (18), lo cual podría estar relacionado con una mejor comprensión del riesgo cardiovascular producido por el consumo de tabaco. Por otra parte hemos comprobado que la mayor prevalencia de médicos fumadores se encontraba entre aquellos dedicados a especialidades quirúrgicas; observaciones similares fueron realizadas por Aasland y colaboradores (19) y Bolinder y colaboradores. (20) Resulta paradójico que la mayor proporción de fumadores se encuentren entre aquellos que al estar dedicados a especialidades quirúrgicas pueden tener la posibilidad de observar directamente las lesiones anatómicas producidas por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, como son las patologías neoplásicas o vasculares. Habría que realizar otros estudios para tratar de analizar las causas que originen esta situación.

El médico, mediante sus consejos y actitudes, debe ser ejemplo para sus pacientes, para ayudarlos a modificar conductas y estilos de vida que puedan favorecer el desarrollo de enfermedades. Al observar que sus médicos fuman, los pacientes pueden interpretar erróneamente que el tabaquismo no es perjudicial para la salud, de modo que es importante que los médicos abandonen el tabaco por la influencia que ejercen naturalmente sobre sus pacientes.

En nuestro estudio encontramos que el 93% de los médicos daban consejo a sus pacientes para dejar de fumar, en forma ocasional o frecuente, con una proporción de médicos ex fumadores superior a la de médicos fumadores. En otros países se puede observar que la frecuencia de profesionales que brindaban consejo a los pacientes tabaquistas fue variable. (21, 22) 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. Tremblay y colaboradores, en Canadá, (23) 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, hecho que podría tener un gran impacto en la salud pública por la importancia del consejo brindado por un profesional y por el bajo costo en relación con el beneficio de dicho acto médico. (4)

En este trabajo observamos que los médicos ex fumadores, respecto de los fumadores y los no fumadores, tenían más edad y mayor prevalencia de hipertensión arterial, dislipemia, sobrepeso y obesidad. Posiblemente estos individuos pudieron haber padecido alguna patología que haya requerido el servicio de un médico, el cual pudo haber influido sobre su conducta frente al tabaco.

Al comparar las características del consumo de cigarrillos entre los ex fumadores y los fumadores habituales, los primeros tenían más frecuentemente criterios de menor adicción, que según las pruebas que evaluaban los grados de dependencia a la nicotina (24, 25) pudieron haber favorecido el abandono del tabaco.

En nuestra investigación se halló una asociación positiva entre la presencia de antecedentes de familiares fumadores y el tabaquismo en los médicos. Otros estudios epidemiológicos demuestran la importancia del antecedente familiar en lo que respecta al inicio y el mantenimiento de la adicción al tabaco. (26-28) Aquellos individuos cuyos padres o hermanos fumaban, tenían mayores probabilidades de ser fumadores. Tanto Proescholdbell y colaboradores (29) como Sargent y colaboradores (30) observaron que las familias que poseían una firme actitud contra el tabaco presentaban menos posibilidades de tener hijos fumadores.

Con respecto a las limitaciones de nuestra investigación, debemos mencionar que se trata 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. (31) 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 es el grado en que los resultados de un estudio determinado pueden aplicarse a las personas que no han formado parte de él. Se precisa un juicio racional sobre el grado en el que los resultados puedan extrapolarse al resto de la población. (32) Si bien el número de médicos evaluados fue grande, ellos representan una muestra que reside y trabaja en una zona determinada de nuestro país, por lo que habría que tomar en cuenta estas consideraciones antes de generalizar los resultados al resto de los médicos de la Argentina.

CONCLUSIONES

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

Los médicos ex fumadores presentaron una prevalencia mayor de hipertensión arterial, de dislipemia e índice de masa corporal. Son los que más frecuentemente brindaron a sus pacientes consejos para abandonar el tabaco.

Es importante para la salud pública la enseñanza a los médicos de los efectos perjudiciales del tabaquismo y de la implementación de programas de entrenamiento a los profesionales en los métodos para dejar de fumar.

SUMMARY

Epidemiological study of smoking in physicians

Objective

To analyze the epidemiology of tobacco consumption in a sample of physicians from Argentina.

Material and methods

Observational and cross-sectional study, in a sample of physicians randomly selected from 18 institutions from Buenos Aires city and surrounding area. They were interviewed during May and June 2002. The following variables were analyzed: smoking, physical activity, history of hypertension, dyslipemia, diabetes, and familial history of coronary heart disease, prevalence of smoking in their families and the frequency of physician's who advised their patients to give up smoking.

Results

On 783 physicians, 67% were male. Mean age was 43 ± 12 years old. Men were significantly older than women (men,

45±12 years old; women, 38±10 years old, $p < 0.0001$). The prevalence of smokers and former smokers was 28.6% and 25.3% respectively. Former smoker physicians in relation to smoker and no smoker physicians, showed a higher prevalence of hypertension ($p < 0.0001$), dyslipemia ($p = 0.0001$) and a high body mass index ($p < 0.0001$). We did not find significant differences in the prevalence of diabetes ($p = 0.88$), familial history of coronary heart disease ($p = 0.47$) or physical activity ($p = 0.16$). The former smoker physicians, advised more frequently their patients to quit smoking. Smoker physicians prevailed among surgeons ($p = 0.001$), and among those working at emergency areas ($p = 0.037$). Smoker physicians belonged more frequently to smoker families ($p < 0.0001$), 30% of them smoked at wake up, more than 70%, did it in the morning, and 30% of this population, smoked even when they were ill.

Conclusions

Our analysis showed high prevalence of tobacco consumption among physicians. Smokers usually belonged to smoking families and showed high nicotine dependence. The proportion of smokers was bigger among those in surgical specialties or working at emergency areas. Former smokers showed a higher prevalence of hypertension, dyslipemia and high body mass index. More frequently, they advised their patients to quit smoking.

It is important to teach physicians the effects of smoking, as well as training them in methods to quit smoking.

Key words: smoking - epidemiology - physicians - risk factors

Agradecimientos

Al Dr. Herman Schargrotsky y a la Sra. Liliana Capdevila por su colaboración en la elaboración del manuscrito.

BIBLIOGRAFÍA

1. OPS. Epidemia de tabaquismo: Dimensiones sanitarias. Hoja informativa N° 154/Rev Mayo 1998.
2. WHO. Fact sheet N° 222. Abril 1999.
3. Pardell H, Saltó E, Salleras LL. Capítulo 3, Tabaco y riesgo. 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. Comisión de Tabaquismo. Consenso de Prevención Primaria y Secundaria de la Enfermedad Coronaria. Rev Argent Cardiol 2001;69:12-21.
5. Fagerström K. The epidemiology of smoking: health consequences and benefits of cessation. Drugs 2002;62:1-9.
6. 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.
7. Taller Subregional para el Cono Sur y Brasil 18-22/11/1985. OPS-OMS, 1986.
8. Dawson-Saunders B, Trapp R. Capítulo 7, Estimación y comparación de medias. 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. 115-141 y 165-186.
9. Coniglio RI, Dohinten E, Vidal EJ, Salgueiro AM, Otero JC, Vásquez LA, et al. The prevalence of risk factors for coronary arteriosclerosis in the urban areas of the Argentine Patagonia. A multicenter study. Medicina 1992;52:320-32.
10. Jossieran L, King G, Velter A, Dressen C, Grizeau D. Smoking behavior and opinions of French general practitioners. J Natl Med Assoc 2000;92:382-90.
11. Comite Francais d'Education pour la Santé. National Tobacco Information Online System (Nations). WHO ORG. American Cancer Society. World Bank Group. CDC; 1999.
12. Muzi G, dell'Omo M, Crespi E, Madeo G, Monaco A, Curradi F, et al. Smoking in the workplace. Study at a hospital in central Italy. Med Lav 2001;92:54-60.
13. Italy's National Statistical Institute. Italy in figures. National Tobacco Information Online System (Nations). WHO ORG. American Cancer Society. World Bank Group. CDC; 1999.
14. Ohida T, Kawahara K, Osaki Y, Soine T, Ishii T, Fujimori T, et al. Smoking behaviors among medical doctors in Fukui, Japan. Nippon Eiseigaku Zasshi 2000;55:559-65.
15. Ministry of Health and Welfare. National survey on smoking and health in Japan. National Tobacco Information Online System (Nations). WHO ORG. American Cancer Society. World Bank Group. CDC; 1999.
16. Gault R, Yeater RA, Ullrich IH. West Virginia physicians: cardiovascular risk factors, lifestyles and prescribing habits. W V Med J 1994;90:364-6.
17. Centers for Disease Control and Prevention. Cigarettes smoking among adults. USA 1997. National Tobacco Information Online System (Nations). WHO ORG. American Cancer Society. World Bank Group. CDC; 1999.
18. Tessier JF, Thomas D, Nejari C, Belougne D, Freour P. Attitudes of French cardiologists towards smoking. Arch Mal Coeur Vaiss 1996;89:341-7.
19. 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.
20. Bolinder G, Himmelman 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.
21. 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.
22. Prignon J, Bartsch P, Vermeire P, Jamart J, Wanlin M, Uydebrouck M, et al. Physician's involvement in the smoking cessation process of their patients. Results of a 1998 survey among 4,643 Belgian physicians. Acta Clin Belg 2000;55:266-75.
23. 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.
24. 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.
25. Radzius A, Moolchan ET, Henningfield JE, Heishman SJ, Gallo JJ. A factor analysis of the fagerstrom tolerance questionnaire. Addict Behav 2001;26:303-10.
26. O'Byrne KK, Haddock CK, Poston WS. Parenting style and adolescent smoking. J Adolesc Health 2002;30:418-25.
27. 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.
28. Boyle MH, Sanford M, Szatmari P, Merikangas K, Offord DR. Familial influences on substance use by adolescents and young adults. Can J Public Health 2001;92:206-9.
29. Proescholdbell RJ, Chassin L, MacKinnon DP. Home smoking restrictions and adolescent smoking. Nicotine Tob Res 2000;2:159-67.
30. Sargent JD, Dalton M. Does parental disapproval of smoking prevent adolescents from becoming established smokers? Pediatrics 2001;108:1256-62.

31. Méndez Ramírez I, Namihira Guerrero D, Moreno Altamirano L, Sosa de Martínez C. 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. Cap. 1, p. 11-27.

32. Beaglehole R, Bonita R, Kjellström T. 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: 1994. Cap 3, p. 33-57.

APÉNDICE

Centros Médicos	Médicos Investigadores
Clínica Modelo Morón	Dra. Salvati A.
Fundación Favalaro	Dr. Calderón J.
Hospital de Clínicas	Dra. Salvati A.
Hospital General de Agudos Durand	Dra. Gorosito M.
Hospital General de Agudos Pirovano	Dr. Zylbersztein H.
Hospital General de Agudos Ramos Mejía	Dra. Tambussi A.
Hospital General de Agudos Santojanni	Dres. Cragolino C., Gorosito M., Puleio P., Rossi E.
Hospital General de Agudos Tornú	Dres. Francesia A., Mezzalira V.
Hospital Municipal de San Isidro	Dra. Pajuelo Ríos C.
Hospital Naval	Dr. Levin R.
Hospital Regional de Lobos	Dr. Mulassi A.
Hospital San Roque, Gonnet	Dr. Mulassi A.
Hospital Sirio-Libanés	Dr. Michref A.
Hospital Zonal Lucio Meléndez	Dres. Picarel A., Robilotte A.
Instituto del Diagnóstico	Dra. Salvati A.
Sanatorio Franchín, UOCRA	Dr. Calderón J.
Sanatorio Quintana	Dra. Pajuelo Ríos C.
Sanatorio Santa Isabel	Dr. Levin R.

Declaración de la Academia Nacional de Medicina

«La Academia Nacional de Medicina observa con preocupación la proliferación de mensajes publicitarios aconsejando medicamentos y procedimientos terapéuticos de beneficio a veces no establecido y otras exagerado, con propósitos de fomentar su consumo. Al respecto, desea expresar:

- 1) Esta publicidad no tiene supervisión estatal que garantice la veracidad de los conceptos transmitidos.
- 2) En todos los casos utilice el mensaje publicitario para consultar a su médico respecto a la aplicabilidad de la recomendación a su situación personal.
- 3) Considere que ninguna sustancia conocida brinda protección eficaz para los efectos perjudiciales para su salud producidos por: dietas inadecuadas, adicciones como tabaco, alcohol o a sustancias de acción psicoactiva consumidas sin supervisión médica.
- 4) La corporación médica deberá esforzarse para asesorar eficazmente a quienes consulten motivados por esta propaganda.
- 5) Es indispensable la constitución de un ente, gubernamental o privado, capaz del control ético y científico de la propaganda de medicamentos y procedimientos terapéuticos con fines de evitar su consumo injustificado».

Aprobada por el Consejo de Administración del 10 de diciembre de 2002.