

Trastornos adictivos | BOLETÍN INFORMATIVO

Vol. 4- No. 1
enero – abril 2019

ISSN: 2518-4288
IRNPS: 2430

GRUPO DE INVESTIGACIONES SOBRE ADICCIONES
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA



Boletín Trastornos adictivos

¿Qué es?

El boletín Trastornos Adictivos es una publicación seriada cuatrimestral coordinada por el Grupo de Investigaciones sobre Adicciones (CEDRO) de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana que tiene como objetivo contribuir a divulgar resultados científico-técnicos y los avances relacionados con la prevención y atención de dicha problemática de salud en Cuba y el resto del mundo. Permite la actualización sobre las consecuencias y abordaje del uso indebido de drogas y de la práctica de actividades adictógenas desde una perspectiva interdisciplinaria y multisectorial, siendo consecuente con las prioridades y objetivos del Sistema Nacional de Salud. Consecuentemente con su adscripción universitaria brinda información actualizada sobre el enfrentamiento al flagelo de las adicciones desde las aristas docente, investigativa y extensionista.

¿A quién va dirigido?

Es un servicio orientado a todos los profesionales de la salud de Cuba y en especial a aquellos que integran la comunidad universitaria y que asumen ésta temática como la arcilla fundamental de su quehacer en aras de contribuir al bienestar físico psíquico y espiritual de nuestro pueblo. Desde esta perspectiva contribuye a incrementar la cultura general integral de los interesados.

¿Cómo usarlo?

Se distribuye en formato electrónico a los usuarios de la Red Académica sobre Adicciones. También puede ser consultado y descargado en <http://instituciones.sld.cu/cedro/boletin>, disponible desde el portal de instituciones de Infomed.

¿Para qué?

Este boletín se concibió para mantener actualizados regularmente a los usuarios acerca de la repercusión de la temática Adicciones en la salud humana. No se trata de un servicio concebido para la toma de decisiones médicas, sino para orientar sobre las tendencias más actuales en el ámbito de la docencia, la asistencia, las investigaciones y la extensión universitaria.

¿Quién realiza el servicio?

El boletín Trastornos Adictivos lo realiza un comité editorial integrado por expertos en los temas de prevención y atención a las adicciones de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Proyecciones futuras

Las proyecciones futuras del boletín son posicionarse como un recurso informativo de excelencia que sirva de base científica a quienes se forman como profesionales de la salud, a quienes abordan esta problemática desde la vertiente científica técnica y a quienes en el día a día asumen la responsabilidad de atender a los pacientes víctimas de este flagelo.

¿Qué beneficios ofrece a los usuarios?

Nuestros tres números anuales aportan información necesaria para mantenerse actualizado en un tema que demanda sistematicidad y operatividad por sus implicaciones sobre la salud humana. Su utilización como base bibliográfica por los cursistas del Diplomado Nacional Abordaje Integral de las Adicciones y de la Maestría en Prevención del uso Indebido de Drogas, coordinadas desde CEDRO, constituye otro beneficio de gran valía para su equipo de realización. Este es un servicio que puede ser usado en Cuba y en cualquier otro lugar, por una institución o persona.

INDICE

El uso del Narguilé o Shisha en Cabo Verde: una moda en 2018	Página 1
Drogas legales, y por legalizar. Conflictos éticos de su consumo	Página 3
Trastornos adictivos, contaminación y cambio climático	Página 7
Servicio de adicciones del Hospital Psiquiátrico de La Habana. "una comunidad terapéutica"	Página 10
Presentación de caso: Respuesta terapéutica desfavorable en el síndrome coronario agudo en un paciente consumidor de crack	Página 13
El tabaquismo como riesgo de Hipertensión Arterial entre 18 y 60 años. Prisión Boniato	Página 16

El uso del Narguilé o Shisha en Cabo Verde: una moda en 2018

Autores: MSC. Areolina do Livramento Fortes Delgado Durán

¹Licenciada en Psicología. Máster en Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad de La Habana, Cuba.

El consumo de drogas se ha convertido no solo en un problema de salud, a nivel mundial, sino en un problema social que nos involucra a todos. La Organización Mundial de la Salud define la droga como una sustancia psicoactiva que, independiente de su origen, modifica la psicología o actividad mental de los seres humanos y que es capaz de estimular, deprimir o contribuir a distorsionar la realidad y generar dependencia psíquica o física; constituye un peligro sanitario o social.

La droga es una sustancia medicamentosa o no que se utiliza con la intención de actuar sobre el Sistema Nervioso Central, para conseguir un mejor rendimiento intelectual o físico, con ganas de experimentar nuevas sensaciones o con la pretensión de modificar el estado psíquico de quien lo toma. Se obtiene autogratificación y se producen efectos dañinos para el sujeto. La drogadicción es un fenómeno complejo y multifactorial, y constituye uno de los desafíos de la salud pública de nuestro país. El consumo se torna cada día mayor y se inicia de forma cada vez más precoz.

La OMS destaca que el tabaco y el alcohol etílico son las drogas psicoactivas más consumidas en las sociedades industrializadas y las que se encuentran asociados con mayores problemas de salud pública, motivo por el cual no deberían ser apartadas de la consideración genérica de droga, ni contempladas en un grado de nocividad menor que las sustancias no institucionalizadas (World Health Organization, 2000).

Cabo Verde, a pesar de ser un país pequeño, con un desarrollo medio, no escapa a este fenómeno. Por su ubicación geográfica, sirve como puente para el tráfico de drogas. El turismo es una de las principales fuentes de ingresos económicos del país, y constituye uno de los factores promotores, que ha contribuido a la introducción y desarrollo de la drogadicción en el país. El consumo de droga continúa presente en nuestra sociedad, pero en 2018 surge una nueva moda, el consumo del Narguilé.

El narguilé es una de las formas de consumo de tabaco y ha estado presente en la vida de las personas a más de cien años, en países de África, Oriente Medio y algunos países de Asia. Actualmente aproximadamente 100 millones de personas en el mundo consumen esa droga. El tabaco para el narguilé es producido por su fermentación con melaza, glicerina y esencias de frutas, lo que le garantiza un gusto dulce y un aroma suave.

El problema, según dice el médico Brian Primack es que fumar narguilé es algo hermoso. El narguilé consiste es una pipa de agua con una cámara de humo, un recipiente y una manguera. El humo de sabores es creado con tres ingredientes: tabaco caliente, melaza y fruta. Desafortunadamente, fumar un narguilé (shisha o hookah, son otros nombres con los que se conoce) deja en el cuerpo los mismos compuestos químicos que el cigarro. De hecho, una sesión, que dura de 45 a 60 minutos, genera aproximadamente 100 veces más cantidad de humo que un solo cigarro, 40 veces más alquitrán y 10 veces más monóxido de carbono. (CNN, 2012)

Muchos creen que su consumo es menos perjudicial a la salud porque se cree que el agua desintoxica la nicotina, siendo totalmente falso este argumento. No obstante, la OMS y el Instituto Nacional del Cáncer, estudiaron el tema y revelaron que una rueda de 20 a 60 minutos inhalando el humo del narguilé equivale a fumar 100 cigarrillos.

Según estos estudios, el humo del narguilé está compuesto por aproximadamente 140 sustancias tóxicas, entre las que se destacan la nicotina, el monóxido de carbono, metales pesados como el arsénico, el cromo y el plomo y otros productos cancerígenos. La OMS declara que, el humo del narguilé generalmente contiene el doble de la cantidad de nicotina y de 10 a 30 veces más de monóxido de carbono que el humo de cigarrillo.

En 2018, esta droga se destaca por su consumo, principalmente en adolescentes y jóvenes. Por tener ésta un sabor dulce, las personas tienden a consumirlo por mucho más tiempo. Un estudio publicado por el *Global Youth Tobacco Survey en 1999-2008 (GYTS)*, envolviendo más de 500.000 estudiantes entre 13 y 15 años en el mundo, demuestra que, mientras que la prevalencia del tabaquismo se mantiene estable o esté decreciendo en algunos países, otras formas de tabaco aumentan, siendo el narguilé de los más frecuente. (Warren CW et al, 2009)

El último estudio de Primack, publicado en la edición de junio del diario *Nicotine and Tobacco Research*, mostró que uno de cada tres estudiantes universitarios ha fumado una Shisha o narguilé en algún momento de su vida, y más del 50% de esos estudiantes no son fumadores de cigarrillos. La atracción de narguilé hacia los jóvenes está dada por la posibilidad de

variar los sabores y las esencias, mientras que el cigarrillo tradicional se encuentra en desuso. El tabaco antiguamente era una práctica utilizada por los adultos, mientras que actualmente, está siendo más frecuente entre los jóvenes.

En Cabo Verde muchos jóvenes y adolescentes se reúnen en grupos, en la playa y en otros lugares, para consumir esta droga. Es un país con fuerte influencia de la cultura brasileña y portuguesa, y donde coexisten varias personas de culturas diversas, ha tenido un aumento considerable del consumo del Narguilé o Shisha, nombre más conocido en nuestro país. Los estudios sobre el uso del Narguilé son escasos a pesar del elevado consumo a nivel mundial.

A pesar del consumo de la Shisha ser elevada, tornándose una moda en 2018, y atraer la atención de los profesionales de la salud pública, todavía no se ha realizado ningún estudio sobre el tema. Hay que resaltar que, sin lugar a duda el consumo de narguilé tiene efectos negativos en la salud, aumentando la incidencia de infartos, problemas pulmonares, disfunción eréctil y varios tipos de cáncer.

Se considera pertinente brindar información a la población sobre el uso del Narguilé y sus consecuencias, principalmente a los jóvenes, quienes la utilizan como una forma de entretenimiento entre sus amigos y colegas. Se necesita mejor educación para que se puedan ver las similitudes entre fumar una Shisha y fumar un cigarro.

La falta de información en los jóvenes sobre este tema es evidente. Eso se manifiesta en un estudio previo del mismo autor, donde las investigaciones demostraron que el 92% de los [videos](#) de YouTube mostraban a las shishas como algo positivo, comparado con el 24% de los videos donde aparecían los cigarros. Y sólo el 26% de los bares estadounidenses que ofrecen consumo de shishas usan la palabra tabaco en sus páginas web.

Tórnese importante y urgente resaltar a los jóvenes la nocividad de esta actividad, que estudios alertan que trae muchos riesgos para la salud.

Referencias bibliográficas

Primack, B. A. (2011) Hookah tobacco smoking among U.S. College students. Tesis de doctorado en Universidad de Medicina, Pittsburgh.

Jacque Wilson: Fumar “shishas” es más dañino que fumar cigarrillo, Artículo digital, obtenido el 12 de abril de 2019 en <https://cnnespanol.cnn.com/2012/08/18/fumar-shishas-es-mas-danino-que-fumar-cigarrillo/>

Warren CW, Lea V, Lee J, Jones NR, Asma S, McKennaM. Change in tobacco use among 13-15 year olds between 1999 and 2008: findings from the Global Youth Tobacco Survey. Glob Health Promot 2009; 16 (2 Suppl): 38-90.

World Health Organization (2000): European Alcohol Action Plan, Copenhagen, Regional Office of the WHO

Drogas legales, y por legalizar. Conflictos éticos de su consumo:

Dr. Cs Ricardo Ángel González Menéndez.

“Conocerás al mundo antes de darte a él”

José Martí Pérez (1)

Profesor titular Consultante de Psiquiatría, Facultad Dr. Enrique Cabrera, Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Hospital Psiquiátrico de la Habana Dr. Eduardo Ordaz. Presidente Comisión Nacional de Ética Médica. Académico de mérito ACC. Hijo adoptivo de Niquero

Resumen.

Basado en su prolongada experiencia como psiquiatra, adictólogo y eticista el autor expone algunas reflexiones éticas sobre la utilización de las drogas legales y de otras en vías de legalización. Comenta recientes resultados de estudios investigativos irrefutables, que ratifican apreciaciones profesionales empíricas, sobre los trágicos efectos conductuales y alta co-morbilidad cancerígena, esquizofrénica, demencial, amotivacional y suicida. Destaca la actitud continental de tolerancia incondicional ante las sustancias legales y la progresiva aceptación internacional de algunas, en proceso despenalización y legalización como la marihuana y los hongos alucinógenos

Reflexiona sobre algunos conflictos éticos que, por mucho tiempo, atribuía casi exclusivamente a las drogas ilegales. Propone su criterio de que la explicación de los movimientos mundiales legalizadores, no dependen de la crisis actual de valores morales, sino de propugnadores bien intencionados, pero con perfiles profesionales, que implican carencia de vivencias, para valorar el notable sufrimiento familiar ante las transformaciones conductuales derivadas de su influencia, experiencias solo alcanzables durante la interacción equipo de salud, paciente, familia, implícita en el proceso rehabilitatorio,

Palabras clave: Drogas legales, actitudes comunitarias de tolerancia, conflictos éticos del consumo,

INTRODUCCIÓN

Con discretas fluctuaciones en la última década, los costos sociales globales anuales del uso indebido de drogas legales, de prescripción, e ilegales en EEUU, país desarrollado de 330 millones de habitantes, rondan los 500 mil millones de dólares, cifra diez veces mayor que los 50 mil millones determinados como promedio anual por la esquizofrenia en dicho país. La mortalidad mundial anual asociada a estas sustancias, ha superado en la última década al 12.4% del total reportado por la OMS (2).

**Drogas. Costo social global anual USA.
548 Millones USD**



La proporción del estimado de costos globales anuales de las drogas legales, lideradas por el tabaco, alcohol, café, cola, y te, se ha mantenido-como promedio anual en dicha década- tres cuartas partes el 75%, en USA (3) aún sin cuantificar los costos sociales globales de las llamadas adicciones comportamentales

Otros indicadores mundiales actuales de las drogas son los seis millones de fallecimientos anuales por enfermedades vinculadas al tabaquismo y los 3,3 millones por afecciones relacionadas con el consumo no social de alcohol, que representa el patrón de consumo etílico más frecuente en el mundo no islámico. (4) (5)

Estas realidades epidemiológicas, similares en otros países industrializados, inciden con cifras aproximadas en el mundo subdesarrollado, con la desventaja implícita en la mayor frecuencia del llamado síndrome “Dr Jekyll--Mr Hyde” debida a la alta morbilidad psico orgánica asociada a las carencias preventivo asistenciales tradicionales en dichos medios.

La magnitud del uso indebido de drogas limita dicho término-en la población general- a las sustancias ilegales, a formas nosográficas de su uso (Abuso, o dependencia). y los riesgos del consumo se concientizan únicamente como la dependencia y sus consecuencias, sin tomar en cuenta que la repercusión social global, de las llamadas “conductas bajo influencia” de drogas que modifican la conducta-en sujetos no adictos-, son mayores que las determinadas por los propios enfermos dependientes, y el sufrimiento de los convivientes es a veces mayor que el de los consumidores.

. De igual manera es mundialmente subvalorada la repercusión hogareña que va más allá de la violencia, los psicotraumas, los conflictos interpersonales, divorcios, y afectación económica; e incluyen terribles comportamientos--en su mayor parte no registrados--como abusos sexuales de menores, violaciones hogareñas, incesto, y otras conductas vinculadas a la influencia de sustancias psicoactivas duras (6). ¿Y qué decir de la trascendencia humana de las teratogénias (7) (8).

Nuestras primeras reflexiones éticas, se focalizan en las preguntas

1- ¿Cuán importantes son estas realidades como causa de homicidios, asesinatos, suicidios, asaltos, robos, población carcelaria, reducción de la expectativa y la calidad de vida, mortalidad evitable, personalidades disociales, retrasos mentales, infartos del miocardio, accidentes vasculares (cerebrales, renales, retinianos, y mesentéricos, hogares disfuncionales, muertes por ahogamiento, accidentes de tránsito y laborales?,

2-¿Cuánto significan todas estas tragedias en la determinación de angustia extrema de esposas, madres, hijos, hermanos y abuelos?

3- ¿Cuánto daña a los convivientes la brutal incertidumbre del ¿Cómo vendrá? (9) (10) (11)

4- ¿Debe el alcohol, *en su uso indebido, percibirse* como droga blanda y lubricante social?

Con diferentes parámetros que los utilizados como norma internacional, en nuestra opinión, las drogas duras incluyen --además de las drogas ilícitas-- otras sustancias legales, como el alcohol y algunas de las drogas de prescripción y su esencia son los relevantes efectos sobre la conciencia, la personalidad y la conducta (12)

Nuestras ingenuas apreciaciones sobre la “inocuidad” de las drogas blandas, carentes de dichos efectos, fueron modificadas a partir de mi encuentro con un profesor de filosofía que luego de escucharnos en una conferencia, nos alertó--dada su experiencia como fumador inveterado y consumidor excesivo de café--sobre los conflictos éticos que enfrentaba, al ver afectada su economía hogareña. Poco después esta proyección fue reforzada mediante la actitud de un joven canadiense de 33 años que el día de su fallecimiento, pidió ser retratado junto a su esposa y dos hijos, luego de haber perdido 50 kg de peso en solo 66 días, debido a un proceso maligno pulmonar vinculado a al tabaquismo. Su gesto de mostrar en el regazo, la foto anterior, cuando todo era felicidad, me resultó tan impactante como la expresión de sufrimiento de los inminentes huérfanos y viuda

La frase cliché que frecuentemente se escuchaba años atrás, “yo soy el que fumo y el daño me lo hago a mí” perdió totalmente su sentido, e incrementó mi reconocimiento de que los trágicos efectos interpersonales de las drogas, duras, incluidos algunos conflictos ético morales, se expresaban también--aunque en menor grado--en las llamadas drogas blandas y hasta en algunas adicciones comportamentales severas. [13]

5-Esta reflexión, relacionada con los principios de justicia y no maleficencia y la regla de oro de la ética podría enunciarse así ¿Puede aceptarse como ético el comportamiento de buscar placer a expensas del sufrimiento de otros? (14) La respuesta resulta obvia.

Luego de este intento por destacar aspectos generales de la repercusión ética del uso indebido de drogas legales y algunas adicciones comportamentales, sugiero esta reflexión

6- ¿Resultan aún despreciables los nefastos efectos de las drogas legales conocidas, para legalizar otra, cuya presunta inocuidad es solo un mito cultural? (15)

En nuestra condición de eticista, debemos anticipar el criterio de que los propugnadores internacionales de legalizar la marihuana, (y más adelante los hongos alucinógenos), distan mucho-en su gran mayoría de carecer de principios éticos, valores morales ni sinceros deseos de contribuir a enfrentar la pandemia mundial de las drogas.

Esa es una de las posiciones esperables en personas honestas, cuya percepción del fenómeno está sesgada por sus perfiles profesionales básicamente relacionados con los factores macrosociales del efecto de drogas como la marihuana, y por no haber sufrido las vivencias implícitas en la interacción cotidiana con quienes consumen sustancias capaces de modificar la conciencia, la personalidad y la conducta.

“Tengo la convicción plena de la profunda honestidad y calidad humana de las personas que he conocido como propugnadores de la legalización, de marihuana, pero sus conocimientos sobre los mecanismos psico-neuro-inmuno-fisio-patológicos implícitos en la acción directa de las drogas y el comportamiento subsecuente, resultan limitados, y por iguales razones ocupacionales, posiblemente desconozcan la existencia del “síndrome de las rositas de maíz” en ratas blancas sometidas al humo de la marihuana, que saltan en la jaula como palomitas de maíz, ante cualquier estímulo banal (16). También resulta lógico que no dispongan de suficiente información y comprensión sobre la demostrada frecuencia del desencadenamiento de formas muy severas de esquizofrenia o la disminución cognitiva irreversible expresada por la importante reducción del coeficiente intelectual, sobre todo cuando el consumo se inicia antes de los 18 años de edad;(pérdida irreversible de ocho puntos del coeficiente intelectual, suficiente para impedir el ingreso al nivel universitario).

No han sido testigos directos del poder adictógeno de dicha sustancia, (mucho mayor que el del alcohol); ni de sus potencialidades cancerígenas broncopulmonares--muy superiores a las del tabaco--o de los invalidantes síndromes amotivacionales de larga evolución, cuando el circuito cerebral de las gratificaciones llega a ser solamente estimulable por la droga y no por vivencias normales, lo que conduce a una anhedonia superior a la asociada a depresiones profundas (17) Debemos subrayar que la confirmación científica irrefutable de estas apreciaciones clínicas datan de la última década mientras que el desencadenamiento de esquizofrenias de muy mal pronóstico y la afectación cognitiva irreversible (cuando el consumo es frecuente antes de los 18 años, fueron reportadas dentro del último lustro (18).

En diferentes trabajos anteriores hemos insistido sobre los efectos cerebrales más relevantes de las drogas duras (se incluye el alcohol en dosis embriagantes y algunos medicamentos sin propósitos ni control médico, así como los inhalantes) Muy en síntesis señalaremos que es el bloqueo de la región pre frontal supra orbitaria y ventromedial (cerebro humano) con la consecuente liberación del sistema límbico (cerebro animal)

El sujeto bajo influencia de estas sustancias deja de comportarse de manera cognitivo-volitiva-racional (conducta humana) y lo hace de forma instintivo-afectiva-impulsiva e irracional (conducta animal)

Esta realidad demostrada hasta la saciedad por estudios de tomografía por emisión de positrones (que permite visualizar en diferentes situaciones, las zonas de actividad e inhibición del cerebro) nos lleva enunciar lo que consideramos dos enormes paradojas culturales continentales con relación a valores morales universales.

- ¿Puede considerarse ético el consumo de sustancias capaces de transformar los seres humanos en animales irracionales?
- ¿Es éticamente aceptable la permisividad incondicional comunitaria ante el consumo indebido de alcohol y los estados de embriaguez por dicha sustancia o las de prescripción?

A manera de conclusiones

- El consumo de sustancias psicoactivas de efectos nocivos reconocidos implica violaciones éticas, cuya gravedad es mayor con las sustancias ilegales, pero en ningún caso están ausentes en las legales incluidas las que no afectan el comportamiento
- La educación familiar, la estabilidad hogareña, el amor y el ejemplo de los padres o sustitutos, bajo la premisa de que la prevención del uso de drogas ilícitas debe comenzar con el desarrollo de estilos de vida salutogénicos e información y formación sobre los riesgos de sustancias legales como el mate, café, cola, tabaco y alcohol,
- No es éticamente recomendable la legalización ni despenalización de la marihuana o cualquier otra droga ilegal, y de pretender su uso con objetivos médicos no puede violarse bajo ningún concepto el protocolo farmacológico internacional para desarrollar un fármaco a partir de principios vegetales

Referencias bibliográficas

1. Pérez-Galdós, V. José Martí, Fuente de motivación y enseñanza. La Habana. Editorial, José Martí, 2012
2. OMS. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Washington D.C. OPS. 2005
3. González, R.; Donaire, I. El sendero rehabilitatorio del paciente adicto, La Habana, Editorial José Martí, 2013
4. Chang de la Rosa, Martha. El consumo de alcohol como un problema de salud pública. Rev. Cubana Hig Epidemiol: 2012,50 (3) versión ISSN 1561-3003
5. González, R. "Alcohol harm: Beyond the body to the body politic". MEDICC Review, PDF, 2010, 12 (4) Disponible medicreviewky@infomed.sld.cu
6. Romero, M.; Viera, W.; Hernández, C.; González, R. "Características del entorno hogareño y efectos nocivos familiares en adictos al alcohol y cocaína" Rev., PDF 2011; 8 (5) Sep-Dic. ISSN 18-13, 6257.
7. Slater, ME; Linabery, AM; Blair, CK; Spector, LG; Heerema, NA; Robison, LL; Ross, JA "Maternal prenatal cigarette, alcohol and illicit drug use and risk of infant leukemia: a report from the Children's Oncology Group." Pediatric. Perinat. Epidemiol. 2011; 25(6):559-65
8. Irner TB (2012) "Substance exposure in utero and developmental consequences in adolescence: a systematic review" Child Neuropsychol;18(6):521-49
9. González, R. "El alcohol ¿Friend or Foe? MEDICC Review 2011, 13 (4) Oct. Disponible medicreviewky@infomed.sld.cu
10. González, R. El uso indebido de alcohol como factor de riesgo cardiovascular, Rev. Fundación José Félix Ribas, 2010; 8 (1) 160-167
11. Downey LA; King R; Papafotiou K; Swann P; Ogden E; Boorman M; Stough C "The effects of cannabis and alcohol on simulated driving: Influences of dose and experience" Accid Anal Prev; 2013; 50 (1), 79-86,
12. González, R.; Donaire, I. Alcohol y otras drogas: Apreciaciones populares vs. Realidades científicas, La Habana, Editorial Academia, 2016
13. González, R. Misión, rescate de adictos. La Habana Editorial Abril 2011
14. González, R "Significación ética deontológica y jurídica del uso indebido de alcohol". Rev.Hosp. Psiquiátrico Habana PDF, 2010; 7 (2) mayo-agosto. Disponible: <http://www.revistahph.sld.cu/>
15. Kaplan & Sadock, Manual de Psiquiatría Clínica, Edición en español de la obra original en lengua inglesa "Kaplan and Sadock's Concise textbook of Clinical Psychiatry , 4a, ed. Editado por Sadock B, J; Sadock, V.; y Ruiz, P.2017, Wolters Kluwer, New York
16. Lorenzo, P.; Ladero, J.M.; Leza, J.C.; Lizasoain, I. Drogodependencias: Farmacología, Patología, Psicología, legislación. Madrid. Editora Panamericana. 1999
17. Ferrari, L; y Gianuzzi, L; Marihuana medicinal: su potencial aplicación como medicamento en diversas patologías, y los riesgos que entrañan su uso (sin profundizar las investigaciones mundialmente exigidas. Informe técnico I Parlamento Argentino, La Plata, 2016
18. Volkow, Nora D.(Directora Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de los Estados Unidos); Baler, Ruben, D.; Wilson, M.; Compton, M.; Weiss, Susan R.B. "Adverse Health Effects of Marijuana Use" Fuente Revista Médica New England Journal Medicine, (2013) Traducido al castellano Web médica INTRAMED. Disponible http://www.ecured.cu/index.php/Marihuana#Efectos_en_el_organismo

Trastornos adictivos, contaminación y cambio climático

MSc. Rosa Elena Quiñones Colarte.

Resumen:

Cambio climático, contaminación y deterioro de la situación higiénico epidemiológica y sanitaria es una realidad son temas de actualidad cuyos efectos adversos se potencian con los trastornos adictivos. El equipo de salud debe fomentar además de los consumos responsables, prácticas medioambientales que contribuyan a revertir algunos de los efectos del cambio climático. Objetivo: Realizar un análisis crítico de algunas interrelaciones cambio climático –trastornos adictivos. Material y Métodos: revisión documental, sistematización documentos y obra de otros autores. Resultados: se procesaron materiales que abordan los trastornos adictivos sin encontrar en otros autores enfoques medioambientalistas.

Palabras Clave: Cambio climático. Trastornos adictivos. Calor. Contaminación.

Introducción

El campo de las adicciones y drogodependencias, constituye un tema de actualidad, tenerlo en cuenta desde una perspectiva medioambientalista y en tiempos de cambio climático enriquece el acervo terapéutico y rehabilitatorio y proporciona una nueva ética aplicable también en la prevención comunitaria de ese dañino flagelo como contribución a la deseada calidad de vida y esfuerzos por alcanzar el desarrollo sostenible, porque cambio climático, calor, contaminación y trastornos adictivos constituyen temas de necesaria actualidad a considerar por el equipo de salud desde una mirada holística y medioambientalista.

Objetivo: Analizar las interconexiones cambio climático trastornos adictivos como factores de riesgo para la salud.

Desarrollo:

Trastornos adictivos, cambio climático y contaminación

Los trastornos adictivos se convierten hoy en uno de los principales problemas de salud en el mundo, estando asociados no solo a los trastornos mentales y de la conducta, sino que derivado de ello se generan otros muchos problemas de salud, los que abarcan a la persona, su familia y el medio ambiente¹.

Todos los trastornos adictivos conspiran contra el desarrollo sostenible, con el futuro y el afrontamiento a los desafíos económicos y sociales en correspondencia con los cambios objetivos en la sociedad cubana actual, inmersa en un proceso de optimización de los recursos humanos en salud y elevación de la calidad de esos servicios, en especial en la Atención Primaria según las Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el año 2019² acorde con los Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución³

Contaminación

La contaminación es la introducción directa o indirecta en el medioambiente, de cualquier tipo de desecho peligroso que pueda resultar nocivo para la salud humana, la vida vegetal o animal, dañe ecosistemas, estorbe el disfrute de los lugares de esparcimiento u obstaculice otros usos legítimos del medio ambiente. Cualquier modificación indeseable del aire, agua o alimentos, causada por sustancias tóxicas, que puedan tener efectos adversos en la salud, o molestas no necesariamente dañinas³

El aire contaminado por exposición al humo d tabaco es un grave riesgo para la salud. No discrimina entre los pulmones de fumadores y no fumadores. La exposición por corto tiempo al humo del tabaco, tiene efecto cuantificable en el corazón de los no fumadores. Treinta minutos de exposición son suficientes para reducir el flujo sanguíneo del corazón⁴

Otras consecuencias de la contaminación, atentan contra la vida de plantas, animales y personas, generan daños físicos en seres humanos, convierten en elemento no consumible al agua, en suelos contaminados no es posible sembrar alimentos, en los mares los plásticos comprenden el 90% de los desechos marinos flotantes, amenazando la vida del plancton marino, aves y peces.

Las drogas son un peligro medioambiental asociadas a sustancias químicas, biológicas, en cualquiera de sus estados físicos y formas, al incorporarse o encontrarse por encima de determinadas concentraciones dan lugar a contaminación por un cambio indeseable en propiedades físicas, químicas y/o biológicas del aire, suelo o agua, que pueden afectar nocivamente la vida humana, otras especies, procesos industriales, condiciones de vida, acervo cultural, o malgastar y deteriorar recursos de materia prima.

Su consumo y/o producción contaminan el aire y el organismo humano. Las que se derivan de plantas, en particular las consideradas ilegales cuyo cultivo se ha extendido a diversas áreas, además de alterar ecosistemas afectan la biodiversidad de entornos donde no eran autóctonas, al intentar exterminarlas generalmente mediante agentes químicos o fuego se incorporan tóxicos al ambiente que contaminan suelo y aire ocasionando daños a diferentes especies incluida la humana de manera directa o indirecta. Todo lo anterior conspira contra la necesidad de aire limpio, agua potable y alimentos suficientes.

Los trastornos adictivos asociados a conductas como juegos electrónicos, móviles, entre otros generan consumismo, una de las causas del despilfarro de recursos y crisis ambiental actual expone a peligros al ser humano, a los ecosistemas, la economía y sociedad en general, pero sobre todo contaminan el sistema ambiental humano y en algunos casos comprometen hasta la vida de esas personas. Contaminan el funcionamiento de la sociedad⁵

Cambio climático

El cambio climático es un cambio global relativamente rápido del clima por calentamiento de la atmósfera inferior y los océanos debido a las actividades humanas que modifican la composición atmosférica e intensifican el efecto invernadero a diferencia de la variedad climática natural, en un tiempo relativamente breve. Sus efectos aún pueden ser revertidos⁶.

El incremento de las temperaturas, incrementa determinados consumos y proliferación de desechos sólidos de origen antropogénico que añaden más contaminación al ambiente. Residuales sólidos son arrojados en calles, aceras, mares y playas: cajetillas de cigarrillos, botellas o latas de cerveza, botellas de cristal o plásticas de ron, sobre todo en verano estimulados por las altas temperaturas ocurre en las playas. Esa cantidad de basura genera otras malas prácticas ambientales como quema de basura que incrementa la contaminación del aire y eleva más la temperatura.

El aumento de temperatura, aumenta defunciones por enfermedades cardiovasculares, respiratorias, sobre todo en adultos mayores, aumento de niveles de polen y alérgenos aumentan el asma, la variabilidad en precipitaciones afecta suministros agua, produce diarreas, sequía, hambrunas. Se reduce la producción de alimentos básicos en regiones pobres, con prevalencia de malnutrición, desnutrición, aumento de muertes enfermedades transmitidas por vectores como el paludismo. Como consecuencia de las inundaciones ocurren la contaminación del agua dulce y enfermedades transmitidas por el agua⁶.

Según la OMS, el cambio climático causará anualmente 250.000 defunciones adicionales. Entre 2030 y 2050 ocurrirán por exposición de los adultos mayores al calor 38.000, por diarrea 48.000, por paludismo 60.000 y por desnutrición infantil 95.000⁷.

Sus impactos observados en Cuba durante en el siglo XX fueron el incremento en 0.6 °C de temperatura media anual, el del nivel medio del mar con una tasa de incremento 2.14 mm/año. La presencia de Huracanes intensos (Categorías 3, 4 y 5). Mayor frecuencia de sequías. Incremento paulatino de tornados y eventos de fuertes lluvias. Identificación de enfermedades humanas sensibles al clima, emergencia y re-emergencia enfermedades como tuberculosis o proliferación de otros microorganismos dañinos a la salud conjuntamente con el deterioro de la situación higiénico epidemiológica y sanitaria⁸.

El calor, sobre todo cuando la humedad es alta irrita a las personas, genera malestar al no evaporarse con suficiente rapidez el sudor impide que el cuerpo libere calor rápidamente y constituye una probable invitación a consumir bebidas alcohólicas como la cerveza e incluso el ron productores de otros efectos adversos vinculados a la exposición solar excesiva, más peligrosa si se asocia a otros factores de riesgo como edad, obesidad, fiebre, deshidratación, enfermedades del corazón, enfermedad mental, mala circulación, eritema solar (quemaduras de sol), uso de algunos medicamentos afectan la capacidad del cuerpo para mantenerse fresco durante días de calor.

Quienes consumen alcohol son más proclives al agotamiento por calor, respuesta del organismo a la pérdida excesiva de agua y sales a través del sudor después de varios días de exposición a las altas temperaturas junto a una inadecuada o insuficiente reposición de líquidos. O de conductas riesgosas como ingestión de líquidos que contienen cafeína o grandes cantidades de azúcar que hacen perder más líquido corporal e impiden la reposición de sales y minerales necesarios para el organismo por la sudoración excesiva.

La exposición prolongada al sol al mediodía o en sitios muy expuestos, como playas sobre todo en verano acompañados de ingestas de alcohol pueden provocar insolación y hasta la muerte o algún tipo de discapacidad permanente si no es tratada de inmediato o en caso muy extremo un golpe de calor cuando el cuerpo no puede regular su temperatura y se eleva rápidamente al fallar el mecanismo del sudor y el cuerpo pierde la capacidad de enfriarse.^{9,10}

Conclusiones:

Cambio climático, contaminación y trastornos adictivos no solo están muy relacionados, constituyen factores de riesgo para la salud, valorarlos en sus interrelaciones es pertinente e importante para la comunidad científica en la esfera de las Ciencias Médicas en los contextos académicos, asistenciales y administrativos.

Este año 2019 el lema central del Día Mundial del medioambiente se relacionó con la contaminación del aire, no es casual que el Día Mundial sin fumar tuviera como lema “Por la salud pulmonar, más ambientes libres de humo” y que en el Programa nacional se considere su vínculo con el desarrollo y exprese: ...En los esfuerzos internacionales para el control de las enfermedades no transmisibles (ENT), tuberculosis y contaminación del aire, el tema tabaco y salud pulmonar es transversal en su repercusión a estos procesos, principalmente para alcanzar la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de reducir en un tercio la mortalidad prematura por ENT para 2030¹¹

Referencias bibliográficas

1. Gonzalez Pérez J. Prologo en: Prevención y atención de los trastornos adictivos. Fabelo Roche, R, Iglesias Moré S y cols. ECIMED. 2018
2. MINSAP. Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2017. Editorial. Ciencias Médicas. La Habana, Cuba. 2019.
3. Partido Comunista de Cuba. Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución. VI Congreso del Partido Comunista de Cuba. CC PCC. La Habana. Cuba. 2016.
4. CNPES. 100% espacios sin humo. ¿Por qué son necesarios? WWW.sld.cu/sitios/luchaantitabaquica. descargado 3-5-2019.
5. Quiñones, R. E. Medioambiente y adicciones. Cap 18. En: Prevención y atención de los trastornos adictivos. Fabelo Roche, R, Iglesias Moré S y cols. ECIMED. 2018
6. CIGEA. CITMA. Estrategia nacional de educación ambiental. Misión Ambiental. Disponible en: http://www.medioambiente.cu/mision_ambiental.asp. Consultado Diciembre 26, 2016.
7. OMS. WHO, 2018. Alta vulnerabilidad: PEID. Washington D.C. 2019
8. CITMA. Estrategia ambiental Nacional 2010-215. http://www.medioambiente.cu/mision_ambiental.asp. Consultado Diciembre 26, 2016.
9. Moyal D., Fourtanier A. Broad spectrum sunscreens provide better protection from solar ultraviolet-simulated radiation and natural sunlight induced immunosuppression in human beings. J Am Acad. Dermatol. 2018;58 (5):s149-s154.
10. Duro Mota E., Causín Serrano S. Radiación solar, El sol y los filtros solares. Medifam v.13 n.3 Madrid mar. 2013 (17/11/2013). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1131-57682003000300005>.
11. MINSAP. USPSE. Programa Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo. Plan actividades Dia Mundial sin fumar. La Habana 2019.

Servicio de adicciones del Hospital Psiquiátrico de La Habana. “una comunidad terapéutica”

Msc. Yali López Guido

Breve acercamiento al problema de las drogas.

A nivel mundial el consumo de alcohol y otras sustancias adictivas constituyen problemas complejos con consecuencias en la salud individual, en la integración familiar y el desarrollo social; incrementando la carga mundial de morbi-mortalidad, estigma y exclusión social en quienes dependen de ellas.

El Informe Mundial sobre las Drogas 2010 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el delito (UNODC) estima que entre 155 y 250 millones de personas en todo el mundo (3.5 a 5.7% de la población entre 15 y 64 años de edad) consumieron sustancias ilícitas en el 2008. Los consumidores de marihuana (cannabis) son el principal grupo que consumen drogas ilícitas (129-190 millones de personas), seguidos de anfetaminas, cocaína y opiáceos.

A nivel mundial los consumidores problemáticos o drogodependientes se calcula en ese año de 16 a 38 millones de personas (10 al 15% de los que consumieron drogas), de estos solo entre el 12% y el 30% recibieron tratamiento, es decir que entre 11 y 33,5 millones de personas drogodependientes no recibieron tratamiento (1).

Según, el Informe de la situación mundial de las enfermedades no transmisibles, mueren más de 36 millones de personas cada año y comparten cuatro factores de riesgo, entre ellos se encuentran el consumo de tabaco (6 millones de vida cada año) y el uso nocivo del alcohol (2.3 millones de vida cada año) (2).

¿Qué es la adicción?:

Es el consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicta/o), se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir las sustancias preferidas, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio.

Por lo general, se acompaña de tolerancia y de un síndrome de abstinencia que ocurre frecuentemente cuando se interrumpe el consumo. La vida del adicto/a está dominada por el consumo de la sustancia, hasta llegar a excluir prácticamente todas las demás actividades y responsabilidades. El término adicción conlleva también el sentido de que el consumo de la sustancia tiene un efecto perjudicial para la sociedad y para la persona; y en lo referente al consumo de alcohol, es equivalente a alcoholismo (3).

Sobre el abordaje terapéutico

En lo referente a su atención rehabilitatoria, exige:

El establecimiento de profundas relaciones equipo de salud integral—paciente-familia, en donde el eje central es la capacidad empática, la compasión y las potencialidades de involucración. Así como establecer y fortalecer la alianza terapéutica y comprender las posibilidades de recaídas. El desprenderse del narcisismo profesional al entender que el éxito de la rehabilitación del paciente se debe a su propio esfuerzo, su familia y la vinculación a los grupos de ayuda mutua o auto ayuda. La plena conciencia de que la adicción es una enfermedad, donde la congruencia, la disponibilidad afectiva, el no enjuiciamiento y la tolerancia a frustraciones del equipo, así como de los familiares y amigos, constituyen virtudes sin las cuales nada positivo puede alcanzarse.

En otras palabras la atención rehabilitatoria exige del equipo profesional una alta capacidad para asumir como propias las necesidades del adicto y esto es espiritualidad; demanda el mayor respeto y dedicación para favorecer su bienestar y desarrollo, conductas de raigambre humanística, a la vez requiere la mayor involucración para garantizar que sea tratado como quisiera ser tratado el terapeuta de estar en su dolorosa situación humana y esto es ética en toda la extensión de la palabra (4)

Nuestra comunidad terapéutica

La comunidad terapéutica del servicio de adicciones del Hospital Psiquiátrico de La Habana fue creada en enero de 1976 bajo principios sociales, organizativos, interpersonales y psicoterapéuticos que posibiliten el máximo aprovechamiento

de los recursos materiales y humanos disponibles para las gestiones de rehabilitación psicosocial, basadas en una programación cotidiana que garantice la continua participación de los pacientes así como del personal profesional, técnico, auxiliar, administrativo y estudiantil en todas las actividades desarrolladas con las pautas del centralismo democrático. (4)

Una vez que el paciente ingresa a nuestra comunidad terapéutica, lo primero que se realiza es el convenio terapéutico. En Cuba los ingresos compulsorios no están normados por consiguiente es voluntaria la estadía del paciente. Una vez firmado donde se compromete a cumplir el reglamento interno y con el proceso de tratamiento da inicio la comunidad terapéutica.

Nuestra comunidad consta de un periodo de ingreso de 45 días como promedio, con pases a la comunidad de residencia a los 24 días. Teniendo el paciente 3 pases y después valorando su alta. Produciéndose una variante de desensibilización sistemática al medio donde radica. Es importante recordar que el paciente puede optar por su alta cuando él lo considere. Contamos también con el Dizulfiran como medicamento aversivo y con otros fármacos anticraving.

Iniciamos el día con el matutino. Actividad que arranca a las 9 am. Donde todos los pacientes están presentes, así como todo el equipo de salud integral (profesionales, estudiantes, técnicos, pantristas, personal de limpieza, ropería, enfermería). Comienza con el estrechón de manos del profesional que dirige la actividad a cada uno de los pacientes y haciendo lo posible por darles los buenos días por sus nombres. El matutino tiene dos propósitos:

1. Administrativo: el cual se centra en las incidencias por parte de los pacientes y el personal de enfermería (una variante de las asambleas de comunidades). Se presenta el equipo de salud y los pacientes de nuevo ingreso. Se presenta el informe del grupo de auto ayuda "Guerreros de la luz" y su tema tratado la noche anterior. A continuación, se procede a la emulación por sectores, en referencia al orden, limpieza y disciplina de los pacientes y cubículos ubicados en cada sector. Los cuales llevan mayor puntuación los de mejor presentación. Lo siguiente es el humor. Estrategia de transición para la parte psicoterapéutica del matutino.
2. Esta parte de la actividad da inicio con un pensamiento martiano el cual el paciente lo lleva a su vida de consumo activo y expresa su reflexión. Seguido por la tarjeta de concienciación (una modalidad nuestra de la terapia narrativa). A continuación, el juramento diario creado por nuestro propio servicio. Y cierra la actividad matutina con la cadena de solidaridad. "Unidos frente a las drogas, si se puede vencer".

De lunes a viernes al finalizar la mañana se realizan los grupos de psicoterapia de corte existencial humanista, cognitivo/conductual y variantes reflexivas e inspirativas. Así como también talleres, ponencias o cines debates. Por la noche funciona el grupo guerreros de la luz, grupo gestionado por los propios pacientes sin presencia de profesionales que siguen un formato temático y que permite la incorporación de temáticas sentidas por los pacientes. En el transcurso del día el equipo de psicólogos y psiquiatras realizan las intervenciones individuales con una gama de estrategias psicoterapéuticas individualizadas.

Proceso para la incorporación a la comunidad terapéutica

Existe un flujograma para ingresar al servicio de adicciones del hospital psiquiátrico de la Habana y a su comunidad terapéutica:

1. El proceso de iniciar en el departamento de salud mental del área al que el paciente pertenece, atendiéndose ambulatoriamente con los profesionales de ese departamento.
2. Ante el fracaso de la intervención ambulatoria por parte del paciente, se debe de presentar el usuario a archivo del hospital para que se le otorgue el turno y así acceder a la consulta de clasificación que el servicio de adicciones realiza los días viernes en la mañana en el estadio del hospital con la remisión del departamento de salud mental.
3. Una vez obtenido el turno, es atendido por el psiquiatra presente en la consulta y se valorará su ingreso en dependencia de la gravedad de la situación del paciente y la disponibilidad de cama. Ante la negativa del paciente a ingresar, se estructura un esquema de tratamiento ambulatorio intensivo.

Referencias bibliográficas

1. ONUDC. (2010). *Informe Mundial sobre las Drogas*. Viena: Oficina Contra la Droga y el Delito.
2. OMS. (2011). *Enfermedades No Trasmisibles*.
3. OMS. (1994). *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*. Ginebra: OMS
4. González, R. *Humanismo, Espiritualidad y Ética Médica*. Ed. Política. La Habana 2005.

Presentación de caso

Respuesta terapéutica desfavorable en el síndrome coronario agudo en un paciente consumidor de crack.

Lic. Himia Hernández Salazar, Dr. Mariano Alberto Romaní Camps, Dra. Alma De La Caridad Reyes Veliz, Dra. Ingrid Amador Rodríguez

Resumen

El crack o cocaína base es una de las drogas de abuso con mayor riesgo de desarrollar adicción y dependencia. Provoca aumento de la liberación de dopamina con el subsecuente estímulo del sistema adrenérgico y del aparato cardiovascular. Se presenta un caso de síndrome coronario agudo en un paciente masculino de 36 años de edad, con historia anterior de consumo habitual de crack. Acude al servicio de urgencias por dolor precordial, se aplican los protocolos de urgencia y responde de manera desfavorable, se traslada al servicio hospitalario para mejor atención hemodinámica.

Palabras claves: cocaína, crack, síndrome coronario.

Introducción

La cocaína es una de las drogas ilegales de uso a nivel mundial sola o combinada con otras drogas. Se obtiene por procesamiento químico de las hojas del arbusto de coca (*Erythroxylum coca*), principio activo obtenido a finales del siglo XIX, a partir de ella se han desarrollado nuevos productos. Es una droga con efectos más rápidos e intensos que otras drogas y con mayor riesgo de desarrollar adicción y dependencia. Entre sus preparados de mayor uso se encuentra el crack o cocaína base.⁽¹⁾

Tras su consumo, las manifestaciones sobre el sistema cardiovascular se hacen notables, inicialmente se desarrolla aumento de la presión arterial, el ritmo cardíaco y contracción de los vasos sanguíneos que tardíamente con el uso continuado llegan a complicaciones graves como infarto de miocardio, hemorragias cerebrales y trombosis cerebrales. Todos estos efectos son potenciados si en el consumo se combina con alcohol⁽²⁻³⁾

Presentación de caso

Paciente masculino, raza mestiza, de 36 años de edad, con antecedentes aparentes de buena salud, que acude al servicio de urgencias del área de salud, Policlínico Betancourt Neninger, refiriendo dolor en el pecho, opresivo, fijo, de inicio súbito acompañado de ansiedad y sudoración. Peso: 60 Kg aproximadamente. TA: 150/80 mmHg FC: 110/min, FR: 22/min y temperatura de 36°C. Mecánica ventilatoria adecuada y status mental conservado. Se realizan complementarios: EKG de 12 derivaciones: arroja supra desnivel del ST (mayor de 2mm de voltaje) en DI, AVL, V5 Y V6. Glicemia: 7.5 mmol/L. SpO2: 95 %. Impresión diagnóstica: Síndrome coronario agudo con elevación de ST. Se establece la demanda al SIUM para su traslado.

Protocolo utilizado: Se implementó una vía venosa periférica con solución salina fisiológica a razón de 40 gotas/minuto. Oxigenoterapia de apoyo a razón de 3litros/minuto. Ácido Acetil Salicílico 250mg vía oral. Nitroglicerina 1 tableta vía S/L en 2 ocasiones. Morfina 10mg/2ml (1ámpula) más 9ml de SF 0,9% se administraron 3mg de la solución. Atenolol tabletas 100mg se administró 50mg vía oral. Monitoreo cardíaco continuo. Signos vitales cada 15 minutos. Sonda vesical para medición de diuresis.

A los 5 minutos: Se presenta parada cardiorespiratoria con ritmo desfibrilable tipo fibrilación ventricular, ejecutándose el protocolo de RCPC avanzada para este tipo de evento. Se realiza: masaje cardíaco externo, se desfibrila con 200 J, se optimiza la vía aérea con cánula de Guedes, con recuperación del estado de conciencia, ventilación espontánea, bradicardia sinusal con complejo QRS estrecho, FC: 30 ´min. Se administra 2 ámpula de atropina (1mg) para tratar la bradicardia, se aumenta la velocidad de hidratación para restablecer la TA sistólica a 100 mmHg, se obtiene pobre respuesta hemodinámica por lo que se decide iniciar apoyo con drogas vasoactivas (dopamina en jeringuilla perfusora a razón de 5 microgramos/Kg/min a una velocidad de administración de 18 ml por hora)

Se espera respuesta adecuada y a los 4 min ocurre respuesta exagerada con crisis hipertensiva (160/100 mmhg) y taquicardia supraventricular (140 latidos por minuto). Se inicia reducción de la dosis de dopamina hasta su retirada

considerando una respuesta no favorable al medicamento. El paciente mantuvo la crisis hipertensiva y la taquicardia motivando al médico de asistencia profundizar en el interrogatorio buscando otros elementos que justificaran el estado hemodinámico obteniéndose la información de consumo habitual de crack y el día anterior asociado con alcohol. El médico de asistencia y los paramédicos del SIUM deciden trasladarlo al Hospital General Calixto García a pesar del estado hemodinámico con el objetivo de estabilizar y garantizar la supervivencia. Se recoge muestra de orina para exámenes toxicológicos, se envía al hospital y arroja positivo de cocaína, alcohol y morfina.

Discusión

La dopamina provoca activación del sistema dopaminérgico con modificación de los circuitos de gratificación y placer provocando tolerancia y favoreciendo el consumo continuado ⁽¹⁾. Produce disminución de la recaptación de dopamina con aumento de sus efectos y de la síntesis de noradrenalina con aumento importante del estímulo del sistema adrenérgico que justifica las manifestaciones cardiovasculares, se reporta que la liberación de dopamina por estímulo de cocaína es 10 veces mayor que por otros estímulos. En presencia de alcohol se forma etilcocaína, producto con actividad farmacológica parecida a la cocaína, por lo que se potencian sus efectos. ⁽²⁻⁶⁾

La respuesta terapéutica de los pacientes está influenciada por sus características individuales. El consumo de sustancias estimulantes del sistema adrenérgico genera, liberación de catecolaminas circulantes que van a potenciar los efectos de los medicamentos estimulantes de este sistema, usados en los protocolos de urgencia ante situaciones de hemodinamia inestable. ⁽⁷⁻¹²⁾

Comentarios: Los protocolos de urgencia son una guía de actuación, no contemplan la respuesta exagerada a las drogas vasoactivas de los pacientes consumidores de drogas ilegales. Se hace necesario modificar el enfoque ante los protocolos establecidos considerando el alto nivel de consumo de drogas de abuso, capacitar al personal de urgencia sobre los efectos de las drogas en consumo habitual y crear herramientas para la atención en los servicios de urgencia a nivel de la atención primaria de salud.

Referencias bibliográficas

1. Morón FJ, Levy M. (2002). Farmacología General. Reacciones adversas a los medicamentos y adicción a otras sustancias. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
2. Goodman-y-Gilman-las-bases-farmacológicas-de-la-terapéutica-12ª-edición-español-140819112834-phapp02.pdf
3. Casete, L, Climent, B (2008). Cocaína. Guías Clínicas. Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica. Disponible en: guía_cocaína_08.pdf
4. Morón FJ. (2010). Farmacología Clínica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
5. Ruiz J. (2014). ¡Destructivas y adictivas! 10 drogas del siglo XXI. Disponible en: <http://de10.com.mx/asi-yano/2014/destructivas-y-adictivas-10-drogas-del-siglo-xx1-18563.html>.
6. Garro V. Cocaína, actualización médico legal. Medicina Legal de Costa Rica. (2011). vol. 28 (2). ISSN 1409-0015
7. Castellanos R. et al. Infarto agudo del miocardio en pacientes jóvenes. Revista Archivo Médico de Camagüey [Internet]. 2014 [citado 2015 17 Marzo]; 18(6). Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552014000600009&nrm=iso.
8. Falcón H, et al. Infarto agudo del miocardio. Rev de Ciencias de la Salud de Cienfuegos. 2006; 11(Número especial 1).
9. Boletín-bibliografía-infarto-miocardio-no-2-marz-2015.pdf
10. López M. (2012). Infarto agudo del miocardio. Protocolo asistencial del infarto agudo del miocardio en el Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Saturnino Lora de Santiago de Cuba.
11. Hernández Molina AC, Soria Pérez R, Merencio Ley-va N, López Torres Y, Carmenate Pousada D. Correspondencia clínica y anátomo-patológica del infarto agudo de miocardio en el municipio de Mayarí. Correo

Científico Médico [Internet]. 2014 [citado 16 Feb 2015]; 18(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000200007&nrm=iso.

12. Sánchez Abalos VM, Bosch Costafreda C, Sánchez Abalos TM, González Blanco JC. Morbilidad y mortalidad por infarto agudo del miocardio. MEDISAN [Internet]. 2014 [citado 10 Feb 2015]; 18(4). Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000400008&nrm=iso.

El tabaquismo como riesgo de Hipertensión Arterial entre 18 y 60 años. Prisión Boniato

Est. Javier Jordan Mendoza Mulén, Est. Frank Ariel Castañeda Urdaneta, Est. Joel Reynaldo Chiang Borges, Dr. Justo Luis Filiú Ferrera

Introducción:

La hipertensión arterial es la más común de las condiciones que afectan la salud de los individuos en las poblaciones en todas partes del mundo. Representa por sí misma una enfermedad, como también un factor de riesgo importante para otras enfermedades ¹.

Se define entonces como la fuerza por unidad de área ejercida por la sangre sobre la pared de las arterias. La presión arterial depende del gasto cardiaco (cantidad de sangre bombeada o expulsada por el corazón en una unidad de tiempo, aproximadamente 5,0 l/min (70 ml/75 latidos/min) y la resistencia vascular periférica (resistencia que oponen las arterias de pequeño calibre y las arteriolas al paso de la sangre) o pos carga ².

Su prevalencia ha aumentado significativamente en todas las latitudes, lo cual se explica en parte por los nuevos valores tensionales que en la actualidad se aceptan. También varía de un lugar a otro, y dicha variabilidad está en dependencia de las particularidades genéticas y ambientales que caracterizan cada región.

Entre los factores que guardan mayor relación con la Hipertensión Arterial se señalan la edad, el sexo, la raza la herencia, factores ambientales como el estrés, el tamaño de la familia, el hacinamiento, la ocupación, factores dietéticos, etc ³⁻⁶. Los hábitos dietéticos también son causa predisponente de esta como el sobrepeso, el consumo exagerado de cloruro sódico, ingesta elevada de alcohol.

Es bien conocido que el hábito de fumar es un importante factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares y su asociación a la hipertensión arterial ha sido demostrada como uno de los factores modificables.

El tabaquismo es la adicción al tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo. ^{7,8}

Estudios recientes confirman que apenas unas semanas después de haberse dejado de fumar, disminuye significativamente en las mujeres varios marcadores de inflamación asociados con el riesgo de enfermedad cardíaca. El consumo de tabaco promueve la inflamación, mientras que dejar de hacerlo reduce el riesgo de desarrollar y morir por enfermedad cardíaca y pulmonar, escribió en la revista *Chest* el equipo de la doctora Christine N. Metz, del Instituto de Investigación Médica Feinstein, en Manhasset, Nueva York ^{9,10,11}.

Teniendo en cuenta que el hábito de fumar es un factor de riesgo modificable de hipertensión arterial se decide intervenir a través de actividades educativas sobre el mismo, en pacientes entre 18 y 60 años pertenecientes al Consultorio Médico No. 3 pertenecientes al Policlínico Julián Grimau y así evitar el desarrollo de la enfermedad proporcionándoles estilos de vida saludables.

En virtud de lo anterior, los autores de este trabajo se plantean como Problema científico: ¿Es posible actuar sobre el hábito de fumar como riesgo modificable de Hipertensión Arterial para disminuir la incidencia de la enfermedad en pacientes entre 18 y 60 años pertenecientes al Colectivo No. 18 en el período de octubre de 2015 a enero de 2017?

Justificación del estudio: Reflexiones como estas y tomando en consideración los antecedentes de esta investigación, por todo lo preliminar planteado y por los conocimientos evidentes de los autores de la investigación acerca del tabaquismo como factor de riesgo para la hipertensión arterial, que trae consigo inmensos problemas de salud; tales como los accidentes vasculares encefálicos, las cardiopatías y otras patologías asociadas; y con el propósito de sufragar investigaciones realizadas anteriormente en este mismo campo, nosotros, los autores de dicha investigación nos sentimos motivados a realizarla.

Significación práctica: Para los estudiantes en formación, como futuros continuadores del ejército de batas blancas y dueños del porvenir de la medicina.

Objetivo:

Actuar sobre el hábito de fumar como factor de riesgo modificable para disminuir la incidencia de la Hipertensión Arterial en pacientes entre 18 y 60 años pertenecientes al Colectivo No. 18 en el período de octubre de 2015 a enero de 2017.

Diseño metodológico:

✓ **Contexto y clasificación del estudio:**

Se realizó un estudio observacional con diseño descriptivo retrospectivo para caracterizar a los pacientes fumadores según variables sociodemográficas y factores más frecuentes asociados al incremento del mismo, posteriormente se continuó con un estudio con diseño de intervención.

✓ **Período y lugar donde se desarrolla la investigación:**

En el período de octubre de 2015 a enero de 2017 en pacientes entre 18 y 60 años pertenecientes al Colectivo No. 18.

✓ **Universo y muestra:**

El universo lo constituyó el total de pacientes pertenecientes al Colectivo No. 18. De ellos se seleccionaron como muestra aquellos pacientes fumadores que se encuentran entre 18 y 60 años. Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- a) Reclusos entre 18 y 60 años de edad fumadores.
- b) Reclusos con consentimiento ético informado positivo para participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

- a) Pacientes que no desearon participar en la investigación.

Criterios de salida:

- a) Pacientes que fueron trasladados del penal

✓ **Parámetros éticos:**

Se solicitó la autorización del Grupo Básico de Trabajo (GBT); el Director del Policlínico Julián Grimau, así como a los especialistas en Medicina General Integral (Tutor de la investigación), a fin de acceder a las fuentes de información. Se garantizó la confidencialidad de los pacientes involucrados, independientemente del resultado obtenido. (Véase Anexo 1)

En la misma, se tuvo en cuenta los principios de la bioética que rigen cualquier actividad médica:

- a) **Justicia:** Donde todas las personas tienen el derecho a una atención en salud de forma gratuita e igualitaria, sin distinción de sexo, raza o estatus social.
- b) **Beneficencia:** Implica resolver el estado de salud del paciente sin causar daño, minimizando este.
- c) **No maleficencia:** No hacer el mal, no incurrir en faltas médicas que pongan en peligro la vida del paciente.
- d) **Autonomía:** Es el paciente quien decide si está o no de acuerdo con la terapéutica o con su inclusión en la investigación.

✓ **Técnicas y procedimientos:**

➤ **Etapas de la investigación:**

La primera etapa: estuvo encaminada a la obtención de los datos estadísticos correspondientes al período seleccionado, se procedió a la revisión de las historias clínicas de los pacientes estudiados.

En una segunda etapa: Se programaron tres sesiones de trabajo para revisar los datos obtenidos y analizar

los mismos en el orden cuantitativo.

➤ **Métodos e instrumentos de recolección de la información:**

La recogida de la información representa un paso importante, pues solamente si los datos recopilados están exentos de errores, las conclusiones que de ellos se deriven tendrán validez científica (Véase anexo 2). La recolección se inició desde el momento mismo en que se planificó la investigación y se le concedió especial importancia:

- a) Al enfoque que se hace del problema.
- b) Al tipo de estudio.
- c) Los objetivos trazados.
- d) Las variables estudiadas.

➤ **De recolección de la información:**

Se realizó una revisión bibliográfica acorde con el tema en estudio y los objetivos propuestos en la Biblioteca de la Facultad No.1 de la Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, así como se utilizaron libros, revistas y publicaciones en Internet, Infomed, elaborando una revisión monográfica del tema.

La recopilación de los datos se efectuó mediante la revisión documental de las historias clínicas, con previa coordinación con el departamento de Estadística y Archivo Médico de dicha institución así, de estas se recogieron las variables de interés, permitiendo obtener la información necesaria para la realización de esta investigación.

➤ **De procesamiento y análisis de la información:**

La información obtenida se procesó de forma computarizada a través del Sistema SPSS. 11.5 (Statistical Package for Social Sciences Versión 11.5), que permitió confeccionar las tablas de contingencia o de doble entrada. Se empleó el método estadístico para el procesamiento de la información a través de estadísticas descriptivas, tablas de distribución de frecuencias absolutas, relativas, mínimo y máximo, categorías o clases que componen la escala de clasificación, se utilizó como medida de resumen el número y el porcentaje.

➤ **De análisis y síntesis:**

Para dar salida a los objetivos propuestos se tuvo en cuenta lo recogido en las historias clínicas de los pacientes estudiados. El procesamiento de la información se realizó de forma computarizada, utilizando para ello una PC AOpen Pentium IV ubicada en los laboratorios del centro. Con los datos obtenidos se confeccionó una base de datos en el programa SPSS. 11.5 (Statistical Package for Social Sciences Versión 11.5) lo que permitió aplicarles los cálculos estadísticos pertinentes.

Para la redacción del informe final y la confección de los esquemas, tablas y gráficos se empleó el paquete Microsoft Office 2010 para Windows 7. Cada resultado fue comparado con los obtenidos por otros autores ya sean nacionales e internacionales, para sobre la base del análisis inductivo y emitir conclusiones.

Resultados:

Tabla 1. Distribución de los pacientes estudiados según grupos de edades. Colectivo No. 18. Prisión Boniato. Octubre 2015 - enero 2017:

Grupo de edades	Frecuencia	Porcentaje
De 18 – 20 años	3	4.2
De 21 – 24 años	9	12.5
De 25 – 29 años	6	8.3
De 30 – 34 años	8	11.1

De 35 – 39 años	12	16.7
De 40 – 44 años	16	22.2
De 45 – 49 años	8	11.1
De 50 – 54 años	6	8.3
De 55 – 60 años	4	5.6
Total	72	100

Fuente: Cuestionario

En la tabla 1 se aprecia que el grupo fumador más propenso a tolerar el hábito de fumar fue el comprendido entre 40 – 44 años con un 22.2 %.

Tabla 2. Distribución de los pacientes estudiados según presencia de estrés. Colectivo No. 18. Prisión Boniato. Octubre 2015 - enero 2017:

Presencia de estrés	Frecuencia	Porcentaje
Presente	44	61.1
Ausente	28	38.9
Total	72	100

Fuente: Cuestionario.

En la tabla 2 se muestra que el 61.1 % presentó algún factor estresante, mientras que el 38.9 % no lo estuvo.

Tabla 3. Distribución de los pacientes estudiados según el acceso al producto. Colectivo No. 18. Prisión Boniato. Octubre 2015 - enero 2017:

Acceso al producto	Frecuencia	Porcentaje
Sí	64	88.9
No	8	11.1
Total	72	100

Fuente: Cuestionario.

Como se observa en la tabla 3, el 88.9 % tiene total acceso al tabaco y solo el 11.1 % no lo tenía.

Tabla 4. Distribución de los pacientes estudiados según entorno con fumadores activos. Colectivo No. 18. Prisión Boniato. Octubre 2015 - enero 2017:

Entorno con fumadores activos	Frecuencia	Porcentaje
Sí	58	80.6
No	14	19.4
Total	72	100

Fuente: Cuestionario.

En la tabla 4 se demuestra que existe un 80.6 % de relación de este mal hábito, mientras que el 19.4 % no guardó relación.

Tabla 5. Distribución de los pacientes estudiados según información del tema. Colectivo No. 18. Prisión Boniato. Octubre 2015 - enero 2017:

Información del tema	Frecuencia	Porcentaje
Sí	68	94.4
No	4	5.6
Total	72	100

Fuente: Cuestionarios.

Como se aprecia en la tabla 5, el 94.4 % de los pacientes tenían conocimientos sobre los prejuicios relacionados con el tabaquismo. El 5.6 % únicamente desconocía de los daños causantes del hábito de fumar.

Tabla 6. Distribución de los pacientes estudiados según nivel de escolaridad. Colectivo No. 18. Prisión Boniato. Octubre 2015 - enero 2017:

Nivel de escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	0	0
Secundaria	11	15.3
Preuniversitario	26	36.1
Universitario	35	48.6
Total	72	100

Fuente: Cuestionarios.

Como se observa en la tabla 6, el 48.6 % son universitarios, seguido por el 36.1 % en el nivel preuniversitario, y por último el 15.3 % correspondió con la enseñanza secundaria.

Tabla 7. Distribución de los pacientes estudiados según antecedentes patológicos personales. Colectivo No. 18. Prisión Boniato. Octubre 2015 - enero 2017:

Antecedentes patológicos personales	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensos	29	40.3
No hipertensos	43	59.7
Total	72	100

Fuente: Cuestionarios e historia clínica familiar.

Como se observa en la tabla anterior, el 59.7 % de los pacientes fumadores, sin otro factor de riesgo, no son hipertensos. Asimismo el 40.3 % eran fumadores con el diagnóstico de Hipertensión Arterial.

Discusión de los resultados:

El tabaquismo es la adicción al tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo. Dicha adicción produce enfermedades nocivas para la salud del consumidor^{13,14}.

Según la OMS existen en el mundo más de 1250 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 5827 billones de cigarrillos al año^{15,16}. 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 años¹⁷.

En nuestro estudio se notó que el sexo más afectado fue el masculino con un 62.5 % sobre el sexo femenino (37.5).

En el Perú, según reportes de DEVIDA, la prevalencia de consumo para los varones alcanza el 75.9% y para las mujeres un 60.3%. Si vemos la prevalencia por mes se reporta un 39.3% en los hombres y un 16.7% para las mujeres (33). Según la OMS la prevalencia por sexos el 47 % de los hombres y un 11 % de las mujeres en este rango de edad consumen una media de 14 cigarrillos al día, lo que supone un total de 5,827 billones de cigarrillos al año. En los estudios realizados en Cuba hasta la fecha el sexo más afectado es el masculino¹⁸⁻²¹.

La investigación demostró que en la población en estudio la tendencia es la misma que en los estudios realizados con anterioridad, con una mayor predisposición por el sexo masculino.

En nuestra investigación el número mayor de fumadores se encontraron entre los 40 y 44 años que representó el 22.2 %, seguido por el grupo de edad de 35 a 39 años donde que descartó un 16.7 %; el tercer lugar lo ocupó el grupo de edad de 21 a 24 años que figuró un 12.5 %.

Estudios realizados en Perú encontraron que el 90% de los fumadores ha iniciado este hábito antes de los 20 años y que el 65% de los jóvenes, entre 19 y 25 años, es fumador.

La OMS reporta que tanto para hombres como para mujeres, el segmento de edad en el que se fuma en mayor proporción es el comprendido entre los 30 y 49 años.

En Cuba a medida que aumenta el nivel escolar se reduce la prevalencia con un 31,9 % y el 76 % comenzó a fumar antes de los 20 años.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos se demostró que en la población en estudio, el grupo de edad que más se vio afectado es el comprendido entre los 35 y 44 años²²⁻²⁴.

En nuestra indagación se notó que el 61.1 % estuvo relacionado con algún factor estresante mientras el 38.9 % no lo estuvo.

La investigación demostró que el estrés es un factor de riesgo importante que puede desencadenar, mantener e incluso provocar recaídas en el hábito de fumar, lo cual constituye un dato muy significativo de la misma y además coincide con estudios realizados en Perú.

En la presente exploración, el 88.9 % de los casos se tiene total acceso y solo el 11.1 % de los casos no lo tienen.

Estudios realizados en Estados Unidos identifican el fácil acceso que tiene la población a los derivados del tabaco y la disponibilidad de la sustancia está, a su vez, determinada por factores como el precio del producto en el mercado, las políticas públicas que regulan su venta y la publicidad en medios de comunicación.

Esta investigación demostró que hay un total acceso al producto, siendo éste también un factor de riesgo significativo, que puede estar dado a que en nuestro país no existen barreras para llegar al mismo, se venden en cualquier establecimiento estatal, tanto en moneda nacional como en moneda convertible, a un precio asequible²⁵.

En nuestra pesquisa se notó que en el 80.6 % de los casos si existe la relación con entorno con fumadores activos y solo el 19.4 % de estos no se relacionan con fumadores activos.

En Perú han identificado la influencia de los pares (entorno con fumadores activos) como el factor de riesgo más consistente. Conforme el porcentaje de amigos que fuman aumenta, la probabilidad de fumar se incrementa.

La investigación demostró que relacionarse con fumadores activos, ya sean familiares o amigos, incrementa las probabilidades de comenzar a fumar, hecho que coincide con otros estudios^{26,27}.

En nuestra exposición el 94.4 % de los casos reconoció algunos de los daños que provoca el tabaquismo, solo en el 5.6 % de los casos se sabía que el fumar afecta al organismo pero no las enfermedades que provoca.

En el segundo taller sobre tabaquismo que se realizó en Cuba en el 2001 se recoge que el nivel de conocimiento en la población sobre los riesgos del tabaquismo se incrementó: más del 70 % identificó de tres a cinco enfermedades relacionadas con la adicción tabáquica²⁸.

Teniendo en cuenta esta investigación se demostró que la población está bien informada quizás debido a la fuerte campaña que llevan los medios de comunicación sobre los daños que provoca el tabaquismo.

En nuestra averiguación el 48.6 % de los casos son universitarios, seguido por el 36.1 % de los casos en preuniversitario, como datos más significativos.

En este caso tampoco podemos dar fe de datos en las investigaciones revisadas porque en otros países no es objeto de censo, aunque si se encuentran opiniones, tal es el caso de Raquel Fisch, presidente de la Asociación Antitabáquica Sin Pucho, que confesó haber fumado durante 37 años, sostuvo que "el fumar es una adicción que debe ser tratada fundamentalmente con programas de salud y educación, debido a que en materias de consumo de tabaco existe un permanente doble mensaje"^{29,30,31}.

Se demostró entonces con esta investigación que no importa el nivel cultural cuando se trata de una sustancia adictiva como es la nicotina.

En nuestro estudio se apreció que el 40.3 % de los pacientes fumadores, sin otro factor de riesgo, son hipertensos.

Estudios realizados en Guantánamo reportan que algunas de las sustancias químicas del cigarro le envían señales al corazón para que se contraiga con más fuerza y rapidez. Fumar también causa que los vasos sanguíneos se estrechen, lo cual obliga a la sangre a circular a través de un espacio más pequeño. Estos dos efectos causan hipertensión³²⁻³⁴.

Estudios realizados en la Habana aseguran que el fumar cigarro es un importante estímulo del sistema nervioso simpático, aunque su efecto es transitorio y por poco tiempo³⁵. Aumenta la presión arterial alrededor del 20 % (presión arterial sistólica en 24 mmHg y la diastólica en 16 mmHg), pero su efecto no es duradero y en unos 30 min retorna a las cifras iniciales, por lo que fumar continuamente puede ser un factor importante para mantener cifras elevadas de presión arterial^{36,37}.

A nuestro juicio, esta investigación demostró que el tabaquismo por si solo es un factor de riesgo para padecer la enfermedad, dato que coincide con otras investigaciones.

Conclusiones:

- La prevalencia del tabaquismo es frecuente en edades comprendidas entre los 35 y los 44 años en la población penal.
- Las principales causas asociadas al hábito de fumar son el estrés, el fácil acceso a los derivados del tabaco y el entorno con fumadores activos.
- El tabaquismo por si solo es un factor de riesgo para padecer la enfermedad.

Referencias bibliográficas:

1. Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión Arterial. Hipertensión Arterial. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2014; 64: p.11-19.
2. Roca Goderich R. Hipertensión Arterial. En: Roca Goderich R. Temas de Medicina Interna. Vol. 1 5ta ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017: p. 325-358.
3. Mc Murray JJ, Pitt B, Latini R, Maggioni AP, Solomon SD, Keefe DL, et al. Effects of the oral direct renin inhibitor aliskiren in patients with symptomatic heart failure. *Circ Heart Fail.* 2008; 1(1):p.17-24.
4. Alfonso Guerra JP. Hipertensión arterial en la atención primaria de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2013; 1(1): p. 21-139.

5. Fisher JP, Paton JFR. The sympathetic nervous system and blood pressure in humans: implications for hypertension. *J Hum Hypertens*. 2011; 1_13. doi: 10.1038/jhh.2011.66. [citado noviembre de 2011]. Disponible en: <http://www.nature.com/jhh/journal/vaop/ncurrent/full/jhh201166a.html>
6. Farreras Rozman C. *Medicina Interna*. 14ta ed... Madrid: Harcourt; 2000.
7. Wind S, Beuerlein K, Eucker T, Müller H, Scheurer P, Armitage ME, et al. Comparative pharmacology of chemically distinct NADPH oxidase inhibitors. *Br J Pharmacol*. 2015; 161(4): p.885-98.
8. Red Cubana para control del tabaquismo [sitio web de infomed] Dejar de fumar reduce el riesgo de enfermedad cardiaca. La Habana - Cuba. Actualizado 13 de abril de 2012. Disponible en: <http://ww.sld.cu/sitios/luchantitabaquica/>
9. El tabaquismo y el corazón. *JAMA*; 2008; 299(17): p. 2112.
10. Red Cubana para control del tabaquismo [sitio web de infomed] Habito de fumar. Comportamiento actual y prevención. Guantánamo – Cuba. Actualizado 13 de abril de 2012. Disponible en: <http://ww.sld.cu/sitios/luchantitabaquica/>.
11. Hasenfuss G. New Generation Barostim neo™ System. Preliminary Results and Discussion. ESC 2011 Barostim Symposium. [Sitio en Internet] 2010 [citado 7 de noviembre de 2011]. Disponible en: http://www.cvr.com/pdf/meetings/Hasenfuss_Slides_Final.pdf
12. Parving HH, Persson F, Lewis JB, Lewis EJ, Hollenberg NK; AVOID Study Investigators. Aliskiren combined with losartan in type 2 diabetes and nephropathy. *N Engl J Med*. 2013; 358(23): p. 2433-46.
13. Parving HH, Persson F, Lewis JB, Lewis EJ, Hollenberg NK; AVOID Study Investigators. Aliskiren combined with losartan in type 2 diabetes and nephropathy. *N Engl J Med*. 2015; 358(23): p. 2433-46.
14. Mc Murray JJ, Pitt B, Latini R, Maggioni AP, Solomon SD, Keefe DL, et al. Effects of the oral direct renin inhibitor aliskiren in patients with symptomatic heart failure. *Circ Heart Fail*. 2016; 1(1): p. 17-24.
15. Solomon SD, Appelbaum E, Manning WJ, Verma A, Berglund T, Lukashevich V, et al. Effect of the direct Renin Inhibitor Aliskiren, the Angiotensin Receptor Blocker Losartan, or Both on Left Ventricular Mass in Patients with Hypertension and Left Ventricular Hypertrophy. *Circulation*. 2014; 119(4):p.530-7.
16. Hamlyn JM, Manunta P. Endogenous ouabain: a link between sodium intake and hypertension. *Curr Hypertens Rep*. 2015; 13(1):p.14-20.
17. Blaustein MP, Zhang J, Chen L, Song H, Raina H, Kinsey SP, et al. The Pump, the exchanger, and endogenous ouabain: signaling mechanisms that link salt retention to hypertension. *Hipertension*. 2014; 53(2):p.291-8.
18. Staessen JA, Thijs L, Stolarz-Skrzypek K, Bacchieri A, Barton J, Esposito ED, et al. Main results of the Ouabain and Adducin for Specific Intervention on Sodium in Hypertension Trial (OASIS-HT): a randomized placebo controlled phase 2 dose finding study of rostafuroxin. *Trials*. 2018; p.12:13.
19. Brown AJ. Novel cannabinoid receptors. *Br J Pharmacol*. 2017; 152(5):p.567-75.
20. Suguro T, Watanabe T, Ban Y, Kodate S, Misaki A, Hirano T, et al. Increased human urotensin II levels are correlated with carotid atherosclerosis in essential hypertension. *Am J Hypertens*. 2007; 20(2):p.211-7.
21. Tsoukas P, Kane, Giaid, A. Potential clinical implications of the urotensin II receptor antagonists. *Front Pharmacol*. 2011; 2:p.38.
22. Wind S, Beuerlein K, Eucker T, Müller H, Scheurer P, Armitage ME, et al. Comparative pharmacology of chemically distinct NADPH oxidase inhibitors. *Br J Pharmacol*. 2010; 161(4):p.885-98.
23. Tissot AC, Maurer P, Nussberger J, Sabat R, Pfister T, Ignatenko S, et al. Effect of immunisation with CYT006-AngQb against angiotensin II on ambulatory blood pressure: a double-blind randomised placebo controlled phase IIa study. *Lancet*. 2013; 371(9615):p.821-7.

24. Fisher JP, Paton JFR. The sympathetic nervous system and blood pressure in humans: implications for hypertension. *J Hum Hypertens.* 2015; 1_13. doi: 10.1038/jhh.2011.66. [citado noviembre de 2011]. Disponible en: <http://www.nature.com/jhh/journal/vaop/ncurrent/full/jhh201166a.html>
25. Krum H, Schlaich M, Whitbourn R, Sobotka PA, Sadowski J, Bartus K, et al. Catheter-based renal sympathetic denervation for resistant hypertension: a multicentre safety and proof-of-principle cohort study. *Lancet.* 2009; 373(9671):1p.275-81.
26. Doumas M, Guo D, Papademetriou V. Carotid baroreceptor stimulation as a therapeutic target in hypertension and other cardiovascular conditions. *Expert Opin Ther Targets.* 2013; 13(4):p.413-25.
27. Scheffers I, Schmidli J, Kroon AA, Tordoir J, Mohaupt M, Allemann Y, et al. Sustained blood pressure reduction by baroreflex hypertension therapy with a chronically implanted system: 2-years data from the Rheos DEBUT-HT study in patients with resistant hypertension. *J Hypertens.* 2014; 26 Suppl 1:S19.
28. Hasenfuss G. New Generation Barostim neo™ System. Preliminary Results and Discussion. ESC 2011 Barostim Symposium. (Sitio en Internet). [citado 7 de noviembre de 2011]. Disponible en: http://www.cvr.com/pdf/meetings/Hasenfuss_Slides_Final.pdf
29. Ruilope LM, Dukat A, Böhm M, Lacourcière Y, Gong J, Lefkowitz MP. Blood-pressure reduction with LCZ696, a novel dual-acting inhibitor of the angiotensin II receptor and neprilysin: a randomised, double-blind, placebo-controlled, active comparator study. *Lancet.* 2014; 375(9722):p.1255-66.
30. Dhaun N, Webb DJ. Dual Endothelin-Converting Enzyme/Neutral Endopeptidase Inhibition: A Novel Treatment for Renovascular Hypertension Beyond Blood Pressure Lowering? *Hypertension.* 2011; 57(4):p.667-9.
31. Sociedad europea de Hipertensión. Revisión de la guía Europea de manejo de hipertensión. 2010; 27:p. 2-6.
32. León Álvarez JL, Pérez Caballero MD. Un siglo de terapia antihipertensiva. Puesta al día en el siglo XXI [sitio web de infomed] 2012 [citado 7 de noviembre de 2011]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol51_2_12/med08212.htm.
33. Tabaquismo y salud pública [sitio en Internet] 2012 [citado marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos93/tabaquismo-salud-publica/tabaquismo-salud-publica.shtml>
34. Licata M. Tabaco [sitio en Internet] 2011 [citado noviembre de 2011]. Disponible en: <http://www.zonadiet.com/salud/tabaco.htm>
35. Guía Nacional de Abordaje Técnico al Tabaquismo. Perú. 2010.
36. Quispe MM. Efectos del tabaco sobre la salud [sitio en Internet] 2011 [citado noviembre de 2011]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos902/plan-prevencion-tabaquismo/plan-prevencion-tabaquismo2.shtml>
37. Tabaquismo [sitio en Internet] 2012 [citado marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.zonadiet.com/salud/tabaco.htm#ixzz2NzgdcoJ>