

Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Volumen
Volume 15

Número
Number 3




Julio-Septiembre
July-September 2002

Artículo:




Conocimientos de un grupo de médicos
mexicanos sobre tratamiento
farmacológico para dejar de fumar.

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



[Medigraphic.com](http://www.Medigraphic.com)

Conocimientos de un grupo de médicos mexicanos sobre tratamiento farmacológico para dejar de fumar

Adriana Gabriela Lara-Rivas*
Ana Marlene Espinosa-Martínez*
Raúl H. Sansores*
Norma Morales Reynoso*
Alejandra Ramírez-Venegas*

Palabras clave: Médicos, tabaquismo, tratamiento farmacológico, conocimientos.

Key words: Physicians, nicotine, pharmacological treatments, knowledge.

RESUMEN

Introducción: Es posible que los médicos no recomienden a sus pacientes dejar de fumar por el desconocimiento de los medicamentos auxiliares para dejar de hacerlo. Para determinar esta posibilidad es que se realizó el presente estudio.

Material y métodos. Se realizó una encuesta de 16 preguntas a 69 médicos familiares, 102 neumólogos y 49 cardiólogos.

Resultados. Se entrevistaron a 141 hombres y 79 mujeres (edad promedio de 36 ± 10 años). El 17.7% eran fumadores. Menos del 20% de los médicos contestaron correctamente a estas preguntas, de las cuales sólo dos fueron respondidas acertada-

mente por la mayoría de los médicos (97.7 y 77.7%). No se encontraron diferencias con respecto al tabaquismo entre los médicos ni entre éste y el porcentaje de respuestas correctas.

Conclusiones: Los médicos independientemente de su especialidad, tienen pobres conocimientos sobre los diferentes tratamientos farmacológicos para dejar de fumar, por lo que se requiere un programa educativo específico para ellos.

ABSTRACT

Introduction: Physicians do not recommend their patients to stop smoking probably because they do not know about pharmacological therapies for quitting. This study was performed to determine this possibility.

Material and methods: A questionnaire with 16 questions was given to 69 general physicians (GP), 102 pulmonologists and 49 cardiologists.

Results: The interview included 141 men and 79 women (mean age of 36 ± 10 years) among which 17.7% were smokers. Less than 20% of the physicians answered correctly to the questions and only two of these were answered correctly by most of the physicians (97.7% and 77.7%). No differences in terms of nicotine among physicians or between the percentage of correct answers and smoking habit of physicians were found.

* Departamento de Investigación en Tabaquismo y EPOC. INER.

Correspondencia:

RH Sansores. Departamento de Investigación en Tabaquismo y EPOC. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Calzada de Tlalpan 4502, colonia Sección XVI, México, D. F., 14080. Teléfono y Fax: (55) 5665-49-58. E-mail: rhsansores@aol.com

Trabajo recibido: 05-IX-2002; Aceptado: 25-IX-2002

Conclusions: Physicians, regardless their specialty, have poor knowledge about the different pharmacological treatments to quit smoking; thus, a specific educational program is required for them.

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo se ha convertido en el problema más importante de salud pública en todo el mundo y en México¹. Se sabe que en México hay más de 14 millones de fumadores y cerca de la mitad de la población está expuesta en forma activa o pasiva al humo del cigarro². Desde el punto de vista de los fumadores, el 70% reconoce querer dejar de fumar. Prácticamente todos los que están expuestos en forma pasiva al humo de cigarro, desean que sus familiares, amigos o colegas de trabajo dejen de fumar³.

En un trabajo realizado recientemente dentro de los Institutos Nacionales de Salud en México, se observó que 33% de los fumadores quiere dejar de hacerlo y 45% ha hecho cuando menos un intento para dejar de fumar; es decir, 78% de esos fumadores desea dejar de fumar o ha hecho cuando menos un intento para conseguirlo^{4,5}.

El 90% de las personas que deciden dejar de fumar lo hace por su cuenta. Solamente aquellos que lo intentan y recaen, después de varios intentos, decide buscar ayuda⁶. Un porcentaje importante de ellos busca el consejo médico. Diversos estudios indican que si los médicos y otros profesionales de la salud ayudaran a sus pacientes a dejar de fumar, su influencia sería decisiva para reducir el tabaquismo en una comunidad⁷. Los profesionales de la salud, principalmente los del primer nivel de atención, deben ser los responsables de las acciones contra el tabaquismo al alertar a la población sobre los daños a la salud asociados al consumo del tabaco para que no comience a fumar.

Aproximadamente el 70% de la población acude a una consulta médica cuando menos una vez al año y durante estas visitas el médico tiene la oportunidad de aconsejar a sus pacientes para que dejen de fumar⁸. Sin embargo, solamente al 50% de los fumadores reportan haber sido cuestionados sobre su hábito de fumar; y en menor porcentaje aseveran que su médico les haya recomendado dejar de hacerlo³. Una de las razones por la que los médicos se muestran poco optimistas para dar un consejo médico es que consideran que, su intervención no sería eficaz ya que a los fumadores los perciben poco motivados⁹. Dentro de las posibles causas por las cuales los médicos no recomiendan en su consulta dejar de fumar se considera la especialidad del médico, el hecho de que el mismo médico sea un fumador, la falta de tiempo y sobre todo la falta de información o escaso conocimiento de los diferentes métodos para dejar de fumar.

Un aspecto que no ha sido explorado ampliamente es que los médicos están poco familiarizados con los medicamentos y estrategias auxiliares para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar. Desde nuestro punto de vista, ésta puede ser una de las principales razones. Con el objeto de

determinar el grado de conocimientos que tienen los médicos sobre los medicamentos utilizados para dejar de fumar, se realizó una encuesta en un grupo de médicos generales que laboran en unidades de medicina familiar de la ciudad de México. Para contrastar sus respuestas, la encuesta también se le realizó a un grupo de médicos cuya especialidad estuviera relacionada con las principales enfermedades asociadas al consumo del tabaco.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se entrevistaron a 220 médicos, 69 médicos familiares, 102 neumólogos y 49 cardiólogos, a todos ellos se les entregó un cuestionario, anónimo y autoaplicable que contenía preguntas acerca del tratamiento para dejar de fumar. Este cuestionario fue respondido en el espacio laboral de cada médico.

Para la aplicación que se les realizó a los médicos familiares, los encuestadores asistieron a tres diferentes centros de salud localizados geográficamente en el sur de la ciudad de México. Los tres forman parte del sistema de salud del Instituto de Servicios de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Al grupo de neumólogos se les entrevistó y aplicó el cuestionario en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, en tanto que para entrevistar a los médicos con especialidad en cardiología, se asistió al Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez", aplicando 49 cuestionarios.

El cuestionario estaba constituido por 16 preguntas (Anexo 1), de las cuales seis eran de datos personales (fecha, edad, sexo, profesión, especialidad y estatus de fumador), y las otras 10 se relacionaban con los conocimientos acerca de las terapias para dejar de fumar. La estructura de cada una de las preguntas se elaboró con el formato de opción múltiple y en algunas de ellas había más de una respuesta correcta. Se insistió en hacer notar el carácter anónimo del cuestionario y en la seguridad de no tener implicaciones laborales. El tiempo promedio que invirtió el encuestado para responder el cuestionario fue de cinco minutos. El cuestionario siempre se respondió ante la presencia del investigador, quien esperaba a que el médico lo contestara para evitar que consultara las respuestas.

Análisis estadístico

Se determinó la frecuencia de aciertos para cada respuesta y, se hizo un análisis de las respuestas entre médicos fumadores y médicos no fumadores utilizando la prueba de χ^2 . Se consideró significativa una $p < 0.05$.

RESULTADOS

El total de cuestionarios realizados fue de 220, en donde 141 fueron hombres y 79 mujeres, cuyas edades variaron entre los 23 a los 68 años, con un promedio de 36 ± 10 . El porcentaje de fumadores por especialidad fue de 20%, (14/69) para los médicos generales, de 19% (16/102) para los neumólogos y 22% (9/49) para los cardiólogos. El

porcentaje total de fumadores fue de 17.7%. No hubo diferencias significativas entre los médicos por especialidad en cuanto a ser fumadores ($\chi^2 = p > 0.05$).

En la Tabla I, se observó el porcentaje de médicos por especialidad que contestaron correctamente cada pregunta sobre los conocimientos del tratamiento farmacológico para dejar de fumar. Solamente en dos preguntas, más del 70% de los médicos contestó correctamente. En una, el 97.7% de todos los médicos coinciden en que el tabaquismo es una adicción que tiene un componente físico y otro psicológico en tanto que en la otra, el 77% identifica lo que es un tratamiento farmacológico como auxiliar para dejar de fumar.

En la Tabla II, se muestra para cada pregunta el porcentaje de respuestas correctas entre los médicos fumadores en relación con los médicos que no fuman. En la pregunta número 2, se encontró la única diferencia claramente significativa entre los dos grupos ($p = 0.03$), en esta pregunta ningún médico fumador conoce el contenido de nicotina en un cigarro, mientras que 8.64% (19 médicos) de los médicos que no fuman contestaron correctamente esta pregunta.

DISCUSIÓN

En esta investigación, los resultados más importantes muestran que los conocimientos que tienen los médicos acerca de los auxiliares terapéuticos son pobres. Asimismo, nuestros resultados indican que estas observaciones son independientes de que el médico sea especialista o médico general o que el médico sea fumador o no.

El tabaquismo es un enorme problema para la salud en todo el mundo, contribuyendo significativamente a la acumulación de enfermedades respiratorias, enfermedades del corazón o enfermedades cerebro-vasculares¹⁰.

Recientemente, el desarrollo de medicamentos en el campo de la adicción a la nicotina ha avanzado. Este hecho ha permitido que los médicos puedan ayudar a sus pacientes a dejar de fumar. En primer lugar, los tratamientos cada vez son más fáciles de encontrar. Por otra parte, hay fuertes evidencias que muestran que, combinar una intervención en el ámbito del comportamiento con la Terapia de Reemplazo de Nicotina, alcanza índices de abstinencia de 48% al cabo de un año y 45% en dos años contra 31% con placebo. Otros resultados han demostrado que entre el 10 y 15% permanecen en abstinencia después de

Tabla I. Porcentaje de médicos especialistas que contestaron correctamente cada pregunta sobre tratamiento farmacológico para dejar de fumar.

Pregunta	Médico general	Neumólogo	Cardiólogo	Total	p
1	1 (0.45%)	5 (2.27%)	1 (0.45%)	(3.18%)	0.39
2	6 (2.73%)	11 (5%)	2 (0.91%)	(8.64%)	0.38
3	13 (5.91%)	22 (10%)	6 (2.73%)	(18.64%)	0.38
4	6 (2.73%)	15 (6.82%)	1 (0.45%)	(10%)	0.047*
5	68 (30.91%)	99 (45%)	48 (21.82%)	(97.72%)*	0.80
6	51 (23.17%)	82 (37.27%)	38 (17.27%)	(77.72%)*	0.60
7	6 (2.73%)	5 (2.27%)	2 (0.91%)	(5.91%)	0.48
8	0 (0%)	4 (1.82%)	0 (0%)	(1.82%)	0.094
9	5 (2.27%)	4 (1.82%)	0 (0%)	(4.09%)	0.145
10	19 (8.64%)	19 (8.63%)	4 (1.81%)	(19.08%)	0.030*

* Diferencias significativas con respecto a las otras siete preguntas. * $\chi^2 p < 0.05$

1. ¿Conoce usted el cuestionario de Fagerström?
2. ¿El contenido de nicotina en un cigarro es de?
3. ¿Las dosis de la goma de mascar con nicotina son de?
4. ¿Las dosis de los parches de nicotina es de?
5. El tabaquismo es una adicción y su tratamiento óptimo debe considerar tanto el aspecto de dependencia física como psicológica.
6. Marque con una "X" lo que considere una buena intervención farmacológica como auxiliar para dejar de fumar.
7. Si una persona que fuma 11 cigarros al día le pide ayuda para dejar de fumar y usted le recomienda reemplazo de nicotina con parches la dosis de inicio es de.
8. Las dosis de Bupropion como inicio de tratamiento para dejar de fumar es de.
9. Si un paciente solicita tratamiento de reemplazo de nicotina a base de chicles y fuma 15 cigarros al día le recomendaría que.
10. Si un fumador le pide ayuda para dejar de fumar y quiere utilizar algún reemplazo de nicotina. ¿Por cuánto tiempo le recomendaría que lo use?

Tabla II. Médicos fumadores *versus* médicos no fumadores que respondieron correctamente

Pregunta	Fumador n= 39 Respuestas correctas	No fumador n= 181 Respuestas correctas	p
1	1 (0.45%)	6 (2.73%)	0.80
2	0 (0%)	19 (8.64%)	0.03*
3	9 (4.09%)	32 (14.55%)	0.43
4	4 (1.82%)	18 (8.18%)	0.95
5	37 (16.82%)	178 (80.9%)	0.18
6	28 (6.36%)	143 (34.08%)	0.32
7	2 (0.91%)	11 (5.00%)	0.81
8	0 (0%)	4 (1.82%)	0.34
9	2 (0.91%)	7 (3.18%)	0.71
10	9 (4.09%)	33 (15%)	0.48

* χ^2 p< 0.05

un año¹¹⁻¹³. Los pacientes que se benefician con esta terapia son aquellos fumadores que tienen dificultades para dejar de fumar a causa de los síntomas de abstinencia.

El problema del tabaquismo en los médicos tiene repercusiones en la sociedad en general. Al igual que otros profesionales, los médicos deben actualizar sus conocimientos y aptitudes durante su carrera a fin de mantener su competencia.

Dejar de fumar es un proceso difícil para las personas que son adictas y la intervención de los médicos es fundamental, ya que se encuentran en una situación donde pueden aconsejar y ayudar a los pacientes fumadores. Aunque la mayoría de los médicos saben la importancia de abandonar la adicción al tabaco y el daño a la salud asociado al consumo de tabaco, son muy pocos los que han tomado una actitud decidida de dar consejo específico a sus pacientes fumadores¹⁴. En el tratamiento del tabaquismo y de los esfuerzos encaminados a disminuir su predominio, el consejo médico ha demostrado una gran utilidad¹⁵. Los resultados son tanto mejores cuanto más sistematizada es la información que se transmite y mayor el tiempo que se invierte en el consejo.

Granda y colaboradores¹⁶ proponen que el consejo médico y la intervención mínima sistematizada, deberían ser incluidos en la historia clínica. De este modo, se garantizaría la extensión progresiva del mismo a todos los pacientes fumadores que acuden a una consulta, sea esta de atención primaria o especializada.

Algunas estimaciones indican que si cada médico general adoptase en su práctica diaria, la costumbre de dar consejo antitabaco, cada uno de ellos conseguiría que aproximadamente unas 25 personas al año, dejaran de fumar. Esta cantidad acumulada representaría a más de medio millón de fumadores en todo el país que dejarían de fumar¹⁴. A pesar de este potencial, las evidencias señalan que aunque el 70% de todos los fumadores de una comunidad acuden cuando menos una vez al año a con-

sultar a un médico y 50% con el dentista¹⁷, sólo 35% de los fumadores reportan haber sido cuestionados sobre su hábito de fumar; aún menos reportan que su médico les haya recomendado dejar de hacerlo³. Las razones que se han postulado para explicar esta paradoja de la salud son varias. La falta de tiempo en las consultas es una, a pesar de que se ha demostrado¹⁸ que una intervención breve, de pocos minutos puede ser efectiva. Otra posible causa para que los médicos no aconsejen dejar de fumar, es que ellos sean fumadores. En un estudio realizado en los Institutos Nacionales de Salud en México¹⁹, se encontró que el 22% de los médicos eran fumadores y en otro estudio realizado por Tapia y colaboradores se encontró que era del 27%²⁰. En este estudio se encontró que el 17.7% o sea 39 médicos son fumadores. Sin embargo, no encontramos diferencias significativas entre los médicos que fuman y los que no fuman, en términos de sus conocimientos. Por lo tanto, la posible limitación podría ser la falta de conocimientos al respecto del tabaquismo en general y de las alternativas terapéuticas en particular. Los resultados de este trabajo señalan que en algunas áreas, el conocimiento de los médicos es nulo. Es decir, es poco probable que un médico, en principio dé consejo médico para dejar de fumar si el resultado de ese consejo es recomendar un producto auxiliar para lograr su propósito y al parecer ignora qué producto podría recomendar y cómo recomendaría su uso. En este sentido, la falta de conocimientos de los médicos en el área específica de los auxiliares para dejar de fumar podría ser un obstáculo importante para expandir el poder del consejo médico.

CONCLUSIONES

La presente investigación tiene algunas limitantes. Primero, la relacionada con el tamaño de la muestra y segundo por el tipo de médicos que se eligieron. El tamaño de la muestra podría ser una limitante si la prevalencia del

tabaquismo encontrada fuera muy diferente a la que se asume de esta población. Nuestros resultados muestran que la prevalencia es similar a la reportada para los Institutos Nacionales de Salud¹⁹. No obstante ello, se debería analizar bajo esta consideración los resultados. El segundo aspecto que limita esta investigación tiene que ver con la especialidad de los médicos elegidos. Las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar, el tercero lo ocupa la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el cuarto el cáncer de pulmón, bronquios y tráquea, respectivamente, como causa de mortalidad asociada al tabaquismo²¹. Por lo tanto, es esperable que los cardiólogos y los neumólogos sean un grupo de médicos especialistas involucrados con el problema del tabaquismo y en especial con las diferentes modalidades de tratamiento de la adicción. Si no es así, como nuestros resultados señalan, significa que la falta de conocimientos de los médicos es un problema cuya dimensión es enorme.

En resumen, nuestros resultados indican que los médicos tienen un muy limitado conocimiento sobre las diferentes intervenciones farmacológicas y no farmacológicas que pueden auxiliar a un fumador a dejar de fumar. Ésta puede ser una limitante de gran importancia para proveer de consejo médico a los fumadores, orientado a dejar de fumar. Debido a que éste es un problema independiente a la especialidad de los médicos y al hecho de que sean fumadores o no, se requiere un programa de educación médica continua que pueda enmendar esta necesidad.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. *Tobacco or health: A global status report*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1997.
2. Secretaría de Salud, Secretaría de Prevención y Control de Enfermedades, Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Consejo Nacional Contra las Adicciones. *Encuesta Nacional de las Adicciones, Tabaco*. México, D. F.: SSA, 1998.
3. Tapia-Conyer R. *Las adicciones: Dimensión, impacto y perspectivas*. 2a ed. México: El Manual Moderno, 2001:95-111.
4. Villalba-Caloca J, Herrera-Kiengelher L, Soriano A, Ramírez-Venegas A, Sansores RH. *Prevalence of smokers among the workers from the National Institutes of Health in Mexico*. Am J Respir Crit Care Med 1998;157:A507.
5. Sansores RH, Villalba-Caloca J, Herrera-kiengelher L, Soriano-Rodríguez A, Ramírez-Venegas A. *Prevalence of cigarette smoking among employees of the Mexican National Institutes of Health*. Salud Pública Mex 1999;41:381-388.
6. Fiore MC, Novotny TE, Pierce JP, Giovino GA, Hatziandreu EJ, Newcomb PA, et al. *Methods used to quit smoking in the United States: Do cessation programs help?* JAMA 1990;263:2760-2765.
7. Cohen SJ, Stookey GK, Katz BP, Drook CA, Smith DM. *Encouraging primary care physicians to help smokers quit: a randomized controlled trial*. Ann Intern Med 1989;110: 648-652.
8. Coultas DB. *The physician's role in smoking cessation*. Clinics in chest medicine. Philadelphia:Saunders,1991;12: 755-768.
9. Gritz ER. *Cigarette smoking: The need for action by health professionals*. CA Cancer J Clin 1988;38:194-212.
10. INEGI, SSA/DGEI. *Estadísticas vitales. Mortalidad, Estados Unidos Mexicanos, 1997*. 1998.
11. Jarvis MJ, Raw M, Russell MAH, Feyerabend C. *Randomized, controlled trial of nicotine chewing gum*. Br Med J 1982;285:537-540.
12. Blöndal T. *Controlled trial of nicotine poliacrilix gum with supportive measures*. Arch Intern Med 1989;149:1818-1821.
13. Schneider NG, Jarvik ME, Forsythe AB, Read LL, Elliot ML, Schweiger A. *Nicotine gum in smoking cessation: A placebo-controlled, double-blind trial*. Addict Behav 1983;8: 253-261.
14. Pardell H, Saltó E, Salleras LL. *Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Médica Panamericana, 1996:121-134.
15. Slama K, Karsenty S, Hirsh A. *Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients: a randomized, controlled trial in France*. Tob Control 1995;4:162-169.
16. Granda J, Peña T, Reinales C, Escobar J, Martínez JM, Sáez R, et al. *¿Reciben consejo médico antitabáquico los asmáticos jóvenes?* Prev Tab 2000;2:18-22.
17. Tomar SL, Husten CG, Manley MW. *Do dentists and physicians advise tobacco users to quit?* J Am Dent Assoc 1996;127:259-265.
18. Ockene JK, Zapka JG. *Physician- based smoking intervention: a rededication to a five- step strategy to smoking research*. Add Behav 1997;6:835-848.
19. Sansores RH, Ramírez-Venegas A, Villalba-Caloca J, Herrera-Kiengelher L, Soriano-Rodríguez A. *Tabaquismo en médicos mexicanos. Un análisis comparativo con fumadores que no son médicos*. Rev Invest Clin 2000;52:161-167.
20. Tapia-Conyer R, Cravioto P, De la Rosa B, Galván F, García-De la Torre G, Kuri P. *Cigarette smoking: Knowledge and attitudes among mexican physicians*. Salud Pública Mex 1997;39:507-512.
21. Tapia-Conyer R, Kuri-Morales P, Hoy-Gutiérrez MJ. *Panorama epidemiológico del tabaquismo en México*. Salud Pública Mex 2001;43:478-484.



**INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
CLÍNICA DE TABAQUISMO**

Este cuestionario está diseñado para determinar los conocimientos que los médicos tienen al respecto del tratamiento del tabaquismo. Es anónimo y no tiene implicaciones laborales sino de investigación. Si usted lo responde contribuirá en gran medida a nuestro conocimiento del tabaquismo. GRACIAS.

- f). ¿Actualmente usted fuma?

1. ¿Conoce usted el cuestionario del Fagerström?

3. Incluya dos preguntas

2. El contenido de nicotina en un cigarro es de:

- 1) 2 - 5mg
- 2) 6 - 11mg
- 3) 15 - 20mg
- 4) 21 - 42mg
- 5) NO SÉ

3. Las dosis de la goma de mascar con nicotina son:

- 1) 2 y 4mg
- 2) 6 y 8mg
- 3) 15 y 20mg
- 4) 21 y 42mg
- 5) NO SÉ

4. Las dosis de los parches de nicotina es de:

- 1) 42, 21 y 7mg
- 2) 21, 14 y 7mg
- 3) 20, 10 y 7mg
- 4) 9, 6 y 3mg
- 5) NO SÉ

5. El tabaquismo es una adicción y su tratamiento óptimo debe considerar tanto el aspecto de dependencia física como psicológica.

1. Cierto ☐ 2. Falso ☐

6. Marque con una "X" lo que considere una buena intervención farmacológica como auxiliar para dejar de fumar. (Puede marcar más de una opción).

- 1) Tratamiento de reemplazo de nicotina con goma de polacrilex
- 2) Tratamiento de reemplazo de nicotina con parches
- 3) Hipnosis
- 4) Homeopatía
- 5) Acupuntura
- 6) Terapia cognitivo-conductual
- 7) Bupropion
- 8) Clonidina
- 9) Quit

7. Si una persona que fuma 11 cigarrillos al día le pide ayuda para dejar de fumar y usted le recomienda reemplazo de nicotina con parches, las dosis inicio es de:

- 1) 42mg
- 2) 21mg
- 3) 20mg
- 4) 9mg
- 5) NO SÉ

8. Las dosis de Bupropion como inicio de tratamiento para dejar de fumar es de:

- 1) 7.5mg cada 12h
- 2) 75mg cada 12h
- 3) 150mg cada 12h
- 4) 300mg cada 12h
- 5) 900mg cada 12h
- 6) NO SÉ

9. Si un paciente solicita tratamiento de reemplazo de nicotina a base de chicles y fuma 15 cigarros al día le recomendaría que:

- 1) Utilice un chicle cada hora
- 2) Utilice un chicle cada dos horas
- 3) Utilice un chicle cada cuatro horas
- 4) Utilice un chicle cada ocho horas
- 5) Todos los que quiera.
- 6) NO SÉ

10. Si un fumador le pide ayuda para dejar de fumar y quiere utilizar algún reemplazo de nicotina. ¿Por cuánto tiempo le recomendaría que lo use? (Puede marcar más de una opción)

- 1) Los parches de Niquitin por 10 semanas en total
- 2) Los chicles de Nicorette por 2 a 3 meses
- 3) Los parches hasta que definitivamente deje de fumar
- 4) Los parches o los chicles por un plazo máximo de un mes
- 5) NO SÉ