

Tabaquismo pasivo, conocimientos y legislación

Second-hand smoking, knowledge and legislation

El primer paso cuando se busca un cambio de cualquier tipo, es la información. Veamos qué sabemos sobre tabaquismo.

En la página del Ministerio de Salud de la Nación, dedicada al Programa Nacional de Control del Tabaco vemos que el tabaco es la principal causa de muertes prevenibles, de enfermedades y discapacidades en el mundo, por su consumo activo o pasivo. El tabaquismo pasivo tiene particular impacto en las primeras etapas de la vida por la mayor susceptibilidad a la toxicidad del humo de tabaco y por las consecuencias a largo plazo de esta exposición. En lugares de trabajo, de esparcimiento y en el hogar, se expone a embarazadas y niños pequeños, una población particularmente vulnerable, a los efectos nocivos del humo de tabaco.

La mortalidad es debida fundamentalmente a enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedad pulmonar crónica. Datos de 2002 muestran que en nuestro país se produjeron más de 40 000 muertes atribuibles al tabaco (16% de todas las muertes en adultos de 35 años o más). A los 292 908 años de vida perdidos por la muerte prematura de estas personas, se sumaron otros 531 896 años de vida perdidos por discapacidad. En total, 824 804 años de vida saludable perdidos.¹

Se estima que el 15% del gasto en salud de la Ciudad de Buenos Aires corresponde al diagnóstico y tratamiento de enfermedades relacionadas con el tabaquismo activo y pasivo. Según el Ministerio de Salud, en 2006 el costo de atención de las enfermedades asociadas al tabaco superó los 7000 millones de pesos, sin contar la edad pediátrica. Esta cifra es muy superior al conjunto de impuestos percibidos por el Ministerio de Economía de la Nación por la venta de productos del tabaco, que en ese mismo año fue de 4200 millones de pesos.² Sin duda, un balance desfavorable y mucho para reflexionar.

En mayo del 2003 se concretó el Convenio Marco de Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud, una estrategia a nivel internacional a la cual adhiere Argentina, como una manera de disminuir la morbimortalidad causada por esta adicción. Una línea de acción en esta campaña está dirigida a los profesionales de la salud. Todos ellos, en su práctica cotidiana, pueden realizar una intervención breve: preguntar a su paciente, o a la familia si el paciente es un niño, si fuma, si pensó en dejar el tabaco, alentar al

que lo ha hecho, sugerirlo al que no, y orientar al que desea hacerlo. Esta intervención no requiere más de 5 minutos. La intervención intensiva está limitada a los profesionales dedicados al tema.

El segundo paso para el cambio es el marco legal.

En una investigación llevada a cabo en Escocia, se trató de proteger al no-fumador, con legislación sobre medio ambiente libre de humo. La disminución de las hospitalizaciones por asma infantil, fue el indicador indirecto de la menor exposición de los niños al tabaco. Si bien no se analizaron otras causas de menor incidencia de asma infantil grave, los autores comentan esta limitación y consideran que el impacto del ambiente libre de humo es real.³

Argentina tiene iniciativas similares a las de Escocia, como los municipios libres de humo. Sin embargo, llama la atención al leer la legislación argentina al respecto, frases como:

Se permite fumar con el consentimiento expreso de los no fumadores... Ordenanza N° 671 04-11-88. Municipio de Azul.

Se prohíbe fumar en las oficinas municipales donde se realice atención al público y en aquellas oficinas del ámbito municipal sin atención al público donde algún miembro de su personal solicite la aplicación de la norma. Ordenanza N° 1.869 22-12-94, Municipio de Olavarría.

En este como en otros aspectos de bien común, las estrategias de cambio requieren algo más que difusión, conocimiento y buena voluntad. Un marco legal claro establece normas de convivencia saludables que no requieren ser negociadas en cada caso.

El 14 de junio de 2011 se publicó en el Boletín Oficial la Ley Nacional 26687 que regula la publicidad, promoción y consumo de los productos elaborados con tabaco a los fines de la prevención y asistencia de la población ante los daños que produce el tabaquismo.

Son sus objetivos:

- Reducir el consumo.
- Reducir al mínimo la exposición de las personas a los efectos nocivos del humo de productos elaborados con tabaco.
- Reducir el daño sanitario, social y ambiental originado por el tabaquismo.
- Prevenir la iniciación en el tabaquismo, especialmente en niños y adolescentes.

- e) Concientizar a las generaciones presentes y futuras de las consecuencias producidas por el consumo de productos elaborados con tabaco y por la exposición al humo de productos elaborados con tabaco.

Como vemos, la legislación enfoca distintos aspectos: proteger a los no fumadores, ayudar a los fumadores a dejar su adicción, prevenir el tabaquismo mediante la difusión de hábitos de vida saludables.

En última instancia el tabaquismo, como toda adicción, responde a un conflicto mal resuelto. El pediatra tiene una excelente oportunidad de intervención, pues acompaña al niño y su familia en el momento de mayor impacto sobre el desarrollo de conductas saludables, incluida la de resolver

positivamente sus conflictos. Ningún esfuerzo aislado alcanza, pero todo suma, por un niño sano, en un mundo mejor. ■

Dra. Norma Rossato
Servicio de Neonatología
Sanatorio Trinidad Palermo

doi:10.5546/aap.2011.387

1. Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Control del Tabaco. [Acceso: 18-8-11]. Disponible en http://www.msal.gov.ar/htm/site_tabaco/index.asp.
2. Bruni, JM. Costos directos de la atención médica de las enfermedades atribuibles al tabaquismo, en los hospitales públicos del Ministerio de Salud del GCBA. Año 2006.
3. Mackay D, Haw S, Ayres JG, Fischbacher C, Pell JP. Smoke-free legislation and hospitalizations for childhood asthma. *N Engl J Med* 2010;363:1139-45.

Lactancia materna y prevención del síndrome de muerte súbita del lactante

Breast feeding and sudden infant death syndrome prevention

Hauck y col.,¹ realizaron un metanálisis con la hipótesis que la lactancia materna ejercería un efecto protector contra el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) y que este efecto sería mayor con lactancia materna exclusiva y con mayor duración de la lactancia. Ambos aspectos han sido relacionados anteriormente con otros efectos beneficiosos, pues se conoce que los mismos son dosis dependiente como se ha demostrado en el neurodesarrollo de niños prematuros que recibieron leche materna durante su internación en la terapia neonatal.²

El estudio de Hauck publicado recientemente, mostró una reducción del riesgo de SMSL, con un OR de 0,40 para algún tipo de lactancia materna en el análisis univariado y 0,36 en el análisis multivariado. Con lactancia materna exclusiva, el efecto protector fue aun más pronunciado (OR= 0,27 en el análisis univariado). Luego de mencionar estos resultados, los autores enfocan dos temas de controversia sobre las recomendaciones más actuales para la prevención del SMSL: el uso del chupete y la cohabitación sin colecho. Dicen que, para algunos defensores de la lactancia materna, ambas recomendaciones son contradictorias con la promoción de la misma.

Tal vez ha llegado el momento de la conciliación obligatoria entre las campañas de prevención

del SMSL y de promoción de la lactancia materna. Un gran paso fue dado por la investigación de Jenik y col.,³ donde se incluyeron 1021 binomios madre-hijo. Las mujeres que tenían propósito de amamantar y que a los 15 días tenían una lactancia satisfactoria exclusiva, con un recién nacido que había recuperado su peso de nacimiento, fueron incluidas en el estudio. A los tres meses no se observaron diferencias en la duración de la lactancia al margen de la asignación aleatoria mediante la cual las madres ofrecían o no chupete a sus hijos.

Naturalmente este fue un grupo selecto de madres, con todo a favor para una lactancia exitosa. Pero es este aspecto precisamente el que señala que el chupete no es el culpable del fracaso de la lactancia materna sino el reflejo de sus dificultades. En la práctica diaria se observa en madres que no tienen una lactancia óptima, la angustia que les genera la demanda permanente del niño, su escaso progreso de peso, su irritabilidad, a veces el rechazo del pecho materno, la ictericia prolongada o la eventual internación. No es de extrañar que estos niños usen chupete. Sus padres buscan en este recurso una forma de contención, para el niño y para ellos.

Es indudable que todo este proceso domina los primeros días del puerperio, y claramente no es éste el momento de pensar en el uso del chu-

pete sino de realizar todos los esfuerzos para lograr la mejor lactancia posible. El profesional de la salud que acompaña a las familias durante estos días, tiene que conocer los factores modificables (mucho, poco o nada) que afectan la lactancia materna. No se puede modificar una genética desfavorable, una malformación, una cirugía mamaria. Es poco lo que se puede hacer ante con un bajo nivel socioeconómico, pareja inestable, enfermedad grave, depresión, desnutrición, ayuno, alcohol, tabaco, drogas.

Pero se puede y se debe hacer mucho para modificar aspectos como las interferencias al nacer, los horarios rígidos, la técnica inadecuada de amamantamiento, la separación del niño en el sistema de *Nursery*, la administración de complementos por biberón, la falta de información, la alimentación irregular de la madre, el exceso de visitas, las opiniones desfavorables, el agotamiento materno.

Y todo esto ocurre en los primeros días de vida del niño. Esa es la etapa más vulnerable de la lactancia materna. A los 15 días o al mes, ya se tiene que haber logrado la mejor lactancia para cada binomio, según sus posibilidades y toda la ayuda que hayan recibido. Una vez definida cuál es la alimentación que satisface a la madre y al niño, es el momento de indicar el chupete para dormir, como una forma más de prevenir el SMSL.

Coincidentemente, en los primeros días posteriores al nacimiento, la familia está aún en la maternidad, y entre los objetivos de la internación conjunta se destacan fundamentalmente la promoción de la lactancia materna y la educación para la salud. Dentro de este concepto se encuentra la difusión de las recomendaciones para la prevención del SMSL. Las sugerencias de 2005 de la Academia Estadounidense de Pediatría⁴ recomiendan la cohabitación durante los primeros 6 meses, pero colocando al niño en una cuna junto a su madre.

Es habitual observar que los recién nacidos no se quedan en la cuna. En los primeros días, la lactancia materna tiene un sentido que va más allá de la alimentación. El niño encuentra por sobre todas las cosas un vínculo protector a través del reconocimiento de su madre. Además recibe calostro, de alto valor inmunológico, y estimula el comienzo de la lactancia por reflejos neurohormonales. Recién cuando se instale la lactancia comenzará el ciclo digestivo: comer y luego dormir mientras digiere su alimento. Esto ocurre gradualmente y es alrededor de los 15 días de vida cuando la lactancia ha madurado plenamente y los padres pueden lograr con más facilidad que su niño duerma solo en su cuna.

El colecho es a veces una manera de sobrellevar estos primeros días con más serenidad, lactancia frecuente y a demanda. Hay factores de riesgo que contraindican incluso este colecho transitorio: cansancio extremo, consumo de drogas, tabaco o alcohol, medicación sedante, colecho entre dos adultos o con otros niños, en superficies blandas, con huecos donde puede caer el niño.

En ausencia de estos factores de riesgo no se puede afirmar que el colecho sea absolutamente seguro. A lo sumo se pueden dar pautas para evitar accidentes. En las maternidades, la presencia de un adulto responsable, atento al cuidado de la madre y el niño mientras duermen juntos, es una de estas medidas. La contención permanente del recién nacido en los primeros días de vida, requiere en primer término, aceptación sin prejuicios, luego colaboración del grupo familiar y como se mencionó antes, medidas de precaución.

En síntesis, hay una primera etapa que ocupa gran parte del primer mes de vida, donde todos los esfuerzos tienen que estar dirigidos a lograr la mejor lactancia posible para cada binomio con las medidas de apoyo y asesoramiento necesarias. Cuando la evolución de la lactancia es satisfactoria y la madre cuenta con la colaboración de su grupo familiar, el uso del chupete podría postergarse. En esta etapa, el colecho es una realidad que debe ser hablada para que sea lo más seguro posible y advertir a la familia sus riesgos.

Cuando la lactancia es dificultosa, se verá cómo solucionar los problemas, o atenuarlos, hasta encontrar la forma de alimentación más apropiada para ese binomio. Acá tampoco el uso del chupete es una solución. Puede ser sí, una forma más de contención ante las dificultades.

Una vez que se estableció la lactancia y se encontró cuál es la alimentación apropiada, con un niño tranquilo, que progresa de peso, es el momento de ofrecer el chupete para proteger su sueño y tratar de que duerma en su cuna, junto a la madre, para evitar riesgos.

La promoción de la lactancia materna y la educación para prevenir el síndrome de muerte súbita del lactante deben marchar juntas. Los profesionales de la salud no debieran estar enfrentados por estos temas. Si comprenden los tiempos biológicos van a poder aunar esfuerzos y lograr ambos objetivos. ■

Dra. Norma Rossato
Servicio de Neonatología
Sanatorio Trinidad Buenos Aires

1. Hauck FR, Thompson JMD, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics* 2011;128(1):1-8.
2. Vohr BR, Poindexter BB, Dusick DM, Mc Kingley LP. Persistent beneficial effects of breast milk ingested in the neonatal intensive care unit on outcomes of extremely low birth weight infants at 30 months of age. *Pediatrics* 2007; 120(4): e953-e959.
3. Jenik AG, Vain NE, Gorestein AN, Jacobi NE. Pacifier and Breastfeeding Trial Group. Does the recommendation to use a pacifier influence the prevalence of breastfeeding? *J Pediatr* 2009;155(3):350.e1-354.e1.
4. American Academy of Pediatrics, Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics* 2005;116(5):1245-1255.

Popper dio un enorme paso adelante en filosofía al mejorar el entendimiento de qué es lo que hace que una afirmación tenga derecho a ser considerada científica. No es –como se creía– que esa afirmación haya sido comprobada experimentalmente. Popper destacó que siempre es posible que el próximo experimento la rebata (sea porque es un experimento distinto o porque fue hecho mejor).

Lo que realmente torna científica a una afirmación, expuso Popper, es que sea refutable. Es decir, que sea sometible a un experimento en el cual pueda ser, por lo menos en principio, refutada por los hechos. No es que se quiera refutarla; lo que se quiere es tener la posibilidad de intentarlo. Aunque el experimento no pueda realizarse por razones prácticas, por lo menos debe existir una posibilidad concebible mentalmente. Para las instituciones metafísicas no hay experimentos concebibles.

*Uno de los legados de Karl Popper
LA NACIÓN, septiembre de 2011*