

EL ROL DEL PEDIATRA FRENTE AL TABACO

Dra. Mirtha Curi
Sociedad Argentina de Pediatría

El tabaquismo es la principal causa de muerte prematura evitable. Es responsable de 5.000.000 de muertes anuales en todo el mundo, cifras que esperan duplicarse hacia el año 2030. Actualmente en Argentina fuma el 34% de la población adulta, lo que la ubica a la cabeza de Latinoamérica. Fuma el 23% de los adolescentes de 12 a 14 años y el 40% de los de 15 a 18 años, con franco predominio femenino. Esto ocasiona unas 40.000 muertes y genera un costo del 15% del gasto total de salud, muy superior a la recaudación de los impuestos relacionados con el consumo de cigarrillos.

La OMS considera al tabaquismo como una enfermedad pediátrica. Por lo tanto, los médicos pediatras nos encontramos en una posición privilegiada para intervenir en las primeras etapas del consumo y de la exposición al humo de tabaco de segunda mano, que puede afectar al niño desde el comienzo de la concepción. Nos ubicamos en una posición única de prevenir e intervenir en el consumo del tabaco al contar con la ventaja de establecer una relación prolongada con las familias.

Permanentemente nos ocupamos de la prevención en general, por intervenir en el crecimiento y desarrollo, alimentación, inmunizaciones, medicina del adolescente, hábitos de vida saludables, entre otros aspectos de la salud. Por este motivo se hace cada día más importante la inclusión de la relación con el tabaco en la historia clínica y fomentar, desde el consultorio pediátrico, al hogar como un espacio libre de humo.

El tabaquismo en los niños puede considerarse en dos aspectos: el tabaquismo pasivo, incluso antes de nacer, y el inicio del tabaquismo en niños y adolescentes que por lo general comienza en la escuela.

HUMO DE TABACO AMBIENTAL Y NIÑOS.

Los lactantes se encuentran en riesgo a causa del tabaquismo pasivo por los trastornos potenciales de sus sistemas orgánicos en desarrollo. Este riesgo comienza en la etapa prenatal.

La mujer embarazada que continua fumando corre riesgo de aborto espontáneo, embarazo ectópico, placenta previa y desprendimiento de placenta. El bebé correrá riesgo de nacer prematuro y con bajo peso. Su única fuente de oxígeno es a través de la madre. Si su sangre está contaminada por los químicos del cigarrillo, el bebé estará expuesto a tóxicos como nicotina, alquitrán, monóxido de carbono, etc. Si la madre continúa fumando después del nacimiento o hay otro fumador en el hogar, aumentará el riesgo de muerte súbita del lactante mientras duerme.

Además, en la exposición prenatal al tabaco la neurotoxicidad por nicotina produce alteración celular en el cerebro del feto que persiste hasta la adolescencia, pudiendo dejar una impronta que sería uno de los factores desencadenantes del tabaquismo en esa edad.

Son muchos los niños que fuman con cierta regularidad al respirar el humo de los cigarrillos de sus padres. Varios estudios evidenciaron concentraciones perceptibles de cotinina en saliva y orina de lactantes expuestos en el hogar al humo de tabaco. De todos los sistemas afectados, las vías respiratorias son las más perjudicadas. Fumar pasivamente exacerba y desencadena procesos bronquiales obstructivos (asma infantil), agrava la sinusitis, otitis, rinitis, fibrosis quística, la tos y el goteo retrorrenal. Aumenta los episodios de resfríos, de dolores de garganta y eczemas.

Es bien conocido el hecho de que los niños que viven con fumadores tienen mayor ausentismo escolar por enfermedad que quienes viven en casa de no fumadores. Cuantos más cigarrillos se consumen por hogar, mayor es el número de días de enfermedad.

Es menester insistir en la relación del humo de tabaco ambiental (en la casa, en el automóvil) y la salud del niño. Es necesario ilustrar a los padres sobre las consecuencias que tiene el tabaquismo paterno o materno en la salud de sus hijos, los peligros resultantes de la exposición al humo de tabaco ambiental y el aumento de la probabilidad de que se inicie el tabaquismo entre los hijos de fumadores.

INICIO DEL CONSUMO EN ADOLESCENTES

El hábito del tabaco habitualmente se inicia tempranamente en la adolescencia. Según datos del GYST (Global Youth Tobacco Survey) en el mundo el 14% de los jóvenes se inicia en el tabaquismo entre los 13 y 15 años. De todos los fumadores adultos actuales, el 90% comenzó antes de los 19 años y el 71% fue un fumador diario antes de los 18 años. Los resultados a nivel Nacional sobre inicio del tabaquismo en los jóvenes son similares, pero la prevalencia es comparativamente más alta que otros países de América.

En el inicio el entorno colabora tanto por la influencia familiar como por la integración de grupos en los que se consume. El entorno familiar puede favorecer la iniciación en presencia de padres fumadores o madre fumadora durante la gestación y/o lactancia. La visión positiva del tabaco en el núcleo familiar, la percepción del placer por el cigarrillo por parte de los adultos, la publicidad permanente y la búsqueda de disminuir tensiones constituyen el desarrollo de la llamada "tolerancia social". Según el Licenciado Hugo Miguez "Se puede hacer aquí lo que en otros lados está prohibido. Los adultos nos horrorizamos ante el cáncer de pulmón, pero sin embargo admitimos la invasión de tabaco en todos los ámbitos de los adolescentes. Les ponemos la camiseta con la marca, le pintamos el parador de la playa y le hacemos un guiño cuando fuma".

También influyen factores personales como la curiosidad respecto a qué se siente al probarlo, el deseo de sentirse mejor considerándolo un antidepresivo, el miedo a engordar en las adolescentes, considerándolo un anorexígeno, la dificultad a "decir no", la baja autoestima y el bajo rendimiento escolar.

ROL DEL PEDIATRA

En nuestro medio, la prevalencia del consumo de tabaco entre los profesionales de la salud es similar a la de la población general y sólo la mitad de los médicos cree que el consejo antitabáquico es una herramienta útil. Estos datos conspiran con la necesidad de concientizar a padres y niños.

La medida simple de interrogar sobre el consumo de tabaco familiar y aconsejar su abandono incrementa en un 2.5% por año la cesación.. Una intervención breve, de 3 a 5 minutos en el transcurso de la consulta, es una medida efectiva y recomendada por numerosas guías de práctica clínica en todo el mundo. En adolescentes adictos al tabaco motivados para dejar de fumar se aconseja una intervención psico-social.

Con base en una serie de pruebas clínicas, el National Cancer Institute (NCI) ha desarrollado un programa y un manual para apoyar a los médicos en el objetivo de ayudar a sus pacientes a prevenir la iniciación del consumo en niños y adolescentes y a combatir el consumo del tabaco. Se la denomina las "5" A":

1. **Anticiparse:** al riesgo de consumir tabaco durante cada etapa del desarrollo y las consecuencias de su uso.

Conversar con los padres fumadores sobre el riesgo de humo de tabaco ambiental (HTA) y la importancia del comportamiento que los niños desarrollan ante los modelos parentales.
Conversar con los padres sobre los factores predictivos del tabaquismo en la adolescencia.
Conversar con los chicos sobre comportamiento de sus pares respecto al tabaco y otras sustancias.

Conversar con los chicos y adolescentes el accionar de la publicidad, advirtiéndoles como logran convencerlos para que fumen.

Recomendar a los padres que los niños no tengan a su alcance objetos relacionados con el tabaco.

2. **Averiguar:** sobre la exposición al humo de tabaco y al consumo de tabaco durante cada consulta. En los pacientes fumadores averiguar sus hábitos con el tabaco.
Averiguar sobre fumadores convivientes. Si fuman ¿cuántos?.
Interés por dejar de fumar, si lo ha intentado. Resultados.
Preguntar si están seguros que sus hijos no fuman.
Establecer confianza con el adolescente para lograr su sinceridad.
3. **Aconsejar:** a todos los padres que fuman que dejen de hacerlo y a todos los niños y adolescentes que no consuman productos del tabaco.
Consecuencias desde la vida fetal.
Aconsejar dejar de fumar siempre según las etapas de Prochaska.
Hablar del impacto social, familiar y laboral.
Motivar permanentemente el abandono del tabaco.
4. **Ayudar:** a los niños y adolescentes a resistirse al consumo de tabaco y ayudar a los que ya lo consumen a renunciar a este hábito.
Respetar la decisión del paciente. No intimidarlo. No hacerlo sentir culpable.
Proveer de material que lo motive.
Cuando toma la decisión, fijar una fecha para dejar de fumar.
5. **Arreglar:** Las consultas de control que se requieran.
Acordar una visita dentro de los 15 días de la fecha establecida para dejar de fumar.
Evaluar resultados.
Supervisar por parte del médico es contener. El paciente se sentirá apoyado.
Tratar dificultades. Tener en cuenta que son frecuentes las recaídas.

Al ofrecer mensajes apropiados para la edad y el desarrollo de los pacientes, los médicos podemos intervenir en las etapas incipientes del consumo de tabaco, influyendo del mismo modo en las actitudes de las escuelas y la comunidad.

BIBLIOGRAFIA

- CDC: Center for disease control and prevention. Global Youth Tobacco Survey (GYTS) 2004. <http://www.cdc.gov/tobacco/global/GYTS>.
- Navas-Acien A, Peruga A, Breyse P, Zavaleta A, Blanco-Marquizo A, Pitarque R y col. Secondhand Tobacco Smoke in Public Places in Latin America, 2002-2003. JAMA 2004; 291:2741-2745.
- DiFranza J, Aligine C, Weitzman M. Prenatal and postnatal environmental tobacco smoke exposure and children`s health. Pediatrics 2004; 113: 1007-1015.
- Lieb R, Schereier A, Pfister H, Wittchen H. Maternal smoking and smoking adolescents: a prospective community study of adolescents and their mothers. Eur Addict Res 2003; 9: 120-130.
- Epps RP, Manley MW. Participación del clínico para prevenir la iniciación del tabaquismo. Clínicas Médicas de Norteamérica. Ed: Interamericana. 1992; Vol. 2: 435-446.
- Míguez H. Uso de sustancias psicoactivas. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1998.

- Pbert L, Moolchan E, Muramoto M, Winickoff J, Curry S, Lando H y col. The state of office-based interventions for youth tobacco use. Pediatrics 2003; 111: 650-660.
- Daino L. Tabaquismo y rendimiento en el deporte. En: PRONAP 2001, módulo 3. Sociedad Argentina de Pediatría. 73-74.
- Hehyman RB. Reducción del consumo de tabaco entre jóvenes. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Ed: Mc Graw Hill. 2002: vol. 2: 365-375.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health: Guidelines for Health Supervision II. Elk Grove Village. IL, American Academy of Pediatrics, 1988.
- Clínicas Médicas de Norteamérica. Volumen 2/1992. Tabaquismo de Cigarrillos. Guía Clínica para la valoración y el tratamiento .
- Guía Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Argentina 2005. www.msal.gov.ar