

Tabaquismo

Grupo Tabaquismo

INTRODUCCIÓN. EL TABAQUISMO ES UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA MUNDIAL

Uno de los desafíos más grandes de salud pública al que se enfrentan los países en el siglo XXI es combatir la morbilidad y mortalidad asociadas con el consumo de tabaco. El tabaquismo es una enfermedad adictiva mantenida por una triple dependencia: química, psicológica y social. El tabaquismo está clasificado en el DSM-IV como una enfermedad crónica en la cual el fumador oscila entre múltiples períodos de remisión y recaída. Esto se debe a la potente adicción que genera la nicotina.¹

Epidemiológicamente, las consecuencias del tabaquismo en la salud de la población en general se ven alrededor de 30 años después del pico de mayor consumo.²

Además de los muchos efectos que el cigarrillo tiene sobre la salud, el consumo de tabaco tiene también un importante impacto económico para los países. Éste incluye los costos de cuidar a los fumadores enfermos, los costos por la pérdida de productividad debido a muerte o incapacidad, los incendios, la deforestación y la degradación general de las tierras agrícolas. En Estados Unidos, por ejemplo, se estima que el costo global causado por el consumo de tabaco, sin tener en cuenta los gastos ocasionados por el tabaquismo pasivo, es de unos 200.000 millones de dólares anuales.³

Las implicancias mundiales del consumo de tabaco han hecho que la Organización Mundial de la Salud (OMS) propusiera por primera vez en la historia un documento legal de salud pública universal para el control del tabaco. Este documento es el Convenio Marco de Control de Tabaquismo que ha sido adoptado por 192 estados miembros de la Asamblea Mundial de la Salud. Una vez

que 40 países hayan ratificado el tratado, éste será puesto en vigencia a nivel mundial. Argentina ha firmado el Convenio pero aún debe ratificarlo.⁴

El conocimiento científico actual indica que iniciativas como la creación de ambientes libres de humo, el aumento del precio de los cigarrillos y las prohibiciones de la promoción del tabaco son las medidas más eficaces para reducir su consumo. La eficacia en relación con el costo de todas estas intervenciones es equivalente a la de la vacunación infantil y la atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia.⁵

Debido a que la edad media de inicio en consumo de tabaco en el mundo es de 15 años, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera al tabaquismo como una enfermedad pediátrica.⁵ Es por esto que la prevención requiere el compromiso activo del pediatra, del médico de familia y de todos los miembros del equipo de salud que atienden niños y adolescentes.

EPIDEMIOLOGÍA Y PREVALENCIA

En el mundo

A pesar del conocimiento científico acumulado acerca de los riesgos para la salud que ocasiona el tabaco, las tendencias de su creciente consumo son alarmantes. En todo el mundo, fuman hoy en día alrededor de 1.100 millones de personas y se prevé que en el año 2025 habrá más de 1.600 millones de fumadores.⁵

Datos de la OMS indican que el consumo de tabaco es la causa de la muerte de aproximadamente 4 millones de personas cada año –el equivalente a una persona cada 8 segundos. Esto hace que el tabaquismo sea la causa de muerte prevenible más importante en el mundo. La OMS ha proyectado que, para el

Grupo Tabaquismo

Coordinadores: Dres. Enrique Colombo y Silvia Ghignone.

Participantes: Dres. Claudio Castañón, Paola Morello, Graciela Cimera, Julio Busaniche, Viviana Romanín, Daniel Creus, Miryam Duque y Lic. Silvia Vouillat.

año 2030, esta cifra aumentará a aproximadamente 10 millones y que la mayoría de las muertes (70%) ocurrirán en los países en vías de desarrollo. Preocupa el aumento del consumo en mujeres.⁶ Un dato alarmante es también el consumo entre niños y adolescentes. Según datos del Banco Mundial, el 20% de la población de 13-15 años en el mundo fuma, casi 100 mil jóvenes comienzan a fumar cada día en el mundo entero y de ellos, más de 80.000 viven en países en vías de desarrollo. En países de ingresos medios o bajos, de cada 1.000 jóvenes, 250 morirán por el tabaco, 30 por el alcohol, 10 por accidentes de tránsito y 10 por causas violentas. El consumo de tabaco está estrechamente ligado a la escolaridad: fuma el 64% de los analfabetos y sólo el 20% de los que superan los 12 años en la escuela.⁵

En América el tabaco mata a más de 1 millón de personas por año, de los cuales 460.000 son mujeres y 250.000 pertenecen al Cono Sur.⁷ El consumo de tabaco varía ampliamente en la región. El mayor consumo se encuentra en el Cono Sur, especialmente en Argentina, Uruguay y Chile, donde el 45% de los hombres y el 35% de las mujeres fuman.⁷ Se ha visto también que el consumo es mayor en el área urbana que en la rural y que la edad de inicio es cada vez menor.⁸

En Argentina

Prevalencia en adultos:

El primer informe publicado sobre consumo de tabaco en Argentina se realizó en 1977. Joly y colaboradores encuestaron a 1.540 individuos de 15-74 años en La Plata, y encontraron que 54,4% de los hombres y 20% de las mujeres eran fumadores. Esta prevalencia era la más alta entre las otras siete ciudades de América Latina incluidas en el estudio. Por otra parte, 15% de los hombres y 35% de las mujeres eran ex fumadores y 38% de los hombres y 18% de las mujeres eran fumadores de más de un atado diario.⁹

En 1988, una encuesta hecha por Gallup en adultos en Buenos Aires mostró una prevalencia de 43% en hombres y 31% en mujeres. La prevalencia era mayor entre personas de alto nivel socioeconómico. Una encuesta de Catterberg hecha en 1991 en 727 adultos en Buenos Aires mostraba una prevalencia de 48% en la franja de 25-34 años.¹⁰

Actualmente, 40% de la población adulta fuma y 40.000 personas mueren todos los años por enfermedades relacionadas con el tabaco, lo que representa el 15,7% del total de los decesos en mayores de 34 años.¹¹

Prevalencia en niños y adolescentes

En 1988, Álvarez encuestó a 1.923 hombres de 18 años antes del ingreso al servicio militar; encontró que 50% había fumado durante el último año y 44% lo había hecho durante el último mes. El 40% de ellos había empezado a fumar antes de los 14 años.¹²

En una encuesta realizada en más de 3.900 escolares de primero y cuarto años de escuelas secundarias públicas y privadas de Buenos Aires, en 1997 se observó que el 29% de los varones y el 32% de las mujeres eran fumadores. El 20% de los alumnos de primer año (edad promedio 13 años) y el 43% de los alumnos de cuarto año (edad promedio 16-17) consumían cigarrillos de manera habitual. Este mismo estudio arrojó otro dato alarmante: 3 de cada 10 adolescentes habían probado el cigarrillo antes de los 11 años.¹³ En una encuesta realizada en 2.500 alumnos de 13-15 años de escuelas públicas de Buenos Aires en el año 2000 se observó que 70% de ellos vivía en hogares donde al menos un adulto fumaba; 60% de los alumnos había probado un cigarrillo y 30,9% de los varones, así como 33,8% de las mujeres eran fumadores. Cabe señalar que más de la mitad de los fumadores había intentado dejar en el último año sin lograrlo y 64% de ellos compraban cigarrillos en los kioscos a pesar de la ley que establece que no se pueden vender cigarrillos a menores de 18 años.¹⁴

En un artículo publicado recientemente se demostró que 22% de los residentes de pediatría de ocho hospitales de alta complejidad de diferentes grandes ciudades de Argentina eran fumadores. De ellos, el 38,9% admitió fumar más que antes de incorporarse a la residencia y durante la guardia.¹⁵

En Argentina, la exposición al humo de tabaco ambiental es alta. De hecho, un estudio reciente realizado en siete países de América Latina muestra que Argentina es el país con mayor exposición. Existen niveles altos de nicotina en hospitales, edificios públicos, restaurantes, aeropuertos y escuelas secundarias.¹⁶

EFECTOS DEL CIGARRILLO EN LA SALUD

Mecanismo de acción

La nicotina, principal alcaloide del tabaco, es una amina terciaria con acciones a nivel del sistema nervioso central (SNC) euforizantes, cognitivas, de regulación del humor, de la concentración, memoria y del apetito, entre otras, que se ejercen por intermedio de la liberación de neurotransmisores como acetilcolina, dopamina, noradrenalina, vasopresina y β endorfinas.¹⁷ Produce un "reforzamiento positivo", sensación euforizante y placentera que es probablemente el eje central de la adicción.

La vía más conocida para esta acción es la mesolímbica dopaminérgica, la misma de otras drogas adictivas; la nicotina es más adictiva que la heroína, la cocaína o el alcohol.¹⁸

Una vez inhalada, se absorbe con rapidez (8 segundos) y pasa directamente a la circulación, donde alcanza un pico máximo de concentración sumamente rápido, estimula a los receptores nicotínicos del cerebro en aproximadamente 10-20 segundos y genera así una respuesta casi inmediata.¹⁹ Luego, la nicotemia desciende también rápidamente, debido a la difusión en los diferentes tejidos y a su vida media muy corta, de apenas 2 horas.

La nicotina se metaboliza extensamente y con rapidez, en especial en el hígado y en el pulmón y se elimina vía renal, según el pH de la orina. Su principal metabolito es la cotinina que se utiliza como marcador en el monitoreo del tratamiento (en saliva u orina).

La naturaleza y la intensidad de los efectos de la nicotina dependen de la cantidad, de su inhalación y del fenómeno de tolerancia. Los efectos son más intensos, con un efecto casi inmediato, con la nicotina inhalada, lo que favorece la adicción.

Otro elemento condicionante de la dependencia, con implicancias para su tratamiento, es la comorbilidad psiquiátrica asociada al consumo de tabaco. Dos entidades se encuentran estrechamente ligadas al tabaquismo: depresión y ansiedad; se señala su coexistencia con alcoholismo y esquizofrenia, los trastornos por hiperactividad y de déficit de la memoria.

Se produciría una interacción bidireccio-

nal con algunos de estos cuadros, como se ha observado en el tabaquismo y la depresión, donde uno es factor de riesgo para la otra y viceversa. Ello ocurre principalmente en algunos fumadores que inadvertidamente mejoran sus síntomas depresivos fumando y que, en muchos casos, al comenzar la abstinencia del tabaco, suelen mostrar depresión de mayor o menor intensidad.

Como la nicotina es capaz de liberar dopamina, noradrenalina, serotonina y otros neurotransmisores implicados en la acción de fármacos antidepressivos, estos son los fármacos con los cuales se tiene más experiencia en la cesación. Actualmente, se considera al antidepressivo anfebutamona (bupropion) como fármaco de primera línea para esta indicación, aunque existen otros en fase de estudio y experimentación, a la vez que se han utilizado con éxito otros fármacos, según la comorbilidad presente en cada caso.

Efectos a largo plazo

Los fumadores tienen más riesgo de morir que los no fumadores. El famoso estudio prospectivo sobre consumo de tabaco en 40.000 médicos británicos, que comenzó en 1951, ha demostrado que alrededor del 50% de los fumadores morirá a causa del consumo de tabaco. La supervivencia promedio de los fumadores es 7,5 años menor que la de los no fumadores y la reducción de la expectativa de vida aumenta según la cantidad fumada.²⁰

Las causas de muerte más importantes relacionadas con el consumo de tabaco son: enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades respiratorias.

Se estima que por cada 10 cigarrillos que se fuman por día, el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular aumenta 18% en hombres y 31% en mujeres. La mayoría de las muertes relacionadas con el consumo de tabaco se asocian con cardiopatía isquémica y accidentes cerebrovasculares. El cáncer de pulmón fue la primera enfermedad que se identificó como causada por el cigarrillo. Un estudio publicado en 1954 demostró que los varones fumadores tenían 24 veces más probabilidades de morir de cáncer de pulmón y que ese riesgo era proporcional al número de cigarrillos fumados. Actualmente en varios países, el cáncer de pulmón en la mujer produce más muertes que el cáncer de mama.

Los fumadores tienen también más probabilidad de padecer cáncer de boca, labios, lengua, laringe, faringe, estómago, páncreas, vejiga y ciertas formas de leucemia.²⁴ En las mujeres, el consumo de tabaco se asocia con mayor riesgo de cáncer de cuello del útero. El cigarrillo es causa de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfisema. Otras patologías relacionadas incluyen: cataratas (20% están relacionadas con el consumo de tabaco), úlceras bucales y gingivitis.

Por otra parte, las mujeres que fuman tienen tres veces más probabilidades de ser infértiles que las que no fuman. También tienen su menopausia en promedio 2 años antes que las no fumadoras; 40% tienen partos prematuros y 30-70% tienen más probabilidades de abortos espontáneos.

En el hombre, el cigarrillo provoca disminución de la densidad y la velocidad de los espermatozoides (disminuye la motilidad en un 50%). El fumar daña las arterias que irrigan al pene y puede ser causa de impotencia.

Efectos a corto plazo

Si bien siempre se habla de los efectos del cigarrillo a largo plazo, diversos estudios muestran que ya en la adolescencia se evidencian efectos en la salud:

- Fumar se asocia con obstrucción leve de las vías aéreas y disminución del crecimiento de la función pulmonar en los adolescentes. Un estudio realizado en alrededor de 10.000 adolescentes en EE.UU. demostró que los adolescentes que fumaban cinco cigarrillos por día ya presentaban estos trastornos. Las mujeres parecen ser más susceptibles a esto que los hombres.²²
- Fumar se asocia con menor rendimiento deportivo debido a que los pulmones tienen menor capacidad.²³

En un estudio que se realizó en 1.400 jóvenes menores de 25 años que murieron en accidentes, se descubrió que aquellos que fumaban ya tenían signos tempranos de aterosclerosis.²²

El tabaquismo activo iniciado en esta etapa de la vida puede ser una de las manifestaciones de problemas de conducta y ser el paso previo al consumo de otras sustancias, como el alcohol y la marihuana.²⁴

Fumar en la adolescencia produce cambios fisiológicos que llevan a la persistencia de los aductos del ADN que dañan precoz-

mente el pulmón y se relacionan con mayor riesgo de cáncer de pulmón.²⁵

Estudios demuestran que el consumo de tabaco puede aumentar el riesgo de trastornos de ansiedad en la adolescencia tardía.²⁶

Por otra parte, diversos estudios muestran que los adolescentes presentan los mismos síntomas de adicción que los adultos.²⁷ Un estudio demostró que al menos el 50% de los adolescentes que comienzan a fumar lo harán durante por lo menos 16 años y 50% de las adolescentes lo harán durante por lo menos 20 años.²⁸

Efectos del tabaquismo pasivo

El humo que se desprende del tabaco en combustión en cualquiera de sus formas (cigarrillo, pipa, cigarro) se denomina humo lateral y el que inhala el fumador activo, humo principal. El humo de tabaco en un ambiente (Hta) se compone del humo lateral y del humo principal exhalado por el fumador. El Hta es una combinación de partículas sólidas y líquidas dispersas en una fase gas/vapor. Las partículas miden 0,2-0,3 micras, por lo que es difícil poder "descontaminar" el aire con filtros o sistemas de recirculación de aire y se difunden y se respiran fácilmente, sobre todo por los niños que presentan una frecuencia respiratoria más elevada. Fumador pasivo o involuntario es aquel que inhala Hta.²⁹ Si se consideran el tiempo que los seres humanos pasamos en lugares cerrados (escuela, trabajo, hogares, etc.) y la alta tasa de prevalencia del tabaquismo en los países en vías de desarrollo, el Hta se convierte en el mayor contaminante de ambientes cerrados.

El humo de tabaco contiene más de 4.000 sustancias químicas diferentes, de las cuales alrededor de 50 han sido reconocidas como cancerígenas (considerados del tipo A por la Agencia Ambiental de EE.UU., 1992). Es por esto que fumar pasivamente aumenta la morbimortalidad y es la tercera causa prevenible de muerte, después del tabaquismo activo y el alcoholismo.

Hace ya años que se sabe que los no fumadores que respiran involuntariamente el humo del tabaco de los demás también tienen mayor probabilidad de desarrollar estas enfermedades que los no fumadores que no están expuestos al humo de los fumadores. En 1981, se publicó el estudio de Hira-

yama, que demostró que mujeres que nunca habían fumado pero vivían con un fumador tenían un 21% más de riesgo de tener cáncer de pulmón en algún momento de sus vidas. Las que, además, habían estado expuestas al humo de un padre o madre fumadora desde la infancia, tenían un 63% más de riesgo que las mujeres no fumadoras convivientes de no fumadores. En 1992, la Asociación Estadounidense de Cardiología (American Heart Association) indicó que el riesgo de morir por una enfermedad cardíaca aumenta más del 30% entre los no fumadores que conviven con fumadores.

Todas las toxinas del cigarrillo, incluida la nicotina, atraviesan la placenta. El primer informe que demostró la relación entre consumo de tabaco materno y patología del recién nacido se publicó en 1967. En la embarazada fumadora, más de 4.000 sustancias químicas identificadas en el humo de tabaco afectan la microcirculación, ocasionando diversas patologías en la unidad fetoplacentaria que afectan negativamente la salud del embarazo del parto y del recién nacido; algunas de ellas se manifiestan de por vida. Estudios publicados desde entonces han demostrado que los hijos de madres fumadoras tienen más riesgo de pesar menos de 2.500 gramos al nacer, mayor incidencia de otitis media, tos, asma, broncoespasmo, bronquitis, disminución de la función pulmonar, hipertrofia adenoidea e internaciones por enfermedad respiratoria. Los hijos de madres fumadoras tienen el doble de riesgo de padecer el síndrome de muerte súbita del lactante que los hijos de no fumadoras. Otros estudios demuestran que los hijos de madres fumadoras tienden a tener más problemas de conducta y trastorno de déficit de atención (TDA) y a presentar menor rendimiento escolar.³⁰ Fumar disminuye la producción de leche, reduce el nivel de prolactina, inhibe el reflejo de expulsión de la leche y produce mayor irritabilidad en el niño y la madre, con lactancias menos placenteras y más breves.

La prevención del Hta constituye uno de los pilares básicos de acción del pediatra, de los ginecólogos, las puericultoras, los alergistas, los neumonólogos, los otorrinolaringólogos y otros profesionales en contacto con pacientes fumadores.

FACTORES PREDISPONENTES AL TABAQUISMO

El consumo de tabaco habitualmente se inicia tempranamente en la adolescencia. Según datos del GYTS (Global Youth Tobacco Survey), en el mundo, el 14% de los jóvenes se inicia en el tabaquismo entre los 13 y 15 años.¹⁴ 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 uso de tabaco en los jóvenes muestran cifras comparativamente más altas que en otros países de América.¹⁶

¿Por qué los adolescentes prueban por primera vez tabaco?

En un metanálisis de casi 30 estudios prospectivos sobre el consumo de tabaco en jóvenes, Conrad, Flay y Hill vieron que el inicio está determinado por factores que incluyen:

- padres y amigos íntimos que fuman,
- poca autoestima,
- haber dejado la escuela,
- actitudes positivas respecto al consumo de tabaco,
- otras conductas de riesgo asociadas y depresión.³¹

Existen evidencias que indican que la exposición prenatal y durante los primeros años de vida al humo de tabaco ambiental sería un factor predisponente para la iniciación al hábito durante la adolescencia. En la exposición prenatal al tabaco, la neurotoxicidad por nicotina produce alteración celular que persiste hasta la adolescencia. Esto deja una impronta en el cerebro que favorece el tabaquismo en el niño al inhalar por sí mismo nicotina, lo que puede desarrollar el hábito con mayor frecuencia que en los hijos de madres no fumadoras.³²

El entorno colabora en este aspecto, 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 o la 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:³³ “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”.

Etapas en la adquisición de la adicción

Entre el período de prueba y el consumo diario suelen pasar aproximadamente 2 o 3 años. Este es el llamado período de habituación. Las etapas por las que puede transitar el adolescente hasta la adquisición de la adicción son:

- Preparatoria (jóvenes que no han fumado): forma actitudes y creencias sobre la utilidad de fumar.
- Prueba: se consumen los primeros cigarrillos de manera ocasional.
- Experimental: fuma de manera repetida pero irregularmente.
- Consumo regular: fuma por lo menos una vez por semana (puede dejar de fumar).
- Adicción: necesidad fisiológica de nicotina. Así, según el CDC de Estados Unidos, los adolescentes se pueden clasificar en:¹⁴
- Nunca fumadores: jóvenes que nunca han fumado un cigarrillo (ni siquiera una bocanada).
- Alguna vez fumadores: jóvenes que alguna vez han fumado (aunque sea una o dos bocanadas).
- Fumadores: jóvenes que han fumado por lo menos una vez en los últimos 30 días.
- Fumadores frecuentes: jóvenes que han fumado por lo menos 20 de los 30 días anteriores a la encuesta.

MEDIDAS DE CONTROL DEL TABAQUISMO

Medidas generales

Diversos estudios demuestran la importancia de las medidas de salud pública para el control del consumo de tabaco. En función de la evidencia científica que demuestra los efectos del consumo de tabaco, no sólo en los fumadores, sino en los no fumadores, es función del Estado proteger a los ciudadanos contra los efectos del cigarrillo. Las acciones más importantes incluyen:

- Propiciar la existencia de espacios sin humo. Está demostrado que si bien una buena ventilación puede ayudar a reducir la irritabilidad que causa el humo, no elimina sus componentes tóxicos ya que éste se dispersa por todas partes.
- Aumentar el precio de los cigarrillos para prevenir el consumo en los jóvenes. Está demostrado que el aumento del precio repercute en la disminución del consumo de tabaco, especialmente en las poblaciones de bajos ingresos y entre los jóvenes más que en la población en general.⁵
- Prohibir la venta a través de máquinas expendedoras.
- Prohibir la venta unitaria de cigarrillos.
- Restringir la promoción del tabaco en todas sus formas.
- Lanzar campañas nacionales contra el cigarrillo.
- Promover cobertura de la cesación a través de seguros de salud.
- La educación de los jóvenes es un pilar importante para lograr la aplicación de las tres medidas enunciadas anteriormente y evitar que empiecen a fumar. Se ha visto que el período crítico de inicio de consumo es la adolescencia temprana (11 a 13 años) por lo que los programas de prevención que incluyan la adquisición de aptitudes psicosociales deben aplicarse en la escuela primaria.

Las acciones de este tipo están contempladas en el Convenio Marco de Control del Tabaquismo. Si se considera su repercusión en la población pediátrica, los pediatras deben promover la ratificación del convenio por parte del gobierno argentino.

Medidas implementadas por los profesionales de la salud

Los pediatras se encuentran en una posición ideal para la lucha antitabáquica, ya sea de manera individual o a través de asociaciones médicas. Los pacientes confían en la palabra del médico, que puede brindar un consejo personalizado basado en la historia clínica y el seguimiento adecuado. Sin embargo, en una encuesta realizada en alumnos de escuelas secundarias en Buenos Aires en 1997, se vio que sólo el 27% de los encuestados no fumadores y el 58% de los fumadores habían hablado del consumo de tabaco y sus efectos con su pediatra.¹³

Sobre la base de una serie de pruebas clínicas, el Instituto Nacional del Cáncer (National Cancer Institute) (NCI) de EE.UU., ha desarrollado un programa y un manual para apoyar a los médicos con el objeto de que ayuden a sus pacientes a prevenir la iniciación del consumo en niños y adolescentes y a tratar el consumo del tabaco. El programa se basa en "5 A":²⁴

1. Anticiparse al riesgo de consumir tabaco durante cada etapa del desarrollo y a las consecuencias de su uso.
 2. Averiguar sobre la exposición al humo de tabaco (consumo de padres y convivientes) y sobre consumo de tabaco (en todo paciente mayor de 8 años) en cada consulta.
 3. Aconsejar a todos los padres que fuman que dejen de hacerlo y a todos los niños y adolescentes para que no consuman productos del tabaco. Es sumamente difícil dejar de fumar, por lo que el mensaje debe ser siempre claro: es mejor no empezar.
 4. Ayudar a los niños y adolescentes a resistirse al consumo de tabaco y a los que ya lo consumen, a que puedan dejar.
 5. Arreglar las consultas de control que se requieran para ayudar a aquellos que deseen dejar de fumar.
1. Averiguar (ask).
 2. Valorar (assess) o evaluar el grado de motivación y en qué fase de Prochaska se encuentra.
 3. Aconsejar (advice) realizar una intervención breve adecuada a cada fase (véase más adelante).
 4. Ayudar (assist).
 5. Programar (arrange) el seguimiento.

La intervención breve es efectiva y sólo requiere menos de 3 minutos. Para que sea efectivo el consejo debe ser claro, serio, breve y personalizado. Es aconsejable acompañarlo de folletos.

Teoría del cambio de comportamiento e intervenciones breves adecuadas a cada fase

Para poder determinar si una persona está preparada para dejar de fumar, Prochaska y Di Clemente desarrollaron un modelo transteórico, donde describieron seis etapas por las que se atraviesa antes de que sea posible dejar de fumar.³⁴ Un consejo apropiado a cada fase puede ayudar a pasar a una

fase más avanzada, lo que aumenta las posibilidades de abandono. Éstas son:

1. Precontemplación: la persona no piensa en dejar en los próximos 6 meses. Se debe informar de los riesgos asociados al tabaquismo activo y pasivo. El mensaje es "Debe dejar de fumar".
2. Contemplación: la persona está considerando dejar en los próximos 6 meses. Se debe motivar resaltando los beneficios derivados del abandono. El mensaje, "mi consejo es que debe dejar de fumar, no es tan difícil como parece, es posible".
3. Preparación: la persona ha decidido dejar de fumar en los próximos 30 días. Se debe reforzar la motivación, fijar un día D. El mensaje "¿cuándo empezará?, lo ayudaremos".
4. Acción: dejó de fumar hace por lo menos 24 horas y menos de 6 meses. Debemos apoyar el tratamiento. El mensaje, "no tenga exceso de confianza, piense en el día a día".
5. Mantenimiento: la persona mantuvo el cambio por más de 6 meses. Debemos reforzar la decisión. El mensaje, "una pitada es volver a fumar".
6. Recaída: la persona vuelve a fumar y debe volver a hacer el ciclo. Debemos volver a evaluar y motivar el abandono. El mensaje, "la mayoría de los fumadores lo han logrado luego de varios intentos, cada vez tiene más posibilidades de abandonar".

Es importante comprender este modelo, interrogar adecuadamente sobre consumo de tabaco y evaluar la factibilidad del abandono del hábito en un determinado paciente.

Las acciones del pediatra deben adaptarse a la edad del paciente

a. Recién nacido-niño de 8 años

Primer objetivo: Reducir la exposición al humo de tabaco ambiental.

Estrategia:

- Registrar en la historia clínica el consumo de tabaco en los padres y convivientes.
- Informar sistemáticamente sobre los riesgos de la exposición al Hta.
- Fomentar que no se fume cerca de ninguna embarazada ni niño de cualquier edad.
- Motivar-orientar a los padres a no fumar (adecuada preparación: Prochaska).
- Reforzar el compromiso de los ex-fumadores.

- Prever las recaídas de las madres luego del puerperio o la lactancia.
- Apoyar medidas de salud pública tendientes a reducir la exposición (hospitales sin humo, consultorios sin humo, etc.).

b. Niños mayores de 8 años y adolescentes

Primer objetivo: Reducir la exposición al humo ambiental (ídem a a).

Segundo objetivo: Prevenir/retrasar la edad de inicio.

Tercer objetivo: Motivar el abandono del hábito en los ya fumadores.

Estrategia:

- Promover un ambiente libre de humo en el hogar y también en la escuela, promover el no fumar enfatizando los beneficios de NO fumar y las consecuencias físicas, fisiológicas y sociales inmediatas y lejanas del fumar.
- Discutir el carácter adictivo del cigarrillo y la pérdida de la libertad al no poder dejar cuando se desee.
- Describir la manipulación que usan las empresas tabacaleras.
- Promover el desarrollo de aptitudes sociales (resolución de problemas) para resistir a la presión de los grupos de pares y de la industria.
- Describir mecanismos para manejar las presiones que inducen al tabaquismo.

- Estimular el compromiso para no fumar promoviendo una vida sana.
- Recomendar alternativas saludables.

Medidas para ayudar a la cesación

Si bien no existen guías para la cesación del hábito de fumar en adolescentes, diversos estudios demuestran que la adicción que presentan los jóvenes es similar a la de los adultos, por lo que el tratamiento debe ser similar.³⁵ En primer lugar, es necesario conocer bien al paciente y a su entorno. Es importante informarle que la tasa de fracasos/recaídas al año es muy alta pero que disminuye ante un buen tratamiento. Los mejores resultados se obtienen cuando el tratamiento de cesación es personalizado, cuando el paciente está motivado y cuando se asocia un tratamiento farmacológico y grupos que utilizan técnicas conductuales cognitivas.

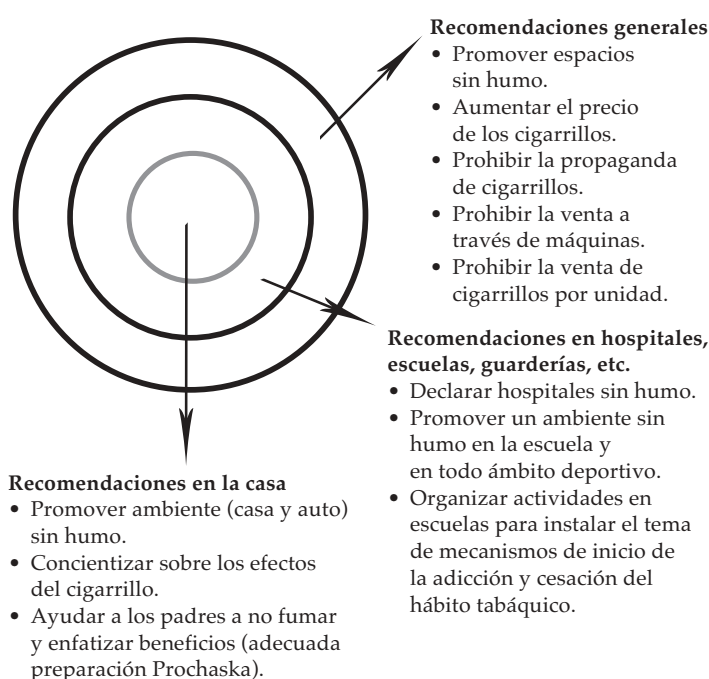
CONCLUSIONES

La Sociedad Argentina de Pediatría se suma a la lucha antitabáquica como una de las primeras sociedades pediátricas a nivel mundial que comprende los esfuerzos que ésta requiere y aspira a que la mayor cantidad posible de sus miembros repliquen esta lucha en todo nivel y ámbito de actuación. Sólo podrá tenerse un resultado significativo cuando exista un consenso social del problema y los médicos pasen de ser meros espectadores a protagonistas directos. El tabaquismo es la principal pandemia de los años venideros y es prevenible en un amplio porcentaje de casos, los pediatras deben incorporarse a la lucha antitabáquica cuya eficacia en relación con el costo está demostrada.

El tabaquismo es la única adicción que daña tanto al que consume como al que lo rodea y fuma involuntariamente. Respetar y hacer respetar los derechos del niño, respirar un aire limpio, sin tóxicos, es más importante que el derecho a fumar.

Los pediatras deben aprovechar cada consulta para recomendar explícitamente no fumar, prevenir el inicio del consumo y promover la cesación. Es importante dar el mensaje que los padres y convivientes no deben fumar en la casa ni en el automóvil. Tampoco se debe fumar en las escuelas, las guarderías o los patios de juego infantiles.

El mensaje debe ser que, debido a lo difícil que es dejar de fumar, lo más importante es



*Modelo de intervención pediátrica contra el tabaquismo***PREVEA** el riesgo de exposición al humo o consumo de tabaco con todos sus pacientes

0 – 4 años	5 – 12 años	13 – 20 años
Prevea la exposición de los niños al humo del tabaco. Hijos de fumadores tienen mayor predisposición a sufrir: • Enfermedad respiratoria aguda • Hospitalización por bronquitis/neumonía • Tos crónica • Derrame crónico del oído medio	Prevea el consumo de tabaco en niños. Factores de riesgo: • Amigos fumadores • Padres/hermanos fumadores • Bajo rendimiento escolar • Postura positiva respecto al hábito de fumar	Prevea el consumo de tabaco en adolescentes y jóvenes adultos. Factores de riesgo: • Amigos fumadores • Padres/hermanos fumadores • Bajo rendimiento académico • Otros comportamientos riesgosos • Problemas de autoestima
<i>Objetivo principal:</i> prevenir la exposición pasiva.	<i>Objetivo principal:</i> Prevenir el comienzo del consumo.	<i>Objetivo principal:</i> Prevenir la iniciación y promover el abandono del consumo.

PREGUNTE sobre la exposición al humo del tabaco y su consumo en cada consulta

0 – 4 años	5 – 12 años	13 – 20 años
“¿Se consume tabaco en su hogar, guardería o escuela?” “¿Quién consume tabaco en su hogar, guardería o escuela?”	Niño: “¿Probaste alguna vez el tabaco?, ¿lo hizo alguno de tus amigos?” “¿Qué pensás del tabaco?” Padres: “¿Qué personas del entorno de su hijo fuma?” (padres, amigos, profesores)	“¿Consumís tabaco?” “¿Tus amigos consumen tabaco?” “¿Fuma tu mejor amigo/a?” “¿Qué sabés acerca de los riesgos del consumo de tabaco?” “¿Hacés deportes?” (Si el adolescente/joven adulto fuma, vea la segunda página)

ACONSEJE a todos los fumadores dejar el tabaco y a todos los niños que no lo consuman

0 – 4 años	5 – 12 años	13 – 20 años
Prevenga a los padres que el humo del tabaco amenaza la salud del niño. Relacione los problemas de salud del niño con el consumo pasivo de tabaco. Aconseje a los padres que dejen de fumar. Provea asistencia a los padres para dejar (comente los programas de abandono del tabaco para adultos) o...	Aconseje a los niños no consumir tabaco. Enfatice sobre los efectos sociales negativos a corto plazo, ej.: mal aliento, dedos amarillos, olor en la ropa. Aconseje a los niños que se preparen para rechazar el tabaco. Aconseje a los padres que dejen de fumar.	Aconseje a todos los fumadores que dejen el tabaco. Enfatice sobre los efectos sociales negativos a corto plazo, ej.: mal aliento, dedos amarillos, olor en la ropa. Felicite a los no fumadores.

AYUDE a los niños a resistir el tabaco; ayude a los fumadores a dejar el tabaco

0–4 años	5 – 12 años	13 – 20 años
Ayude a los padres a dejar el tabaco y/o a reducir la exposición de los niños. Provea asistencia a los padres para dejar (comente programas de abandono del tabaco para adultos)	Desarrolle formas de negarse, “No, gracias, da mal olor a mi ropa”, “Eso apesta!” Elogie a los niños que dicen no consumir tabaco. Expresar opiniones en contra del tabaco.	Ayude a pacientes fumadores a dejar: 1. Identifique los disparadores 2. Discuta estrategias 3. Provea material de autoayuda 4. Desarrolle un plan para dejar el hábito 5. Ayude a desarrollar formas de negarse Elogie la conducta libre de tabaco.

ARREGLE consultas de seguimiento según se requiera

0 – 4 años	5 – 12 años	13 – 20 años
Sostenga a los padres durante cada una de las siguientes consultas de seguimiento. Refuerce sus esfuerzos para reducir la exposición al humo de los padres y otros.	Programa consultas de seguimiento más frecuentes con aquellos niños que estén experimentando con tabaco. Programa consultas de seguimiento por problemas médicos, particularmente para aquellos niños identificados con riesgo de iniciación de consumo de tabaco.	Para aquellos pacientes que acuerden una fecha para dejar el consumo, arregle una consulta de seguimiento en 1-2 semanas. En la primera consulta de seguimiento, pregunte por el nivel de consumo de tabaco, hable sobre el progreso y los problemas. Arregle una segunda visita de seguimiento en 1-2 meses.

Por “fumador” se refiere a cualquiera de las formas de consumo del tabaco.

PREGUNTE a adolescentes/jóvenes adultos sobre el consumo de tabaco en cada consulta

A los adolescentes/jóvenes adultos fumadores formule las siguientes preguntas:

A. Nivel de consumo:

1. "¿Cuánto fumás?"
2. "¿Qué marca fumás?"
3. "¿Qué te gusta del fumar?"

B. Motivación:

1. "¿Estás interesado en dejar de fumar?"
2. "¿Cuáles son las razones que te hacen desear dejar de fumar?"

C. Experiencias pasadas de abandono del hábito:

1. "¿Intentaste dejar de fumar alguna vez?"
2. En caso de respuesta afirmativa, "¿Que sucedió?, ¿por qué volviste a fumar?"
3. "¿Alguno de tus amigos trató alguna vez dejar de fumar?, ¿qué pensás sobre eso?"

D. Dependencia de la nicotina:

1. "¿Cuánto tiempo pasa entre que te despertás y fumás el primer cigarrillo?"
2. "¿Experimentaste síntomas de abstinencia cuando dejaste anteriormente?" (anhelo de nicotina, irritabilidad, ansiedad, dificultades en la concentración, inquietud, aumento del apetito)

AYUDE a adolescentes fumadores a dejar el tabaco

Ayude a adolescentes y jóvenes adultos a dejar el tabaco.

1. Identifique los disparadores personales: "¿en qué situaciones fumas típicamente?", "¿con quién estás habitualmente?"

Sugiera la realización de un diario personal, donde anote el consumo y su intensidad, relaciones sociales que lo induzcan

.....

2. Discuta posibles estrategias para tratar cada disparador, de forma tal que se mantenga la autoestima y se cuiden las relaciones.

.....

3. Entrega de material de autoayuda. Adapte el material y preséntelo según la necesidad del fumador. Entregue una lista de referencia.

4. Desarrolle un plan para abandonar el tabaco.

a. Para el fumador que está preparado para abandonar el hábito, determine una fecha de abandono: ayude al fumador a mantener esa fecha en las cuatro semanas siguientes, reconociendo que ningún momento es ideal.

Fecha de abandono:

.....

b. Sugiera que escriba una lista de los motivos por los cuales los jóvenes desean abandonar el tabaco y llevarlo con ellos en todo momento (en los bolsillos, monedero, billetera, paquete de cigarrillos).

Motivos:

.....

c. Aliente al paciente, a partir del día de abandono y durante algunas semanas, a "celebrar" premiándose a sí mismo (comprando un cassette o cd con el dinero ahorrado).

Premios:

.....

d. Aliéntelo a hacer actividades incompatibles con el uso del tabaco.

e. Al adolescente que no se encuentra preparado para abandonarlo, recuérdelo que usted está disponible para ayudarlo en cualquier momento. Entréguele literatura movilizadora emocionalmente.

- 5) Ayude a desarrollar métodos de negación que mantengan la autoestima y preserve las relaciones. ("No, gracias, da olor a mi ropa", "A mi novio/a no le gusta".

focalizar los esfuerzos en que los niños y jóvenes NO empiecen a hacerlo.

Todo consultorio pediátrico debe ser un ambiente sin humo, independientemente de si el pediatra fuma o no. Debe haber material educativo que haga alusión a los efectos del cigarrillo en la salud de los niños. Debe haber material de apoyo para dejar de fumar.

La cesación tabáquica es posible, con un aceptable margen de éxito, que mejora con la adecuación y uso personalizado de los diferentes recursos.

Es necesario mejorar la cobertura social de los tratamientos de cesación del hábito de fumar en nuestro país. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. The tobacco use and dependence clinical practice guideline panel. Staff and Consortium Representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. *JAMA* 2000;283:3244-3254.
2. Lopez et al. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco control* 1994;3:242-7.
3. Fellows JL, Trosclair PhD A MS. Office on Smoking and Health. Adams PhD EK, Rivera CC. Div of Reproductive Health. National Center for Chronic Disease Prevention Life lost and Economic Costs. United States, 1995-1999. *MMWR* 2002;51:300-303.
4. Organización Mundial de la Salud. Convenio marco de la OMS para la lucha antitabáquica. <en línea> OMS, 6 de diciembre de 2000 <http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/ED107/se30.pdf> [consulta: mayo de 2005].
5. The World Bank. Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. Washington DC.: The World Bank; 1999.
6. Organización Panamericana de la Salud. El tabaquismo en América Latina. Estados Unidos y Canadá (período 1990-1999). OPS; 2000.
7. Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. *Pub Cient y Téc* 2002;587 (1).
8. Organización Panamericana de la Salud. El tabaquismo en América Latina, Estados Unidos y Canadá (período 1990-1999). Junio 2000.
9. Encuesta sobre las características del hábito de fumar en América Latina. Publicación científica 337. Organización Panamericana de la Salud, 1977.
10. Tabaco o salud. Situación en las Américas. Publicación científica 536. Organización Panamericana de la Salud, 1992.
11. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación Programa Nacional de Control de Tabaco 2005. Carga global de enfermedad por tabaquismo en la Argentina. Buenos Aires: MSA;2005(en prensa).
12. Alvarez A y col. Consumo de drogas psicoactivas en la ciudad de Buenos Aires. Estudio epidemiológico en varones de 18 años de edad. *Arch.argent.pediatr.* 1992;90:73-78
13. Morello P, Duggan A, Adger H, Anthony JC, Joffe A. Tobacco use among high school students in Buenos Aires, Argentina. *Am J Public Health* 2001; 91(2):219-24.
14. Miguez H. Informe de Resultados del Global Youth Tobacco Survey en Buenos Aires, Argentina. <en línea> Center for Diseases Control, 2003. <<http://www.cdc.gov/tobacco/global/GYTS/reports/pdf/argentina.pdf>> [consulta: mayo de 2005].
15. Ferrero F, Castaños C, Durán P, Blenguini MT, Grupo de Estudio del Tabaquismo en la Residencia de Pediatría. Prevalencia del consumo de tabaco en médicos residentes de pediatría en Argentina. *Rev Panam Salud Pública* 2004; 15(6):395-99.
16. Navas-Acien A, et al. Secondhand tobacco smoke in public places in Latin America, 2002-2003. *JAMA* 2004; 291(22): 2741-45.
17. Pomerleau O F. Nicotine and the central nervous system: Biobehavioral effects of cigarette smoking *Am J Med* 1992; 93:(Suppl 1A)1A 2S-1A7S.
18. Woody GE, Cottler LB, et al. Severity of dependence: Data from the DSM-IV field trials. *Addiction* 1993; 88:1573-1579.
19. Le Houezec J, Benowitz N. Basic and clinical psychopharmacology of nicotine. *Clin Chest Medicine* 1991; 12(4):681-699.
20. Doll R & Peto R, Wheatley K, Gray R, et al. Mortality in relation to smoking: 40 years' observation on male British doctors. *BMJ* 1994; 309:901-911.
21. United States Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation: a report of the Surgeon General. DHHS Pub. No. (CDC) 90-8416. Washington, DC: Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Health Promotion and Education, Office on Smoking and Health, 1990.
22. Gold DR et al. Effects of cigarette smoking on lung function in adolescent boys and girls. *N Engl J Med* 1996;335:931-7.
23. U.S. Department of Health and Human Services. Preventing tobacco use among young people: A report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994.
24. Epps RP, Manley MW. Participación del clínico para prevenir la iniciación del tabaquismo. *Med Clin N Am Ed. Interamericana.* 1992; 2:435-446.
25. Wieneke JK, Thurston SW et al. Early age at smoking initiation and tobacco carcinogen DNA damage in lung. *J Nat C I* 1999; 91(7): 614.
26. Johnson JG, et al. Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early childhood. *JAMA* 2000; 284:2348-2351.
27. Evaluation of nicotine dependence among adolescent smoker. Hruba D et al. *Cen Eur J Public Health* 2003 Sep;11(3):163-168.
28. Pierce JP, Gilpin E. How long will today's new adolescent smoker be addicted to cigarettes? *AJPH*, 1996; 8: 253-256.
29. Pardell H, et al. Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. Tabaco y riesgos. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 1996.
30. DiFranza JR, et al. Prenatal and postnatal environmental tobacco smoke exposure and children's health. *Pediatrics* 2004; 113(4):1007-1015.
31. Conrad KM et al. Why children start smoking cigarettes; predictors of onset. *Br J Addict*

- 87(12):1711-24.
32. 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.
 33. Míguez H. *Uso de sustancias psicoactivas*. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1998.
 34. Prochaska JO, Di Clemente JC. In search of how people change. *Am Psychol* 1992; 47:1102-1114.
 35. Pbert L, Moolchan ET, Muramoto M, Winickoff JP, Curry S, Lando H, Ossip-Klein D, Prokhorov AV, DiFranza J, Klein JD. Tobacco Consortium, Center for Child Health Research of the American Academy of Pediatrics. The state of office-based interventions for youth tobacco use. *Pediatrics* 2003; 111(6 Pt 1):e650-60.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Altet Gómez MN, Pascual Sánchez MT. Tabaquismo en la infancia y adolescencia. Papel del pediatra en su prevención y control. *An Españoles de Pediatría* 2000; 52(2):168-177.
- American Academy of Pediatrics: Tobacco's toll: implications for the pediatrician. Committee on Substance Abuse. *Pediatrics*. 2001; 107(4):794-798.
- Best D, Balk S. Help parents quit smoking-for the good of your patients. *Contemporary Pediatrics* 2002; V.19-6 (39-62).
- Benuck I, Gidding SS, Binns HJ. Identification of adolescent tobacco users in a pediatric practice. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001; 155(1):32-35.
- Cabana MD, Rand C, Slish K, Nan B, Davis MM, Clark N. Pediatrician self-efficacy for counseling parents of asthmatic children to quit smoking. *Pediatrics* 2004; 113(1 Pt 1):78-81.
- Cluss PA, Moss D. Parent attitudes about pediatricians addressing parental smoking. *Ambul Pediatr*. 2002; 2(6):485-488.
- Hymowitz N, Schwab J, Eckholdt H. Pediatric residency training on tobacco: training director tobacco survey. *Prev Med* 2001; 33(6):688-698.
- Hymowitz N, Schwab J, Eckholdt H. Pediatric residency training on tobacco. *Pediatrics* 2001; 108(1):E8.
- Johansson AK, Hermansson G, et al. How should parents protect their children from environmental tobacco smoke exposure in the home? *Pediatrics* 2004; 113:e291e295.
- Kaplan CP, Perez-Stable EJ, Fuentes-Afflick E, Gildengorin V, Millstein S, Juarez-Reyes M. Smoking cessation counseling with young patients: the practices of family physicians and pediatricians. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158(1):83-90.
- Klerman L. Protecting children: reducing their environmental tobacco smoke exposure. *Nicotine Tob Res*. 2004; 6(Suppl 2):S239-253.
- Pbert L, Moolchan ET, Muramoto M, Winickoff JP, Curry S, Lando H, Ossip-Klein D, Prokhorov AV, DiFranza J, Klein JD. Tobacco Consortium, Center for Child Health Research of the American Academy of Pediatrics. The state of office-based interventions for youth tobacco use. *Pediatrics* 2003; 111(6 Pt 1):e650-660.
- Stein R, Haddock CK. The pediatrician's role in reducing tobacco exposure in children. *Pediatrics* 106-5 Nov 2000 [www.pediatrics.org/cgi/content/full/106/5e66+](http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/106/5e66)
- Winickoff JP, McMillen RC, Carroll BC, Klein JD, Rigotti NA, Tanski SE, Weitzman M. Addressing parental smoking in pediatrics and family practice: a national survey of parents. *Pediatrics* 2003; 112(5): 1146-1151.
- Winickoff JP, Hibberd PL, Case B, Sinha P, Rigotti NA. Child hospitalization: an opportunity for parental smoking intervention. *Am J Prev Med* 2001; 21(3):218-220.

SITIOS WEB RECOMENDADOS

www.cdc.gov
www.oms.org
www.aap.org
<http://www.ash.org.uk/>
<http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/>
<http://www.tobaccofreekids.org/>
www.lungusa.org
www.uata.org.ar
www.msar.gov.ar