

Tabaquismo y Enfermedades Respiratorias

João Paulo Becker Lotufo

Introducción

El tabaco ya existía en el Brasil cuando su descubridor Alvares Cabral llegó de Portugal. El tabaco era usado en la forma de mascar por los indígenas. En 1850 comenzó a ser utilizado en la forma actualmente conocida del cigarrillo y hubo una gran diseminación de su uso entre la primera y segunda guerra mundial. El uso y los efectos nocivos del cigarrillo comenzaron a estudiarse en la década del 50 con la muerte del rey Jorge VI de Inglaterra, dependiente del uso de la nicotina.

Un tercio de la población adulta fuma, y hoy, el grupo femenino fuma casi tanto como el masculino. Es notorio que las personas menos favorecidas fuman más, con excepción de aquellos que son tan pobres que no puedan comprar el cigarrillo.

Hoy el tabaquismo es considerado una enfermedad, existente en el libro del código de las enfermedades y con esto se pueden programar esquemas de terapia en Salud Pública.

Tabaquismo y Dependencia

El tabaquismo provoca una dependencia superior a la cocaína y a la heroína, por eso es que el número de cigarrillos que se consumen en el mundo es tan grande.

La nicotina es la única droga que ejerce una acción grande y continua sobre las células nerviosas. Esta se metaboliza en el hígado en una hora, se transforma en cotinina que se excreta en la orina y esto se utiliza para reconocer a los fumadores pasivos. La nicotina produce varios cancerígenos y atraviesa la barrera hematoencefálica entre siete y 20 segundos. Las industrias ya en la década del 50, tenían en sus planes de negocios el vender cigarrillos con mayor contenido de nicotina para crear mayor dependencia.

En la Provincia del Río Grande do Sul en Brasil se produce un tabaco que contiene tres veces más nicotina y que es distribuido a 20 países del mundo y ahora con la asociación con el amonio al cigarrillo, la nicotina atraviesa más rápidamente la barrera hematoencefálica.

Existe una característica genética de dependencia a la nicotina. Los hijos de personas con algún tipo de estos genes serán tan dependientes a la nicotina cuanto lo fueron sus padres. En la población en general hay alrededor de 20% de dependientes débiles, 15-20% de dependientes fuertes y 5% de dependientes muy fuertes. Los restantes son dependientes moderados. Los dependientes débiles son aquellos que pueden parar de fumar con cualquier terapia.

Un problema importante es que aquel que se inicia en el tabaquismo tiene casi

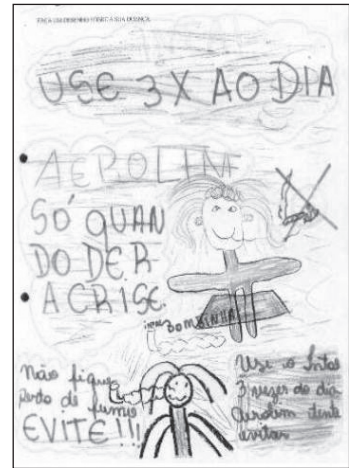
tres veces mayor probabilidad de iniciarse también en el uso de marihuana, y consecuentemente cinco veces mas posibilidades de ser un usuario esporádico de cocaína y al hacerlo el tiene 20 veces mas posibilidades de usar frecuentemente la cocaína. El combate a las drogas generalmente se hace con las drogas ilícitas. Sin embargo deberían combatirse las drogas lícitas como el cigarrillo y el alcohol ya que prácticamente no existe usuario de marihuana que no sea o haya sido fumador de cigarrillo.

Tabaquismo y enfermedades respiratorias

Este dibujo realizado por un niño (**Figura 1**) muestra lo que el dibujó sobre su enfermedad, el asma. Noten como el cigarrillo le molesta. El cigarrillo aparece dos veces en su dibujo. Lógicamente una exposición inmediata puede ser responsable por el asma, rinitis y bronquitis y una exposición prolongada puede provocar cáncer de pulmón, enfermedad coronaria y enfisema pulmonar.

Analizando las visitas hospitalarias de los pacientes asmáticos, en un análisis de casi 3.000 niños, 79% de los asmáticos que estaban expuestos al humo de cigarrillo tuvieron el doble de consultas al hospital y al Cuarto de Urgencias comparados con pacientes que no eran fumadores pasivos. (Dales RE, Thorax; 2002 Jun; 57(6)513-7).

Entre los factores de riesgo para las infecciones respiratorias del tracto superior, las condiciones sócio-económicas son importantes además del tiempo de inicio de permanencia de los niños en los jardines de infancia y escuelas tempranamente y el tabaquismo pasivo. Existen trabajos que demuestran alteraciones en el epitelio del adenoides en que el grupo de fumadores pasivos presentaba un epitelio mas fino con una disminución de las células ciliadas del adenoides (D.Gryczynskaet; Int J Ped Otorhinol 49(1999)275-278). Los efectos del humo de cigarrillo en la otitis media aguda (OMA) son evidentes: hay un aumento en la OMA en un 73% en el grupo de fumadores pasivos contra 55% en el grupo no fumador pasivo (Ilicali, OC; Laryngoscope, Vol 111 (1). January 2001,163-167). Nosotros realizamos un trabajo en una escuela en San Paulo, Brasil donde investigamos a niños de 7-10 años y de 11-14 años: 1.5% de los niños de 7-10 años y 5% de los niños de 11-14 años ya habían fumado un cigarrillo entero por lo menos. Ni todos ellos consideraban que era bonito fumar pero ya habían inhalado y algunos ya se estaban haciendo fumadores. Observamos que 51% de los niños de esta escuela eran fumadores pasivos o sea que en 51% de las casas había por lo menos un fumador. Generalmente era el padre el fumador principal seguido de la madre. Una gran parte de los niños se aleja de los padres cuando estos están fumando. Muchos creen que el cigarrillo hace daño a la salud; consideran que los fumadores molestan a las otras personas, pero casi 2% de los niños de 7-10 años respondieron que piensan fumar en el futuro. Lo que se observa en la práctica es que entre los alumnos de 15-19 años de edad el 30% ya esta fumando.



(Figura 1)

En verdad, fumar no es una cuestión de hábito, es una cuestión de MUERTE.

Hoy existe una tendencia y una preocupación de prestar atención a las personas viciadas o con tendencia a tornarse dependientes del cigarrillo en los Centros de Salud y clínicas especializadas. Los Pediatras deberían utilizar algún tiempo de la consulta hablando del cigarrillo porque es más fácil evitar que un paciente se inicie en el cigarrillo que el ayudar a un adulto a parar de fumar.

Tenemos grupos de fumadores en el Hospital Universitario de la Universidad de San Pablo, Brasil con 30% de eficacia sin darles medicamentos anti tabaquismo (reposición de nicotina con o sin bupropiona). A partir de la entrega gratuita de medicamentos para los pacientes que frecuentan estos grupos, pasamos a tener una eficacia de cesación aguda de fumar de un 67.5%

Hicimos una dosificación de la orina de los pacientes pediátricos de 0-5 años de edad que fueron al Cuarto de Urgencias del Hospital Universitario frecuentemente, y confirmamos la presencia de cotinina urinaria en 24% de los niños

El Pediatra puede trabajar orientando a los adolescentes y a sus padres, iniciando la terapia anti tabaquista en todo los fumadores.

Lecturas recomendadas

1. Seifert JA, Ross CA, Norris JM. Validation of a five-question survey to assess a child's exposure to environmental tobacco smoke. *Ann Epidemiol.* 2002 May; 12(4): 273-7.
2. Wong GC, Berman BA, Hoang T, Bernaards C, Jones C, Bernert JT. Children's exposure to environmental tobacco smoke in the home: comparison of urine cotinine and parental reports. *Arch Environ Health.* 2002 Nov-Dec; 57(6): 584-90.
3. El-Ansari W. Passive smoking in children: facts and public health implications. *East Mediterr Health J.* 2002 Jan; 8(1): 74-87.
4. Gurkan F, Kiral A, Dagli E, Karakoc F. The effect of passive smoking on the development of respiratory syncytial virus bronchiolitis. *Eur J Epidemiol.* 2000 May; 16(5): 465-8.
5. Delfim CIG. Avaliação dos teores de nicotina e cotinina, por cromatografia em fase gasosa, em urina de crianças fumantes passivas [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.