

2004 AÑO ANTITABACO Tabaquismo en Argentina, algo hay que hacer

Autor: Dr Raúl Lisanti
Presidente Asociación Argentina de Medicina Respiratoria

El tabaquismo es la primera causa de morbilidad y mortalidad evitable en el mundo, se estima que ha escalado mundialmente el número de muertes producidas por el tabaco pasará de 3 millones en 1996 a 10 millones en el año 2025; la distribución no será uniforme, en los países desarrollados aumentará solo un 50%, mientras que en el resto del mundo será del 700%. La Organización Mundial de la Salud reconoció que se trata de la mayor epidemia global de los siglos XX y XXI.

El consumo de Tabaco mostrará una transferencia de los países con políticas de prevención y restricción vigorosas hacia aquellos que no las desarrollen. Los países en vía de desarrollo serán los más afectados, solo el 15% del mercado se concentrará en países ricos. La única posibilidad inmediata para los países en desarrollo, será prevención de factores de riesgo y lucha antitabáquica.

Las enfermedades asociadas con el tabaco suceden 20 a 30 años después de iniciar el consumo, por lo que podemos predecirlas y eventualmente prevenirlas.

El Tabaquismo es un factor de riesgo y exacerbación de un gran número de enfermedades crónicas, con importante repercusión sobre el gasto sanitario y sobre la calidad de vida de los pacientes. Afecta múltiples órganos y sistemas, el principal impacto devastador sobre el aparato respiratorio es la EPOC, la incidencia y prevalencia de esta enfermedad está en aumento, y sigue creciendo para constituirse en una Epidemia. La EPOC es la quinta causa de muerte en los Estados Unidos, y es la causa de muerte con crecimiento más rápido. El cáncer de pulmón, en relación directa con el tabaquismo, constituye la primera causa de muerte por cáncer tanto en hombres como en mujeres.

El humo del cigarrillo también es nocivo para los que comparten espacios cerrados: Fumador Pasivo, el primer fumador pasivo es el feto.

El tabaquismo debe ser considerado una adicción, ya que reúne los criterios de ésta: “Enfermedad crónica caracterizada por el consumo compulsivo de sustancias que determinan daño físico, psicológico o social, con uso continuado pese a la evidencia de ese daño”.

El tratamiento de esta adicción al igual que el de otras enfermedades crónicas, es un proceso de por vida. Las enfermedades crónicas se caracterizan por remisiones y exacerbaciones periódicas. El Tabaquismo no es diferente.

Salvo recientes estímulos a nivel mundial, Convenio Marco para el Control del Tabaquismo, poco es lo que se ha hecho en relación con la lucha antitabáquica en los países subdesarrollados, donde incluso el tabaquismo está en aumento. De todos modos este Convenio Marco, que fue firmado por nuestro País, debe ser ratificado por la Legislatura Nacional (antes de fines de junio 2004), cosa que aún no sucede, al igual que en el resto de América.

Ante esta realidad no se puede seguir esperando, y el rol que debemos tener los médicos en la lucha antitabáquica es fundamental, tanto a nivel personal como institucional (Sociedades Científicas, Universidad, Organismos Gubernamentales), e intervenir no solo para que los pacientes dejen de fumar, sino también para que no inicien el consumo, sobre todo en los más jóvenes. Esta acción debe desarrollarse independientemente de la especialidad profesional y de la patología atendida. La seriedad y poder de convicción de esta acción va ligada al rol ejemplar del profesional ya sea como no fumador o ex fumador. El ejemplo social que el médico presta con su propia conducta es decisivo para alcanzar el propósito deseado.

Este rol desarrollado por el médico para disminuir las consecuencias del tabaquismo ha sido escaso, estudios realizados demuestran que el con-

sejo médico para que los pacientes dejen de fumar se realiza con poca frecuencia.

La poca participación del personal sanitario en la lucha antitabáquica, se pone de manifiesto además por el porcentaje de fumadores entre ellos, que en estudios realizados en nuestro País entre médicos cardiólogos, neumonólogos, pediatras y alergistas aceptan consumir tabaco en forma regular el 25%, y entre estudiantes de Medicina (Estudio FUMAr 2003) hasta el 36% en algunas Universidades.

Los profesionales de la salud son considerados por la población como líderes naturales de la lucha contra el tabaco, pero aquellos que fuman ven deteriorada su imagen no solo por su descalificación como ejemplo, sino porque sus opiniones sobre el consumo están fuertemente influenciadas por la dependencia a esta sustancia. Por lo tanto, toda acción contra el tabaco debe comenzar por tener líderes de opinión con mensajes efectivos y coherentes con su accionar. Asimismo se observó que en los países que lograron una disminución de la prevalencia del fumar entre los médicos fue seguida por un cambio en el mismo sentido entre la población general.

Hay suficientes evidencias que resaltan el beneficio para la salud de cesar el

Tabaquismo. Si bien se han desarrollado Unidades Especializadas en Tabaquismo en instituciones sanitarias, cuya creación se debe estimular, solo actúan sobre una pequeña población fumadora, por ello el impacto sobre la salud pública es reducido.

Se conoce que aproximadamente el 70% de los fumadores han consultado algún médico el último año; es por eso que junto con las medidas antitabáquicas sociales

(Legislación, restricciones al consumo, educación), debe incorporarse en el acto médico la intervención mínima; que si bien el éxito en dejar de fumar es baja, próximo al 5%, incluye a un gran número de fumadores por lo que el impacto sobre la salud sería mayor con menores costos; y destacar el rol fundamental del médico en la lucha antitabáquica, sobre todo en la prevención primaria de enfermedades.

Es importante desarrollar un programa antitabaco, que a partir de los datos precedentes, permita un real efecto en la disminución del tabaquismo. Este programa realizado por la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria invitará

a sumarse a autoridades Sanitarias y Educativas; y está dirigido a médicos y estudiantes de medicina, resto del personal sanitario, autoridades legislativas, estudiantes primarios y secundarios, y por último a la población general.

En todos los niveles se debe estimular la investigación epidemiológica a nivel Nacional.

Desarrollo de actividades dirigidas a cada sector:

- **Estudiantes de Medicina:** incluir el tabaquismo dentro de los programas de estudio, sobre todo en los primeros años de la carrera, realizar campañas dentro del alumnado y declara a las Facultades Espacio libre de Tabaco.
- **Médicos y Personal Sanitario:** estimular a los médicos, especialistas en medicina respiratoria y a través de estos al resto de especialidades a emprender esta lucha contra el tabaquismo, empezando por no fumar ellos, ya que son un ejemplo social. Estimular en todos los pacientes, sobre todo los más jóvenes a no iniciar el consumo, y en los fumadores realizar intervención mínima y si es necesario tratamiento de Cesación tabáquica. Estimular el diagnóstico precoz de EPOC a través del uso rutinario de la Espirometría. Definir claramente la EPOC en relación con el consumo de cigarrillos. Estimular al resto de Sociedades Científicas a desarrollar tareas conjuntas en eventos científicos sobre el Tabaquismo y rol del médico. Realizar eventos multidisciplinarios sobre Tabaquismo, como el que se realizará en el 32 Congreso Argentino de Medicina Respiratoria (Bs As, Octubre 2004). Generar estudios epidemiológicos sobre tabaquismo entre médicos.
- **Estudiantes Primarios y Secundarios:** a través de programas de educación para la salud, donde se priorice el concepto ecológico de defensa del aire puro, y consecuencias para la salud. Declarar a los establecimientos educativos Libre de Tabaco.
- **Legislación:** generar una legislación Antitabáquica donde se destaque el derecho al aire puro del no fumador, para no interferir en los derechos individuales de los fumadores, y en segundo lugar generar recursos de los mismos fuma-

dores para solventar sus gastos de salud (Seguro del tabaquismo), que pagarían junto con la compra de cigarrillos.

Estimular a las Autoridades Legislativas a ratificar el Convenio Marco para el Control del Tabaquismo.

- Y por último campaña de **difusión en medios de comunicación masiva**, y la incorporación de charlas de educación para la salud para el público en los Congresos Nacionales de Medicina Respiratoria y Jornadas Regionales.

La participación de cada médico debe ser activa desde su lugar de trabajo: Hospital, consultorio, Universidad, Obras Sociales, Gobierno; investigando, educando y realizando intervención mínima en todos los pacientes, generando espacios libre de Tabaco, y sobre todo siendo ejemplo social como no fumador o ex fumador.

Bibliografía

1. World Health Organization. Tobacco Alert 1996. Word no Tobacco Day. Special Issue.
2. Center for Disease Control. Smoking: attributable mortality and YPLL-U.S. 1988. MMWR 40: 62-71, 1991
3. Murray CJL, López AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349: 1498- 1504.
4. Bartrecci CE., Mackenzie TD. Shrier RW. The Human Cost of Tobacco Use (first of two parts. N Engl J Med 1994; 330: 907-912.
5. Chronic Disease Reports: Chronic Obstructive Pulmonary Disease Mortality-United States. Morbidity and mortality Reprints. Atlanta, Ga, U. S. Dept. of Health of Human Services, 1986. p-61.
6. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report. Bethesda. National Heart, Lung and Blood Institute, 2001: NIH Publication N° 2701:p.1-100
7. Feinleib M, Rosemberg HM, Collins JG, et al. Trends in COPD morbidity and mortality in the United State. Am Rev Resp Dis, 1989; 140:1655-1775.
8. Glynn TJ, Manley MW. How to help your patients stop smoking: a National Cancer Institute Manual for Physicians. Bethesda, Md, Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institute of Health, national Cancer Institute, Division of Cancer Prevention and Control. Smoking, Tobacco, and Cancer Program, 1989, NHI Publication N.º 89 - 3064
9. Carrion Valero F., Furest Carrasco I., Pascual Izuel JM, Marín Pardo J. Intervención Mínima en Tabaquismo en España .Arch Bronconeumol 2000; 36: 24-128.
10. Lisanti R. Encuesta sobre el hábito de fumar en el personal de un Hospital. VII Congreso Nacional de Medicina 1997; pág. 103.
11. Sánchez Agudo L. Tratamiento especializado del tabaquismo. Arch Bronconeumol 1995; 31: 124-132.
12. Organización Mundial de la Salud. El Convenio Marco para la lucha antitabáquica. N. York. WHO. WHO/NCD/TFI/99-8: Rev 2, 2002.
13. Russell MAH, Wilson C, Taylor C et al. Effect of general practitioners advice against smoking. Br Med J 1979; 2: 231-235.
14. Jiménez Ruiz CA, Solano Reina S, González de Vega JM et al. Normativa Sobre el Tratamiento del Tabaquismo. Recomendaciones SEPAR. Barcelona: Doyma, S.A., 1997.
15. Cummings SR, Rubin SM, Oster G. The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. JAMA 1989; 261: 75-79.
16. Plans P, Navas E, Tarín A et al. Coste-efectividad de los métodos de cesación tabáquica. Med Clin (Barc) 1995; 104: 49-53.
17. Escudero C, Casatmija MT. Actuaciones de los médicos y asociaciones científicas en el control del hábito tabáquico. Arch Bronconeumol 1995; 31: 133-136
18. Gonzalez Enriquez J. Profesionales de la Salud y Tabaco: Avances en España. Gac. Sanit 1996; 10: 1-3
19. Fiore MC. A missed opportunity. JAMA 1994; 271: 624-626.
20. Nerin I, Sánchez Agudo L. Evolución de la prevalencia y actitudes en alumnos de medicina desde 4 a 6 de Licenciatura. Arch Bronconeumol 1996; 32 (Supl 1: 81.
21. Richmond R. Teaching medical students about tobacco. Thorax 1999; 54: 70- 78.
22. Nerin I. .Estudio del tabaquismo en las Facultades de Medicina de Zaragoza. PAR.1996 -Especial XXIX Congreso SEPAR: 9-14
23. Ferry LH, Grissino LM, Runfola PS. Tobacco dependence Curricula in US undergrate medical education. JAMA 1999; 282: 825-829
24. Zabert G. y colaboradores. Estudio FUMAr 2003