

Bartolomé Verra, Fernando J. (agosto 2005). *Epidemiología del tabaquismo en Argentina : Humo negro*. En: Encrucijadas, no. 34. Universidad de Buenos Aires. Disponible en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad de Buenos Aires: <<http://repositorioubu.sisbi.uba.ar>>

EPIDEMIOLOGÍA DEL TABAQUISMO EN ARGENTINA

Humo negro

Los datos que existen sobre tabaquismo en la Argentina son poco alentadores, teniendo en cuenta que es un problema muy ligado a factores socioeconómicos. En los países menos desarrollados, el consumo tiende a aumentar, contrariamente a lo que sucede en los países del Primer Mundo, donde gracias a políticas de prevención y capacitación sobre el tema se ha logrado el estancamiento o disminución de esta pandemia. La relación entre nivel socioeconómico y tabaquismo estaría dada por el mayor o menor acceso a la información sobre el punto, siendo las personas de menores recursos las más afectadas. Si se tiene en cuenta que la población teóricamente más informada –entre ella los trabajadores de la salud– presenta niveles de tabaquismo importantes, la urgencia es mayor y apunta a aplicar programas preventivos, de concientización y compromiso social.

FERNANDO J. BARTOLOMÉ VERRA

Doctor en Ciencias Médicas (Univ. París XII). Maestría en Fisiología y Fisiopatología de los Aparatos Circulatorios y Respiratorios (Univ. París V). Especialista en Medicina Interna (Univ. Nac. Cba). Post-grado en Tabacología (Univ. de París V). Ex Investigador Asociado del INSERM, Francia. Ex Médico Responsable del Consultorio de Desintoxicación Tabáquica, Hopital Saint Antoine, París, Francia. Ex Médico del Centro de Ayuda para Dejar de Fumar, Hopital H. Mondor, París, Francia. Ex Médico del Centro de Ayuda para Dejar de Fumar, Hopital K. Bicetre, París, Francia.

Los estilos de vida juegan un papel preponderante en el desarrollo de las enfermedades no transmisibles (ENT), ya que se considera que dos tercios de todos los casos de ENT son atribuibles a tabaquismo, malos hábitos dietéticos, inactividad física, factores de riesgo psicosocial, alcoholismo, y abuso de drogas y sustancias tóxicas. Por cierto, la evidencia científica muestra sobradamente que estos factores incrementan el riesgo de padecer las ENT mayores: enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades pulmonares, diabetes y enfermedades reumáticas. Estos factores de riesgo (FR) prevalecen en la población, en relación con sus condiciones de vida cotidianas. Por lo tanto, las intervenciones sobre estos factores de riesgo en la población requieren del compromiso social con una amplia política de promoción encaminada hacia:

Los estilos de vida juegan un papel preponderante en el desarrollo de las enfermedades no transmisibles (ENT), ya que se considera que dos tercios de todos los casos de ENT son atribuibles a tabaquismo, malos hábitos dietéticos, inactividad física, factores de riesgo psicosocial, alcoholismo, y abuso de drogas y sustancias tóxicas. Por cierto, la evidencia científica muestra sobradamente que estos factores incrementan el riesgo de padecer las ENT mayores: enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades pulmonares, diabetes y enfermedades reumáticas. Estos factores de riesgo (FR) prevalecen en la población, en relación con sus condiciones de vida cotidianas. Por lo tanto, las intervenciones sobre estos factores de riesgo en la población requieren del compromiso social con una amplia política de promoción encaminada hacia:

- alentar a las personas a hacer cambios positivos en sus estilos de vida; y
- crear condiciones ambientales físicas y sociales que soporten el cambio (“hacer fáciles las opciones saludables”).

El conocimiento de la problemática relacionada con cada uno de los factores de riesgo es

el primer paso para encaminar intervenciones destinadas a disminuir sus prevalencias en la población general.

El tabaquismo en nuestro país

El estudio de la prevalencia y el consumo del tabaco en el orden mundial muestra un estancamiento o disminución de este fenómeno en países desarrollados y un incremento en los países en vías de desarrollo. En Argentina se han realizado varias encuestas con el fin de establecer la prevalencia del consumo de tabaco. De ellas, se desprende que: a) alrededor de un tercio o más de la población fuma; b) existe una tendencia a incrementar la incidencia y prevalencia en el sexo femenino; c) el consumo es importante y con tendencia a desplazarse hacia grupos etarios menores.

Los estudios revelan que en nuestro país, la prevalencia de tabaquismo es una de las más altas de América. Aproximadamente, el 39% de la población adulta y el 30% de los adolescentes fuman. Similar a lo que pasa en otros países, las poblaciones de menores recursos socioeconómicos son las más afectadas, haciendo de la asociación tabaco y pobreza un círculo vicioso difícil de quebrar. El mayor impacto sobre esta franja social podría explicarse, al menos parcialmente, debido a una menor información y por ende un probable mayor riesgo para el inicio. Da cuenta de ello un reciente estudio de investigación realizado en escuelas de distinto nivel socioeconómico de la ciudad de Tucumán, donde se muestra que los niños de clases sociales más desfavorecidas reciben menos información con respecto al consumo de tabaco, tanto desde su hogar como de la escuela y declaran, en un porcentaje significativamente mayor, que probablemente fumarán en el futuro inmediato.

Con respecto al grave problema en la población adolescente de nuestro país, un reciente estudio realizado sobre un total de 239 escuelas de las principales ciudades de la Argentina, con una muestra final de casi 12.000 alumnos, con edades comprendidas entre los 12 y 18 años, mostró alarmantes resultados. En efecto, el 59% de los chicos había probado alguna vez un cigarrillo (63% mujeres y 56% varones). Esto correspondía a casi la mitad de los que se encontraban entre los 12 a 14 años y al 70% entre los 15 a 18 años. La mitad de los que habían fumado alguna vez eran o habían sido fumadores diarios y el 30% de ellos había fumado 100 cigarrillos o más. Un tercio de los que probaron alguna vez un cigarrillo declaró –en el momento del relevamiento– fumar todos los días (30% mujeres y 31% varones). El 26% declaró fumar ocasionalmente y el 44% dijo no fumar más. En cuanto al consumo, dos de cada diez chicos que fumaban o habían fumado consumían o habían consumido seis o más cigarrillos/día. La mayoría de los que probaron alguna vez confesó haber empezado por curiosidad. La publicidad de cigarrillos había sido observada por casi todos los encuestados. Un tercio manifestó nunca haber recibido información desde la escuela sobre el tabaquismo. La información desde este ámbito en el último año se había dado sólo al 22% de la muestra. La gran mayoría de los que fumaban en el momento de la encuesta refirió haber pensado alguna vez en dejar de fumar y siete de cada diez confesaron que le gustaría dejar de fumar. El 75% intentó alguna vez dejar y el 11% nunca se lo había planteado. Menos de uno cada diez chicos (7%) recibió ayuda de parte de un médico. Una gran mayoría se encontraba expuesta al tabaquismo pasivo en su casa.

El problema del tabaquismo es aún mayor si se tiene en cuenta que la población teóricamente más informada y la que debería velar por la salud general presenta niveles de tabaquismo importantes y/o desconoce su abordaje. En este sentido, un reciente trabajo de investigación epidemiológico realizado esta vez con estudiantes de medicina de

12 facultades públicas y/o privadas de la Argentina echa luz sobre este crucial punto. Este estudio reveló que sobre un total de más de 4000 estudiantes de medicina (edad media 22,6 años –57% mujeres–), la prevalencia global de tabaquismo era del 79% sin diferencias por sexo ni edad. Los fumadores actuales representaban el 35%, mientras que 1/4 del total de encuestados aceptaron fumar diariamente. La media de consumo de cigarrillos por día reportada fue 11 unidades. Un cuarto de los que fueron fumadores alguna vez había dejado de fumar al menos durante un año, pero casi todos ellos fumaban en el momento de la encuesta y sólo un tercio pensaba dejar en los siguientes seis meses. Otro dato interesante es el antecedente de familiares convivientes fumadores, el cual se presentó asociado a la condición de fumador y de fumador diario. Sólo el 41% de los estudiantes reconoció haber recibido instrucción sobre el tabaco durante su carrera y la gran mayoría desea recibir instrucción relacionada al tema. Dos grupos de preguntas exploraron sobre el accionar del médico en relación con el consumo. En una, la gran mayoría de los encuestados coincidió en que dejar de fumar es una efectiva medida de prevención y reconoció que todo médico debe ofrecer consejo sobre el tabaco, pero apenas un tercio identificó al consejo médico como una acción efectiva en cesación, y escasamente el 19% de los encuestados reconoció útil la terapia de reemplazo de nicotina. El segundo grupo de preguntas investigó las acciones concretas de intervención en tabaco, evidenciando que sólo el 1,5% de los encuestados identificó el plan de intervención breve, del plan de las 5 A (aconsejar, averiguar, ayudar, acordar y apreciar), el cual ha sido mostrado ser efectivo como intervención para la cesación. Es convergente con esta alta prevalencia de fumadores entre universitarios el dato de que sólo el 46,1% de los estudiantes refirieron que existe restricción del consumo de tabaco en las Facultades de Medicina de Argentina; los restantes reportaron que no existe o que desconocen la existencia de éstas. Estos datos dan cuenta de la gravedad de la situación actual y podrían explicar la falta de participación de un gran porcentaje de los médicos en el tratamiento del tabaquismo. Con respecto a los médicos, últimos datos demuestran que la prevalencia de tabaquismo también es alta, lo cual podría contribuir a la falta de compromiso o a la disminución de la eficacia del consejo médico en la abstinencia de pacientes fumadores. Uno de los últimos estudios efectuados sobre esta subpoblación arroja que la prevalencia de fumadores y ex fumadores de una muestra de 783 médicos, de 18 instituciones de la ciudad de Buenos Aires, fue, respectivamente, 29% y 25%. Los fumadores predominaron entre los que realizaban especialidades quirúrgicas y de urgencias y, una vez más, presentaban más frecuentemente antecedentes familiares de tabaquismo, mostrando que el tabaquismo pasivo en los jóvenes y aun en los adultos puede influir en el patrón de consumo ulterior. Un dato de mucha importancia es que los ex fumadores daban más frecuentemente consejos a sus pacientes para dejar de fumar, comparados con los que seguían fumando.

Las consecuencias socioeconómicas del consumo de tabaco son catastróficas. Podemos resumir mencionando que la pérdida de años de vida en la población fumadora es estimada en alrededor de 15 años comparando con la población no fumadora.

Aproximadamente 21 millones de personas habrían muerto por una enfermedad tabaco-dependiente en la década del '90 en los países desarrollados. En nuestro país, la mortalidad asociada al tabaquismo alcanza el 20% de las defunciones generales, esto es entre 38.000 y 49.000 defunciones anuales. Estas cifras transforman al tabaquismo en una de las principales causas de morbilidad y de mortalidad prematuras que puede ser prevenida. El tabaquismo se relaciona con varios tipos de enfermedades. Las más importantes del punto de vista de la morbi-mortalidad son: enfermedades cardiovasculares, cáncer –en especial el de pulmón el cual es considerado hoy como marcador de tabaquismo– y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Entre los cánceres asociados al consumo de tabaco, el de pulmón es sin dudas el más frecuente.

El 90% de los cánceres de pulmón en la población masculina de Estados Unidos y el 79% en la femenina son atribuidos al tabaquismo. Así, el riesgo de desarrollar cáncer de pulmón en la población fumadora es de 5 a 20 veces mayor que en sujetos no fumadores. El análisis de las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón muestra que la progresión ha sido sorprendentemente importante en la población masculina, desde 1930, cuando la tasa era de 5 por 100.000 personas, siendo en los últimos años de 73 por 100.000 personas, transformándose así, de lejos, en la principal causa de muerte por cáncer. Nuestro país tiene la misma tendencia, siendo la tasa del 39 por 100.000. En el caso de la población femenina, en Estados Unidos la tasa de mortalidad crece a partir de la década del '60, coincidiendo con el inicio del tabaquismo en esta población. Actualmente, la mortalidad por este cáncer superó al cáncer de mama (27 por 100.000). En nuestro país, la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón entre las mujeres es del 6,1 por 100.000.

Tabaquismo pasivo

Es necesario remarcar que el peligro de enfermedad no es sólo para el sujeto que fuma sino para su entorno próximo. Nuestro país tiene, en este sentido, el triste privilegio de ser uno de los que mayor contaminación ambiental presenta por humo de tabaco en lugares públicos. Esto ha sido demostrado en un reciente estudio comparativo con otros países de América Latina, entre los cuales Argentina y Uruguay lideran la tabla. El tabaquismo pasivo, esto es el humo de tabaco inhalado y/o absorbido por sujetos que no fuman pero que están en contacto con fumadores activos, presenta un grave problema de salud. En este sentido ha sido establecido un riesgo relativo aumentado de cáncer de pulmón e infarto de miocardio en los fumadores pasivos, retardo en el crecimiento fetal en el caso de mujeres que fuman durante el embarazo, o aún mayor incidencia de enfermedades respiratorias en la niñez expuesta al tabaquismo pasivo, así como también una mayor prevalencia de tabaquismo en niños de hogares donde conviven con fumadores. Con respecto a este último fenómeno, es importante remarcar que algunos trabajos preliminares de intervención muestran resultados promisorios en cuanto a una disminución en el grado de exposición al humo de tabaco ambiental en niños, a partir de una intervención mínima con bajo costo.

La abstinencia del consumo lleva consigo una reducción en la morbimortalidad inducida por el tabaquismo, dependiendo de la edad en la cual se produce la misma. Así, aquellos sujetos que dejan de fumar antes de los 35 años pueden esperar una sobrevida similar a la de los no fumadores. Sin embargo, el riesgo de padecer una enfermedad después de la abstinencia es diferente según el órgano blanco. Así, el riesgo relativo de padecer un infarto del miocardio en un hombre sano de 55 años cae a un 50% al año de abstinencia y es similar a un sujeto no fumador luego de cinco años de abstinencia. Por el contrario, cuando se considera el cáncer de pulmón es necesario un tiempo más prolongado de abstinencia para que el riesgo disminuya a valores aproximados a una persona que nunca fumó.

Lograr el abandono del consumo de tabaco no es tarea fácil. En general se asume que dos tipos de acciones son necesarias para un mejor control de esta pandemia. Por un lado, intervenciones sobre grandes masas poblacionales, a través de la adecuación y cumplimiento de leyes; del aumento del precio del paquete de cigarrillos; de la información sobre el tabaquismo desde la escuela primaria; de la inserción en la currícula de pregrado de la formación en esta disciplina para estudiantes de profesiones relacionadas con la salud, particularmente de Medicina. Por otro lado, es importante el abordaje individual del paciente fumador, particularmente para aquellos a quienes las medidas generales y /o el simple consejo no llegan a ser suficientes. En este sentido, podemos remarcar que en los últimos años se han hecho avances importantes en el conocimiento de los mecanismos

implicados en la dependencia al tabaco y su tratamiento. Este sujeto ha salido del empirismo y actualmente existen acciones terapéuticas racionales y eficaces, que tienen en cuenta factores sociales, psicológicos y neurobiológicos para ayudar eficazmente a los pacientes a lograr el abandono del consumo.

Bibliografía

- American College of Chest Physician, ATS, APSR, CTS, European Respiratory Society and International Union Against Tuberculosis and health: a physician responsibility. A statement of the joint committee on smoking and halth. *Monaldi Arch Chest Dis* 1995; 50: 394-397.
- Behr J, Nowak D. Tobacco Smoke and Respiratory Disease. *Eur Respir Mon* 2002; 21: 161-179.
- Breslau N, Johnson EO, Hiripi E, Kesskler R. Nicotine dependence in the United States: prevalence, trends, and smoking persistence. *Arch Gen Psychiatry*. 2001; 58; 9: 810-6.
- Boring CC, Squires TAS, Tong T. Mortality Trends for Selected Smoking-related Cancers and Breast Cancer- Uniterd State 1950-1990. *Morb Mortal Wkly Rep* 1993; 42: 8638-66.
- Center for Disease Control and Prevention. Medical care expenditure Attributable to Cigarette Smoking- US 1993. *MMWR* 1194; 43: 469-472.
- Crofton J. Tobacco and third world. *Thorax* 1990; 45: 164-169.
- Doll R, Peto R, Whealtley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in Relation to Smoking: 40 YearsObservation on Male British Doctors. *BMJ* 1994; 309: 901-911.
- Godfrey C. The Economic and Social Cost of Lung Cancer and the Economics of Prevention. *Monaldi Arch Chest Dis* 2001; 56: 458-461.
- Hopkins DP, Briss PA Richard CJ and Task Force on Community Prevention Services. Reviews of Evidence Regarding Interventions to Reduce Tobacco use and Exposure to Environmental Tobacco Smoke. *Am J Prev Med* 2001; 20: 16-66.
- Hopkins DP, Fielding JE and Task Force on Community Prevention Services. Guide to Community Preventive Service. Tobacco use Prevention and Control*Am J Prev Med* 2001; 20: 2S.
- Lagrué G, Verra F, Lebargy F. Nicotina Patches and Vascular Risks. *Lancet*. 1993; 342: 564.
- Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. Effectiveness of Interventions top Help People stop Smoking: Finding from the Cochrane Library. *BMJ* 2000; 321: 355-8.
- Law M, Tang JL. An Analysis of the effectiveness of Interventions Intended to Help People Stop Smoking. *Arch Int Med*. 1995; 155: 1933-1941.
- Le Houezec J, Benowitz N. Basic and Clinical Psychopharmacology of Nicotine. *Clinics in Chest Medicine*. 1991; 12; 4: 681-699.
- Nardini S, Bertoletti R, Rastelli V, Donner CF. The Infuence of Personal Tobacco Smoking on the Clinical Practice of Italian Chest Physicians. *Eur Respir J* 1998; 12: 1450-3.
- Navas-Acien A, Peruga A, Breyse P, Zavaleta A, Blanco-Marquizo A, Pitarque R, Acuña M, Jimenez-Reyes K, Colombo VL, Gamarra G, Still FA, Samet J. Secondhand Tobacco Smoke in Public Places in Latin America. *JAMA* 2004; 291 (22): 2741-5.
- Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C. Mortality from Tobacco in Developed Countries: Indirect Estimation from National Statistic. *The Lancet* 1992; 339: 1268-1278.
- Prochaska JO, Di Clemente CC et al. States and processes of self-change of smoking: Towards an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983;51:2065-2069.
- Roussos C. The Plitical and Ethical Role of Chest Physician in Tobacco Control: Meeting of the Society for Research on Nicotine and Tobacco. Venice, Society for Research on Nicotine and Tobacco. 2000.
- Samet JM, Coultas DV. *Clinics in Chest Medicine*. Smoking Cessation. December 1991.
- Slama K. The Role of Information, Education and Tratment in Tobacco Control. *Monaldi Arch Chest Dis* 2001; 56: 453-457.
- Stolerman IP, Shoab M. The Neurobiology of Tobacco Adiction. *TIPS*. 1991; 12: 467-473.

- Stok A, Altieri H, Willigs M, Dantur C, Vega N, Lencina V, Altieri G, Verra F, Figueroa S. Tabaquismo en Escuela Primaria. Arch Bronconeumol 2004; 40 (supl 4): 17.
- Tabaco o Salud: Situación en las Américas. Informe de la Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica n° 536. 1992.
- USDHHS. Nicotine addiction: a report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Service, Office of the Assistant Secretary for Health. Office on Smoking and Health, Rockville, MD. 1988.
- US Public Health Service. Reducing TOBACCO Use. A Report of the Surgeon General-EXECUTIVE Summary. Atlanta, Dep of Health and Human Services, 2000.
- Verra FB, Zabert G. El Tabaquismo entre Adolescentes de Argentina. Encuesta del Ministerio de Salud de la Nación. Arch Bronconeumol 2004; 40 (supl 4): 17
- Verra FB, Rand C, Manuele R, Reinaud L, Gene R, Piaggio Z, Moiso A. Impacto de un Programa para el Tratamiento del Tabaquismo en Poblaciones Fabriles de Argentina. Arch Bronconeumol 2004; 40 (supl 4): 16.
- Verra FB, Kaplan J, Solano A, Korinfeld S, Molina J, Tajer C. Impacto de una Intervención para Reducir el Tabaquismo Pasivo en Niños Expuestos. Arch Bronconeumol 2004; 40 (supl 4): 16.
- Verra FB, González Rozada M, Sánchez G, Angueira M. Análisis económico del consumo de tabaco en Argentina. Arch Bronconeumol 2004; 40 (supl 4): 70.
- Verra F, E Escudier, F Lebargy, JF Bernaudin, H de Cremoux, J Bignon. Ciliary Abnormalities in Bronchial Epithelium of Smokers, Ex-smokers and Nonsmokers. - Am J Resp Crit Care Med. 1995; 151: 630-634.
- Verra F, Zylberstejn H y Grupo Consenso. Consenso Sociedad Argentina de Cardiología sobre Factores de Riesgo de Enfermedad Coronaria. 2001. Revista Argentina de Cardiología.
- Viswesvaran C, Schmidt FL. A Meta-analytic Comparison of the effectiveness of Smoking Cessation Methods. J Appl Psychol. 1992; 77: 554-561.
- Woody GE, Cottler LB, Cacciola J. Severity of Dependence: Data from the DSM-IV Field Trials. - Addiction. 1993; 88: 1573-1579.
- Working Group for the Study of Transdermal Nicotine in Patients with Coronary Artery Disease.
- Nicotine Replacement Therapy for Patients with Coronary Artery Disease. Arch Int Med. 1994; 154: 989-995.
- Zabert G, Verra FB y Grupo de Estudio FUMAr. Estudio FUMAr (Fumar en Universitarios de Medicina en Argentina). Arch Bronconeumol 2004; 40 (supl 4): 28.
- Zylbersztejn H M, Cragnolino R, Francesia A N, Tambussi A, Mezzalira VJ, Levin RL, Michref A, Picarel AM, Robilotte A, Puleio PA, Rossi E, Escobar Calderón JG, Salvati AM, Ciruzzi M. Estudio Epidemiológico del Tabaquismo en Médicos. Rev Argent Cardiol 2003; 71: 178-184.