

TABLA 1. Mantoux realizados en las guarderías de las seis *dairas* que constituyen la *wilaya* de Smara, lectura y resultados

<i>Daira</i>	Mantoux	No leídos	Negativos	Positivos
Birlehlu	120	17	103	0
Chederia	193	11	177	5
Farsia	164	24	139	1
Tifariti	176	17	151	8
Hausa	178	70	106	2
Mahbes	185	12	168	5
	1.016	151	844	21

que constituyen la *wilaya* de Smara. La técnica utilizada para el cribado fue la intradermoreacción de Mantoux. Se utilizaron 2 U de tuberculina PPD-RT23 de Evans Medical y la lectura se realizó a las 72 h. Se consideraron positivas las induraciones superiores o iguales a los 15 mm en niños vacunados con BCG (se consideró vacunado el niño que lo hacía constar mediante la cartilla de vacunación y/o detectamos cicatriz vacunal) y en niños no vacunados (no constaba en cartilla vacunal, sin cicatriz) induraciones iguales o superiores a 5 mm. Para la aplicación del Mantoux el personal fue debidamente adiestrado y la lectura fue realizada de forma independiente por dos sanitarios (pediatra/enfermera).

Se realizaron un total de 1.016 Mantoux en las 6 guarderías de las *dairas* (tabla 1). Pudieron ser leídos a las 72 h 844 (83,07%) del total, siendo positivos 21 (2,48%). Al mismo tiempo, se diagnosticaron 15 varicelas en la población infantil objeto del estudio. Pudieron ser leídos 10 Mantoux de los niños afectados de varicela que fueron todos ellos negativos, los cinco restantes fueron casos perdidos (no pudieron ser leídos).

El análisis de los resultados nos da una prevalencia del 2,48% de Mantoux positivos en este grupo de edad. Comparando estos datos con los obtenidos en la Comunidad Valenciana la prevalencia de Mantoux positivos a los 6 años se situaba entre el 0,57 ± 0,22% y el 0,76 ± 0,24% para las cohortes de 1982 y 1985, respectivamente², lo que supone un rango entre 3 y 4 veces superior al de nuestra comunidad.

De los 21 niños con Mantoux positivo, a 14 se les pudo practicar radiografía de tórax que se realizó en el Hospital Nacional de Rabuni con material que nosotros mismos aportamos (líquidos de revelado, chasis y placas). En un niño se encontró una adenopatía parahiliar derecha.

Paralelamente se inició el estudio de contactos en las familias de los pacientes diagnosticados de tuberculosis y se dio comienzo a la búsqueda de casos índice entre los familiares de los niños con Mantoux positivo.

Deseamos comunicar parte de los resultados obtenidos en la primera fase del protocolo, ya que creemos que puede ser de interés para los profesionales sanitarios que trabajamos con los niños saharauis, tanto en España como en los campamentos de refugiados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tardío Torío E, Alcaide Megías J, Altet Gomez MN, Cobos Barroso N, Escribano Montaner A, Fernández Recuero J et al. Protocolo del tratamiento de la tuberculosis infantil. *An Esp Pediatr* 1998; 48: 89-97.
2. Comisión Técnica de Tuberculosis: Programa de Prevención y Control de Tuberculosis. Castellón: Conselleria de Sanitat i Consum. Monografía Sanitaria. Serie E N.º. 15, 1993.

**A. Nácher Fernández^a, M.D. Ferrándiz Sellés^b
y C. Pérez Sivó^c**

^aCentro de Salud Barranquet. Castellón.

^bServicio de Medicina Intensiva. Hospital General.

Castellón. ^cCentro de Salud Almazora. Castellón.

Tabaquismo en pediatría

(*An Esp Pediatr* 2000; 53: 164-165)

Sr. Director:

Con mucho entusiasmo leí y releí los artículos referentes al tabaco que han publicado recientemente ANALES ESPAÑOLES DE PEDIATRÍA¹⁻³. De los tres artículos, incluido el editorial, se desprende por encima de otras consideraciones que debido a la magnitud y relevancia del problema, los pediatras estamos obligados a preocuparnos y ocuparnos con más intensidad de este asunto. No basta con saber los perjuicios del tabaquismo, tenemos la obligación de implicarnos mucho más y, como en tantas ocasiones, tratar de dar soluciones de raíz. El enfoque del problema del tabaquismo debido a sus diversos aspectos (político, económico, social y sanitario) es multidisciplinario, si bien los pediatras tenemos la oportunidad de estar muy en contacto con el inicio del problema –la adolescencia–, por lo tanto, debemos intentar “vacunar” a los jóvenes con el fin de ayudarles a que mejoren su respuesta frente al tabaco. Pero esto sería quedarse corto; se debe hacer mucho más y tal vez podríamos actuar sobre tres grandes campos: *a)* el tabaquismo en los pediatras; *b)* los niños como fumadores pasivos, y *c)* el inicio en el consumo de tabaco.

No hay muchos estudios de la prevalencia del tabaco en pediatras españoles⁴. En el año 1996 sobre una muestra de 313 pediatras de toda España se halló que fumaban el 24,3% (el 23% mujeres y el 25,5% varones), el 32,6% son ex fumadores.

Asimismo, en el 37,4% de los casos se afirma realizar programas contra el inicio del consumo y el 39,9% aseguran que hacen campaña contra los fumadores pasivos. Uno de los datos más interesantes del estudio es el hallazgo de que los pediatras que más fuman son los que menos aconsejan sobre los peligros del tabaco en los niños (fumadores pasivos). En comparación con otras especialidades los pediatras son los que presentan una prevalencia menor, este hecho nos sitúa en un buen punto de partida para que nuestras acciones tengan más credibilidad ya que el ejemplo modélico es un factor determinante ante la sociedad.

Referente a los niños como fumadores pasivos, no hay duda de que es uno de los problemas principales dentro del quehacer diario del pediatra. La literatura científica se ha volcado sobre el tema y la cantidad y calidad de publicaciones avalan el perjuicio del tabaco, ya sea prenatal o posnatal⁵⁻⁷, y no solamente eso sino el gasto de tiempo y dinero debido al incremento del volumen asistencial hospitalario o ambulatorio⁸, al gran consumo de medicamentos y a perpetuar la patología respiratoria alérgica, entre otros problemas.

El gran capítulo del inicio del consumo en los adolescentes es uno de los más interesantes por lo que de reto personal supone. El ambiente familiar tabáquico, sobre todo los hermanos fumadores, la presión del grupo y los maestros de la escuela son patrones vivos e inevitables a seguir por el joven. Las películas, la televisión, la radio y la publicidad, en general, son circunstancias evitables en teoría pero no en la práctica. La publicidad en el tabaco sirve exclusivamente para el reclutamiento en masa de los jóvenes y el mantenimiento de esta adicción^{9,10}. La publicidad de las vallas, los artículos promocionales, las revistas de jóvenes, los acontecimientos deportivos de masas, etc., tal vez sean los más dañinos. En la adolescencia el joven busca modelos de vida atractivos, necesita "adultizarse" y eso es lo que le ofrece la publicidad, ser seductor/a, genuino, bondadoso (0,7%), aventurero, compartir sonrisa, etc. Hay que actuar antes de que llegue a este punto, hay que explicarle a lo que se va a enfrentar, hay que darle argumentos para que elija correctamente (sí/no al tabaco); en definitiva, motivarle para que no se inicie, ya que a estas edades la motivación para el abandono es muy débil aunque les razonemos el lado positivo del mismo (dientes más blancos, desaparición de la halitosis, dedos amarillos, menos arrugas, gasto económico, desaparición de la tos y mayor rendimiento deportivo).

En otro orden de cosas, pienso que la única limitación que tiene el pediatra para incorporarse a este terreno viene determinada por su motivación, formación y tiempo para desarrollar la actividad. La intervención del facultativo puede abarcar desde el ámbito individual hasta el colectivo, desde el consejo médico sistemático hasta la terapia combinada (tratamiento sustitutivo y psicológico), desde la recopilación metódica en todas las historias clínicas hasta poner en práctica programas de prevención escolar, local o comunitaria, ya sea para padres, preadolescentes o infantes, todo es posible y necesario. Comprendo las "quejas" de la Dra. Altet cuando dice que los pediatras tenemos que dejar de ser pasivos ante el problema del tabaquismo y nuestra responsabilidad empieza en el feto y termina a los 21 años³. También son asumibles los deseos de Hernández et al² cuando precisa que "el lugar idóneo donde llevar a cabo la prevención del tabaquismo es en la escuela", aunque quiero aclarar que no es una labor exclusiva del tutor encargado de la clase, en muchas ocasiones con escasa formación en este terreno, además de su posibilidad de ser fumador, y no sólo eso sino de que los alumnos interpreten la educación para la salud como una clase más y no transmita la importancia del tema. En este sentido, un valor añadido que

tendríamos los pediatras es el conocimiento previo de los niños, si suponemos que las intervenciones se realizan en nuestra área de influencia, lo que nos da la ventaja de obtener de antemano el reconocimiento de los jóvenes por haber creado en la mayoría de los casos una relación personal anterior aprovechando cualquier momento que el niño haya sido visitado en el centro de salud, lo que aseguraría un mayor éxito en la intervención.

Son muchas las sociedades científicas que se ocupan del problema. Los pediatras no sólo tenemos que ser permanentes defensores del niño frente al tabaco sino pasar a liderar de forma constante, organizada y convincente cualquier tema relacionado con el tabaquismo en la edad pediátrica; la sociedad cree en el consejo del pediatra y confía en él ya que, en general, de él depende la salud de su hijo. Por eso la sociedad espera una respuesta activa de nosotros.

Nota: Hoy por hoy, el único curso de especialista en tabaquismo se oferta dentro de un programa interuniversitario (correo electrónico: tabaquismo@medi.unican.es).

BIBLIOGRAFÍA

1. Calvo JR, Calvo J, López A. ¿Es el tabaquismo una epidemia pediátrica? *An Esp Pediatr* 2000; 52: 103-105.
2. Hernández-Mezquita MA, Burrueco M, Jiménez CA, Vega CA, Garrido E. Opinión de los directores escolares sobre la influencia de los factores del medio escolar en la actitud de niños y jóvenes ante el tabaco. *An Esp Pediatr* 2000, 52: 132-137.
3. Altet MN, Pascual MT. Tabaquismo en la infancia y adolescencia. Papel del pediatra en su prevención y control. *An Esp Pediatr* 2000; 52: 168-177.
4. De la Cruz Amorós E, Monferrer Fábrega R. Estudio del hábito de fumar en los pediatras: una aproximación a la realidad. *Arch Pediatr* 1996; 47: 325-331.
5. Neumomadrid. Tabaquismo pasivo en la infancia. Madrid: Ed. El defensor del menor en la comunidad de Madrid, 1999.
6. Galván Hernández C, Díaz Gómez MN, Suárez López de Vergara RG. Exposición al tabaco y patología respiratoria en la infancia. *Rev Esp Pediatr* 1999; 55: 323-327.
7. Horta BL, Victoria CG, Menezes AM, Halper NR, Barros FC. Low birth weight, preterm birth and intrauterine growth retardation in relation to maternal smoking. *Pediatr Prenat Epidemiol* 1997; 11: 140-151.
8. De la Cruz E, Giménez P, Moreira I, Miranda M, Monferrer R. Fumadores pasivos menores de dos años: un grave problema asistencial. *Arch Pediatr* 1994; 45: 439-445.
9. De la Cruz E, García M, Prieto M, Tuells JV, Monferrer R. Tabaco y adolescencia: epidemiología y prevención. Estudio piloto. *Arch Pediatr* 1997; 48: 181-187.
10. De la Cruz E. Publicidad, tabaco y adolescencia: el inicio del fin. *Viure en Salut* n.º 40. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Direcció General de Salut Pública. Septiembre de 1998.

E. de la Cruz Amorós

Pediatra. Equipo de Atención Primaria SVS (Área 19).
Torrellano-L'Altet. Alicante.