

La lucha contra el tabaco en los niños, adolescentes y jóvenes: conocimiento, prevención y actuación

Sr. Director: Hemos leído con sumo interés el trabajo original publicado recientemente en su Revista por Barrueco et al¹, que nos ha parecido muy interesante por el gran problema de salud sobre el que incide, así como por la reflexión que realizan en la discusión sobre el intento de descubrir los aspectos que hacen que los niños y los adolescentes comiencen el hábito y las posibles explicaciones para entenderlo, ya que lograrlo sería un gran avance en este esfuerzo por evitar el consumo. Creemos, como los autores, que aunque la publicidad de la industria tabaquera va dirigida tanto a niños, adolescentes y jóvenes, quizá sean más vulnerables los dos primeros grupos, por su mayor debilidad, siendo el "bombardeo publicitario" mayor y más selectivo sobre el sexo femenino. Por lo tanto, seguramente cada grupo de edad y sexo tiene sus características y su prevalencia de probadores de tabaco, así como de aquellos que lo consumen ya de forma regular. Esto nos lleva a que debemos separarlos para poder estudiarlos mejor, por edades o grupos de unas mismas características, dando las soluciones apropiadas en cada uno, justificando así esfuerzos adicionales para disminuir la prevalencia y retirar al máximo de jóvenes del hábito.

Como indica el grupo de Barrueco et al en un trabajo anterior², así como muy recientemente Villalví et al³, el medio escolar es un ámbito privilegiado para el desarrollo de campañas de prevención y promoción de la salud.

El medio militar, pensamos que puede ser, conjuntamente con la Universidad, la continuación de lo que acontece en los colegios, y quizá pueda ser en el futuro el espejo y ejemplo de una juventud sana y deportista sin vicios. Tenemos ciertas particularidades, como la de no contar, por ahora, con el suficiente número de mujeres (aunque eso desde ya hace unos años está cambiando), por lo que por desgracia no tenemos experiencia en este grupo. Como ventajas podemos argüir la procedencia de los jóvenes de todas las capas de la sociedad, facilidad para la realización de encuestas, así como posibilidad de dar charlas sobre los efectos del tabaco. Existen innumerables referencias bibliográficas que avalan, en los diferentes ejércitos del mundo, lo adecuado de este medio castrense para el estudio de actitudes y características del hábito en jóvenes, y poder realizar campañas de educación y promoción de la salud^{4,8}. En un trabajo previo, que fue comunicado anteriormente⁹ (aunque quizá la muestra no fuera lo suficientemente grande, actualmente la estamos ampliando y realizamos nuevas encuestas con un número más extenso de jóvenes, que serán motivo de próximos trabajos) obteníamos una edad media que estaba en los 20,44 años, con un rango entre 18 y 29 años, que es la que le falta a la muestra de Barrueco et al¹. La prevalencia de fumadores fue del 53,2%. Este porcentaje nos parece alto, por lo que en este grupo de jóvenes creemos que de-

bemos y podemos actuar en dos frentes; por un lado, como comentan Barrueco et al en este estudio¹, conocer los motivos que a esta edad hacen que se inicien los jóvenes en el hábito, así como todas las circunstancias que lo rodean (sentirse más hombre, interrelacionarse mejor, etc.), descubriendo los matices propios de este período y evitando así el consumo futuro. Por otro lado, y como ya observamos en nuestro trabajo⁹, el 50,6% de los jóvenes se encuentra en fase de contemplación, y un 48,4% han realizado intentos previos para dejar el hábito. En este sentido creemos importante, y así lo estamos haciendo, insistir a este grupo sobre los efectos nocivos del tabaco, ayudándoles mediante charlas, dando ejemplo, consejo médico (IM-1) e incluso recibirlos en consultas de intervención mínima de nivel II (IM-2) aumentando así su autoconfianza y motivación.

Queremos, por lo tanto, proporcionar nuestra ayuda a los compañeros de otros hospitales que trabajan en este mismo campo, participando en aquellas iniciativas de promoción y educación de la salud comenzadas en niños y adolescentes. Así, quizá con el esfuerzo de todos podremos entender mejor todo aquello que rodea el inicio del hábito y lo perpetúa, pudiendo así actuar sobre el mismo.

J.I. de Granda Orive, T. Peña Miguel y A. Morato Arnáiz
Servicio de Neumología.
Hospital Militar. Burgos.

1. Barrueco M, Cordovilla R, Hernández Mezquita MA, de Castro J, González JM, Rivas P et al. Diferencias entre sexos en la experimentación y consumo de tabaco por niños, adolescentes y jóvenes. Arch Bronconeumol 1998; 34: 199-203.
2. Barrueco M, Vicente M, López I, Gonsalves T, Terrero D, García J et al. Tabaquismo escolar en el medio rural de Castilla-León. Actitudes de la población escolar. Arch Bronconeumol 1995; 31: 23-27.
3. Villalví JR, Vives R, Nebot M, Díez E, Ballestín M. El tabaco y los escolares: contexto, opiniones y comportamiento. Med Clin (Barc) 1998; 110: 579-581.
4. Faue M, Folen RA, James LC, Needels T. The tripler Tobacco-Cessation program: predictors for success and improved efficacy. Mil Med 1997; 162: 445-449.
5. Lerman Y, Shemer J. Epidemiologic characteristics of participants and nonparticipants in health-promotion programs. J Occup Environ Med 1996; 38: 535-538.
6. Hurtado SL, Conway TL. Changes in smoking prevalences following a strict no-smoking policy in U.S. Navy recruit training. Mil Med 1996; 161: 571-576.
7. Kroutil LA, Bray RM, Marsden ME. Cigarette smoking in the U.S. military: findings from the 1992 Worldwide survey. Prev Med 1994; 23: 521-528.
8. Fernández Muñoz F. Tabaco y salud en el personal de vuelo. Acción de los componentes del tabaco sobre el organismo del personal de vuelo. Med Mil (Esp) 1994; 50: 528-534.
9. Granda JI, Escobar JA, Gutiérrez T, Herrera A, Albiach JMM, Sáez R et al. Actitud de los jóvenes en edad militar ante el tabaquismo. Arch Bronconeumol 1997; 34 (Supl 1): 92.

Utilidad de la biopsia pulmonar endoscópica en el diagnóstico de los nódulos pulmonares reumatoideos

Sr. Director: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica de etiología desconocida con manifestaciones pleuropulmonares hasta en un 50% de los casos¹. Las más frecuentes son la pleuritis o el derrame pleural y la enfermedad intersticial, siendo más rara la afectación de la vía aérea, la bronquiolitis obliterante, la vasculitis o los nódulos pulmonares^{1,2}. Estos últimos afectan a menos del 1% de los pacientes y suelen ser múltiples, periféricos, pueden cavitarse y aparecen en cualquier fase de la enfermedad, sobre todo si existen nódulos subcutáneos u otras manifestaciones extraarticulares. Su presencia obliga a la exclusión de enfermedades como la tuberculosis y las neoplasias como etiologías más frecuentes cuando están cavitados, precisando en la mayoría de las ocasiones una biopsia pulmonar para confirmar su origen reumatoideo^{3,4}. A pesar de la dudosa rentabilidad de otras técnicas, presentamos un caso inusual de un único nódulo reumatoideo diagnosticado por biopsia pulmonar endoscópica (BPE) o biopsia transbronquial.

Varón de 57 años, fumador de 45 paquetes/año con criterios de bronquitis crónica simple, diagnosticado de diabetes mellitus controlada con antidiabéticos orales y AR tratada con sales de oro y corticoides durante sus brotes. Coincidiendo con un empeoramiento de su AR y un síndrome constitucional en el último mes, la radiografía demostró la presencia de un nódulo pulmonar único de 2,5 cm en el segmento 6 del lóbulo inferior izquierdo, cavitado, sin nivel hidroaéreo, de pared regular, fina y no calcificada que confirmó la TAC, sin observar adenopatías u otra afectación pleuropulmonar. En la exploración física destacaba la presencia de nódulos subcutáneos, con una auscultación cardiopulmonar normal. En el hemograma, 13.520 leucocitos/mm³ (fórmula normal), hematócrito 42% y VSG 31 mm/h. En la bioquímica, un factor reumatoide de 1.130 u/l y el resto de parámetros normales incluyendo la LDH, antígeno carcinoembrionario (CEA), Ca 19,9, Ca 125, antígeno prostático específico (PSA) y alfafetoproteína. El PPD y 3 baciloscopias de esputo fueron negativas. La broncoscopia fue compatible con la normalidad, con baciloscopias negativas y citología normal en el BAS (broncoaspirado) y el LBA (lavado broncoalveolar) posterobasal izquierdo. Se realizaron múltiples BPE guiadas por fluoroscopia sobre el nódulo demostrando la presencia de escasos espacios alveolares con áreas inflamatorias linfoplasmocitarias y de necrosis fibrinoide eosinófila que las hacían compatibles con un nódulo necrobiótico, con tinciones negativas para micobacterias, hongos y cultivo convencional (aerobio y anaerobio), que confirmaron su origen reumatoideo. El tratamiento y control de la AR se acompañó de la práctica resolución del nódulo, con una pequeña cicatriz residual en la radiografía realizada a los 6 meses.

La broncoscopia es una de las técnicas que más ha contribuido en el diagnóstico de en-

fermedades pulmonares en las que se sospecha una lesión endobronquial como el carcinoma broncogénico. Sin embargo, su rentabilidad es muy inferior cuando las lesiones se localizan en la periferia, dependiendo de su tamaño, localización exacta y las técnicas endoscópicas utilizadas. La BPE obtiene una mayor rentabilidad en las neoplasias periféricas (sensibilidad del 50% para masas y del 37% para nódulos) que el BAS, LBA, cepillado bronquial o citología de esputo, dependiendo de la accesibilidad de la lesión, la colaboración del paciente y el número de biopsias tomadas, haciendo su utilidad más controvertida⁵. Cuando estos nódulos periféricos miden menos de 2 cm, la mayoría de los autores aconsejan otras técnicas como la punción transtorácica para descartar malignidad, aunque su rentabilidad disminuye si las lesiones son benignas (el 80-95% de las malignas y el 50-90% de las benignas) y se asocian un mayor número de complicaciones^{5,6}. A pesar de todo, pensamos que la validez de la broncoscopia fue indiscutible en este paciente, con un diagnóstico final benigno y un amplio diagnóstico diferencial que precisaba de un estudio histológico y microbiológico completo selectivo, utilizando sistemas como la fluoroscopia para dirigir la toma de las muestras en la zona patológica y evitando otras técnicas más invasivas como la biopsia pulmonar, asociadas a una mayor morbimortalidad y estancia hospitalaria. Esto permite especular sobre su utilidad en otros pacientes similares, especialmente si consideramos que es el único caso descrito en la bibliografía en que su diagnóstico pudo ser confirmado por la BPE (MEDLINE 1966-1997), técnica desaconsejada o no utilizada en la mayoría de estas series que recurren directamente a la biopsia pulmonar para su diagnóstico definitivo^{3,4}. Esta posibilidad adquiere una mayor relevancia si consideramos que estos nódulos son una entidad de significado y evolución imprevisible durante la enfermedad, a diferencia de este paciente, que siguió una evolución paralela al cuadro reumatoideo facilitando su confirmación definitiva^{1,2}.

A. Núñez, M. Haro y M. Vizcaya
Sección de Neumología. Hospital General.
Albacete.

1. Helmes R, Galvin J, Hunninghake GW. Pulmonary manifestations associated with rheumatoid arthritis. *Chest* 1991; 100: 234-238.
2. Pérez E, Dansin E, Wallaert E, Tonnel AB. The pleural manifestations of pleuropulmonary disease in rheumatoid arthritis. *Rev Mal Resp* 1991; 8: 169-189.
3. Jolles H, Moseley PL, Peterson MW. Nodular pulmonary opacities in patients with rheumatoid arthritis. A diagnostic dilemma. *Chest* 1989; 96: 1.022-1.025.
4. Remy-Jardin M, Remy J, Cortet B, Mauri F, Delcambre B. Lung changes in rheumatoid arthritis: CT findings. *Radiology* 1994; 193: 375-382.
5. Gasparini S, Ferretti M, Sechi EB, Baldelli S, Zuccatosta L, Gusella P. Integration of transbronchial and percutaneous approach in the diagnosis of peripheral pulmonary nodules or masses. Experience with 1,027 consecutive cases. *Chest* 1995; 108: 131-137.

6. Donado JR, Álvarez CJ, Yubero L, Galán MA, de Miguel E, Alfaro JJ. Biopsia transbronquial en el estudio del nódulo pulmonar solitario: análisis de 185 casos. *Arch Bronconeumol* 199; 31 (Supl 1): 69.

Oxigenoterapia continuada en las neumopatías intersticiales

Sr. Director: Hemos leído con interés la normativa publicada en el número de febrero de la Revista sobre indicación y empleo de la oxigenoterapia continuada domiciliaria (OCD)¹. Es una exposición exhaustiva, actualizada, adaptada a nuestro medio y con un gran contenido práctico.

En el apartado indicaciones, como no podía ser de otro modo, se destacan aquellos aspectos ampliamente aceptados por la comunidad científica, como su efecto beneficioso a largo plazo en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), planteando cuándo se debe iniciar el tratamiento, a qué dosis y en qué condiciones.

En el mismo apartado (indicaciones) figura un subapartado denominado Indicación en otras situaciones donde se dice: "No existe evidencia de que la OCD resulte eficaz en otras situaciones de hipoxemia crónica, como neumoconiosis y otros procesos intersticiales; sin embargo, parece lógico suponer que el alivio de la hipoxemia tenga en éstas efectos similares a los objetivados para la EPOC. *La comprobación objetiva de tal suposición mediante estudios protocolizados resulta deseable.*" Es este último párrafo, especialmente, el que motiva nuestro comentario.

Esta afirmación, con texto similar, figura en otras recomendaciones sobre oxigenoterapia y tiene la misma base: la carencia de estudios controlados a largo plazo que justifiquen su conveniencia o necesidad en las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) en situación de hipoxemia crónica.

Aceptado esto, no es menos cierto que nuestro conocimiento de la fisiopatología de la hipoxemia crónica y su eventual repercusión sobre otros aparatos y sistemas del organismo nos hace pensar que la mejora de la hipoxemia, mediante la OCD, hasta situar la PaO₂ en valores superiores a 60 mmHg, va a tener efectos benéficos sobre cualquier paciente que esté en estado estable con una PaO₂ inferior a 55 mmHg (o a 60 mmHg si se dan otras situaciones: hipertensión pulmonar, corazón pulmonar crónico, etc.), tal como se expresa con la frase: "parece lógico suponer que el alivio de la hipoxemia tenga en estas efectos similares a los objetivados para la EPOC".

Si esto es así, es difícil pensar que vayamos a poder eliminar este tratamiento en un paciente en situación de hipoxemia crónica, si cumple todos los aspectos preceptuados para la EPOC, aunque se trate de una EPID. Tener la convicción íntima, científicamente fundada aunque no evidenciada, de que la OCD va a ser beneficiosa para un paciente con EPID, tal como lo es para uno con EPOC, hace difícil tomar la decisión de no utilizar este recurso terapéutico. Esta actitud abstencionista tendría implicaciones éticas, si no legales.

Con esta convicción, pues, la realización de estudios experimentales protocolizados en los que un grupo de pacientes con EPID evolucionada recibiese O₂ y el otro no recibiera O₂, con objeto de hacer evidente el efecto a largo plazo de la OCD sobre la evolución de la enfermedad o supervivencia del paciente, se nos parece harto difícil, si no imposible.

Por ello, y basados en la evidencia existente para la EPOC, en nuestra opinión debería incluirse en próximas ediciones de la normativa sobre OCD a las EPID en las indicaciones de la OCD, en situación de igualdad a la EPOC, dada la imposibilidad de realizar los estudios deseables y la base científica fisiopatológica que soporta su uso en la EPOC.

E. Rodríguez Becerra y J. Castillo Gómez
Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

1. Sánchez Agudo L, Cornudella R, Estopá Miró R, Molino Martín L, Servera Pieras E. Normativa para la indicación y empleo de la oxigenoterapia continuada domiciliaria. *Arch Bronconeumol* 1998; 34: 87-94.

Respuesta de los autores

Sr. Director: Agradezco en nombre del grupo los elogios que se hace al trabajo de referencia y especialmente la oportunidad de suscitar un intercambio público de opinión, aunque en este caso más que de opinión sea de perspectivas de enfoque.

Evidentemente la EPID tiene múltiples puntos de debate y controversia y uno de ellos puede ser la indicación de oxigenoterapia a largo plazo, pero no es mi objetivo entrar en la consideración de las diferencias existentes en la evolución entre la EPID y la EPOC o respecto a la capacidad predictiva de supervivencia de los diferentes parámetros de función respiratoria en ambos procesos. Ello es debido a que a pesar de que la repercusión de la hipoxemia pudiera tener diferencias de matices en ambos procesos, no disiento de las consideraciones que se hacen en esta carta, como no podría ser de otra forma, pues las diferencias que pueden apreciarse nacen únicamente de la perspectiva con la que se expongan los criterios de indicación de la oxigenoterapia continua. Como los firmantes expresan, efectivamente la convicción de que la OCD va a ser beneficiosa para un paciente con EPID, es una "convicción íntima", perfectamente válida para la toma de decisiones desde el planteamiento individualizado de un neumólogo frente a un paciente concreto. Sin embargo, la perspectiva de un grupo de trabajo describiendo una normativa de actuación refrendada por una sociedad científica, dista mucho de esta situación singular y tiene perspectivas más globales, en las que es obligado basarse en las evidencias más que en las convicciones, aunque éstas sean plenamente lógicas y basadas en datos fisiopatológicos, como sucede en este caso.

Por ese motivo se ha expresado de tal forma la situación en cuanto a la indicación de OCD en EPID. Porque a pesar de que en el plano individual, cada uno de los miembros del grupo de trabajo pudiéramos estar de