



Tabaquismo en la infancia y adolescencia. Papel del pediatra en su prevención y control

M.N. Altet Gómez, M.T. Pascual Sánchez y
Grupo de Trabajo sobre Tabaquismo en la Infancia.
Sociedad Española de Neumología Pediátrica

(*An Esp Pediatr* 2000; 52: 168-177)

INTRODUCCIÓN

Existe evidencia científica de que la exposición involuntaria al humo del tabaco ambiental, especialmente del hábito tabáquico materno, es responsable y coadyuvante de diversas patologías pre y posnatales y también de que el tabaquismo, consumo adictivo de tabaco, es la principal causa de muerte prematura evitable^{1,2}. El inicio en el hábito de fumar se produce principalmente en la adolescencia y se sabe que es más sencillo conseguir frenar el inicio que conseguir que los fumadores dejen de serlo³⁻⁵.

Conscientes del grave problema que el tabaquismo, tanto el activo como el pasivo, representa para la salud de los niños españoles, los objetivos de este informe son: dar a conocer la magnitud de este problema, revisar sus consecuencias y promover conductas por parte de los pediatras que contribuyan a su reducción.

MAGNITUD DEL PROBLEMA

En España alrededor de un tercio de la población general adulta es fumadora (fig. 1), con una tendencia del consumo ligeramente decreciente entre 1987 (38%) y 1993 (36%)^{6,7}, aunque con un pequeño incremento en 1995 (36,9%), siendo el porcentaje de varones fumadores superior al de mujeres fumadoras (47,2% frente al 27,2%). Lo cierto es que existe una tendencia creciente en el número de mujeres jóvenes que se incorporan al hábito⁶⁻⁸ (fig. 2). Si analizamos el consumo de cigarrillos por individuo de 15 y más años de edad, la OMS⁹ calcula en España una tendencia creciente: de 2.190 cigarrillos en el período 1970-1972 a 2.440 en 1980-1982 y a

2.670 en el período 1990-1992. Esto supone 7,5 cigarrillos por individuo y día, sin tener en cuenta el consumo de cigarrillos de procedencia ilegal, difícil de cuantificar, pero que sin duda es elevado, y significaría que, aunque al parecer el número de fumadores es menor, los que fuman lo hacen en mayor cantidad. Se estima que en España, durante 1992, fallecieron 46.226 personas por enfermedades relacionadas con el tabaco, un 93,4% de ellas de sexo masculino. Pero con la incorporación de la mujer al consumo de tabaco, se ha incrementado un 237% el número de mujeres que han fallecido como consecuencia del tabaquismo entre los años 1978 y 1992¹⁰.

Entre los adolescentes españoles escolarizados (Estudio ECERS)¹¹, un 49% ha probado el tabaco y el 24% es fumador actual (13% diario y 10,3% ocasional) y la proporción de chicas fumadoras es mayor que la de chicos (27 frente a 20%); el análisis de la tendencia en este estudio muestra que el descenso en la proporción de fumadores sólo se mantiene en los varones de 13 años (15,6% en 1990 y 9,2% en 1994) y que el tabaquismo en el adolescente se presenta en la actualidad como un fenómeno que afecta más a las adolescentes. Otro estudio interesante¹² analiza la tendencia en el tabaquismo de los escolares de segundo curso de Educación Secundaria Obligatoria (13-14 años de edad) entre 1987-1996, observándose una disminución global del hábito en la década ($p = 0,03$), especialmente en los varones, con una clara disminución ($p < 0,0001$) en la proporción de escolares que dicen haber fumado durante el último mes (31,3% en 1987, 15,5% en 1996).

Correspondencia: Dra. M. Neus Altet. Dispensario Enfermedades del Tórax Dr. Ll. Sayé.
C/ Torres i Amat, 8. 08001 Barcelona.

Recibido en octubre de 1999.

Aceptado para su publicación en enero del 2000.

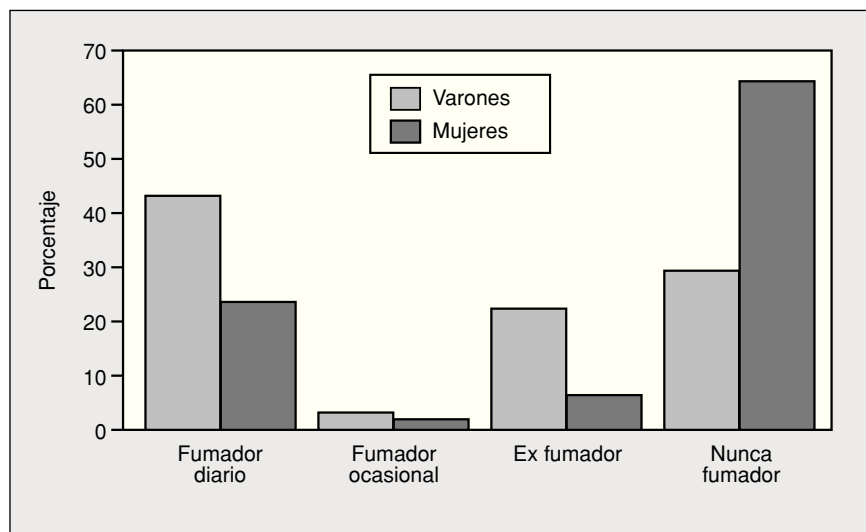


Figura 1. Consumo de tabaco en España. Población mayor de 15 años, según edad y sexo. Tomada de Ministerio de Sanidad y Consumo⁷.

La exposición pasiva al humo del tabaco (EHT) consumido en el hogar ha sido menos estudiada en España. Los datos existentes proceden de servicios de neumología y alergia pediátricas y demuestran que al menos un 47% y hasta un 75% de los niños son fumadores pasivos en el hogar¹³⁻¹⁷, lo que indica la elevada exposición ambiental a la que se hallan sometidos los niños españoles.

Aun cuando es difícil establecer comparaciones entre los diversos estudios, hay bastante homogeneidad en cuanto a la edad de inicio del consumo, que suele producirse a los 12-15 años de edad¹⁶⁻²¹, aunque se está detectando que el primer contacto con el cigarrillo se está

realizando cada vez en edades más inferiores^{21,22}. Con el incremento de la edad, se detecta un aumento progresivo del número de fumadores regulares, del de individuos que han fumado alguna vez y del número de cigarrillos consumidos diariamente^{17,19,21}. Las jóvenes empiezan algo más tarde a fumar, pero lo hacen en mayor número^{18,19,21} y los varones lo hacen en mayor cantidad, y esto sucede tanto en el medio urbano como en el rural²¹. El período de 13-14 años suele ser determinante para la adopción del hábito; a estas edades, las actitudes favorables al tabaco son predictivas de la experimentación o el consumo habitual y la percepción de

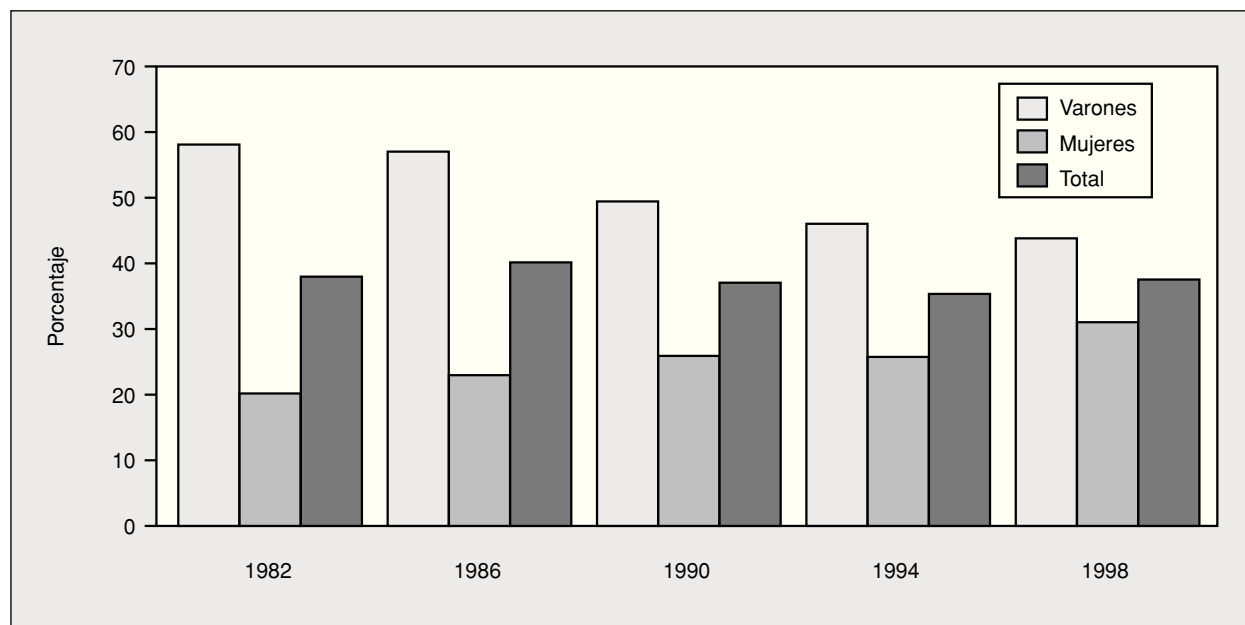


Figura 2. Evolución de la prevalencia del hábito tabáquico en Cataluña (1982-1998). Tomada de Departament de Sanitat i Seguretat Social de Catalunya⁸.

que los amigos fuman, de que lo hace la madre y de que lo realicen los hermanos mayores son variables determinantes tanto en la experimentación como en el consumo habitual^{4,23}.

Durante la adolescencia el individuo busca la "formación de la propia identidad": afirmar su imagen y su propio espacio individual y de grupo. El papel de la publicidad es crucial en este proceso: en ausencia de una dependencia física establecida, la industria tabacalera ofrece mediante la publicidad las imágenes con las que puede identificarse el adolescente, creando un ambiente favorable a la experimentación⁴⁻²⁴.

El tabaco contiene, entre otras, elevadas cantidades de nicotina que crea la dependencia del consumo y es la responsable de su mantenimiento¹⁻². El consumo de tabaco es el primer paso para el inicio en el consumo de otras sustancias adictivas^{11,22,25}. El riesgo de consumir alcohol fue 2,7 veces superior en los varones fumadores y 4 veces en las fumadoras, en tanto que el riesgo de consumir marihuana era 6 veces superior en las adolescentes fumadoras y casi 8 veces en los muchachos fumadores²⁵. El incremento en el consumo de tabaco y alcohol en un corto espacio de tiempo deben alertar sobre un cambio en los hábitos de consumo pasando hacia drogas no legalizadas²⁶.

PRINCIPALES CONSECUENCIAS DEL TABAQUISMO PARA LA SALUD INFANTIL

El tabaquismo materno presenta importantes efectos adversos sobre el crecimiento somático y la morbilidad respiratoria en las primeras etapas de la vida^{1,2,6,27}. En los recién nacidos y lactantes con EHT se ha observado un incremento en el número de hospitalizaciones debidas sobre todo a patología respiratoria aguda: episodios de sibilancias, bronquiolitis y neumonías, alteración en la función pulmonar, que puede persistir hasta los 18 meses de vida e incluso hasta la adolescencia²⁸⁻³¹. En el síndrome de la muerte súbita del lactante, el tabaquismo durante la gestación y la EHT parecen ser los principales factores desencadenantes evitables³². En el niño pequeño se ha demostrado un aumento de la incidencia de enfermedades respiratorias agudas del tracto superior como adenoiditis, amigdalitis y otitis³³, y en los niños más mayores con EHT se ha evidenciado un incremento de patología infecciosa broncopulmonar aguda: bronquitis y neumonías, persistencia de síntomas respiratorios como tos y sibilancias recidivantes, aumento de la incidencia de hiperreactividad bronquial, asma y atopia y en pacientes asmáticos con EHT aumento de la gravedad, intensidad e incidencia de las crisis^{31,33}. Se ha observado un mayor riesgo de desarrollar tuberculosis pulmonar inmediatamente tras la infección primaria en niños con EHT¹³.

Se cuestiona si a largo plazo los niños con EHT pueden manifestar un incremento de enfermedades respi-

atorias. Parece demostrada la persistencia de la obstrucción de las pequeñas vías aéreas, disminución del FEF₂₅₋₇₅, asma y EPOC^{34,35} así como riesgo de cáncer de pulmón en mujeres no fumadoras con EHT durante la infancia³⁶.

En los adolescentes el tabaquismo, tanto activo como pasivo, se asocia de forma significativa con la presencia de síntomas clínicos respiratorios principalmente tos persistente, sibilancias de presentación tardía y asma diagnosticada por un médico³⁷. La afectación de la función pulmonar en los adolescentes fumadores se evidencia por una disminución de los flujos medios, con un efecto dosis-respuesta, que afecta de forma significativa a las mujeres³⁸. También se ha detectado en adolescentes y adultos jóvenes fumadores un mayor riesgo de desarrollar tuberculosis tras la infección primaria³⁹.

PAPEL DEL PEDIATRA EN LA PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO

Está reconocido que los objetivos del control del tabaquismo deben ser disuadir a los niños de que inicien el consumo de tabaco y facilitar el abandono de los adultos⁴⁰. Si como personal sanitario su papel es importante en la lucha antitabáquica⁴⁰⁻⁴², como pediatra su intervención es primordial para disminuir la incidencia de patologías asociadas al tabaquismo pasivo y para prevenir el desarrollo de patologías asociadas al tabaquismo activo en la adolescencia y la adicción al tabaco. En 112 familias de niños fumadores pasivos (de una edad media de 2 años), se investigó la información que poseían sobre el tabaquismo pasivo y se halló que sólo en 6 (5,5%) el pediatra había preguntado sobre tabaquismo doméstico⁴³. Ha llegado, pues el momento de que los pediatras dejemos de ser "pasivos" ante el problema de salud que constituye el tabaquismo: sus actuaciones y responsabilidades deben comenzar en el feto y extenderse hasta los 21 años⁴⁴.

Toda historia clínica de un niño debe contener información relativa al hábito tabáquico de sus padres y de los otros adultos convivientes. En el caso de los adolescentes, es necesario que el pediatra estudie su hábito tabáquico, para lo cual sugerimos un modelo de cuestionario (tabla 1), que nos permitirá conocer su actitud hacia el tabaco y detectar el inicio del tabaquismo. Es de gran importancia saber si el adolescente es un "experimentador", ya que el paso de no fumador a fumador pasa invariablemente por la experimentación²³. En el caso de los adolescentes fumadores es recomendable diagnosticar su grado de dependencia nicotínica mediante el test de Fagerström⁴⁵ (tabla 2); ocasionalmente podemos completar el diagnóstico evaluando alguno de los marcadores biológicos del consumo de tabaco. Es de suma importancia que esta parte de la historia clínica se realice en ausencia de los padres y en el caso de los consumidores, preguntar si sus progenitores lo conocen.

TABLA 1. Preguntas básicas para conocer el hábito tabáquico de los adolescentes y su actitud hacia el tabaquismo

Edad: Sexo: Residencia: _____
 ¿Está aún en la escuela? S/N Nivel escolar: _____
 ¿Cuántas personas viven en su casa?
 ¿Cuántas son fumadoras?
 ¿Quiénes son los fumadores?:
 Padre Madre Hermanos Hermanas Otros
 ¿Dónde prefiere encontrarse con sus amigos? _____
 ¿Alguno de ellos es fumador? S/N
 ¿Su más amigo/a es fumador/a? S/N
 ¿Ha probado el tabaco alguna vez? S/N
 Si es que Sí, ¿Qué clase de tabaco?: _____
 ¿Ha consumido tabaco dentro de los seis últimos meses?
 Cada día Al menos una vez por semana
 Menos de una vez por semana Sólo alguna vez
 Nunca
 ¿Crees que usarás el tabaco cuando seas más mayor?
 Sí No Quizás
 ¿Crees que fumar es...?:
 Divertido Es malo para la salud
 Te hace sentir bien Puede producir cáncer
 Te ayuda a hacer amigos Estarás en baja forma
 Te hace parecer mayor Te hace oler mal
 Para que te respeten más Es un gasto inútil
 ¿Has pensado en dejar de fumar? S/N

TABLA 2. Test de dependencia a la nicotina de Fagerström (FTQ)

1. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	10 o menos 11 a 20 21 a 30 31 o más	0 puntos 1 punto 2 puntos 3 puntos
2. ¿Cuál es el tiempo transcurrido desde que se levanta hasta que fuma el primer cigarrillo?	Menos de 5 minutos De 6 a 30 minutos De 31 a 60 minutos Más de 60 minutos	3 puntos 1 punto 1 punto 0 puntos
3. ¿Fuma más por las mañanas?	Sí No	1 punto 0 puntos
4. ¿Tiene dificultad para no fumar en lugares donde está prohibido?	Sí No	1 punto 0 puntos
5. ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que pasar la mayor parte del día en la cama?	Sí No	1 punto 0 puntos
6. ¿A qué cigarrillo le costaría más renunciar?	Al primero del día Todos los demás	1 punto 0 puntos

EL PEDIATRA COMO MODELO

Datos recientes de Cataluña muestran que un 13,9% de los médicos y un 23% de las enfermeras aún permiten a sus pacientes fumar en las salas de espera y que un 10,3% de los médicos y un 1,9% de las enfermeras fuman delante de los pacientes⁴⁶, destacando que entre 1982-1996 se ha producido una reducción importante de la prevalencia de tabaquismo entre los médicos (52,8% en 1982 y 31,3% en 1996) tanto en los varones como en mujeres, aunque en los profesionales de enfermería la evolución de la prevalencia entre 1986-1996 no presenta cambios y se mantiene constante (42,4% en 1986 y 40,5% en 1996)⁸. En España, en una encuesta realizada en 1995 sobre un colectivo de 1.156 médicos, la prevalencia de fumadores detectada fue del 46,9% (45,5% para los varones y 50% para las mujeres)⁴⁷.

Los médicos y otros trabajadores sanitarios tienen un importante papel como líderes en la sociedad y son patrones de referencia en cuanto a la práctica de conductas de vida sana. Por este motivo no sólo es necesario no fumar delante de los pacientes, sino también demostrar que deseamos que nuestro ambiente sanitario esté libre de humo para que el paciente perciba de forma clara que el tabaco es perjudicial para la salud. Deben ser conscientes de este papel ejemplar incluso aquellos que son fumadores: una conducta racional sería que éstos, conscientes del mensaje negativo que transmiten, decidan abandonar el hábito^{35,41,42}. Si ello no es posible, deben evitar mostrar su condición de fumadores durante su ejercicio profesional (eliminar olores, colillas, ceniceros), aunque ello implique un esfuerzo.

EL PEDIATRA Y LA EDUCACIÓN SANITARIA ANTITABACO

El pediatra debe ser un agente de educación sanitaria proporcionando información (qué es el tabaco, cuáles son sus riesgos), motivación (incitar a que el mensaje recibido se traduzca en conductas positivas, actos o hábitos de salud) y ayuda para conseguirlo (información sobre métodos de cesación, refuerzo positivo, dar instrucciones concretas)⁴⁸. Para ello debe servirse de folletos y carteles de divulgación. Esta labor, cuando va dirigida al niño, deberá comenzar antes de que éste llegue a la adolescencia, con objeto de que cuando se alcance ese período de la vida tenga afianzada una postura clara frente al tabaquismo. La educación sanitaria debe ayudar al niño y al joven a tomar decisiones inteligentes sobre el hábito de fumar y a reforzar las decisiones adoptadas contra las posiciones y presiones de los compañeros y otras influencias ambientales que le impulsan a adoptar el hábito^{42,48,49}.

El niño es muy receptivo al aprendizaje de conocimientos y a la asimilación de hábitos. Inicialmente es la familia la que más influye en el comportamiento del

niño. Las imágenes primarias de identificación son siempre parentales: así el porcentaje de adolescentes fumadores es superior entre aquellos cuyos padres son fumadores⁴⁸. El pediatra debe ser pues el educador sanitario de la familia en un sentido amplio, y muy especialmente en cuanto al tabaquismo, función que complementará a la que los maestros y profesores deben ejercer desde la escuela. En la **tabla 3** se expone un modelo de hoja informativa que podría ser entregado a los padres.

Es necesario conocer los factores asociados a la adquisición del hábito y dado que el posible riesgo de una enfermedad futura suele ser poco valorado entre niños y jóvenes, las motivaciones hay que buscarlas en situaciones más cercanas (p. ej., disfrutar de buena forma física, aspecto físico, no le olerá mal la boca, no tendrá manchas amarillas en los dientes)^{42,48}. Un argumento importante en los padres fumadores consiste en hacer-

les ver cuál es su función modélica y la ambivalencia y ansiedad que crean en el niño. Muchos niños conocen los efectos nocivos del tabaco a través de los mensajes que reciben, por lo que no pueden entender que sus padres a los que ama y admira sigan consumiendo cigarrillos y temen que puedan enfermar, situación que llega a crearles ansiedad y desasosiego, siendo muchos los niños que insisten a sus padres para que dejen de fumar.

Los mensajes educativos deben ser hechos teniendo en cuenta su estilo de vida, utilizando un lenguaje apropiado que pueda ser entendido incluso por el niño cualquiera que sea su edad si el mensaje va dirigido a él⁵⁰. No olvidemos que en muchos niños utilizar términos como “no debes” o “no hagas...” pueden ser una invitación para hacerlo, por lo que podemos obtener el resultado contrario al mensaje que queremos transmitir.

EL PEDIATRA Y EL CONSEJO ANTITABACO

El consejo antitabaco debe dirigirse a los fumadores, adolescentes y adultos convivientes de los niños a los cuales atendemos, muy en especial a las embarazadas. Hay que valorar muy positivamente el que un 5% de los jóvenes encuestados de 15-24 años de edad sean ex fumadores⁸, lo que debe ser un estímulo para los pediatras en este empeño de reducir el consumo.

La decisión de dejar de fumar es difícil de tomar, incluso en los jóvenes, puesto que tanto la dependencia física como la psicológica pueden ser muy altas, por lo que aconsejar y motivar puede requerir que el pediatra sea persistente y convincente. La preocupación de los médicos acerca de una reacción negativa hacia este tipo de intervención no parece estar justificada; al contrario, hablar de este tema hizo comprender a los padres que no habían sido conscientes del riesgo a que sometían a sus hijos⁵¹. En los adultos, el miedo a enfermar ellos mismos o a contribuir a la falta de salud y en consecuencia de recursos económicos de su familia suele ser una motivación importante⁴⁸. En distintas encuestas efectuadas en algunas comunidades autónomas de España (Cataluña, Galicia, Madrid) en 1995-1996 más de un 95% de los médicos proporcionan consejo antitabaco a los que presentan síntomas relacionados con las patologías atribuibles al tabaquismo, un 90% a los que plantean el tema, pero sólo un 60-70% lo ofrecen a los que no presentan síntomas ni plantean el tema⁴⁷. También es cierto que en general existe un importante desconocimiento y falta de entrenamiento en cuanto a las actitudes y estrategias necesarias para ayudar al fumador a dejar de serlo^{35,52}.

No sólo es necesario conocer si una persona es o no es fumadora, y en los fumadores el grado de dependencia nicotínica, sino que es fundamental conocer su motivación para dejar de fumar, con objeto de poder indicar una acción adecuada^{35,41,47} (**tabla 4**). Una aproxi-

TABLA 3. Recomendaciones dirigidas a los padres

<p>Qué debemos saber acerca del tabaquismo</p> <p>La adicción al consumo de tabaco (tabaquismo) es la principal causa de muerte prematura evitable y de pérdida de la calidad de vida, puesto que es responsable entre otras, de enfermedades como enfisema, bronquitis crónica, enfermedades cardiovasculares y diversos tipos de cánceres, principalmente de laringe y pulmón. La exposición de los no fumadores al humo del tabaco consumido por otros se denomina “Tabaquismo pasivo” o “Tabaquismo de segunda mano”</p> <p>Las cifras en España</p> <ul style="list-style-type: none"> – Un 30-40% de los españoles mayores de 35 años son fumadores – Cada año mueren cerca de 50.000 españoles por enfermedades relacionadas con el tabaco. ¡Más de 100 cada día! – Más del 50% de los niños están involuntariamente expuestos al humo del tabaco – Los niños menores de 5 años, expuestos al humo del tabaco consumido por sus padres (sobre todo si la madre fuma) tienen nicotina en su orina en cantidades equivalentes a un adulto que fuma 2-5 cigarrillos al día. La nicotina permanece en la leche de la madre hasta 5 horas después de que ella haya fumado un cigarrillo. En consecuencia, ya se está iniciando la adicción del niño a la nicotina – Los hijos de padres fumadores suelen ser fumadores – Fumar en el hogar, especialmente en presencia del niño, puede poner en riesgo la salud de la familia <p>¿Qué se puede hacer?</p> <ul style="list-style-type: none"> – La madre y el padre son los ídolos del niño. Dad ejemplo – No dejes que otros fumen en tu hogar – No fumes en presencia de los niños – Apoya las prohibiciones de fumar en lugares públicos – Por tu bien y el de los tuyos: deja de fumar – Edúcate y educales en los efectos nocivos del tabaco – Pero sobre todo: <i>no le enseñes a fumar</i>
--

mación general a las intervenciones de cesación tabáquica consistiría en lo que en inglés ha sido denominado la regla de las "4 A"⁵³.

1. Preguntar (*Ask*): inquirir a cada paciente acerca de sus hábitos de consumo de tabaco en cada una de las visitas.

2. Aconsejar (*Advice*): ofrecer motivos para la cesación de una forma clara y concisa en cada una de las visitas.

3. Valorar (*Assess*): evaluar el grado de motivación del paciente para dejar de fumar.

4. Ayudar (*Assist*): ayudar a los pacientes que desean dejar el consumo, estableciendo un plan de acción y seguimiento.

En el caso del fumador que no se ha planteado nunca dejar de fumar, el pediatra puede realizar lo que se denomina la "intervención mínima", que es muy efectiva y sólo requiere un breve período de tiempo (3-5 minutos) de dedicación⁵⁴. Russell et al⁵⁵ demostraron que un consejo breve (menos de 3 minutos) y firme, acompañado de la entrega de una hoja informativa con consejos e instrucciones para dejar de fumar y el aviso de que se realizaría un seguimiento consiguió un 5,1% de abstinencias a los 12 meses de la intervención. Para que la intervención mínima sea efectiva, el consejo antitabaco debe ser claro, serio, corto y personalizado. En el caso de los niños que presentan patologías asociadas que pueden beneficiarse de la cesación tabáquica

de los padres, debe hacerse hincapié en los beneficios para la salud del niño. En concreto, hay que informarle de los peligros del tabaco y de los beneficios de la cesación. Es importante proporcionar folletos informativos sobre los distintos métodos de abandono y con consejos para facilitarles el proceso, comunicándoles que en posteriores visitas, de forma adecuada y sin que ello represente una molestia, vamos a efectuar un seguimiento del proceso.

En los fumadores con baja dependencia nicotínica dejar de fumar puede no entrañar excesivas dificultades, a veces incluso están esperando tener un buen motivo o una buena razón para hacerlo; aprovechemos esta circunstancia proporcionándoles el estímulo y la información necesarias. En la fase de acción se ha de reafirmar a los padres, o en su caso al adolescente, en su decisión de dejar de fumar, informarle de la posibilidad de recaídas, pero también de que va a recibir ayuda en su saludable empeño de dejar de consumir tabaco. Cuando la dependencia es elevada, el individuo ha realizado varios intentos de cesación fallidos y manifiesta abiertamente que desea dejar de fumar, puede ser necesario remitirle a una unidad de tabaquismo para tratamiento especializado. Este tipo de tratamiento precisa la utilización conjunta de diversas estrategias terapéuticas^{35,42,44,56}.

1. Tratamiento farmacológico mediante terapia sustitutiva con nicotina para combatir la dependencia física.

TABLA 4. Nivel de motivación del paciente para la cesación tabáquica: intervenciones y mensajes apropiados a cada uno de dichos niveles

Nivel de motivación para el abandono	Intervención	Mensaje
Fase de precontemplación: "Estoy bien. No he pensado nunca en dejarlo"	Información de los riesgos asociados al tabaquismo activo y pasivo Folletos y material didáctico ¿Síntomas atribuibles al tabaquismo?	"Debe dejar de fumar"
Fase de contemplación: "Quizás debiera dejarlo"	Motivar: resaltar los beneficios derivados de la cesación, principalmente en relación a la situación clínica del paciente o del niño	"Mi consejo es que usted debe dejar de fumar" "No es tan difícil como parece"
Fase de acción: "Deseo dejarlo. Necesito ayuda"	Refuerzo de la motivación Preparación. Folletos y material didáctico Historia clínica. Test de Fagerström. CO Fijar una fecha de abandono Informar y decidir tipo de tratamiento farmacológico Enviar a unidad de tabaquismo si procede	"Hay que prepararse" "Móntese la vida sin tabaco" "Ha de aprender a vivir sin el tabaco" "¿Cuándo empezamos?" "Le vamos a ayudar"
Fase de mantenimiento: "Sigo sin fumar. ¿Puedo hacer algo más?"	Estudio de los síntomas de abstinencia Refuerzo de la motivación Control del peso, insomnio, situaciones alto riesgo Efectos adversos del tratamiento	¡Enhorabuena! "No tenga un exceso de autoconfianza" "Encender un cigarrillo, es volver a empezar" "Repetir cada mañana: hoy no fumaré"
Fase de recidiva: "No lo he conseguido. Creo que nunca lo conseguiré"	Evaluar el nivel de cesación Evaluar nivel de motivación Estudiar las causas de la recidiva Evaluar las necesidades de nicotina Refuerzo positivo Enviar a unidad de tabaquismo	"La mayoría de fumadores que lo han dejado no lo han conseguido al primer intento" "Hay que volver a intentarlo, hay que prepararse mejor, hay que conseguirlo: cada vez tiene más probabilidades"

TABLA 5. Recomendaciones sobre tabaco y embarazo

<p>Durante el embarazo</p> <p>Si es fumadora, le recomendamos que deje de fumar Si no es fumadora, también le recomendamos que no esté expuesta al humo del tabaco</p> <p>Existen numerosos estudios que demuestran de forma evidente los efectos nocivos del hábito de fumar durante el embarazo; los más importantes son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disminución del peso del recién nacido de hasta 320 g. Cuanto más fuma la madre menor puede ser el peso del bebé. 2. Aumento del riesgo de presentar muerte súbita del lactante; no se conoce con certeza las causas de este grave incidente, aunque se sabe que el tabaquismo de la madre durante el embarazo y la exposición pasiva al humo de tabaco en el niño pequeño son factores desencadenantes, siendo los únicos que se pueden evitar. 3. Los hijos de madres fumadoras nacen con los bronquios más pequeños y presentan mayor número de enfermedades respiratorias (bronquitis, asma), también tienen más infecciones de vías altas (otitis, adenoiditis, amigdalitis) y, además, las presentan antes que los hijos de mujeres no fumadoras 4. El riesgo de los procesos mencionados aún aumenta más si el niño, después de nacer, está expuesto al humo del tabaco. Si la madre fuma, se produce una disminución del volumen de la leche y en la cantidad y la calidad de grasas que necesita el bebé. Además, la nicotina pasa a través de la leche y es como si el bebé fumara 5. Los hijos de madres que fuman durante el embarazo pueden presentar disminución en su coeficiente intelectual y tienen más problemas de conducta: cólicos del lactante, irritabilidad, hipercinesia... <p>Si actualmente fuma es un buen momento para dejarlo. Su médico le puede ayudar a abandonar definitivamente este hábito. Pídale consejo</p> <p>Si no es fumadora, evite los ambientes fumadores durante el embarazo y después del mismo</p>

2. Consejo médico y educación sanitaria para combatir el hábito.

3. Tratamiento psicológico (terapia conductual) para combatir la dependencia psicológica.

Es recomendable que los pediatras estén informados de cuáles son los medios que tienen a su alcance para orientar y derivar a los pacientes que necesiten tratamiento especializado. En la [tabla 4](#) se exponen las intervenciones y mensajes básicos que podemos usar.

El consejo antitabaco a las embarazadas es fundamental. Durante el embarazo muchas mujeres tienen una alta motivación para dejar el hábito, situación que hay que estimular con el mensaje de que la cesación será lo mejor para el feto, pero que los beneficios persistirán si sigue abstinente después del parto. Aunque los efectos saludables para el feto son mayores cuanto más precozmente cese el consumo, lo cierto es que los beneficios se producen desde el mismo momento que

abandone el hábito. Sin embargo, una elevada proporción de madres sigue fumando durante el embarazo o vuelve a hacerlo después del parto. En el primer caso, debe intentarse al menos que reduzca al mínimo el consumo. Se ha observado que en las intervenciones más efectivas se empleó una combinación de consejo individualizado, material de apoyo y seguimiento⁵⁷. En el segundo caso, las recaídas pueden reducirse mediante educación sanitaria reiterada (información sobre los riesgos en el recién nacido y niño pequeño (muerte súbita del lactante, procesos respiratorios, etc.). La prevención de la recidiva debe comenzar antes del parto. No existen estudios clínicos que hayan comprobado los beneficios y los riesgos de la terapia sustitutiva con nicotina para ayudar a la cesación tabáquica en las embarazadas. Debe intentarse que dejen de fumar sin tratamiento farmacológico. La terapia sustitutiva con nicotina podría ser usada durante el embarazo sólo si existe una alta probabilidad de cese y sus beneficios superen al riesgo de su utilización y al del consumo durante el embarazo⁵². Destruyamos el tópico de que es peor para el feto la ansiedad e irritabilidad de la madre ocasionada por el cese brusco en el fumar que el efecto nocivo ocasionado por el tabaco. Podemos y debemos aconsejar y ayudar a las embarazadas a dejar de fumar y si ello no es posible, intentar al menos que reduzcan al mínimo el consumo. La [tabla 5](#) expone un modelo de hoja informativa que se les puede proporcionar, aunque sería conveniente acompañarlo de alguno de los folletos editados por el Ministerio de Sanidad y Consumo o por las correspondientes consejerías de sanidad de las comunidades autónomas.

EL PEDIATRA Y LA LUCHA ANTITABACO COMUNITARIA

La prevención del tabaquismo debe ser abordada desde una perspectiva de salud individual y comunitaria y necesita de un marco legal que actúe de soporte a la estrategia general diseñada por las autoridades sanitarias de una comunidad^{40,42}. En este sentido, pues, hay una serie de actividades (legislación, publicidad, precios) que aunque directamente no dependen de los pediatras, sí que necesitan de su soporte.

El mensaje que transmitimos de forma individual puede ayudar a nuestros pacientes, pero es fácil comprender que el ambiente favorable al tabaco puede ser muy fuerte para combatirlo y son necesarias estrategias globales de tipo social. También ahí el pediatra puede desempeñar un papel importante^{40,41,58}: apoyando las campañas locales, hablando con otros compañeros y motivándoles, participando en charlas en las escuelas e institutos, apoyando la legislación antitabaco de su comunidad, promoviendo ambientes "libres de humo" y denunciando en la medida que esté a su alcance las maniobras publicitarias de las tabacaleras, por tal de modi-

ficar las actitudes sociales que incitan a la incorporación de los niños y adolescentes al consumo de esta sustancia adictiva.

CONSIDERACIONES FINALES

En las sociedades donde el uso del tabaco está descendiendo se manifiestan dos actitudes importantes⁴⁰:

1. Cada vez es mayor el número de personas que creen que el daño producido por el tabaco es inaceptable y que niños y jóvenes deben ser protegidos de este peligro.

2. Los miembros de la sociedad no deben respirar el humo del tabaco exhalado por otros.

Es evidente que nos queda mucho camino por recorrer hasta conseguir estos objetivos. La epidemia del tabaquismo sigue extendiéndose, y a tenor de los datos conocidos en España, donde el tabaquismo en las mujeres jóvenes sigue incrementándose, no podemos esperar un cambio importante en un futuro inmediato. El lema "Voluntarios hoy, adictos mañana" serviría para definir la carrera que inicia el adolescente instaurando en su vida una adicción que inexorablemente puede conducirle al deterioro de su calidad de vida y a una muerte prematura evitable

Se ha dado gran valor al papel ejemplar de los padres, a los programas educativos en las escuelas y a las estrategias comunitarias. Los pediatras no hemos sido tenidos en consideración. Sin embargo, los pediatras somos los cuidadores de la salud actual de los niños, los futuros miembros activos de la comunidad. Cualquiera que sea el ámbito de actuación de cada uno de nosotros (asistencia primaria, hospitalaria, privada, etc.), individual y colectivamente, los pediatras podemos ayudar a los niños a crecer sin tabaco. Podemos "crear un mundo que permita a los niños elegir no fumar, un mundo que los proteja del tabaquismo de los adultos"⁵⁸. Los pediatras podemos y debemos ayudar.

Agradecimiento

Al Dr. Esteve Saltó i Cerezuela por sus magníficas sugerencias y consejos, así como por los datos que nos ha proporcionado.

GRUPO DE TRABAJO "TABAQUISMO"

Coordinadoras:

M.N. Altet Gómez y M.T. Pascual Sánchez

Miembros del Grupo que han colaborado en la redacción:

J. Alcaide Mejías, *Dirección General de Salud Pública. Generalitat de Catalunya*. M.N. Altet Gómez, *Dispensario Enfermedades del Tórax Dr. Ll. Sayé. Barcelona*. L. Arranz Arana, *Hospital Zumárraga. Guipúzcoa*. O. Asensio de la Cruz, *Hospital de Sabadell Parc Taulí. Sabadell (Barcelona)*. M. Bosque García, *Hospital de Sabadell Parc Taulí.*

Sabadell (Barcelona). G. Castellano Barca, *Centro de Salud El Zapatón. Torrelavega (Cantabria)*. I. Cortell Aznar, *Hospital Universitario La Fe. Valencia*. C. Galván Fernández, *EAP La Laguna. Tenerife*. F. Girón Caro, *Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada*. J. Korta Murua, *Hospital Comarcal del Bidasoa. Guipúzcoa*. M. Medina Ramos, *Hospital N.S. de Meritxell (Andorra)*. J.A. López Andreu, *Hospital Universitario La Fe. Valencia*. A. Madroñero Tentor, *Clínica Rotger Palma. Mallorca*. M.M. Lertxundi Etxebarria, *Hospital Zumárraga. Guipúzcoa*. J.J. Morell Bernabé, *C.S. Mérida Sur. Badajoz*. J.C. Ñiguez Carbonell, J.C., *U.T. de Salud Infantil-Escolar. Cartagena*. C. Olivia Hernández, *Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria. Sta. Cruz de Tenerife*. M.T. Pascual Sánchez, *Hospital Sant Joan de Reus. Reus*. C.R. Rodríguez Fernández-Oliva, *E.A.P. Guimar. Tenerife*. S. Rueda Esteban, *Hospital Universitario San Carlos. Madrid*. J. Sánchez Jiménez, *Hospital Sant Jaume. Calella (Barcelona)*. A. Sánchez Marengo, *Hospital Universitario San Cecilio. Granada*. E. Sánchez Sánchez, *C.A.P. Premià de Mar. Premià de Mar (Barcelona)*. J.L. Sécúli Palacios, *Unidad Integrada Clínic-Sant Joan de Deu. Barcelona*. A. Sequeiros González, *Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid*. R.G. Suárez López de Vergara, *Ambulatorio San Agustín. La Laguna. Tenerife*. J.M. Tabarés Lezcano, *Hospital Cristal-Piñor. Orense*. A. Tarrés i Roure, *Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona*. I. Úbeda Sansano, *CAP Godella. Valencia*. A. Vecchi, *Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid*. J.R. Villa Asensi, *Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid*. E. Vizan Idoipe, *Hospital Militar. Sevilla*.

BIBLIOGRAFÍA

1. US Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary smoking: A Report of the Surgeon General. U.S DHHS. Public Health Service. Washington, DC: DHHS (CDC) Publ N.º 86-8400, 1986.
2. US Department of Health and Human Services (DHHS). Reducing the health consequences of smoking. 25 years of progress. A report of the Surgeon General. PHS, CDC, Office on Smoking and Health. Washington, DC: DHHS (CDC) Publ N.º 89-8411, 1989.
3. Altet MN, Alcaide J. Tabaquismo en el adolescente. *An Esp Ped* 1998; Supl 110: 26-31.
4. Casas Anguita J, Lorenzo Martínez S, López Lizana JP. Tabaquismo. Factores implicados en su adquisición y su mantenimiento. *Med Clin (Barc)* 1996; 107: 706-710.
5. Ferris Tortajada J, López Andreu JA, García Castell J, Pérez Tarazona S, Cortell Aznar I. Enfermedades pediátricas asociadas al tabaquismo pasivo. *An Esp Ped* 1998; 49: 339-347.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo (España). Encuesta Nacional de Salud (1993). Madrid: MSyC, 1993.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo (España). Encuesta Nacional de Salud de España, 1995. Información y Estadística Sanitarias. Madrid: MSyC, 1996.
8. Salleras Ll, Pardell H, Saltó E, Tresserras R, Guayta R, Taberner JL et al. 16 Anys de lluita contra el tabac a Catalunya (1982-1998). Barcelona: Fundació Catalana de Pneumologia. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1999.
9. Harkin AM, Anderson P, Goos C. Smoking, drinking and drug taking in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1977.

10. González Enríquez J, Villar Álvarez F, Banegas Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Martín Moreno JM. Tendencia de la mortalidad atribuible al tabaquismo en España, 1978-1992: 600.000 muertes en 15 años. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 577-582.
11. Mendoza Berjano R, Batista Foguet JM, Sanchez García M, Carrasco González AM. El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en los adolescentes escolarizados españoles. *Gac Sanit* 1998; 12: 263-267.
12. Villalbí JR, Barniol J, Nebot M, Díez E, Ballestín M. Tendencias del tabaquismo de los escolares: Barcelona, 1987-1996. *Atención Primaria* 1999; 23: 359-362.
13. Altet MN, Alcaide J, Plans P, Taberner JL, Saltó E, Folguera LI et al. Passive smoking and risk of pulmonary tuberculosis in children immediately following infection. A case-control study. *Tubercle Lung Dis* 1996; 77: 537-544.
14. Callen Blecua M, González Pérez-Yarza E, Garmendia Iglesias A, Míntegui Aranburu J, Emparanza Knorr JI. Efecto del tabaquismo pasivo sobre la función pulmonar en el niño asmático. *An Esp Pediatr* 1997; 47: 383-388.
15. Galván Hernández C, Díaz Gómez NM, Suárez López de Vergara RG. Exposición al tabaco y patología respiratoria en la infancia. *Rev Esp Pediatr* 1999; 55: 323-327.
16. Korta J, Izudaire J, Rodríguez E, Arrázola A, Gabiola Aurrecoetxea J et al. Exposición pasiva al humo del tabaco en un espectáculo deportivo. *An Esp Ped* 1996; Supl. 77: 62.
17. Saltó E, Plans P, Fuentes M, Pardell H, Salleras LI. Epidemiología del hábito tabáquico entre los escolares y jóvenes de Cataluña. *An Esp Pediatr* 1993; 33 (Supl 55): 146-148.
18. Campins Martí M, Gasch Blasi J, Hereu Boher P, Rosselló Urgell J, Vaqué Rafart J. Consumo y actitudes de los adolescentes frente a sustancias adictivas: Encuesta de prevalencia. *An Esp Pediatr* 1996; 45: 475-478.
19. Leandro Liberato SV, Hernández Galindo M, Martínez Hernández N, Ciriza Lalaguna ME. Tabaco en adolescentes: factores asociados y tendencias actuales. *Act Ped Esp* 1997; 55: 210-216.
20. Lendínez de la Cruz JM, García Rosete MI, Campos Rojas MA, Delgado Camacho A. Consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales en adolescentes de una población del litoral andaluz: Conil de la Frontera. *Centro de Salud* 1997; 3: 490-503.
21. 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.
22. Suárez RG, Galván C, Oliva C, Doménech E, Barroso F. Prevalencia de tabaquismo en el adolescente. Relación con otros hábitos tóxicos. *An Esp Pediatr* 1998; Supl. 110: 41.
23. Díaz E, Villalbí JR, Nebot M, Aubá J, Sanz F. El inicio del consumo de tabaco en escolares: estudio transversal y longitudinal de los factores predictivos. *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 334-339.
24. Kessler DA, Wilkenfeld JP, Thompson LJ. Norma de la Food and Drug Administration sobre el tabaco: armonizar la ciencia con la ley. *Pediatrics* (ed. esp.) 1997; 43: 395-398.
25. Díez E, Barniol J, Nebot M, Juárez O, Martín M, Villalbí JR. Comportamientos relacionados con la salud en estudiantes de secundaria: relaciones sexuales y consumo de tabaco, alcohol y cannabis. *Gac Sanit* 1998; 12: 272-280.
26. Bailey SL. Adolescents' multisubstance use patterns: the role of heavy alcohol and cigarette use. *Am J Public Health* 1992; 82: 1220-1224.
27. Tager IB. Health effects of "passive smoking" in children. *Chest* 1989; 96: 1161-1164.
28. Yue C. Environmental tobacco smoke, low birth weight, and hospitalization for respiratory disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 150: 54-58.
29. Morgan WJ, Martínez FD. Maternal smoking and infant lung function. Further evidence for an in utero effect (editorial). *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 158: 689-690.
30. Tager IB, Ngo L, Hanrahan JP. Maternal smoking during pregnancy. Effects on lung function during the first 18 months of life. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 152: 977-983.
31. Martínez FD, Wright AL, Taussig LM, Holberg CJ, Halonen M, Morgan WJ, and the Group Health Medical Associates. Asthma and wheezing in the first six years of life. *N Engl J Med* 1995; 332: 133-138.
32. MacDorman MF, Cnattingius S, Hoffman HJ, Kramer MS, Haglund B. Sudden infant death syndrome and smoking in the United States and Sweden. *Am J Epidemiol* 1997; 146: 249-257.
33. DiFranza JR, Lew RA. Morbidity and mortality in children associated with the use of tobacco products by other people. *Pediatrics* 1996; 97: 560-568.
34. Godden DJ, Ross S, Abdalla M, McMurray D, Douglas A, Oldman D et al. Outcome of wheeze in childhood. Symptoms and pulmonary function 25 years later. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 149: 106-112.
35. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Tabaquismo. Manuales SEPAR, Vol. 1. Madrid: SEPAR, 1995.
36. Fontham ET, Pelayo, Correa PH, Reynolds P, Wu-Williams A, Buffler PA et al. Environmental tobacco smoke and lung cancer in nonsmoking women. A multicenter study. *JAMA* 1994; 271: 1752-1759.
37. Withers NJ, Low L, Holgate ST, Cloug JB. The natural history of respiratory symptoms in a cohort of adolescents. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 158: 352-357.
38. Gold DR, Wang X, Wypij D, Speizer FE, Ware JH, Dockery DW. Effects of cigarette smoking on lung function in adolescent boys and girls. *N Engl J Med* 1996; 335: 931-937.
39. Alcaide J, Altet MN, Plans P, Parrón I, Folguera LI, Saltó E et al. Cigarette smoking as a risk factor for pulmonary tuberculosis in young adults: a case-control study. *Tubercle Lung Dis* 1996; 77: 112-116.
40. Slama K. Tobacco control and prevention. A guide for low Income countries. París: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 1998.
41. Sánchez Agudo L. El neumólogo ante la dependencia tabáquica. Monografías PAR; especial XXV Congreso SEPAR, 1992; 39-60.
42. Pardell H, Saltó E, Salleras LI. Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. Madrid: Ed. Médica Panamericana, 1996.
43. Ferris Tortajada J, García Castell J, López Andreu JA, Pérez Tarazona S. Tabaquismo infantil: ¿Fumadores pasivos o pediatras pasivos? *Acta Ped Esp* 1998; 56: 620-624.
44. Ferris i Tortajada J, García i Castell J, López Andreu JA, Benedito Monleón MC. Tratamiento del tabaquismo. Aspectos pediátricos. *An Esp Pediatr* 1997; 47: 346-352.
45. Fagerström K, Scheindeder N. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *J Behav Med* 1989; 12: 159-182.
46. Direcció General Salut Pública. Enquesta sobre l'habit tabàquic en alguns grups professionals exemplars. Barcelona: Servei Català de la Salut. Generalitat de Catalunya, 1996.
47. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Libro Blanco sobre el Tabaquismo en España. Barcelona: Glosa, 1998.

48. Salleras Sanmartí LL. Educación sanitaria. Principios, métodos, aplicaciones. Madrid: Díaz Santos, 1985.
49. Área de Tabaquismo SEPAR. Previniendo el consumo de tabaco en los jóvenes (editorial). Prevención del Tabaquismo 1999; 9: 4-6.
50. Charlton A. Guest editorial. Children and tobacco. Br J Cancer 1992; 66: 1-4.
51. Szczepanski R, Hillen P. Reduced passive smoking exposure of children-parental behaviour, possibilities for change and determinants. Pneumologie 1999; 53: 37-42.
52. Consensus Statement. The Agency for Health Care Policy and Research. Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. JAMA 1996; 275: 1270-1280.
53. Parran TV. The physician's role in smoking cessation. J Respir Dis 1998; 19 (supl): 6-12.
54. García Hidalgo A. Intervención mínima frente al tabaquismo. Arch Bronconeumol 1995; 31: 114-123.
55. Russell MAH, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioner's advice against smoking. BMJ 1979; 2: 231-235.
56. Jiménez Ruiz CA, Solano S. Tratamiento del tabaquismo: terapia sustitutiva con nicotina. Rev Clin Esp 1994; 194: 487-491.
57. Castellanos E, Nebot M. Embarazo y tabaquismo: magnitud del problema y prevención desde los servicios sanitarios. Med Clin (Barc) 1998; 111: 670-674.
58. INGCAT Declaration on Growing Up Without Tobacco. IUATLD News Bulletin on Tobacco and Health 1998; 11: 38.