



Documentos Técnicos del GVR
(DT-GVR-8)

Tabaquismo. Papel del Pediatra de Atención Primaria

Papel del pediatra de Atención Primaria en el tabaquismo.

Autor:

Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.

Redactores:

Isabel Moneo Hernández
Amparo Forés Catalá
Maria Esteller Carceller

Revisión por pares:

Manuel Praena Crespo (Andalucía), Jose Luis Montón Álvarez (Madrid), Alfredo Cano Garcinuño (Castilla-León), Isabel Mora Gandarillas (Asturias), Águeda García Merino (Asturias), Alfonso Lora Espinosa (Andalucía), Maite Callen Blecua (País Vasco), M^a Isabel Úbeda Sansano (Valencia), Alberto Bercedo Sanz (Cantabria), Carmen Rosa Rodríguez Fernández Oliva (Canarias), Isabel Moneo Hernández (Aragón), José Murcia García (Andalucía), Olga Cortés Rico (Madrid) Maite Asensi Monzó (Valencia)

Fecha de publicación:

21 de mayo de 2013

Cómo citar este documento técnico:

Moneo Hernández I, Forés Catalá A, Esteller Carceller M. Tabaquismo. Papel del Pediatra de Atención Primaria. Documentos técnicos del GVR (publicación DT-GVR-8) [consultado día/mes/año]. Disponible en: <http://aepap.org/grupos/grupo-de-vias-respiratorias>

NOTA

Los conocimientos científicos en que se basa el ejercicio de la medicina son constantemente modificados y ampliados por la investigación. Los textos médicos con frecuencia se ven pronto superados por el desarrollo científico. Los autores y editores de este documento han procurado en todo momento que lo que aquí se publica esté de acuerdo con los más exigentes principios aceptados hoy día para la práctica médica. Sin embargo, siempre cabe la posibilidad de que se hayan producido errores humanos al presentar la información. Además, avances en los conocimientos científicos pueden hacer que esa información se vuelva incorrecta algún tiempo después. Por estos motivos, ni los autores, editores, u otras personas o colectivos implicados en la edición del presente documento pueden garantizar la exactitud de todo el contenido de la obra, ni son responsables de los errores o los resultados que se deriven del uso que otras personas hagan de lo que aquí se publica. Los editores recomiendan vivamente que esta información sea contrastada con otras fuentes consideradas fiables. Especialmente en lo relativo a la dosificación e indicaciones de los fármacos, se aconseja a los lectores que lean la ficha técnica de los medicamentos que usen, para asegurar que la información que se proporciona en este documento es correcta. Este documento está dirigido a profesionales sanitarios y no a público general.

ÍNDICE

Introducción.....	4
Tabaquismo: Antecedentes y situación Actual.....	4
Evolución histórica de la epidemia de tabaquismo.....	4
Niveles de acción.....	5
Exposición al humo del tabaco (EHT).....	7
Magnitud del problema.....	7
Efectos.....	8
Papel del pediatra.....	8
Tabaquismo en la adolescencia (e infancia).....	9
Magnitud del problema.....	9
Particularidades de la adicción en el adolescente.....	10
Efectos.....	11
Papel del Pediatra.....	11
Conclusiones.....	13
Bibliografía.....	14
ANEXOS	
Tabla 1. Efectos del tabaquismo en la edad pediátrica.....	20
Tabla 2. Efectos del tabaquismo en la embarazada.....	21
Tabla 3. Test de Richmond.....	22
Tabla 4. Test de Fagerström.....	23
Tabla 5. Test de Fagerström breve.....	23

INTRODUCCIÓN

Pocas epidemias han sido tan devastadoras y prevenibles como la causada por el consumo de tabaco.

El tabaco es la primera causa mundial de muertes prevenibles. Cada año mata a cerca de 6 millones de personas y causa enormes pérdidas económicas. Si se mantiene la tendencia actual, en el 2030 el tabaco matará a más de 8 millones de personas al año, y podría matar a lo largo del siglo XXI a mil millones¹.

En nuestro país, el 28.1% de la población es fumadora². El tabaquismo pasivo o exposición al humo del tabaco (EHT) es la tercera causa de morbilidad evitable en nuestro medio³.

Se puede afirmar, que el tabaco produce enfermedad y muerte prematura tanto en niños como en adultos.

El consumo de tabaco es un problema en Pediatría. Dado el riesgo de la población infantil a la exposición al humo del tabaco y debido a que la edad más frecuente de inicio del consumo es la adolescencia, el Pediatra de Atención Primaria (PAP) tiene un papel primordial en el abordaje del tabaquismo.

TABAQUISMO: ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL

Evolución histórica de la epidemia de tabaquismo

Durante el siglo XX el consumo de cigarrillos aumentó en los países más desarrollados, y tras varias décadas, fue seguido por un aumento en las enfermedades epidémicas relacionadas (incluyendo cáncer de pulmón y otros tipos de cáncer, enfermedades cardíacas y enfermedad pulmonar crónica).

La relación entre EHT y salud tiene una historia mucho más reciente (primeros estudios epidemiológicos realizados a finales de 1960). Las primeras investigaciones se centraron en la relación entre el tabaquismo de los padres y las enfermedades respiratorias en los niños, estudiando posteriormente la función pulmonar y los síntomas respiratorios en los niños hijos de fumadores⁴. Las pruebas de que el hábito de fumar paterno está asociado con diferentes efectos adversos en la salud infantil son ahora abrumadoras.

A pesar de la creciente evidencia epidemiológica y del posicionamiento de las autoridades sanitarias y las sociedades científicas, las enfermedades relacionadas con el tabaquismo son todavía un importante problema de salud pública.

Niveles de acción

En 2005 entró en vigor el Convenio Marco de la OMS para Control del Tabaco (CMCT)⁵. Dicho convenio es un tratado mundial jurídicamente vinculante que sienta las bases para que los países apliquen y gestionen programas de control del tabaquismo.

Para facilitar su ejecución, la OMS estableció en 2008 el plan **MPOWER**⁶ que consiste en desarrollar 4 áreas (legislativas, de venta, de publicidad y puesta en marcha de programas informativos a la población) que se han demostrado eficaces para reducir el consumo de tabaco y salvar vidas. Sus siglas describen las acciones que pretende:

- **Monitor:** Vigilar el consumo de tabaco
- **Protect:** Proteger a la población del humo de tabaco
- **Offer:** Ofrecer ayuda para el abandono del tabaco
- **Warn:** Advertir de los peligros del tabaco
- **Enforce:** Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio
- **Raise** Aumentar los impuestos al tabaco:

En el reciente “Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo 2011”¹, se actualizan los datos de los países respecto a las seis medidas de **MPOWER**, se examinan las estrategias para incluir advertencias sanitarias (etiquetado de los paquetes y campañas en los medios de comunicación) y se ofrece información del estado actual del conocimiento científico para advertir a las personas sobre los efectos nocivos del tabaco.

La Unión Europea (UE)⁷, en el marco de su Programa de Salud, presentó en el año 2010, el informe del proyecto ACCES⁸, cuyo principal objetivo es aumentar el impacto de los planes de ayuda para la deshabituación tabáquica en adolescentes.

En los últimos años, en España, ha habido cambios sustanciales en la legislación contra el tabaquismo. El 1 de Enero de 2006, entró en vigor la Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo y regulación de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco⁹.

Con la nueva Ley 42/2010, de 30 de diciembre¹⁰ se modifica la previa, aumentándose entre otras medidas, los niveles de protección frente a la EHT en espacios cerrados de uso público o colectivo, con el planteamiento de especial protección a la infancia.

Algunos estudios concluyen que la implantación de leyes antitabaco se asocian a una reducción de la tasa de enfermedades respiratorias en poblaciones que no están expuestas profesionalmente al humo del tabaco¹¹.

Sin embargo, persiste la duda en lo que acontece en la actualidad, con la exposición dentro del domicilio y otros espacios de ámbito privado¹¹⁻¹³. También las Comunidades Autónomas son competentes en materias de salud pública y disponen de legislación propia e iniciativas¹⁴.

Por otra parte, hay evidencia suficiente para apoyar iniciativas que ayudan en la prevención del inicio de consumo del tabaco y en la reducción de la prevalencia de tabaquismo entre los jóvenes¹⁵: programas familiares¹⁶, programas de prevención en la escuela (PPE),¹⁷⁻¹⁹ programas comunitarios^{20,21}, campañas de los medios de comunicación²², programas estatales de control integral del tabaquismo, aumento del precio del tabaco o intervenciones para la reducción del acceso para la prevención de la venta ilegal de tabaco²³.

Finalmente, el PAP debe tener un papel activo en la lucha antitabaco tanto fuera de la consulta, con el soporte de estrategias globales y legislativas²⁴, como en la consulta diaria²⁵.

Se ha comprobado una menor tendencia a preguntar acerca del consumo y a realizar consejo antitabaco en las consultas del PAP, incluyendo los pacientes más frecuentadores al cabo de un año²⁰. En general, existe un importante desconocimiento y falta de entrenamiento en cuanto a las actitudes y estrategias a seguir¹¹.

La actuación debe ir dirigida tanto a los pacientes pediátricos como a sus padres/familia^{26,27} y los campos de acción, en la consulta, se deben centrar en:

- La prevención primaria (información sobre qué es el tabaco y cuáles son sus riesgos)
- La prevención secundaria para disminuir la patología asociada a la EHT por tabaquismo pasivo y activo.

El fin de este documento es abordar la exposición al humo de tabaco en la población infantil y el consumo de tabaco en el adolescente y plantear, en ambas vertientes, el papel del PAP.

EXPOSICIÓN AL HUMO DEL TABACO

Magnitud del problema

El humo del tabaco es un carcinógeno del grupo 1 (sustancias para las que no existe un umbral seguro de exposición)³. La combustión del tabaco origina dos tipos de humo: la principal, exhalada directamente por la persona que fuma y la secundaria o lateral originada por el cigarrillo al consumirse de forma espontánea.

El humo de segunda mano (*Second Hand Smoke*, SHS) es uno de los varios términos usados para la exposición involuntaria de los no fumadores al humo de tabaco de los fumadores o tabaquismo pasivo. El SHS es una mezcla del humo lateral emitido por el cigarrillo encendido (o pipa o cigarro) y de la corriente principal. Gran parte del humo que inhala el fumador pasivo es generado por la corriente secundaria (75%).

El humo lateral, generado en las condiciones de temperatura más bajas en el cigarrillo encendido, tiene mayores concentraciones de los compuestos tóxicos presentes en el humo de corriente principal, incluyendo la nicotina y el monóxido de carbono. El tamaño de sus partículas es menor, por lo que alcanza regiones más profundas del sistema broncopulmonar.

La EHT puede ser estimada por la medición de las concentraciones de los componentes del humo en el aire, o en forma de biomarcadores incluyendo la nicotina y su metabolito cotinina.

Se estima que la EHT causa 603.000 muertes anuales prematuras en el mundo, de las que el 28% son en niños. La población infantil comporta el 61% de la carga de morbilidad atribuible a la EHT²⁸.

En España, entre un 30 y un 50% de la población infantil está expuesta al humo del tabaco en el hogar^{2, 25, 29, 30}. Se observa que aumenta con la edad (23% en menores de 5 años, 40.9% entre los 15-16 años), en las clases sociales más desfavorecidas y en hogares españoles frente a los extranjeros³⁰. Asimismo, cabe tener en cuenta que estas cifras posiblemente sean superadas por la realidad, bien por infradeclaración intencionada de los padres o bien porque los padres no detectan correctamente las fuentes de contaminación por el humo del tabaco³¹.

La prevalencia de tabaquismo durante la gestación, en nuestro medio, es del 20-30%³² observándose una disminución importante respecto al consumo diario previo al embarazo y aumentando nuevamente después del parto³³.

Efectos

En las **tablas 1 y 2** se resumen los efectos de la **EHT en la edad pediátrica** y de la **EHT o tabaquismo activo en la embarazada** sobre el embrión-feto en desarrollo.

Papel del pediatra

La EHT en los niños se produce en diferentes lugares. El hogar es un lugar dominante, porque la legislación de prohibición de consumo de tabaco en los lugares públicos no puede ser aplicada. El papel de la educación en este entorno es fundamental.

Como estrategia de abordaje del tabaquismo en los padres, la Academia Americana de Pediatría recomienda la estrategia de las “2As y 1R”: **Preguntar** (*Ask*), **Aconsejar** (*Advise*) y **Remitir** (*Refer*)³⁴.

El pediatra debe **preguntar** sobre consumo de tabaco en los padres y convivientes en cada visita del niño sano y en la atención por procesos agudos y registrarlo en la historia clínica^{12, 17, 29}.

Asimismo, debe **aconsejar** mantener un ambiente libre de humo del tabaco, dentro del domicilio y en el entorno del niño. El consejo breve antitabaco -ó intervención mínima, realizado en la consulta del PAP, ha demostrado ser efectivo^{12, 20, 29, 34}. Debe ser corto (menos de 3 minutos), con un número reducido de mensajes, claros, firmes y personalizados. Se debe informar de los efectos perjudiciales del tabaquismo en su salud y en el niño debido a la EHT (tabla 1).

Los fumadores pueden ser más sensibles al cambio en puntos clave de sus vidas o de las vidas de sus hijos como es en el embarazo, nacimiento de un niño, imitación de conductas en la primera infancia, enfermedades agudas tales como otitis media o exacerbaciones asmáticas³⁵, entre otros. Los pediatras deben utilizar estas circunstancias como "momentos de enseñanza"²⁷. Se puede acompañar de una hoja informativa con consejos e instrucciones para dejar de fumar²⁰.

Remitir a los padres fumadores a programas de tratamiento del tabaquismo se considera parte de la atención centrada en la familia^{12,17,34}

El PAP tiene contacto en muchas ocasiones con mujeres embarazadas y por ello un papel destacado en el consejo antitabaco¹⁷. Aunque la mayoría de mujeres dejan de fumar durante el embarazo, un porcentaje importante continuarán fumando.

Se debe aconsejar, desde el inicio de la gestación, la suspensión del hábito tabáquico y no sólo la reducción del número de cigarrillos¹². Si bien la abstinencia en fases tempranas del embarazo produce los mayores beneficios para el feto y la futura madre, dejar de fumar en cualquier momento puede producir beneficios. El embarazo es un momento de alta motivación para dejar el tabaco, situación que hay que reforzar con mensajes educativos sobre las consecuencias del tabaquismo sobre la salud del feto, del niño y de la madre^{17,26,27} (tabla 2).

Debido a los graves riesgos del tabaquismo para la embarazada y para el feto, siempre que sea posible, a las fumadoras embarazadas se les deben ofrecer intervenciones psicosociales directas para dejar de fumar que vayan más allá del consejo breve²⁷.

Igualmente la prevención de la recaída debe empezar precozmente, ya que aumenta en el postparto³³, e informar de los efectos adversos de la continuación del hábito tabáquico después del nacimiento (tabla 1).

Se debe aconsejar evitar la EHT tanto en el domicilio como en el entorno de la embarazada¹².

Los padres deben conocer los beneficios que proporciona un ambiente libre de humo para la salud de sus hijos.

TABAQUISMO EN LA ADOLESCENCIA (E INFANCIA)

Magnitud del problema

Según datos del Informe Anual del Observatorio Español de la droga y la toxicomanía (2011) recogidos a través de la “Encuesta Estatal sobre Consumo de Drogas entre Estudiantes de Enseñanza Secundaria de 14 a 18 años” (ESTUDES, 2010)², el tabaco es después del alcohol, la droga más consumida por los estudiantes de Secundaria en España.

El 39,8% ha fumado alguna vez en su vida y el 26,2% lo ha consumido en los últimos 30 días. El consumo en los últimos 12 meses es más prevalente en las chicas (36,4%) que en los chicos (28,1%), tendencia ya iniciada en años anteriores. La prevalencia de consumo de tabaco diario ha descendido desde 2004, estabilizándose en 2008. La edad de inicio se mantiene estable en los 13.5 años.

Es importante destacar que el policonsumo de drogas (legales e ilegales) constituye un patrón de consumo cada vez más prevalente. Entre los que consumen tabaco, el 64,3% consume además una o más sustancias ilegales, principalmente el cannabis. La evidencia es

sugestiva pero no suficiente, para concluir que el tabaquismo en adolescentes y adultos jóvenes contribuye al consumo de drogas ilegales¹⁵.

La gran mayoría de los estudiantes que fuman se había planteado dejar de fumar en alguna ocasión (65,9%), aunque sólo el 22,5% de ellos reconoció haberlo intentado. La percepción del riesgo asociado al consumo diario de tabaco entre los jóvenes es del 90,4% (ascenso iniciado en 2002).

El 77,2% de los estudiantes se considera suficiente o perfectamente informado sobre las drogas, sus efectos y los problemas asociados. Pero dicho porcentaje ha disminuido respecto a años anteriores. Las vías por las que los estudiantes reciben información son, en orden de importancia, las charlas y cursos, sus progenitores, los profesores, los medios de comunicación y los profesionales sanitarios (40.6%), entre otros. Se considera que la vía más apropiada para recibir información son los profesionales sanitarios (50.2%).

Particularidades de la adicción en la adolescencia

Entre los factores predisponentes que conducen a un niño o adolescente a convertirse en fumador destacan: la consideración de actividad de socialización, la influencia de los iguales (amigos fumadores), padres y convivientes fumadores³⁶, profesión de los padres (peor consideración social y remuneración), el grado de cohesión de la familia, clima y rendimiento escolar, control del peso¹⁵, búsqueda de sensaciones, actitudes positivas hacia conductas de riesgo, intención de fumar en el futuro (por no tener nada en contra para hacerlo), ignorancia de los efectos adversos y enfermedades psiquiátricas asociadas.

La evidencia es suficiente para concluir que existe una relación causal entre la intensidad de las campañas de las tabacaleras y la representación del hábito de fumar en las películas y el inicio y dependencia del tabaquismo entre los jóvenes¹⁵. La población pediátrica puede ser particularmente vulnerable al desarrollo de la dependencia del tabaco. Recientes estudios concluyen que la adicción a la nicotina en adolescentes, se produce con un menor consumo de cigarrillos que en adultos^{15, 34, 37}.

Por otro lado, el consumo de tabaco es menos probable si la cohesión familiar es alta, si existen prácticas religiosas en la familia, si se da una correcta supervisión por parte de los adultos, el ejemplo de los adultos no fomenta fumar, y si existe un buen clima escolar y apoyo del profesorado^{20, 34}.

Efectos

En la tabla 1 se resumen los efectos del tabaquismo activo en la infancia y adolescencia. Aparte de los mencionados, en el adolescente se pueden añadir también efectos como el mal aliento, manchas dentales, la falta de independencia (sentimiento de control por los cigarrillos) y finalmente el coste³. En adultos existen pruebas que lo relacionan con un aumento del riesgo de cáncer, enfermedad cardiovascular y respiratoria, reducción de la fertilidad en mujeres, cataratas, disminución de estado de salud, resultados adversos quirúrgicos relacionados con la cicatrización de las heridas y complicaciones respiratorias, fracturas de cadera, disminución de la densidad ósea y úlcera péptica.

Papel del pediatra

La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)²⁷, el Grupo de Abordaje del Tabaquismo de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y el Grupo de Educación para la Salud del PAPPS³ recomiendan la estrategia de las “5As” (**A**veriguar, **A**sesorar, **A**preciar, **A**yudar, **A**rreglar) como método de abordaje del tabaquismo.

Está en investigación la eficacia de la utilización de la estrategia de las “5As” en población infantil y adolescente, aunque la Academia Americana de Pediatría³⁴ avala dicha estrategia y propone añadir otra “A”: **anticipar**.

Anticipar. Debido a la importancia de la prevención primaria, y dado que el consumo de tabaco con frecuencia comienza durante la preadolescencia, los médicos deben ofrecer mensajes de prevención y abandono del consumo de tabaco a los pacientes pediátricos^{27,28}.

Averiguar. Como parte de las actividades preventivas habituales, la historia clínica de un niño debe contener información relativa al consumo de tabaco de los padres y otros convivientes²⁶, así como del nivel de exposición al humo del tabaco (dentro y fuera del hogar)³. Se debe preguntar a los pacientes pediátricos y adolescentes sobre el consumo de tabaco^{27,34,38}. PREVINFAD recomienda, en el adolescente, realizar la anamnesis de consumo de tabaco al menos una vez al año²⁰.

En caso de consumo activo, es necesario evaluar de forma específica:

- El consumo de tabaco: Algunos autores²⁶ proponen unificar la metodología utilizada para valorar el consumo (modelos de cuestionario) con el fin de poder comparar diferentes fuentes epidemiológicas. En el caso de los

adolescentes, se considera importante mantener la confidencialidad: realizar la anamnesis en ausencia de los padres y evaluar si éstos lo conocen^{26, 27, 34}.

- La motivación al cambio mediante el test de Richmond (tabla 3).
- La dependencia nicotínica mediante el test de Fagerström y test de Fagerstrom breve (tabla 4)^{12, 20, 26, 29}.

Ocasionalmente se puede completar el diagnóstico evaluando alguno de los marcadores biológicos de exposición al humo del tabaco: coximetría o medición de CO espirado o midiendo los metabolitos de la nicotina (cotinina) en sangre, orina o saliva^{20, 29, 33}.

Asesorar. Se debe dar un mensaje claro sobre la importancia de abstenerse totalmente del tabaco²⁷. La población adolescente está poco preocupada por la salud a corto y largo plazo, por lo que es importante que el mensaje se de en sentido positivo, incidiendo en aspectos estéticos, deportivos, económicos y personalizarlo, asociando el consumo con síntomas y problemas de salud actuales (ej. asma), y los efectos sobre la salud de otros convivientes. También se debe explicar los efectos perjudiciales en función de la composición del cigarrillo²⁹. La continuidad de la atención permite que se hagan intervenciones breves, ejerciendo un importante efecto a largo plazo y evitando recaídas o el inicio como fumador habitual^{20, 27}.

Apreciar (grado de motivación). Como ya se ha comentado previamente, la mayor parte de los adolescentes están interesados en dejar de fumar² y han realizado al menos un intento de abandono –determinante más importante del éxito final-. No hay pruebas de que dejar de fumar sea más fácil para los adolescentes que para los adultos³⁴. Es importante valorar en todos los fumadores la motivación para hacer un intento de abandono en este momento y las barreras que existen para su abandono²⁹.

Ayudar. El asesoramiento es eficaz para ayudarles a dejar de fumar²⁷. Respecto a las estrategias recomendables en población pediátrica (entrevista motivacional, modelo transteórico del cambio o terapia cognitivo-conductual, entre otras) hay pocos estudios y en la actualidad no tenemos suficientes pruebas para realizar alguna estrategia concreta a nivel general^{27, 39}.

A pesar de que el tratamiento farmacológico de la dependencia del tabaco presenta una fuerte evidencia en adultos, las intervenciones estudiadas (reemplazo de nicotina y bupropion) en adolescentes fumadores no han demostrado efectividad y como

consecuencia, no se recomiendan como componente de las intervenciones pediátricas sobre el tabaquismo^{27, 29, 34, 39}.

Es importante que los pediatras conozcan los recursos disponibles en su Zona Básica o Comunidad Autónoma, para la prevención y tratamiento del tabaquismo²⁰.

Arreglar. Finalmente, se deben programar contactos de seguimiento tanto, en el paciente motivado al abandono del tabaquismo con la finalidad de prevenir la recaída, como en el que no lo está con el objetivo de realizar una atención continuada(27).

La Academia Americana de Pediatría propone, a modo de regla nemotécnica, para los que no deseen dejar el tabaquismo, las “5R”: relevancia (*relevance*) de dejar de fumar, explicar los riesgos (*risks*), recompensar (*rewards*) los progresos, controlar (*roadblocks*) el proceso y aprovechar las sucesivas consultas para repetir (*repetition*) el abordaje del tabaquismo³⁴.

Igualmente la Sociedad Española de Neumología Pediátrica (SENP) recomienda el abordaje del tabaquismo en cuatro etapas: fase 1 ó etapa de conocimiento, fase 2 valorar la actitud frente al tabaco y las barreras que existen para su abandono, fase 3 aportar información escrita, apoyo psicológico, tratamiento farmacológico y fase 4 reforzar el comportamiento de abandono²⁹.

CONCLUSIONES

1. El tabaquismo es un problema de salud pública que afecta de manera directa a la población pediátrica.
2. Hay evidencia científica de los efectos patológicos devastadores tanto del tabaquismo activo como del pasivo.
3. Actualmente existen importantes iniciativas, tanto a nivel local como mundial en contra de la epidemia de tabaquismo.
4. El pediatra, como cuidador de la salud del niño y el adolescente, tiene una importante responsabilidad en la lucha antitabaco.
5. Además, debe conocer las actitudes y estrategias de las que se dispone para abordar el tabaquismo y la EHT en el día a día de la consulta.
6. La investigación sobre intervenciones relacionadas con la prevención y abandono del tabaquismo son prioritarias, debido a que existe una evidencia limitada en la población infantojuvenil.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2011: Advertencia sobre los peligros del tabaco [internet]. Ginebra: Organización mundial de la Salud; 2011. [consultado el 24 de Noviembre de 2012]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf
2. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe 2011. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. [consultado el 24 de Noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/oed2011.pdf>
3. Grupos de Trabajo de Abordaje de Tabaquismo de la SemFYC y Educación para la Salud del PAPPs-semFYC. Guía para el tratamiento del tabaquismo activo y pasivo [internet]. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2009. [consultado el 24 de Noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www.papps.org/upload/file/publicaciones/Guia%20Tabaquismo2009.pdf>
4. Office on Smoking and Health (US). The health consequences of involuntary smoking: A report of the Surgeon General. Rockville (MD): Centers for Disease Control and Prevention (US); 1986.
5. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco [internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2003. [consultado el 24 de Noviembre de 2012]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9243591010.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008: Plan de medidas MPOWER. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008. [consultado el 24 de Noviembre de 2012]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243596280_spa.pdf
7. European Commission. Directorate General Health & Consumers. Public Health. Tobacco [Internet]. Bruselas: Comisión Europea, 2012. [consultado en 24 de Noviembre de 2012]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/tobacco/introduction/index_en.htm

8. Executive Agency for Health and Consumers. Informe ACCESS. Estrategias de acceso a los jóvenes para que dejen de fumar: Principios rectores, estrategias y actividades [internet]. Bruselas: Unión Europea, 2010. [consultado el 24 de Noviembre de 2012]: Disponible en: http://www.accesseurope.com/en/media/ACCESS_Report_Spain.pdf
9. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE num 309 de 27/12/2005
10. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE num 318 de 31/12/2010
11. Sequeiros González A, Romero Andujar F, Altet Gómez MN, Jimenez Ruiz C y Grupo de Trabajo sobre Tabaquismo. Tabaquismo pasivo en la infancia. Después de la ley 42/2010, ¿ qué se ha conseguido para el niños como sujeto pasivo? [Internet]. Sociedad Española de Neumología Infantil (SENP); 2011. [consultado el 24 de Noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www.neumoped.org/docs/Tabaquismopasivoinfancia.pdf>
12. Suárez Lopez de Vergara R. Tabaquismo en el niño. An Pediatr Contin. 2012;10(2):115–9.
13. Holliday JC, Moore GF, Moore LAR. Changes in child exposure to secondhand smoke after implementation of smoke-free legislation in Wales: a repeated cross-sectional study. BMC public health 2009, 9:430.
14. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Campañas por Comunidad Autónoma o Ciudad Autónoma [Internet]. 2012. [consultado el 24 de Noviembre de 2012]. Disponible en: http://www.mssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/campanas_CCA_A.htm
15. Office on Smoking Health (US). Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (U.S); 2012. Disponible en: <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/preventing-youth-tobacco-use/full-report.pdf>

16. Thomas RE, Baker P, Lorenzetti D. Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. Cochrane database of systematic reviews [internet]. 2007. [consultado el 24 de Noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www.thecochranelibrary.com/userfiles/ccoch/file/World%20No%20To%20bacco%20Day/CD004493.pdf>
17. Galbe Sánchez-Ventura J. Prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas [Internet]. PrevINFAD, Grupo de Trabajo de la AEPap y PAPPS de la semFYC. 2003. [consultado el 24 de Noviembre de 2012]. Disponible en: http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_drogas.pdf
18. Thomas R, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. Cochrane database of systematic reviews [internet]. 2006. [consultado el 24 de Noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www.thecochranelibrary.com/userfiles/ccoch/file/World%20No%20To%20bacco%20Day/CD001293.pdf>
19. Servicio Canario de Salud. Programa de Tabaquismo en Enseñanza Secundaria. Programa ITES [Internet]. 2001 [consultado el 24 de Noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/aplicacion.jsp?idCarpeta=2b294ce4-0fce-11de-9de1-998efb13096d>
20. Galbe Sánchez-Ventura J. Prevención del tabaquismo en la adolescencia [internet]. PrevINFAD, Grupo de trabajo de la AEPap y PAPPS de la semFYC. 2006. [consultado el 24 de Noviembre de 2012]. Disponible en: http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_tabaco.pdf
21. Carson KV, Brinn MP, Labiszewski NA, Esterman AJ, Chang AB, Smith BJ. Community interventions for preventing smoking in young people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 7. Art. No.: CD001291.
22. Brinn MP, Carson KV, Esterman AJ, Chang AB, Smith BJ. Mass media interventions for preventing smoking in young people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 11. Art. No.: CD001006.
23. Stead LF, Lancaster T. Interventions for preventing tobacco sales to minors. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 1. Art. No.: CD001497
24. Asociación Española de Atención Primaria (AEPap) y Grupo de Vías Respiratorias (GVR). La AEPap apoya las medidas protectoras frente al tabaquismo en los establecimientos hoteleros [internet]. 2010. [consultado el 24

- de Noviembre de 2012]. Disponible en: http://aepap.org/gvr/pdf/np_tabaquismo_2010.pdf
25. Galbe Sánchez-Ventura J, Córdoba García R, García Sánchez N. Prevención del tabaquismo activo y pasivo en la infancia. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11 (Supl 1:s359–s369)
 26. Altet Gómez M. Tabaquismo en la infancia y la adolescencia. Papel del pediatra en su prevención y control. *An Pediatr (Barc)*. 2000;52(2):168–77.
 27. Fiore M, Jaén C, Baker TB et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. 2008.
 28. Organización Mundial de la Salud. Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke [internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010. [consultado el 24 de Noviembre de 2012]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564076_eng.pdf
 29. Suárez López de Vergara R, Galván Fernández C. Tabaquismo en la infancia y adolescencia. *Manual de Neumología Pediátrica*. 1a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, SA; 2011. p. 427–39.
 30. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España 2006 [Internet]. 2006 [consultado el 24 de Noviembre de 2012]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564076_eng.pdf
 31. Dempsey DA, Meyers MJ, Oh SS, Nguyen EA, Fuentes-Afflick E, Wu AHB, et al. Determination of Tobacco Smoke Exposure by Plasma Cotinine Levels in Infants and Children Attending Urban Public Hospital Clinics. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2012. Sep 1;166(9):851-6
 32. Delgado Peña YP, Rodríguez Martínez G, Samper Villagrasa MP, Caballero Pérez V, Cuadrón Andrés L, Alvarez Sauras ML, et al. Socio-cultural, obstetric and anthropometric characteristics of newborn children of mothers who smoke in Spain. *An Pediatr (Barc)*. 2012 Jan;76(1):4–9.
 33. Fríguls B, García-Algar O, Puig C, Figueroa C, Sunyer J, Vall O. Perinatal exposure to tobacco and respiratory and allergy symptoms in first years of life. *Arch Bronconeumol*. 2009 Dec;45(12):585–90.
 34. American Academy of Pediatrics Julius B. Richmond Center of Excellence. Solving the Puzzle: A Guide to Pediatric Tobacco Control [Internet]. 2011

- [consultado el 24 de Noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www2.aap.org/richmondcenter/SolvingThePuzzle.html>
35. Suárez López de Vergara RG, Galván Fernández C, Oliva Hernández C, Acuirre-Jaime A, Vázquez Moncholí C. Environmental tobacco smoke exposure in children and its relationship with the severity of asthma. *An Pediatr (Barc)*. 2013 Jan;78(1):35–42.
 36. Aburto Barrenechea M, Esteban González C, Quintana López JM, Bilbao González A, Moraza Cortés FJ, Capelastegui Saiz A. Prevalence of tobacco use among teenagers and its relation with family environment. *An Pediatr (Barc)*. 2007 Apr; 66(4):357–66.
 37. Office on Smoking Health (US). How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (U.S); 2010. Disponible en: http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/tobaccosmoke/full_report.pdf
 38. CAN-ADAPT. Canadian Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. Toronto, Canada: Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment, Centre for Addiction and Mental Health; 2011: Disponible en: <https://www.nicotinedependenceclinic.com/English/CANADAPTT/Pages/Home.aspx>
 39. Grimshaw GM, Stanton A. Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane database of systematic reviews* 2006, Issue 4. Art. No: CD003289.
 40. Wisborg K, Kesmodel U, Henriksen TB, Olsen SF, Secher NJ. A prospective study of smoking during pregnancy and SIDS. *Arch Dis Child*. 2000 Sep;83(3):203–6.
 41. Burke H, Leonardi-Bee J, Hashim A, Pine-Abata H, Chen Y, Cook DG, et al. Prenatal and passive smoke exposure and incidence of asthma and wheeze: systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*. 2012 Apr;129(4):735–44.
 42. Jones LL, Hassanien A, Cook DG, Britton J, Leonardi-Bee J. Parental smoking and the risk of middle ear disease in children: a systematic review and meta-analysis. *Arch Pediatrics Adolesc Med*. 2012 Jan;166(1):18–27.
 43. Suárez López de Vergara RG, Galván Fernández C, Oliva Hernández C, Doménech Martínez E, Dorta Delgado JM, Dorta Suárez M. Lung function and

- exposure to tobacco smoke among adolescents. *An Pediatr (Barc)*. 2007 Dec;67(6):559–66.
44. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA; 2006.
 45. Office on Smoking Health (US): Children and Secondhand Smoke Exposure. Excerpts from The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (U.S.); 2007. Disponible en: <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/smokeexposure/fullreport.pdf>
 46. Córdoba-García R, García-Sánchez N, Suárez López de Vergara RG, Galván Fernández C. Exposure to environmental tobacco smoke in childhood. *An Pediatr (Barc)*. 2007 Aug;67(2):101–3.

ANEXOS

Tabla 1. Efectos del tabaquismo en la edad pediátrica

Tabaquismo	Afectación	Suf.	Sug.	Ind.
EHT	Síndrome de muerte súbita del lactante	x		
	Enfermedad vías aéreas inferiores en lactantes y niños	x		
	Tos, expectoración, sibilancias y disnea en niños en escolares si padres fumadores	x		
	Asma en la edad escolar si padres fumadores	x		
	Inicio de los sibilantes en niños pequeños si padres fumadores	x		
	Inicio de asma en niños si padres fumadores		x	
	Persistencia de los efectos adversos en la función pulmonar durante la infancia	x		
	Función pulmonar reducida durante la infancia	x		
	Patología de oído medio en niños (otitis media aguda, recurrente o subaguda) si padres fumadores	x		
	Historia natural de otitis media subaguda si padres fumadores		x	
	Aumento del riesgo de adenoidectomía, amigdalectomía			x
	Riesgo de alergia mediada IgE durante la infancia			x
	Durante período postnatal y cáncer infantil		x	
	Embarazada (durante embarazo) y cáncer infantil			x
	Durante período de lactante e infancia y cáncer infantil			x
	Durante período postnatal y leucemia infantil		x	
	Durante período postnatal y linfoma infantil		x	
	Durante período postnatal y tumor cerebral infantil		x	
Durante período postnatal y otros cánceres de la infancia			x	
FA	Crecimiento pulmonar en la infancia y adolescencia	x		
	Reducción de la función pulmonar y deterior del crecimiento pulmonar durante la infancia y adolescencia	x		
	Síntomas respiratorios (tos, flema, sibilantes, disnea) en niños y adolescentes	x		
	Síntomas asmáticos en niños y adolescentes	x		
	Sibilancias lo suficientemente graves como para ser diagnosticadas de asma en niños y adolescentes susceptibles	x		
	Empeoramiento del pronóstico del asma en niños y adolescentes con asma		x	
	Pérdida significativa de peso en adolescentes y adultos jóvenes		x	
	Arteriosclerosis precoz de aorta abdominal en adultos jóvenes en FA durante la adolescencia y adultos jóvenes	x		
	Arteriosclerosis coronaria en adultos en FA durante la adolescencia y adultos jóvenes		x	

Grupo: grupo de enfermedades. FA: fumador/a activo/a, EHT: exposición al humo del tabaco. Niveles de evidencia: suf.: suficiente, sug.: sugestivo, ind.: indeterminado Tabla adaptada de^{15, 37, 44, 45}

Tabla 2. Efectos del tabaquismo en la embarazada

Tabaquismo	Afectación	Suf.	Sug.	Ind.
EHT	Aborto espontáneo			x
	Mortalidad neonatal			x
	Síndrome de muerte súbita del lactante	x		
	Prematuridad		x	
	Bajo peso	x		
	Malformaciones congénitas			x
	Neurodesarrollo			x
	Crecimiento/talla			x
	Alteraciones conductuales			x
FA	Reducción función pulmonar lactantes	x		
	Enfermedad de vía aérea en lactantes		x	
	Función pulmonar deteriorada en niños		x	
	Embarazo ectópico		x	
	Aborto espontaneo		x	
	Rotura prematura de membranas, Placenta previa, Desprendimiento de placenta	x		
	Disminución del riesgo de preeclampsia	x		
	Prematuridad	x		
	Retraso de crecimiento intrauterino, Bajo peso	x		
	Malformaciones congénitas en general			x
	Fisura oral		x	
	Síndrome de muerte súbita del lactante	x		
	Crecimiento y neurodesarrollo			x
	Cáncer infantil		x	
	Leucemia infantil		x	
	Linfoma infantil		x	
	Tumor cerebral infantil		x	
Otros cánceres de la infancia			X	

Grupo: grupo de enfermedades. FA: fumador/a activo/a, EHT: exposición al humo del tabaco. Niveles de evidencia: suf.: suficiente, sug.: sugestivo, indet.: indeterminado. Tabla adaptada de^{15, 37, 44, 45}

Tabla 3. Test de Richmond. Medición del nivel de motivación para dejar de fumar Valora la motivación para dejar de fumar en una escala de 0 a 10 puntos	
¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?	
No	0 puntos
Sí	1 punto
¿Cuánto interés tiene usted en dejarlo?	
Nada en absoluto	0 puntos
Algo	1 punto
Bastante	2 puntos
Muy seriamente	3 puntos
¿Intentará usted dejar de fumar en las próximas dos semanas?	
Definitivamente no	0 puntos
Quizás	1 punto
Sí	2 puntos
Definitivamente sí	3 puntos
¿Cuál es la posibilidad de que usted en los próximos 6 meses sea un no fumador?	
Definitivamente no	0 puntos
Quizás	1 punto
Sí	2 puntos
Definitivamente sí	3 puntos

Puntuación \leq 4: Motivación baja

Puntuación con valores entre 5 y 6 puntos: Motivación media

Puntuación \geq 7: Motivación alta

Tabla 4. Test de Fagerström. Medición de la dependencia física Valora el grado de dependencia a la nicotina en una escala de 0 a 10 puntos	
¿Cuánto tiempo pasa entre que te levantas y te fumas el primer cigarrillo?	
Hasta 5 minutos	3 puntos
De 6 a 30 minutos	2 puntos
De 31 a 60 minutos	1 punto
Más de 60 minutos	0 puntos
¿Encuentras difícil no fumar en lugares donde está prohibido?	
Sí	1 punto
No	0 puntos
¿Qué cigarrillo te costará dejar más?	
El primero de la mañana	1 punto
Cualquier otro	0 puntos
¿Cuántos cigarrillos fumas al día?	
Menos de 10	0 puntos
Entre 11 y 20	1 punto
Entre 21 y 33	2 puntos
Más de 30	3 puntos
¿Fumas más durante las primeras horas después de levantarte?	
Sí	1 punto
No	0 puntos
¿Fumas aunque estés tan enfermo que tengas que estar en la cama?	
Sí	1 punto
No	

Puntuación ≤ 4: Baja dependencia

Puntuación con valores entre 5 y 6 puntos: Media dependencia

Puntuación ≥ 7: Alta dependencia

Tabla 5. Test de Fagerström breve	
¿Cuántos cigarrillos fumas cada día	
Más de 30 cigarrillos	3 puntos
Entre 21 a 30 cigarrillos	2 puntos
Entre 11 a 20 cigarrillos	1 punto
≤10 cigarrillos	0 puntos
¿Cuánto tiempo pasa entre que te levantas y te fumas el primer cigarrillo?	
Hasta 5 minutos	3 puntos
De 6 a 30 minutos	2 puntos
De 31 a 60 minutos	1 punto
Más de 60 minutos	0 puntos

Puntuación con valores ente 0 y 2 puntos: Baja dependencia

Puntuación con valores entre 3 y 4 puntos: Media dependencia

Puntuación con valores entre 5 y 6 puntos: Alta dependencia