

Abordaje del tabaquismo activo y pasivo desde la consulta del pediatra de Atención primaria



J. Galbe Sánchez-Ventura¹, N. García Sánchez², R. Córdoba García³ y Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia⁴

¹Pediatra. CS Torrero La Paz. Zaragoza. España.

²Pediatra. CS Delicias Sur. Zaragoza. España.

³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Delicias Sur. Zaragoza. España.

⁴J. García Aguado, M. Merino Moína, C. R. Pallás Alonso, J. Pericas Bosch, F. J. Sánchez Ruiz-Cabello, F. J. Soriano Faura, J. Colomer Revuelta, O. Cortés Rico, M. J. Esparza Olcina, J. Galbe Sánchez-Ventura, A. Martínez Rubio.

RESUMEN

En este artículo se pretende abordar los aspectos más relevantes del tabaquismo tanto activo como pasivo desde la consulta de Pediatría de Atención Primaria. En cuanto al tabaquismo pasivo afecta, se sabe que en nuestro medio el 50% de los niños viven en hogares donde se fuma. Si analizamos la magnitud del problema del tabaquismo activo podemos decir que casi un 15% de los adolescentes españoles fuma diariamente. Estas cifras nos dan idea del gran problema que tenemos por delante. La prevención en la consulta consiste en primer lugar en la valoración del consumo mediante anamnesis sistemática y oportunista tanto de los padres como de los adolescentes, y en la valoración de la dependencia así como de la motivación para el cambio mediante herramientas específicas. El consejo antitabaco breve se ha mostrado eficaz en adultos en un porcentaje de hasta un 5-6% de abandono del tabaco a los seis meses, lo que representa una efectividad muy importante a un coste realmente bajo. Sin embargo, no existen pruebas de calidad que avalen la eficacia del mismo consejo en adolescentes. Los programas escolares y comunitarios son heterogéneos en su calidad y también en sus resultados, si bien sigue siendo una vía a desarrollar como actividad comunitaria. Finalmente, las medidas legislativas pueden determinar la disminución del hábito de consumo tanto en adultos como en adolescentes.

MAGNITUD DEL PROBLEMA

El tabaco es la primera causa de muerte evitable en los países occidentales^{1,2}, por lo que se constituye en uno de nuestros principales problemas de salud pública. El tabaquismo es además un hábito que a menudo se adquiere en la adolescencia y se considera también un factor de riesgo para el consumo de marihuana y otras drogas.

TABAQUISMO PASIVO

El tabaco es la causa principal de contaminación ambiental presente en la vida de los niños que conlleva importantes problemas de salud. En un estudio realizado en 2007 en la ciudad de Zaragoza, más del 50% de los niños menores de 14 años vivían en hogares donde estaba presente el humo del tabaco³. Se calcula que esta exposición es equivalente al consumo de 4-10 cigarrillos al día o entre 60 y 150 cigarrillos al año⁴. Los componentes químicos del humo secundario son más tóxicos que los de la corriente principal que se inhala al fumar. El riesgo es mayor para el feto y para los niños menores de 18 meses. En el estudio mencionado realizado en Zaragoza, un 15,6% de las gestantes fumaron durante el embarazo y todas ellas continuaron fumando a lo largo del año siguiente. El tabaquismo materno durante la gestación representa riesgos específicos, ya que los niveles de cotinina fetal alcanzan el 90% de los de la madre^{4,5}. El tabaquismo pasivo de la madre también es perjudicial para el feto y se estima que la exposición de una madre no fumadora al humo del tabaco

puede suponer para el feto el equivalente del consumo hasta de 4-5 cigarrillos al día (Cpd)⁴. El consumo de tabaco durante la gestación se correlaciona con la presencia de importantes alteraciones placentarias demostradas mediante estudios anatomopatológicos, como por ejemplo la presencia de lesiones isquémicas e infartos placentarios, así como un aumento de los espacios intervillosarios. Todos estos cambios dan lugar a un menor peso del feto y a un mayor número de complicaciones obstétricas derivadas de la hipoxemia fetal que lleva a un aumento de riesgo de mutaciones celulares, de embarazos ectópicos, de aumento de la mortalidad perinatal, de alteraciones endocrinas y de la función respiratoria del niño.

Respecto al peso al nacimiento, el tabaquismo exclusivamente paterno de al menos 20 Cpd se correlaciona con un peso al nacer menor estimado en 88 g inferior a la media. Cuando la madre es fumadora de la misma cantidad de cigarrillos la media de peso al nacer se rebaja en 150 g^{4,5}.

Síndrome de muerte súbita del lactante

Se han postulado diversas causas que llevan a un aumento de síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) cuando la madre es fumadora que tienen que ver con anomalías a nivel del control respiratorio central y de la respuesta alterada a la hipoxemia durante el sueño REM inducida por la nicotina. También se han visto aumentos del número de apneas centrales⁴.

Tabaquismo y lactancia materna

Se sabe que las madres fumadoras producen menos leche y con una menor cantidad de grasa que las no fumadoras. De esta manera, la duración de la lactancia materna suele ser menor en las fumadoras. Por otra parte, se ha podido observar un cierto efecto protector de la lactancia materna sobre las infecciones respiratorias de vías bajas si esta se prolonga más allá de los seis meses⁴.

Infecciones respiratorias de vías altas

Son más frecuentes en los niños y niñas expuestos al humo del tabaco, especialmente si la madre es fumadora y esto da lugar a que tienen un 70% más de infecciones respiratorias de vías altas, un mayor riesgo de otitis, faringitis y de infecciones ORL en general^{3,7}.

Infecciones respiratorias de vías bajas

En el ya citado estudio realizado en Zaragoza se pudo comprobar que las infecciones respiratorias de vías bajas eran más frecuentes entre los expuestos al humo del tabaco

de más de 20 Cpd (*odds ratio* [OR]: 3,48; intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 2,07 a 6)³.

También aumentaban el número de episodios de sibilancias, la bronquiolitis y el asma bronquial. Se ha podido comprobar asimismo una peor función respiratoria a lo largo de la infancia siendo mayor la repercusión si la exposición se ha producido durante el embarazo^{3,7}.

Enfermedad meningocócica

Se ha podido observar una mayor frecuencia de enfermedad meningocócica en niños expuestos al humo del tabaco cinco veces más cuando la madre es fumadora, cuatro cuando es el padre y nueve si ambos fuman⁴.

Ateromatosis

Estudios realizados sobre las arterias coronarias de niños expuestos al tabaco se ha comprobado la existencia de lesiones preateromatosas y su progresión a lesiones ateromatosas en niños expuestos al humo del tabaco con mucha mayor frecuencia que en los no expuestos⁴.

Otros trastornos

También se ha comprobado un mayor número de casos de neoplasias de TDAH y de absentismo escolar en niños expuestos al humo del tabaco⁴.

TABAQUISMO ACTIVO

Se puede analizar el problema del consumo de tabaco en escolares españoles a partir de los datos que proporciona el Observatorio Español sobre Drogas del Plan Nacional de Lucha contra las Drogas⁸. El inicio para el consumo de tabaco se sitúa en los 13,3 años y las prevalencias de consumo las podemos ver en la [tabla 1](#).

Existen diferencias notables en el consumo según sexos que lo podemos ver en la [tabla 2](#). Podemos observar que un porcentaje importante son fumadores diarios lo que implica la rapidez con la que se estabiliza el hábito y se hace cotidiano, probablemente por la dependencia que la nicotina genera en un plazo relativamente corto.

Diagnóstico de fumador

En primer lugar debemos preguntar al paciente ya sea un adulto o un adolescente si es o no fumador. En el caso de un adolescente se utilizarán de forma preferente preguntas abiertas e indirectas como, por ejemplo, ¿qué piensas de

Tabla 1. Consumo de tabaco en escolares de Educación Secundaria (14-18 años) y tendencias

Consumo	2004	2006	2008
Alguna vez en la vida	60,4%	44,6%	46,1%
Últimos 12 meses	–	34%	38,1%
Últimos 30 días	–	27,8%	32,4%
A diario en los últimos 30 días	–	14,8%	14,8%

Fuente: Observatorio Español Sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Lucha contra las Drogas. Informe 2009. Disponible en <http://www.dianova.es/docs/publico/oed-2009.pdf>

Tabla 2. Prevalencia en el consumo de tabaco en escolares de Educación Secundaria (14-18 años) según sexos

Consumo	2006		2008	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Alguna vez en la vida	42%	49,8%	42,2%	47%
Últimos 12 meses	–	–	36%	40%
Últimos 30 días	24,8%	30,6%	30,9%	33,8%

Fuente: Observatorio Español Sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Lucha contra las Drogas. Informe 2009. Disponible en <http://www.dianova.es/docs/publico/oed-2009.pdf>

Tabla 3. Recomendaciones de PrevInfad

- Realizar anamnesis de consumo y consejo breve antitabaco en padres y madres al menos una vez cada dos años y especialmente en:
 - Grupos socialmente desfavorecidos.
 - Si hay patología relacionada con el tabaco.
 - Gestantes.
- Derivar a consulta antitabaco si ello es posible en casos indicados.
- Realizar anamnesis en adolescentes, bien de forma programada en las revisiones sistemáticas, bien de forma oportunista en las consultas por patología relacionada, al menos una vez al año.
- Clasificar a los fumadores según su nivel de consumo y actitudes de cambio.
- Realizar test de Fagerstrom para valorar la dependencia y de Richmond de motivación al cambio.
- Realizar consejo breve antitabaco según metodología propuesta.
- Derivar para terapia cognitivo conductual, si hay recursos para ello, a todo fumador regular con elevada motivación para el cambio.
- Participar, si ello es posible, en programas y actividades comunitarias y escolares de prevención del tabaquismo.

Fuente: J Galbe y Grupo PrevInfad. Prevención del Tabaquismo en la adolescencia¹⁹. Disponible en http://www.aepap.org/previnfad/rec_drogas.htm

que muchos de tus compañeros fumen?, o ¿fuma alguno de tus amigos? Puede ser interesante preguntar acerca del consumo en ausencia de los padres.

Una vez conocida la situación de si fuma o no, será necesario saber el número de cigarrillos que fuma al día. Las posibilidades de prevención van a estar muy influidas por el grado de dependencia y por la motivación para el cambio. La determinación de la dependencia puede realizarse mediante el uso del cuestionario Fagerström breve⁹ (anexo 1) y al motivación para el cambio mediante el cuestionario o test de Richmond (anexo 2).

Los estadios en los que se encuentra el fumador son los clásicos descritos por Prochaska y Diclemente:

- Precontemplación: no se ha planteado dejar de fumar.
- Contemplación: considera seriamente dejar de fumar en los próximos seis meses.

- Preparación: es capaz de fijar una fecha y piensa en un plan de acción para dejarlo en el plazo de un mes.
- Acción: realiza acciones para dejar de fumar, o lo ha dejado hace menos de seis meses.
- Recaída: vuelve a fumar después de haberlo dejado: el 75% de las recaídas se producen en los primeros seis meses.

Consejo breve en la consulta de Atención Primaria⁹

Debe ser sencillo y personalizado, teniendo en cuenta las circunstancias clínicas y sociales del paciente. Ofrecer pero no imponer nuestra ayuda y nuestro consejo.

Entrevista motivacional

Se basa en utilizar la empatía usando preferentemente preguntas abiertas, manteniendo una actitud de escucha

reflexiva y promover el sentimiento de autoestima así como fomentar que el paciente exprese sus dudas e inquietudes.

Cuando se trate de adolescentes debe tenerse en cuenta el efecto de invulnerabilidad de los adolescentes y el no valorar los efectos negativos que el tabaco tiene a corto plazo. De modo que el consejo enfatizará en los aspectos negativos a corto plazo como halitosis, manchas en los dedos y dientes, ser desagradable para otros o afectar al ejercicio físico y a la práctica deportiva.

Programas comunitarios

Se refieren al conjunto planificado y coordinado de actividades en las que los agentes comunitarios son los protagonistas. Los programas comunitarios (PC) deben partir del análisis de la realidad local y contrastar con los recursos ya existentes. Suele ser más efectivo aprovechar los recursos disponibles conocidos y aceptados por la comunidad. Los PC deben ser implementados por múltiples agentes de la comunidad. Otra característica de los PC es su gran heterogeneidad, que hace que sea difícil decidir cuál es el mejor PC para una determinada comunidad. En cualquier caso, los PC deben ser evaluados en términos de disminución en el consumo de tabaco.

En la revisión sistemática de Arblaster¹¹ se identificaron 13 estudios metodológicamente adecuados. Los estudios que comparaban intervención frente a no intervención o promoción estándar fueron nueve; de ellos, dos informaron de reducciones en el consumo de tabaco en el grupo de intervención frente al de control. Ambos eran programas diseñados como estudios a largo plazo para la prevención de factores de riesgo cardiovascular. Se dirigían a toda la población e incluían actividades específicas dirigidas a escolares y en el marco escolar. El estudio de Karelia del norte es un amplio estudio de prevención cardiovascular a lo largo de ocho años, que comenzó en 1972 y que incluyó una gran campaña mediática (Vartiainen, 1998). Durante 1978-80 se añadieron dos componentes escolares diferentes al programa. Una de cada dos escuelas llevaba uno u otro programa entre las dos seleccionadas por provincia. El tercer par de escuelas de otra provincia siempre fue utilizado como control y no recibió intervención. Quince años después, cuando los componentes del estudio tenían 28 años, el consumo de tabaco fue un 22% más bajo en el grupo de intervención frente al de control. Por lo tanto, se puede concluir que algunos estudios bien diseñados y mantenidos en el tiempo muestran reducciones modera-

das, entre un 8 y un 22%, en el consumo de tabaco a medio o largo plazo.

Programas escolares

Los programas de prevención del tabaquismo en la escuela deben contar con el apoyo explícito de todo el centro docente, tener un diseño de implementación y de evaluación rigurosos y desarrollarse de forma continuada durante un periodo prolongado de tiempo, coordinándose con otras actividades comunitarias de prevención de consumo de tabaco, drogas o de salud cardiovascular. Deben asimismo huir del voluntarismo y si se hacen, deben ser realizadas por profesionales formados a tal efecto.

Han de basarse en un modelo explicativo claro acerca del consumo de drogas¹⁰. Casi todos ellos se basan en el modelo de aprendizaje social, modelo transteórico de cambios cognitivos, modelo de creencias sobre la salud u otros. En función de este enfoque, los programas tratarán de modificar una o varias de las variables que influyen o determinan el consumo de sustancias. La mayoría de los programas inciden en la capacidad de resistencia, habilidades sociales, resolución de problemas, así como en el aumento de la autoestima. Es importante que el enfoque sea participativo y multidimensional; es decir, que incluya también actividades dirigidas a padres y en la medida de lo posible, participación comunitaria. Algunos programas son en realidad de un ámbito más amplio: prevención cardiovascular y hábitos saludables, prevención de conductas de riesgo en la adolescencia.

En general, los programas pueden clasificarse en uno de estos grupos, basados cada uno en un modelo explicativo del consumo.

- **Programas basados en la información:** los currículos de estos programas se basan en aportar información sobre prevalencias de consumo de sustancias y riesgo de los mismos.
- **Programas basados en la competencia social:** parten de la teoría del aprendizaje social de Bandura (1977), en la que se propone que el aprendizaje se produce por imitación y modelado de la conducta más refuerzos positivos o negativos. A su vez, se ve influido por situaciones favorecedoras y por determinadas habilidades sociales. Estos programas actúan mediante la instrucción, demostración, representación de papeles y refuerzos, así como a través de técnicas de afrontamiento del estrés y mejora de la autoestima.

- **Programas basados en las influencias sociales:** se fundamentan en el modelo de Evans (1976). En estos programas están presentes todos los elementos descritos en el apartado anterior, pero insisten en el uso de la educación normativa y en las técnicas específicas de resistencia (“capacidad para decir que no”), así como en la corrección de creencias que sobreestiman la prevalencia del consumo de sustancias entre adolescentes y adultos (“no es tan normal...”) y la presencia de comités anticonsumo o la enseñanza de técnicas conductuales específicas.
- **Programas multimodales:** combinan elementos de unos y otros y, además, incorporan actividades o programas dirigidos a padres, políticas comunitarias o medidas o iniciativas legislativas. Los programas deben dedicar parte de su tiempo a la formación de los responsables de llevar el programa a la práctica, ya sean los propios maestros u otros participantes.

La evaluación de la eficacia y efectividad de los programas es la parte más complicada por varias razones: lapso de tiempo largo entre implementación (5-8 años) e inicio de posibles consumos (3-5 años), pérdidas de sujetos participantes que sesgan la evaluación, existencia de variables de confusión, unidad de evaluación (individuos o escuela) a veces no muy clara. Existen también poblaciones de alto riesgo o con diferencias étnicas y culturales que requerirían modelos de abordaje diferentes.

No existe evidencia de buena calidad para afirmar que los programas basados tan solo en información modifiquen el consumo de tabaco aunque generen un mayor grado de conocimiento y actitudes negativas hacia el tabaco a corto plazo. Existen datos que indican cierta eficacia, pero de magnitud limitada¹¹, de los programas escolares en la prevención del consumo de tabaco. Se necesitan más estudios sobre programas homogéneos bien evaluados con resultados a medio plazo y realizados en nuestro medio.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

“Smoking”[Mesh] OR “Smoking Cessation”[Mesh]) AND (“Counseling”[Mesh] OR “Directive Counseling”[Mesh]) AND ((Meta-Analysis[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp]) AND “last 5 years”[PDat]).

BIBLIOGRAFÍA

1. Thomas R. Programas escolares para la prevención del tabaquismo. En: Biblioteca Cochrane Plus 2005, n.º 2. Oxford Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update.software.com> (traducido de The Cochrane Library. 2005; Issue 2. Chichester UK John Wiley&Sons Ltd) Fecha de revisión más reciente: 17 de julio de 2002.
2. Alonso de la Iglesia B, Castañal X, Domínguez Gandal F. Tabaquismo, algo más que una epidemia. En: Abordaje del tabaquismo en Atención Primaria. Curso *on line* (semfyCeds.).
3. Marco Tejero A, Pérez Trullén A, Córdoba García R, García Sánchez N, Cabañas Bravo MJ. La exposición al humo de tabaco en el hogar aumenta la frecuentación por patología respiratoria en la infancia. *An Esp Pediatr*. 2007;66:475-80.
4. Córdoba García R, García Sánchez N, Suárez de Vergara RG, Galván Fernández C. Exposición al humo de tabaco en la infancia [Editorial]. *An Esp Pediatr*. 2007;67:101-3.
5. Jedrychowski W, Galas A, Pac A, Flak E, Camman D, Rauh V *et al*. Prenatal ambient air exposure to polycyclic aromatic hydrocarbons and the occurrence of respiratory symptoms over the first year of life. *Eur J Epidemiol*. 2005;20:775-82. DOI:10.1007/s10654-005-1048-1.
6. Eisner M, Forastiere F. Passive smoking, Lung Function and Public Health [Editorial]. *Am J Respir Crit Care Med*. 2006;173:1184. DOI: 10.1164/rccm.2603002.
7. Moshammer H, Hoek G, Luttmann-Gibson H, Neuberger N, Tamenuga A, Gehring V *et al*. Parental Smoking and Lung Function in Children. *Am J Respir Crit Care Med*. 2006;173:1255-63.
8. Observatorio Español Sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Lucha contra las Drogas. Informe 2009. Disponible en <http://www.dianova.es/docs/publico/od-2009.pdf>
9. Cabezas Peña C, Martín Cantera C, Ballvé Moreno JL, Bladé Creixent J, Borrás i Martorell M, Granollers Mercader S *et al*. Detecció i Tractament del Consum de Tabac. Guies de Practica Clínica. Institut Català de la Salut. Generalitat de Catalunya, 2009. Disponible en <http://www.gencat/ics>
10. Galbe J y Grupo PrevInfad. Prevención del tabaquismo en la adolescencia. Disponible en http://www.aepap.org/previnfad/rec_drogas.htm
11. Sowden A, Arblaster L, Stead L. Intervenciones en la comunidad para la prevención del hábito de fumar en los jóvenes (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley&Sons, Ltd.).

Anexo 1. **Test de fagörstrom breve**

¿Cuánto tiempo pasa después de despertarse en fumar su primer cigarrillo?

< 5 min: **3**

6-30 min: **2**

31-60 min: **1**

> 60 min: **0**

¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

> 30: **3**

21-30: **2**

11-20: **1**

< 11: **0**

Puntuación

0 a 2: dependencia baja

3 a 4: dependencia moderada

5 a 6: dependencia alta

Anexo 2. **Test de Richmond**

¿Te gustaría dejar de fumar si pudieras hacerlo fácilmente?

Sí: **1**

No: **0**

¿Cuánto interés tienes en dejarlo?

Mucho: **3**

Nada: **0**

¿Intentarás dejarlo en las próximas dos semanas?

Definitivamente sí: **1**

Definitivamente no: **0**

¿Cuál es la probabilidad de que en los próximos seis meses seas un No fumador?

Definitivamente sí: **1**

Definitivamente no: **0**

Puntuación

0-6: baja

7-9: moderada

10: alta

Anexo 3. **Folleto para el consejo antitabaco en adolescentes.**
Grupo Aragonés de Investigación en Atención Primaria

