ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN LA CONSULTA DE PEDIATRIA

guía para profesionales

GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Autores: (por orden alfabético)

Mª del Pilar Alonso Vigil
Médica. Servicio de Promoción de la Salud y Participación. Dirección General de Salud Pública. Asturias

Víctor Amador Tejón
Pediatra. Centro de Salud La Magdalena-La Carriona. Avilés

Mª Cruz Arguelles Laviana
Pedagoga. Plan de Drogas de Asturias. Dirección General de Salud Pública. Asturias

Mª Victoria Díaz Fernández
Plan de Drogas de Asturias. Dirección General de Salud Pública. Asturias

José Ramón Hevia Fernández
Epidemiólogo. Jefe del Servicio de Promoción de la Salud y Participación. Dirección General de Salud Pública. Asturias

Alejandra Menéndez Robledo
Trabajadora Social. Plan de Drogas de Asturias. Dirección General de Salud Pública. Asturias

Mª Ángeles Ordóñez Alonso
Pediatra. Centro de Salud La Corredoria. Oviedo. Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria.

José Ignacio Pérez Candás
Pediatra. Coordinador del Centro de Salud de Sabugo. Avilés. Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria.

Coordinación técnica:

Mª del Pilar Alonso Vigil

Edita:
Consejería de Sanidad. Principado de Asturias
Dirección General de Salud Pública
Abril de 2019

Maquetación e impresión:
Gráficas Jupel, S.L.

Diseño de portada:
La portada ha sido diseñada usando imágenes de Freepik.com

Depósito legal:
AS. 01276-2019

Edita y promueve: Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública.
La propiedad del presente material pertenece al Gobierno del Principado de Asturias, reconociendo en todo momento los derechos de los autores del documento.
Los derechos de explotación de la obra quedan reservados al Gobierno del Principado de Asturias.

ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN LA CONSULTA DE PEDIATRIA

guía para profesionales

CONTENIDO

1. Introducción 7
2. Justificación 9
3. Evidencia disponible 10
4. Objetivos 11
5. Estrategia 11
6. Actividades 13
7. Protocolo de intervención 14

A. AVERIGUAR el consumo de tabaco en la familia: madres, padres, niños, niñas, adolescentes, otros miembros familiares, y REGISTRARLO en la Historia Clínica 14

B. ANTICIPARSE al inicio del consumo de tabaco realizando prevención primaria desde los 5 años de edad y hasta la adolescencia. 20

C. ACONSEJAR a todas las personas fumadoras que dejen de fumar 22

D. APRECIAR la disposición al cambio 24

E. AYUDAR a los/as adolescentes fumadores/as a dejar de fumar 27

F. ACORDAR y PROGRAMAR visitas de seguimiento 29

Bibliografía 30

Anexo I: Evidencia disponible. Recomendaciones "Canadian Task Force" 34
Anexo II: Protocolo de tratamiento del consumo de tabaco en adolescentes "5 Aes" 35
Anexo III: 5 "A"s de asesoramiento para prevenir el inicio del tabaquismo en niños y adolescentes 36
Anexo IV: Algoritmo de intervención en niño/joven en riesgo de fumar 38
Anexo V: Calendario de visitas y actividades recomendadas para el diagnóstico y tratamiento de la dependencia al tabaco 39
Anexo VI: Factores que contribuyen al inicio del tabaquismo en la juventud 40
Anexo VII: Clasificación de la gravedad de la dependencia al tabaco 41
The Hooked on Nicotine Checklist (HONC) 42
Test de Fagerström para la dependencia de la nicotina 43

Test de Fagerström breve 44

Anexo VIII: Valoración de la motivación para dejar de fumar 45

Test de motivación de Richmond 45

Anexo IX: Terapia de sustitución con nicotina para adolescentes. 46

Anexo X: Actuaciones a realizar en el marco del "Programa de Control y Prevención del Tabaquismo en Asturias" 47

Anexo XI: Consecuencias del tabaquismo en niños y adolescentes con enfermedades crónicas 48

Anexo XII: Folletos informativos 49

1. Introducción

El humo del tabaco está implicado como factor de riesgo en seis de las ocho principales causas de mortalidad en el mundo[1].

El tabaco es la causa de mortalidad más prevenible en el mundo de hoy en día, y mata hasta la mitad de quienes lo consumen. En la actualidad, más de 1.000 millones de personas fuman tabaco en todo el mundo – de las cuales aproximadamente la cuarta parte son adultas –, y su consumo mata a más de cinco millones cada año. La exposición al humo de tabaco ajeno (humo de segunda mano o SHS por sus iniciales en inglés) se ha relacionado causalmente con el cáncer, las enfermedades respiratorias y cardiovasculares, y serios efectos adversos en la salud de los bebés y de los niños y niñas. No hay un nivel seguro de exposición. El humo de tercera mano (THS), que es como se denominan los componentes del humo depositados en las superficies junto con los metabolitos de estos componentes generados a través de la oxidación, también son causa de enfermedad, como se ha documentado en investigaciones realizadas en el laboratorio, donde se ha constatado que pueden ser carcinógenos. Estas toxinas pueden ser absorbidas a través de la piel, por ingestión o inhalación de polvo suspendido, siendo los niños pequeños los que pueden tener más exposición porque en la fase exploratoria tienden a llevarse los objetos a la boca. Según las estimaciones más recientes de la Organización Mundial de la Salud, más de 600.000 personas en todo el mundo mueren prematuramente cada año de exposición al SHS. De estas muertes atribuibles a SHS, 28% ocurren en niños[2,3].

En España se manejan los siguientes datos:

- Uno de cada 2 menores está expuesto al humo de tabaco en el hogar[5].
- Según el Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), se verían expuestos el 23% de menores de 5 años y el 40,9% entre 15-16 años[6].
- Según el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016[7] la prevalencia del consumo de tabaco los últimos 12 meses entre los 14-18 años es del 31,4 %.
- En el año 2016, la encuesta ESTUDES[8] mostraba que el 38,5% de los escolares ha fumado tabaco alguna vez en la vida, el 34,7% en el último año y el 8,8% a diario. En los últimos 10 años, el consumo de tabaco por parte de la población de estudiantes de entre 14 y 18 años se ha reducido: en 2004, el 21,5 % de este sector de la población fumaba a diario, frente a un 8,8% en 2016[7]; no había diferencias significativas por sexo. Se encontró que el 20,1% de esta población había usado cigarrillos electrónicos alguna vez.
- La II Encuesta de Salud Infantil para Asturias (ESIA)[9], realizada en el año 2017, pone de manifiesto que el grado de exposición al humo de tabaco en la población de hasta 14 años es relativamente bajo pero mejorable. Un 12,5% de esta población (más de 12.000 niños y niñas) sufre los efectos nocivos del tabaco en lugares cerrados en Asturias (un 2% más de una hora al día).

Por otro lado, el tabaquismo es un **trastorno adictivo** que se inicia en la infancia. Se estima que un 80-90% de los fumadores adultos empiezan a fumar en la adolescencia (Se calcula que cada día empiezan a fumar entre 82.000 y 99.000 jóvenes; muchos de ellos son niños y niñas). La nicotina es una sustancia muy adictiva, y los primeros síntomas de la dependencia a la nicotina pueden aparecer dentro de los días a las semanas del inicio del uso ocasional del cigarrillo, y a menudo aparecen antes del inicio del hábito diario de

fumar. Los jóvenes son particularmente vulnerables a volverse dependientes de la nicotina, en comparación con los adultos. Hasta los 25 años, el cerebro aún está formándose y es sumamente sensible al efecto de la nicotina favoreciendo la adicción. Además, la nicotina entrena al cerebro facilitando la adicción a otras drogas y, por otro lado, afecta a la memoria, la concentración y el control de los impulsos. Las mujeres son más sensibles a los efectos nocivos del tabaco que los hombres. Además, tienen más dificultades para abandonarlo[10].

Se ha encontrado que cuando un adolescente fuma regularmente (por lo menos una vez al mes) aumenta 16 veces el riesgo de convertirse en un fumador adulto habitual en comparación con los adolescentes no fumadores. De los adultos dependientes del tabaco, el 90% comenzó a fumar antes de los 18 años y el 99% comenzó a fumar antes de los 26 años de edad[11].

El papel que desempeñan madres y padres es muy importante para protegerlos de ser expuestos al humo y para prevenir el uso del tabaco. El que madres y padres fumen incrementa el riesgo de sus hijos de iniciarse y generar dependencia al mismo[12].

La dependencia al tabaco se reconoce como un trastorno mental y del comportamiento, tanto por la OMS ("Clasificación Internacional de Enfermedades", ICD-10), como por la Asociación Americana de Psiquiatría.

Respecto del conocimiento de los riesgos del consumo de tabaco por los jóvenes la ESTUDES 2017 muestra que los adolescentes consideran al tabaco como peligroso (por encima del cannabis).

La edad media de inicio de consumo en el tabaco, según el informe 2017 del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA), se mantiene estable en 16,4 años[13], aunque el ESTUDES 2017 lo sitúa en 14,1 años.

Según ESTUDES 2017, la edad media de inicio al consumo de tabaco en nuestra Comunidad Autónoma está en torno a los 14 años, edad en la que la prevalencia de consumo de tabaco en los últimos 30 días es del 7,5%, habiéndolo probado en alguna ocasión el 37% de las niñas y el 28% de los niños. Es reseñable que un 2% de niños y niñas de esta edad ya fuman a diario, y que este porcentaje se incrementa con los años, alcanzando el 12% en la población juvenil de 17 años.

Está suficientemente documentado el daño del humo ambiental del tabaco (SHS) en niños y niñas [14,15,16].

- Este daño puede iniciarse en la etapa fetal, por el paso de la nicotina y otras toxinas del tabaco a través de la placenta con aumento de prematuridad y patología perinatal. Datos de un estudio documentan que los efectos dañinos del SHS se encuentran incluso antes de lo esperado, con la exposición en el útero asociada con cambios en la estructura arterial y la distensibilidad en la primera infancia. Se desconoce si persiste esta diferencia, pero sugiere que los cambios vasculares que conducen a la enfermedad cardiovascular pueden atribuirse a la exposición del humo de tabaco de los padres. Este estudio proporciona evidencia adicional de la importancia de dejar de fumar, en particular, entre las familias con niños pequeños y las que planean tener hijos.[17]

- Datos emergentes apuntan que la exposición al humo de tabaco de segunda mano es un factor de riesgo independiente para trastornos neuroconductuales (incluyendo déficit de atención/hiperactividad, dificultades del aprendizaje y de la conducta)[18] y también disminución del filtrado glomerular[19].

- El Síndrome de muerte súbita infantil es más frecuente en los bebés cuyas madres fumaron en el embarazo o que están expuestos al humo ambiental del tabaco después del nacimiento[20].

- Además los hijos e hijas de padres y madres fumadoras son un grupo especial de riesgo para enfermedades respiratorias tales como bronquiolitis, bronquitis, asma, sinusitis, alergias etc. pudiendo sufrir a largo plazo una disminución de la función pulmonar y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. [21]

- Se ha hallado una asociación positiva entre el tabaquismo de la madre y/o del padre y la enfermedad meningocócica invasiva (Kriz P, 2000), incrementándose el riesgo de la misma en más de 3 veces.

- El tabaquismo pasivo durante la infancia también se ha relacionado con un mayor riesgo de desarrollar cáncer, tanto en los primeros cinco años de vida como en la edad adulta[22].

En los adultos están bien documentados los efectos del tabaco:

- Cáncer (orofaringe, laringe, esófago, tráquea, bronquios, pulmón, leucemia mieloide aguda, estómago, hígado, páncreas, riñón y uréter, cuello uterino, vejiga y colorrectal)

- Enfermedad cardíaca y accidente cerebrovascular.

- Enfermedades pulmonares (enfisema, bronquitis, obstrucción crónica de las vías respiratorias, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y neumonía).

- Efectos reproductivos (embarazo ectópico, parto prematuro, bajo peso al nacer, muerte fetal, reducción de la fertilidad en las mujeres y disfunción eréctil, y defectos de nacimiento, incluidos labio leporino y / o paladar hendido).

- Otros efectos (diabetes tipo 2, degeneración macular relacionada con la edad, artritis reumatoide, ceguera, cataratas, fracturas de cadera, función inmune dañada, periodontitis y salud general disminuida)[23].

2. Justificación

Entre los factores predisponentes que conducen a un niño/a o adolescente a convertirse en fumador destacan: la consideración de actividad de socialización, la influencia de los iguales (amigos/as fumadores), padres y convivientes fumadores , clase social de los progenitores (peor condición socioeconómica), el grado de cohesión de la familia, entorno educativo y rendimiento escolar, control del peso, búsqueda de sensaciones, actitudes positivas hacia conductas de riesgo, escaso control de la impulsividad, intención de fumar en el futuro (por no tener nada en contra para hacerlo), ignorancia de los efectos adversos y enfermedades psiquiátricas asociadas[24].

El área pediátrica de los equipos de Atención Primaria, constituida por la unidad funcional de pediatra y enfermera de pediatría como profesionales sanitarios, juega un papel de modelaje importante frente a la sociedad y, por ello, tienen un papel muy importante cuando proporcionan información correcta a padres y madres sobre el tabaquismo pasivo que pudieran estar sufriendo sus hijos e hijas nacidos o aquellos que están a punto de nacer, y realizando actividades de prevención y tratamiento del tabaquismo entre niños y niñas, pre adolescentes y adolescentes e, incluso, entre sus padres y madres[25]. Esto es especialmente relevante en la adolescencia precoz debido a que es la edad más frecuente de inicio del consumo (sobre todo en el paso de 2º a 3º de la ESO[26]).

Los objetivos del "U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy people 2020. Topics and objectives. Tobacco use*", se organizan en 3 áreas clave:

- Prevalencia del uso del tabaco: implementación de políticas para reducir el uso del tabaco e iniciación entre jóvenes y adultos.

- Cambios en el sistema de salud: adopción de políticas y estrategias para aumentar el acceso, la asequibilidad y el uso de los servicios y tratamientos para dejar de fumar.

- Cambios sociales y ambientales: establecer políticas para reducir la exposición al humo de segunda mano, aumentar el costo del tabaco, restringir la publicidad del tabaco y reducir las ventas ilegales a menores.

3. Evidencia disponible

Diversos estudios muestran la alta eficacia de una sencilla intervención sanitaria por parte de los profesionales de la pediatría, tanto en la prevención del inicio del consumo como en la obtención de abstinencia en jóvenes y adolescentes fumadores. El Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF) recomienda el consejo breve anti tabaco[28].

Pbert et cls[29], en un estudio realizado en el año 2008, miden la eficacia del consejo sanitario de abandono del consumo del tabaco seguido de una visita y de cuatro llamadas telefónicas. Los resultados muestran que aquellos/as jóvenes y adolescentes no fumadores/as que recibieron la intervención tenían más posibilidades de mantenerse sin fumar al cabo de un año de seguimiento que aquellos/as que no la recibieron. Además, aquellos/as que cuando la recibieron eran fumadores/as, al cabo de los seis meses de seguimiento habían dejado de fumar en mayor medida que aquellos/as que no la recibieron. (Jiménez-Ruiz, 2008)[30]

Aunque en la mayor parte de estudios las cifras de abstinencia que se obtienen son limitadas, no hay que olvidar que hasta el 82% de jóvenes fumadores (entre 11 y 19 años de edad) quieren dejar de fumar y que el 77% de ellos ha hecho, al menos, un intento serio de abandono (Holli JF, 2003)[31].

El análisis de 19 ensayos que fueron diseñados para prevenir el inicio del consumo de tabaco o promover el abandono del hábito (o ambos), mostró que las intervenciones relevantes en Atención Primaria pueden prevenir el inicio del hábito de fumar más de 12 meses en niños y adolescentes[32].

Varios estudios han encontrado que cuando las madres y padres, que acuden con sus hijos/as a consulta, o los tienen hospitalizados, son preguntados acerca de su consumo de tabaco, se consigue un mayor interés por parte de los mismos en el abandono, un más alto número de intentos de abandono y unas más altas tasas de abstinencia[29].

Todo ello justifica la realización de intervenciones sanitarias encaminadas a la prevención del inicio y al tratamiento del tabaquismo, no sólo de niños, niñas y jóvenes, sino también de sus padres y madres.

La Canadian Task Force on Preventive Health Care[33] (Anexo) y la American Academy of Pediatrics[34], (ver gráfico página 12) han elaborado recomendaciones a desarrollar en la consulta de pediatría para la prevención y el tratamiento del hábito tabáquico en la población infantil y juvenil.

El consejo breve antitabaco realizado en la consulta del PAP debe ser corto (menos de 3 minutos), con un número reducido de mensajes, claros, firmes y personalizados[35,36].

4. Objetivos

- **Proteger** a niños y niñas, desde la etapa prenatal, a la exposición involuntaria al humo de tabaco de segunda y tercera mano, especialmente en su domicilio.
- **Prevenir** el inicio del hábito tabáquico con la realización de consejo activo desde la edad escolar.
- **Ayudar** a niños, niñas y/o adolescentes fumadores/as a dejar el hábito.

5. Estrategia

La Academia Americana de Pediatría avala la estrategia de las "5 As" (Averiguar, Asesorar, Apreciar, Ayudar, Arreglar) en población infantil y adolescente y propone añadir una sexta "A" **(Anticipar)** dado que, **para prevenir el inicio al consumo de tabaco, los profesionales de pediatría deben anticiparse dando orientaciones y consejo a padres y madres y niños/as de 5 años y más durante las visitas rutinarias a la consulta de pediatría.**

Especial atención debe darse a pacientes con **factores de riesgo** (Sockrider M, 2018)[37]:

- Aquellos cuyos miembros de la familia y/o iguales son fumadores.
- Alteraciones psiquiátricas: la mayoría de los estudios muestran asociación entre la depresión y el inicio del tabaquismo, pero no está claro si la asociación es causal
- Mal rendimiento escolar y mala conducta escolar , pueden contribuir directa e indirectamente al riesgo de iniciar el tabaquismo.

Recomendaciones American Academy

1. Preguntar por consumo de tabaco y exposición al tabaco en las visitas de seguimiento y de consulta por enfermedades que pueden ser causadas o exacerbadas por la exposición al humo de tabaco. **Recomendación fuerte.**
2. Incluir la prevención del consumo de tabaco anticipándose. **Recomendación fuerte**.
3. Abordar la dependencia al tabaco de madres, padres y cuidadoras/es como parte de la atención pediátrica. **Recomendación fuerte.**
   a. Recomendar tratamiento para la dependencia al tabaco a madres/padres/cuidadores fumadores. **Recomendación fuerte.**
   b. Implementar sistemas para identificar y ofrecer consejo, tratamiento, recomendaciones de tratamiento y/o derivación a padres/madres dependientes del tabaco. **Recomendación.**
4. Ofrecer tratamiento para la dependencia al tabaco a adolescentes que quieren dejar de fumar. **Recomendación fuerte.**
   a. Puede considerarse tratamiento farmacológico para la dependencia tabáquica en adolescentes con dependencia moderada o severa que quieren dejar de fumar. **Opcional.**
5. Ofrecer derivación a los recursos para dejar de fumar a personas con dependencia al tabaco. No recomendar dispositivos electrónicos de liberación de nicotina para el tratamiento de la dependencia al tabaco. **Recomendación fuerte.**
6. Atender los potenciales síntomas neuropsiquiátricos del tratamiento de la dependencia al tabaco. **Recomendación.**
7. No recomendar dispositivos electrónicos de liberación de nicotina para el tratamiento de la dependencia al tabaco. **Recomendación fuerte.**
8. Si las fuentes de exposición al tabaco de un niño/a no pueden ser eliminadas, dar consejo acerca de estrategias para reducir en el niño la exposición al humo de tabaco. **Recomendación.**

Evidencia de la calidad utilizada para estas recomendaciones:

Calidad de la evidencia	Preponderancia beneficio/daño	Balance riesgo/beneficio
A. Estudios randomizados controlados o estudios diagnósticos bien diseñados en poblaciones relevantes	**Recomendación fuerte**	**Opcional**
B. Estudios randomizados controlados o estudios diagnósticos con limitaciones menores; evidencia abrumadora en estudios observacionales	**Recomendación**	
C. Estudios observacionales (caso/control y cohorte)		
D. Opinión experto, casos clínicos	**Opcional**	**No rec.**
X. Situaciones excepcionales en las cuales no pueden realizarse estudios para validar y hay una clara preponderancia del beneficio	**Recomendación fuerte** / **Recomendación**	

- Experiencias adversas durante la infancia se asocian con mayor riesgo de iniciar el hábito de fumar y continuar fumando. Incluyen la separación de los padres, el abuso emocional, físico y sexual; tener una madre maltratada o crecer con un miembro de la familia que está abusando de sustancias, enfermo mental o encarcelado.

Por tanto, la estrategia consistiría en:

- **Anticipar**, con mensajes de prevención, en los pacientes pediátricos.

- **Averiguar** el consumo de tabaco de madres, padres, convivientes, adolescentes y preadolescentes, evaluar la dependencia nicotínica (test de Fagërstrom). Debe de investigarse el uso de e-cigarrillos, "porros" y otro tipo de productos de tabaco distintos del cigarrillo convencional que los padres pueden no identificar como fuente de contaminación.

- **Asesorar** con intervenciones breves y mensajes positivos.

- **Apreciar** el grado de motivación (test de Richmond).

- **Ayudar** con asesoramiento e información sobre recursos disponibles.

- **Arreglar**: Seguimiento de población fumadora.

Algunos autores[38] justifican que los profesionales lo realicen en dos periodos:

– Al inicio o antes de producirse el embarazo, siempre que éste sea programado y, por tanto, susceptible a la intervención (médico de familia, matrona, obstetra).

– Desde la primera consulta y durante todas la etapas de la infancia-adolescencia.

6. Actividades

- **Informar** de forma clara y rigurosa, sobre los beneficios de no fumar y los riesgos del tabaco, a todas las personas que pasan por la consulta de pediatría, especialmente a las fumadoras activas y fumadoras pasivas.

- **Concienciar sobre la importancia** para la salud de toda la familia, especialmente la de niños y niñas, **de mantener domicilios y coches libres de humo**, y de evitar ambientes contaminados por humo de tabaco. Alentar a madres y padres a mantener un hogar libre de humo puede ser útil, incluso cuando ellos son fumadores; comunica las expectativas de no fumar al niño, disminuye el consumo de cigarrillos y aumenta el abandono en personas fumadoras adultas.

- **Identificar hogares con niños/as en los que fuma alguna persona**, incluidas madres, padres y posibles cuidadoras/es.

- **Identificar niños, niñas y adolescentes fumadores.**

- **Realizar consejo breve antitabaco** a todas las personas fumadoras identificadas.

- **Ayudar a las personas fumadoras identificadas que desean dejar de fumar** informándoles sobre los recursos disponibles en el ámbito sanitario.

- Ejercer un **papel de modelaje**, e instar a los padres y madres a ser un modelo para sus hijos e hijas, incluso si se es fumador, evitando mostrar dicha condición a los niños. Un metaanálisis encontró que las intervenciones que motivaron a los padres a dejar de fumar para el beneficio de su hijo alcanzaron el 23%, respecto al 18% del grupo control[39].

- **Fomentar habilidades parentales**: alentar a que den mensajes claros a sus hijos de que esperan que no sean fumadores. La desaprobación parental del tabaquismo se asocia con tasas más bajas de tabaquismo entre sus hijos, y con mayor resistencia del niño a las influencias del tabaquismo entre iguales, incluso si el padre fuma[40].

7. Protocolo de intervención

A. AVERIGUAR el consumo de tabaco en la familia: madres, padres, niños, niñas, adolescentes, otros miembros familiares, y REGISTRARLO en la Historia Clínica.

I- MADRE/ PADRE/OTROS CONVIVIENTES

- **Preguntar por el consumo de tabaco** de la madre, padre y otros/as convivientes, y registrarlo en la historia clínica.

  – Al inicio del embarazo. (Lo realizaría la matrona/el médico de familia/enfermera u obstetra). Si se detecta en pediatría podría derivarse o comunicarlo al profesional responsable.

  – En las visitas del Plan Personal Jerárquico de Atención Sanitaria a la Infancia y Adolescencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias (PPJ-ASIA).

  – Si se detecta patología que puede estar influida por la exposición al humo del tabaco (patología respiratoria u otitis media).

Ia- Madre/padre/otros convivientes NO FUMADORES o EX FUMADORES:

- Felicitar, especialmente a las madres que lo dejaron durante el embarazo.

- Animar a mantenerse en esa situación.

- Informar sobre los riesgos que entraña el tabaquismo pasivo.

– En la consulta prenatal, informar de riesgos para el feto y futuro bebé. Entregar material informativo.

Ib- Madre/padre/otros/as convivientes FUMADORES:

- Registrar en la Historia Clínica del niño.
- Cuantificar el consumo de tabaco en nº de cigarrillos por día.
- Preguntar si desean recibir ayuda para dejar de fumar. Si lo desean, remitir a enfermería responsable de deshabituación tabáquica de su centro de salud.
- Pasar al punto C del protocolo de intervención.

II- NIÑOS Y NIÑAS HASTA LOS 9 AÑOS DE EDAD

- Preguntar, al menos en una ocasión, y preferiblemente durante la realización de una visita por causa del PPJ-ASIA, aprovechando una visita ocasional y oportuna por la exposición involuntaria del niño/a al humo de tabaco en su domicilio, coche o cualquier otro lugar, y registrarlo en la Historia Clínica.
- **Al propio niño:**
  - ¿Fuma alguien cerca de ti?
- **A los padres o acompañantes:** *(Siempre que la edad lo permita, el interrogatorio se realizará también al menor).*
  - ¿Vive su hijo/a con algún fumador/a?
  - Algún cuidador/a de su hijo/a fuma?
  - Visita el niño/a lugares donde la gente fuma?
  - ¿Alguien fuma alguna vez en su casa?
  - ¿Alguien fuma alguna vez en su coche?

IIa- Niños/as sin EXPOSICION PASIVA AL HUMO DE TABACO

- Felicitar a madres/padres.
- Insistir en la importancia de evitar que el niño esté expuesto a humo de tabaco.

- Entregar folleto: "En tu casa y en tu coche, respira en libertad"

IIb- Niños/as con EXPOSICION PASIVA AL HUMO DE TABACO

- Registrar en la Historia Clínica del niño.
- Recomendar a madre/padre o convivientes fumadores que lo dejen o, en caso, de no planteárselo que no fumen delante del niño/a ni en el domicilio y coche.
- Ofrecer a los padres que deseen dejarlo cita con los encargados del programa de deshabituación tabáquica del centro.
- Explicar brevemente lo que es el humo de segunda y tercera mano.
- Dar recordatorios breves de los riesgos de salud del tabaco.
- Entregar folleto: "En tu casa y en tu coche, respira en libertad"

III- NIÑOS/as MAYORES Y ADOLESCENTES

- **Preguntar por consumo de tabaco a los/as niños/as mayores de 10 años**. Tener en cuenta que el tabaco consumido puede ser diferente al cigarrillo.

  La edad para comenzar la anamnesis puede variar ligeramente en función de la madurez del chico o de la chica, así como de la presencia de factores de riesgo, aunque se recomienda no demorarla más allá de los 12 años.

  Es necesario mantener un clima de confianza con el/a adolescente, realizando preguntas abiertas del tipo:

  - ¿Cómo te van los estudios?, ¿tienes muchos amigos/as?, ¿salís solos/as por ahí?
  - ¿Qué piensas de que tus compañeros fumen?, o ¿fuma alguno de tus amigos? No solo sobre tabaco, también e-cigarros y otras fuentes alternativas de nicotina que pueden dejar de mencionar si solo se pregunta por fumar.
  - ¿Y tú fumas?
  - ¿Qué opinas del tabaco?
  - ¿Qué opinan tus amigos/as de fumar?

Explicar al adolescente las reglas de confidencialidad para facilitar la revelación y la discusión franca.

Es importante asegurar la confidencialidad y no emitir juicios de valor.

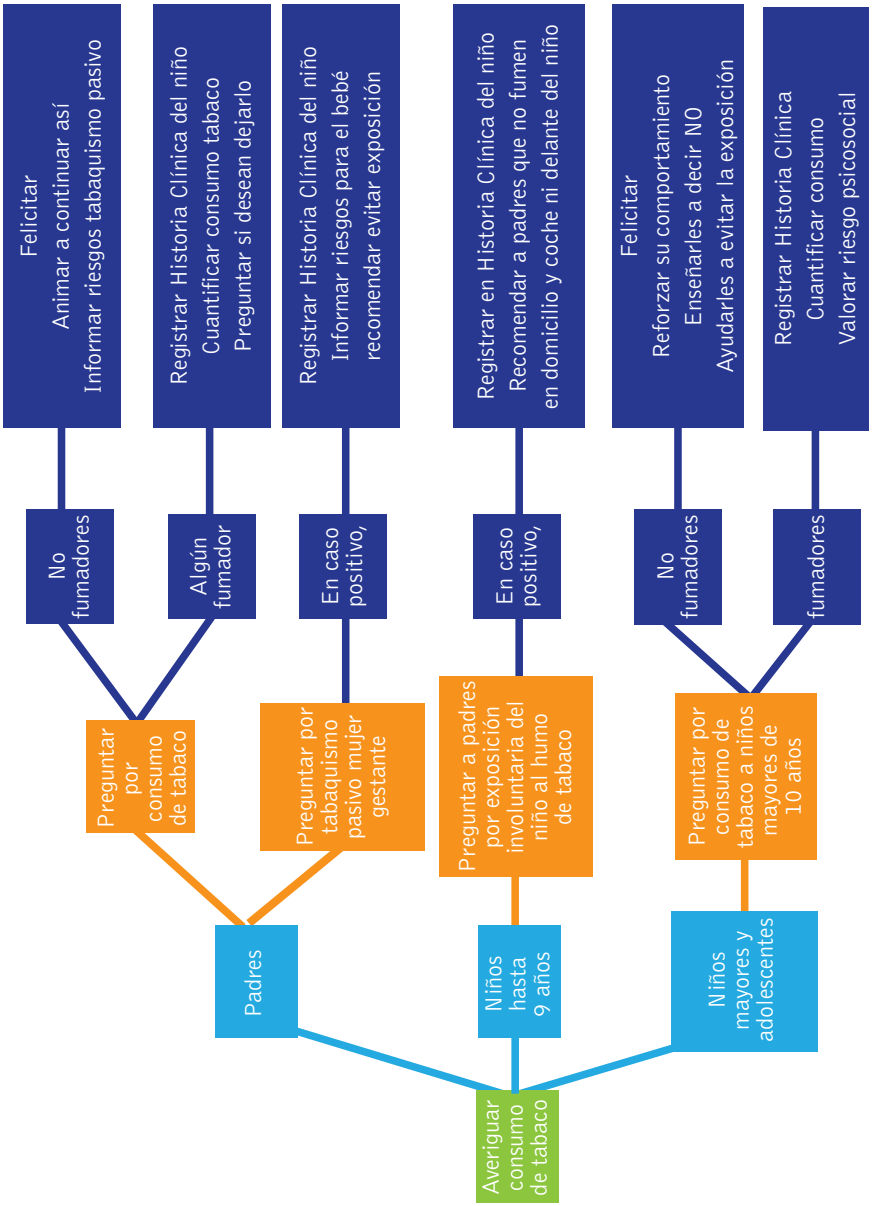
Debe **preguntarse al menos una vez en este tramo etario debiendo estar debidamente registrado en la Historia Clínica**, bien en las visitas programadas o de forma oportunista en las consultas por patología relacionada.

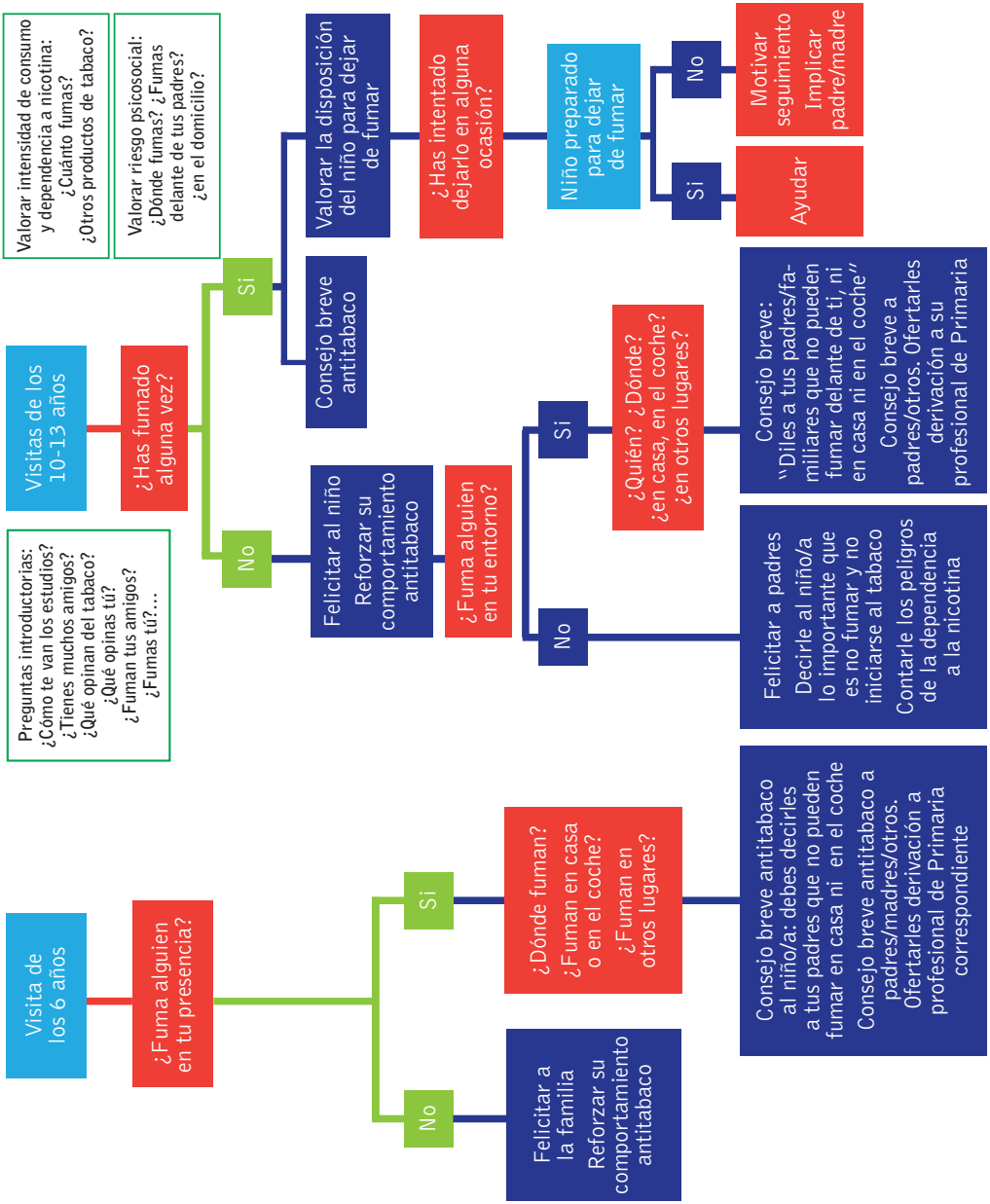
IIIa- Adolescentes NO FUMADORES:

- Felicitar a los/as pre-adolescentes y adolescentes no fumadores/as,.
- Reforzar su comportamiento frente al tabaco, aumentando su información sobre las ventajas de no fumar y los riesgos que conlleva el hábito. Entregar material informativo.
- Animarles a decir no a sus compañeros/as fumadores/as .Fomentar la resistencia a las influencias sociales de los compañeros ensayando habilidades de rechazo.
- Advertirles de los riesgos de la exposición.
- Animar al niño a valorar la buena salud. Hablar sobre cómo ser un no fumador, ayuda a mejorar el rendimiento deportivo, la apariencia y la autoestima.

IIIb- Adolescentes FUMADORES:

- Registrar el consumo en la Historia Clínica.
- Cuantificar el consumo en nº de cigarrillos/día y aplicar test de Fagërstrom para ver nivel de dependencia.
- Registrarlo dentro del Programa de Identificación del Riesgo Psicosocial del PPJ-ASIA.
- Descartar la negligencia por parte de los tutores valorando la existencia de otros factores de riesgo.
- Pasar al punto C del protocolo de intervención.


Averiguar consumo de tabaco
Padres
Niños hasta 9 años
Niños mayores y adolescentes
Preguntar por consumo de tabaco
Preguntar por tabaquismo pasivo mujer gestante
Preguntar a padres por exposición involuntaria del niño al humo de tabaco
Preguntar por consumo de tabaco a niños mayores de 10 años
No fumadores
Algún fumador
En caso positivo,
En caso positivo,
No fumadores
fumadores
Felicitar
Animar a continuar así
Informar riesgos tabaquismo pasivo
Registrar Historia Clínica del niño
Cuantificar consumo tabaco
Preguntar si desean dejarlo
Registrar Historia Clínica del niño
Informar riesgos para el bebé
recomendar evitar exposición
Registrar en Historia Clínica del niño
Recomendar a padres que no fumen
en domicilio y coche ni delante del niño
Felicitar
Reforzar su comportamiento
Enseñarles a decir NO
Ayudarles a evitar la exposición
Registrar Historia Clínica
Cuantificar consumo
Valorar riesgo psicosocial


Visita de los 6 años
¿Fuma alguien en tu presencia?
No
Felicitar a la familia
Reforzar su comportamiento antitabaco
Si
¿Dónde fuman?
¿Fuman en casa o en el coche?
¿Fuman en otros lugares?
Consejo breve antitabaco al niño/a: debes decirles a tus padres que no pueden fumar en casa ni en el coche
Consejo breve antitabaco a padres/madres/otros.
Ofertarles derivación a profesional de Primaria correspondiente
Visitas de los 10-13 años
Preguntas introductorias:
¿Cómo te van los estudios?
¿Tienes muchos amigos?
¿Qué opinan del tabaco?
¿Qué opinas tú?
¿Fuman tus amigos?
¿Fumas tú?...
¿Has fumado alguna vez?
No
Felicitar al niño
Reforzar su comportamiento antitabaco
¿Fuma alguien en tu entorno?
No
Felicitar a padres
Decirle al niño/a lo importante que es no fumar y no iniciarse al tabaco
Contarle los peligros de la dependencia a la nicotina
Si
¿Quién? ¿Dónde? ¿en casa, en el coche? ¿en otros lugares?
Consejo breve: "Diles a tus padres/familiares que no pueden fumar delante de ti, ni en casa ni en el coche"
Consejo breve a padres/otros. Ofertarles derivación a su profesional de Primaria
Si
Valorar intensidad de consumo y dependencia a nicotina:
¿Cuánto fumas?
¿Otros productos de tabaco?
Valorar riesgo psicosocial:
¿Dónde fumas? ¿Fumas delante de tus padres?
¿en el domicilio?
Consejo breve antitabaco
Valorar la disposición del niño para dejar de fumar
¿Has intentado dejarlo en alguna ocasión?
Niño preparado para dejar de fumar
Si
Ayudar
No
Motivar seguimiento
Implicar padre/madre

B. ANTICIPARSE al inicio del consumo de tabaco realizando prevención primaria desde los 5 años de edad y hasta la adolescencia.

Anticiparse al inicio del consumo de tabaco realizando prevención primaria desde los 5 años y hasta la adolescencia, y valorando los factores de riesgo del niño/a/joven no fumador.

Dar **mensajes apropiados para la edad** sobre los peligros de fumar tabaco. **El consejo del profesional sanitario reduce el riesgo para iniciarse al consumo de tabaco.**

- Los mensajes deben ser **claros y con relevancia personal**, dejando claro que experimentar con el tabaco no es seguro y que una de las cosas más importantes para llevar una vida sana es no fumar.

- Comprender las motivaciones del adolescente es muy importante para ayudar de forma eficaz. Explorar los incentivos para fumar o dejar de fumar es el primer paso para la resolución efectiva. Los mensajes que pueden tener más éxito en adolescentes incluyen:

  – Los efectos del tabaco en la apariencia física, respiración y rendimiento físico.

  – Su ineficacia para perder peso.

  – El dinero que debe gastarse para continuar con la adicción.

  – El engaño a que están sometidos por las industrias tabacaleras.

  – Otros mensajes incluyen cuán rápido se desarrolla la dependencia y la gravedad de la adicción al tabaco.

- Dependiendo del contexto, los mensajes deben incluir **aspectos específicos sobre los cigarrillos electrónicos** ya que muchos jóvenes desconocen que tienen nicotina y que no son seguros.

- El pediatra debe pedir al niño o niña que se comprometa a ser no fumador durante toda la vida y ayudarle a identificar sus propias razones para no fumar.

  Valorar los factores de riesgo para comenzar a fumar o convertirse en fumador/a habitual si ya ha experimentado con el tabaco. Estos factores incluyen:

  – Nivel de experimentación.

  – Fumadores/as en la familia y entre los/as compañeros/as.

  – Síntomas depresivos.

– Rendimiento escolar.

– Experiencias adversas.

– Búsqueda de sensaciones.

– Actitudes positivas hacia conductas de riesgo etc.

Algunos de estos factores son potencialmente modificables. Otros factores son una llamada de atención hacia riesgos para la salud, como la depresión o el abuso de sustancias. Si el/la adolescente tiene dificultades para resistir la presión social, focalizar el consejo en **fomentar la resistencia frente al tabaquismo** puede ser de utilidad.

– Animar al niño/a a valorar la buena salud. Contarles como el hecho de ser no fumador ayuda a mejorar el rendimiento físico, la apariencia y la autoestima.

– Corregir sus percepciones erróneas sobre el hábito de fumar de sus iguales (la mayoría de niños/as sobreestiman este consumo de tabaco).

– Concienciarle sobre las influencias de los medios de comunicación y de los/as compañeros/as.

– Fomentar la resistencia a las influencias sociales de los/as compañeros/as ensayando habilidades de rechazo. Folleto: "Aprende a decir no al tabaco".

Ayudar a los padres en sus esfuerzos para prevenir el tabaquismo en sus hijos/as.

– **Recomendar a madres y padres fumadoras/es que dejen de fumar,** ya que los/as niños/as cuyos/as padres/madres no fuman o lo han dejado con éxito son mucho menos propensos a iniciarse en el hábito. Debe enfatizarse el papel modélico que desempeñan frente a sus hijos/as.

– **Establecer prohibiciones de fumar**. El pediatra debe alentar a los padres a mantener un hogar libre de humo. Las prohibiciones de fumar en la casa pueden ser útiles incluso cuando la madre y/o el padre son fumadores: un hogar libre de humo transmite al niño/a las expectativas de no fumar y ayuda a disminuir, e incluso cesar, el consumo de tabaco de los/as adultos/as fumadores/as. Para ser efectivas, las prohibiciones deben aplicarse estrictamente.

– **Estimular las habilidades parentales**. Debe alentarse a madres y padres a dar mensajes claros y coherentes a sus hijos/as para que sigan siendo no fumadores/as. La desaprobación de los padres del tabaco se asocia con porcentajes más bajos de inicio al tabaquismo entre sus hijos/as, incluso si ellos son fumadores, y mejora la resistencia del niño/a a las influencias de los compañeros/as.

C. ACONSEJAR a todas las personas fumadoras que dejen de fumar.

MADRE/PADRE FUMADORES

- **Consejo breve (3-5 minutos) claro, positivo y personalizado**, incluyendo los beneficios para la salud de los/as niños/as y de los propios padres.

  – **Previo al nacimiento**, insistir en los beneficios para la salud del bebé. Entregar folleto informativo "Nacer y Vivir libre de humos": No fumar

    - Aumenta la posibilidad de que el bebé nazca con un peso normal
    - Disminuye el riesgo de que el bebé nazca antes de tiempo.
    - Disminuye el riesgo de que el bebé padezca "Síndrome de muerte súbita".
    - Reduce la posibilidad de que padezca asma, bronquitis, otitis etc.
    - Aumenta la cantidad de oxígeno y favorece el desarrollo normal del bebé.

  – Durante la **etapa infantil,** insistir en los beneficios de que niños y niñas vivan en domicilios y coches libres de humo. Entregar folleto informativo "En tu casa y en tu coche, respira en libertad".

    - Respirar aire libre de tabaco reduce la posibilidad de que padezcan asma, bronquitis, otitis etc.
    - Disminuye el riesgo del "Síndrome de muerte súbita infantil".
    - Recordar la importancia del rol modélico de madres y padres para sus hijos/as. La presencia de personas fumadoras en la familia se asocia con actitudes menos negativas hacia el tabaco y es un importante factor en la predicción del inicio del tabaquismo en la adolescencia.

- Ofrecer **información sobre la ayuda existente para dejar de fumar**, si deciden plantearse el abandono del tabaco.

- Entregar **material informativo** sobre el tabaquismo. Las personas fumadoras en fase de contemplación pueden beneficiarse si además se les entrega una Guía Práctica para dejar de fumar. ("Guía de autoayuda para la embarazada fumadora", "Guía para dejar de fumar" para población general).

- Si no tienen pensado dejar de fumar, se les recomendará no fumar en el domicilio ni en el coche evitando la exposición involuntaria de niños/as y mujeres embarazadas no fumadoras.

NIÑOS/AS FUMADORES:

- **Aconsejar al niño/a que probó el tabaco que deje de experimentar**. El consejo debe incluir información acerca de los *efectos negativos del tabaco a corto plazo.*

  – Mal olor corporal y de ropa.

  – Dientes amarillos.

  – Menor rendimiento en las actividades físicas y deporte.

  – Incluso fumando pocas veces el cuerpo se engancha y es difícil dejarlo.

- **Recordar los riesgos para la salud personalizados. El tabaco tiene riesgos importantes para la salud de niños/as con asma, diabetes mellitus, fibrosis quística, cáncer, artritis idiopática juvenil y anemia de células falciformes.** En niños/as con estas enfermedades crónicas, el consejo debe ser personalizado discutiendo los riesgos específicos para ellos/as por su enfermedad subyacente.

  – Si eres asmático, tendrás agudizaciones más frecuentes y graves etc. Ver Anexo XI.

- Valorar el riesgo de que el niño o niña se convierta en fumador/a habitual. Apartado B del protocolo de intervención.

- Entregar material informativo.

ADOLESCENTES FUMADORES/AS:

Existen gran variedad de fuerzas fisiológicas y psicosociales que impiden el abandono del tabaco en adolescentes; estas incluyen la dependencia de la nicotina, los esfuerzos para fomentar la posición social entre pares o para afirmar la independencia de los padres o figuras de autoridad. Conocer las razones de cada adolescente para comenzar o continuar fumando ayuda a comprender y a llegar a una estrategia para dejar de fumar. En adolescentes debe tenerse en cuenta el efecto de invulnerabilidad y el no valorar los efectos negativos que el tabaco tiene a largo plazo[40].

- **Consejo breve (3-5 minutos) claro, firme, positivo y personalizado.** El consejo debe darse mediante mensajes positivos, ya que al adolescente no le motiva hablar de salud y menos a largo plazo. Es útil dar importancia a aspectos estéticos, deportivos o económicos que tengan interés para el pre-adolescente/adolescente, adecuándolos a la personalidad de cada uno/a de ellos/as.

  – Evitar el mal olor corporal, de aliento y de ropa.

  – Dientes amarillos.

- Arrugas precoces.
- Menor rendimiento en las actividades físicas y deporte.
- Posible afectación de la actividad sexual.
- Gasto importante de dinero que se puede invertir en otras cosas.
- Dependencia de la industria tabacalera.
- Adicción al tabaco.

  En el caso de adolescentes con enfermedades crónicas para las cuáles el tabaco es un riesgo añadido (asma, diabetes mellitus, fibrosis quística, cáncer, artritis idiopática juvenil y anemia de células falciformes), debe incluirse **información personalizada** de acuerdo a los riesgos específicos para ellos/as por su enfermedad subyacente.

Ejemplos: Claro: "Creo que es importante para ti que dejes de fumar ahora, y yo puedo ayudarte", "reducir no es suficiente", "Si esperas a sentir los efectos nocivos del tabaco será demasiado tarde". Firme: "Como médico tuyo, creo que dejar de fumar es lo más importante que puedes hacer para proteger tu salud ahora y en el futuro. Yo puedo ayudarte".

- **Entregar material informativo.**
  (Ver algoritmo pág. 25)

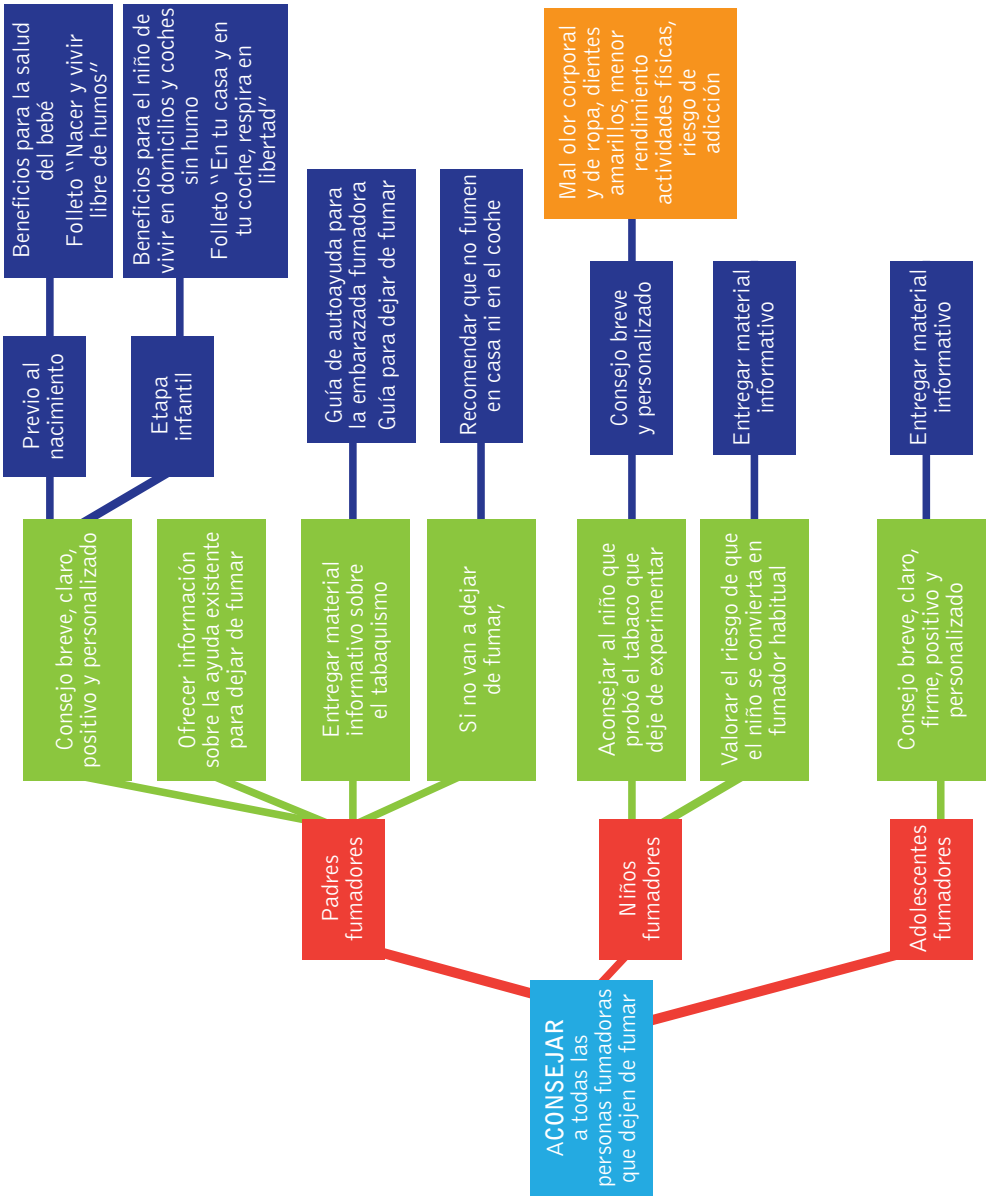
D. APRECIAR la disposición al cambio

- **Valorar la motivación y dependencia del tabaco** en adolescentes fumadores/as como paso previo a ayudarles/as a dejar de fumar.
- **Valora la disposición al cambio de todas las personas fumadoras identificadas en la familia** para derivarlas a los recursos de deshabituación tabáquica existentes en el Sistema Sanitario de nuestra Comunidad.

Las intervenciones del personal sanitario son más efectivas cuando se adapta el consejo a las preocupaciones del adolescente y a su **nivel de preparación para dejar de fumar** (Rosen JB, 2018).

De acuerdo con el Modelo Transteórico del Cambio, también utilizado en adultos/as, los/as fumadores/as pueden ser clasificados/as en una de las cuatro etapas del proceso de dejar de fumar:

- **Pre contemplación:** sin intención de dejarlo en un futuro previsible.
- **Contemplación:** considera seriamente dejar de fumar en próximos 6 meses.


ACONSEJAR
a todas las
personas fumadoras
que dejen de fumar
Padres
fumadores
Niños
fumadores
Adolescentes
fumadores
Consejo breve, claro,
positivo y personalizado
Ofrecer información
sobre la ayuda existente
para dejar de fumar
Entregar material
informativo sobre
el tabaquismo
Si no van a dejar
de fumar,
Recomendar que no fumen
en casa ni en el coche
Aconsejar al niño que
probó el tabaco que
deje de experimentar
Valorar el riesgo de que
el niño se convierta en
fumador habitual
Consejo breve, claro,
firme, positivo y
personalizado
Previo al
nacimiento
Etapa
infantil
Beneficios para la salud
del bebé
Folleto "Nacer y vivir
libre de humos"
Beneficios para el niño de
vivir en domicilios y coches
sin humo
Folleto "En tu casa y en
tu coche, respira en
libertad"
Guía de autoayuda para
la embarazada fumadora
Guía para dejar de fumar
Consejo breve
y personalizado
Mal olor corporal
y de ropa, dientes
amarillos, menor
rendimiento
actividades físicas,
riesgo de
adicción
Entregar material
informativo
Entregar material
informativo

– **Preparación:** capaz de fijar una fecha y pensar en un plan de acción para dejarlo en un mes.

– **Fase de acción:** cese de fumar.

En la **fase de pre contemplación**, se necesitan mensajes que promuevan la reflexión, generen ambivalencia (sentimientos contrapuestos respecto al hecho de fumar) y les motiven a considerar dejarlo. En la **fase de contemplación,** los consejos necesitan aumentar la motivación y la auto-eficacia (confianza) para abandonar el hábito. En **fase de preparación**, es necesario establecer una fecha para dejar de fumar, discutir los pasos necesarios para ello y resolver problemas sobre las barreras que encontrarán para dejar de fumar. Finalmente, en la **fase de acción**, es necesario centrarse en el cese del hábito y evitar las recaídas.

Para valorar la fase del proceso de cambio se puede utilizar el **cuestionario de Prochaska**.

– **Recaída:** vuelve a fumar, el 75% se producen en los primeros 6 meses.

Cuestionario de detección de la fase de cambio

PREGUNTA	RESPUESTAS	FASES
¿Usted fuma habitualmente?	Si	Fumador
	No, lo he dejado en los últimos 6 meses	Acción
	No, lo he dejado hace más de 6 meses	Mantenimiento
	No, no he fumado nunca	No fumador
PREGUNTA (Sólo para fumadores)	**RESPUESTAS**	**FASES**
¿Está pensando seriamente en dejar de fumar?	Si, en los próximos 30 días	Preparación
	Si, en los próximos 6 meses	Contemplación
	Si, más tarde de los próximos 6 meses o No, no lo estoy pensando	Pre contemplación

La evidencia indica que la intervención tiene más éxito si se utilizan los principios de la **entrevista motivacional.**

Expresar empatía	Crear un ambiente de confianza en la consulta
	Aceptar que la ambivalencia del fumador ante el tabaco es normal
Favorecer la discrepancia	Promover que la persona verbalice sus propias razones para cambiar, y visualice la discrepancia entre sus razones para dejar de fumar y su conducta actual como fumador
Manejar la resistencia	Evitar la confrontación y la argumentación contra el tabaco
	Proponer opciones a la percepción que tiene la persona fumadora sobre su conducta: no imponer
	Las soluciones a los problemas de su conducta han de ser encontradas por la persona fumadora.
	Si aparece resistencia, cambiar la forma de actuar.
Apoyar la autoeficacia (o confianza en sí mismo para lograr la meta)	Reforzar el sentido de que es la persona la protagonista del cambio.
	Reconocer el papel de ayuda del profesional y de otros instrumentos empleados

Para valorar la dependencia al tabaco se puede utilizar el **test de Fagerström**. Para valorar el nivel de motivación para dejar de fumar se puede utilizar el **test de Richmond.** Ambos están disponibles en los Anexos.

E. AYUDAR a los/as adolescentes fumadores/as a dejar de fumar

En población adulta, el procedimiento de ayuda para dejar de fumar incluyo asesoramiento práctico e intervención psicosocial junto a tratamiento farmacológico. En **población juvenil,** la eficacia y seguridad de la intervención farmacológica no está bien establecida, habiendo autores que **sólo recomiendan apoyo conductual** (consejo) para este grupo de edad[41]. No obstante, dada la dependencia temprana a la nicotina, muchos expertos consideran que existe una **justificación razonable para usar dichos medicamentos** en adolescentes seleccionados (a partir de los 12 años) y bajo control médico.

El **apoyo psicosocial** incluye las siguientes actividades (AEPNYA, 2008) (Flore MC, 2000):

- **Preparación del paciente:**
  - Fijar una fecha para el abandono. Idealmente, en un plazo de dos semanas. Para pacientes con dificultades para el enfoque "todo o nada", es razonable desarrollar una estrategia de reducción gradual.

- Trabajar estrategias previas al día elegido para dejar de fumar:
  - Comunicárselo a familia, amigos/as, compañeros/as y pedirles ayuda y comprensión.
  - Eliminar los productos de tabaco de su entorno. Evitar fumar en lugares donde pasa mucho tiempo (domicilio, coche…)

- **Plan de actuación:** consejos para dejar de fumar y mantener la abstinencia:
  - **Prepararle para el día D:** que elija la fecha adecuada, evitar situaciones estresantes.
  - En los días previos al día escogido conviene que realice algún cambio en su conducta de fumador/a: fumar menos, auto registro de los cigarrillos previo a su consumo, no llevar mechero, guardar los ceniceros después de usarlos… Son medidas orientadas a romper con el automatismo del consumo de tabaco y hacer más incómodo el hecho de fumar.
  - **Que solicite ayuda y la colaboración de las personas que le rodean:** madres/padres, compañeros/as de clase, amigos/as etc.
  - **Informar de los síntomas del Síndrome de abstinencia** y ofrecer algunos consejos útiles para que, en caso de que se presenten, sean más llevaderos.

La dependencia a la nicotina, puede ser una barrera importante para dejar de fumar. Entre los síntomas psico-conductuales provocados por la abstinencia a la nicotina se encuentran:

- *Ansia de cigarrillos.*
- *Disforia o estado de ánimo depresivo.*
- *Trastornos del sueño.*
- *Irritabilidad e ira.*
- *Ansiedad.*
- *Dificultades de concentración.*
- *Intranquilidad.*
- *Exceso de apetito.*

La gravedad de la dependencia al tabaco se puede valorar en función del número de cigarrillos/día consumidos, del tiempo hasta el primer cigarrillo, de la escala de síntomas de abstinencia a la nicotina y del test de dependencia de Fagerstrom.

- **Facilitar material adecuado de apoyo e información:** sobre el tabaquismo, ventajas de no fumar, consejos para dejar de fumar…
- **Proporcionar consejos prácticos** (entrenamiento para resolución de problemas):
  - La abstinencia total es fundamental. "Ni una bocanada después del día D".

- Revisar intentos de abandono previo incluyendo la identificación de los factores que le ayudaron durante el intento de abandono y los que contribuyeron a la recaída.
- Anticipar las situaciones con las que tendrá que lidiar (presiones escolares, fiestas o sentimientos de aburrimiento, depresión) y cómo puede superarlas con éxito.
- Dado que el alcohol y otras drogas pueden causar una recaída, debe considerarse limitar o abstenerse de su consumo mientras se está dejando el tabaco.
- Dejar de fumar es más difícil cuando hay otros/as fumadores/as en el domicilio. El paciente debe animar a su familia o compañeros/as a dejarlo o a no fumar en su presencia.

El tratamiento farmacológico de apoyo a adolescentes fumadores/as con síntomas de dependencia a la nicotina incluye productos sustitutivos de la nicotina: **parches o chicles de nicotina.**

Los parches de nicotina han demostrado ser seguros en adolescentes. La combinación de una intervención cognitivo-conductual y el tratamiento con parches de nicotina se ha asociado con porcentajes significativamente más altos de abstinencia después de 6 meses.

Se recomiendan **dosis iniciales más bajas** para pacientes más pequeños (aquellos que pesan menos de 45 kg.) o para los que fuman menos de ½ paquete al día.

Se debe recordar a los usuarios del chicle no masticar continuamente para obtener el máximo beneficio.

En adolescentes, no se recomienda el uso de bupropion ni de vareniclina.

Si el/la adolescente fumador/a no está preparado/a para dejar de fumar (Tobacco-Dependence Treatment Tool Kit, 2010), el profesional debe motivarlo/a explicándole, de manera apropiada a su edad, la relevancia personal de dejar de fumar, y los riesgos potenciales de seguir fumando; identificando los beneficios personales de dejar de fumar, y los obstáculos específicos para dejar de fumar, asegurándole que es capaz de dejar de fumar y que se pueden evitar o minimizar los síntomas de abstinencia a la nicotina.

F. ACORDAR y PROGRAMAR visitas de seguimiento

- Programar visita de seguimiento en un tiempo razonable o acorde a la situación del paciente **para niños/as que están experimentando con el tabaco o tienen factores de riesgo para fumar.**
- Programar visita de seguimiento en un tiempo razonable acorde a la situación del paciente en **adolescentes fumadores/as** para apoyar el intento de dejar de fumar o valorar la motivación y barreras que se encuentran para dejarlo.

Deben establecerse visitas específicas de seguimiento del proceso de abandono del tabaco independientemente de la realización de una valoración en cada consulta que el paciente realice por cualquier otro motivo.

Valorar en cada visita su estado respecto al abandono del tabaco, reforzar los logros conseguidos y el manejo de las dificultades surgidas en el proceso.

Bibliografía

1. MPOWER un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. OMS.2008. Disponible en: https://www.who.int/tobacco/mpower/package/es/.

2. Oberg M ,Jaakkola MS ,Woodward A ,Peruga A ,Prüss-Ustün A. *Carga mundial de la enfermedad por la exposición al humo de segunda mano: un análisis retrospectivo de datos de 192 países.* Lancet 2011 ; 377 (9760): 139 – 146.

3. OMS. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/.2018. Consultado 20/01/2018.

4. Warren CW, Jones NR, Peruga A, Chauvin J, Baptiste J, Costa de Silva V, et al., et al. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Global youth tobacco surveillance*, 2000-2007. MMWR Surveill Summ 2008; 57: 1-28 pmid: 18219269.

5. Marco A et al. La exposición al humo de tabaco en el hogar aumenta la frecuentación por patología respiratoria en la infancia. An Pediatr 2007; 66:475-80 - Vol. 66 Núm.5 DOI: 10.1157/13102512.

6. Grupo de vías respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. *Pediatra de Atención Primaria y tabaquismo.* Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/gvr/dt-gvr-8_tabaco.pdf. 2013.

7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016.* https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/2Hab_vida.pdf.

8. Plan Nacional Sobre Drogas (internet). *Encuesta sobre alcohol y drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), año 2016.* Disponible en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2016_Presentacion.pdf.

9. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad de Asturias. *II Encuesta de Salud Infantil de Asturias.* Año 2017. Disponible en https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/ii-encuesta-de-salud-infantil-de-asturias. 2017.

10. American Academy of Pediatrics. *Los adolescentes y el consumo de tabaco.* Disponible en: https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/substance-abuse/Paginas/Teens-and-Tobacco-Use.aspx. Consultado 20/01/2018.

11. Siqueira LM; Committee on Substance Use And Prevention. *Nicotine and Tobacco as Substances of Abuse in Children and Adolescents.* Pediatrics. 2017 Jan; 139 (1). pii: e20163436. doi: 10.1542/peds.2016-3436.

12. Muñoz Cruz Rafael, Rodríguez Mármol María. *Factores relacionados con el inicio en el consumo de tabaco en alumnos de Enseñanza Secundaria Obligatoria*. Enferm. glob. [Internet]. 2014; 13(35): 113-124. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000300007&lng=es.

13. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). *EDADES 2017. Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España*. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017_Informe.pdf.

14. Galbe Sánchez-Ventura J, Córdoba García R, García Sánchez N. *Prevención del tabaquismo activo y pasivo en la infancia*. Pediatría Atención Primaria 2009; 11 (17). Disponible en: https://pap.es/articulo/1074/prevencion-del-tabaquismo-activo-y-pasivo-en-la-infancia.

15. Farber HJ, Groner J, Walley S, et al. *Protecting Children From Tobacco, Nicotine, and Tobacco Smoke*. Pediatrics 2015; 136: e1439.

16. Farber, Harold J. *The Harm of Tobacco Starts Before Birth*. CHEST 2015; 148 (3):, 573 - 574.

17. Geerts K, Bots ML, van der Ent CK, Grobbee DE, Uiterwaal C. *Parental Smoking and vascular damage in their 5-five-old children.* Pediatrics 2012 ; 129 (1): 45-54.

18. Bublitz MH, Stroud LR. *Maternal smoking during pregnancy and offspring brain structure and function: review and agenda for future research*. Nicotine Tob Res 2012; 14:388.

19. García-Esquinas E, Loeffler LF, Weaver VM, et al. *Kidney function and tobacco smoke exposure in US adolescents*. Pediatrics 2013; 131:e1415.

20. Blair PS, Sidebotham P, Berry PJ, et al. *Major epidemiological changes in sudden infant death syndrome: a 20-year population-based study in the UK*. Lancet 2006; 367:314.

21. Maedel C, Kainz K, Frischer T, et al. *Increased severity of respiratory syncytial virus airway infection due to passive smoke exposure*. Pediatr Pulmonol 2018; 53:1299.

22. Chuang SC, Gallo V, Michaud D, et al. *Exposure to environmental tobacco smoke in childhood and incidence of cancer in adulthood in never smokers in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition*. Cancer Causes Control 2011; 22:487.

23. U.S. Department of Health and Human Services. T*he Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*. Atlanta: GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014. Printed with corrections, January 2014. Disponible en : https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/full-report.pdf.

24. U.S. Department of Health and Human Services. *Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults. A Report of the Surgeon General, 2012*. Disponible en: http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/preventing-youth-tobacco-use/ Consultado el 28/01/2019.

25. Farber HJ, Walley SC, Groner JA, et al. *Clinical Practice Policy to Protect Children From Tobacco, Nicotine, and Tobacco Smoke*. Pediatrics 2015; 136:1008.

26. J. Galbe et al. *Consejo breve para la prevención del tabaquismo en escolares de 2. º a 4. º de Educación Secundaria Obligatoria de Zaragoza*. Rev Pediatr Aten Primaria 2009; 11 (41): 49-63.

27. U.S. Department of Health and Human Services. Healthy people 2020. Topics and objectives. Tobacco use. Disponible en: https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/tobacco-use.

28. *Primary care interventions to prevent tobacco use in children and adolescents:* U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Moyer VA; U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2013 Oct 15; 159 (8):552-7. DOI: 10.7326/0003-4819-159-8-201310150-00697.

29. Pbert L, F. A. (2008). *Effect of a pediatric practice-based smoking prevention and cessation intervention for adolescents: a randomized, controlled trial*. Pediatrics, 121, e738-47.

30. Jiménez-Ruiz, C. A. (2008). *Papel del profesional de la pediatría en el control del tabaquismo*. Evid Pediatr, 4, 67-69.

31. Holli JF, P. M. (2003). *Tobacco use patterns and attitudes among teens being seen for routine primary care*. Am J Health Promot, 17, 231-239.

32. Patnode CD, O'Connor E, Whitlock EP, et al. *Primary care-relevant interventions for tobacco use prevention and cessation in children and adolescents: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force*. Ann Intern Med 2013; 158:253.

33. *Recommendations on behavioural interventions for the prevention and treatment of cigarette smoking among school-aged children and youth.* Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ. 2017 Feb 27; 189(8): E310–E316.doi: 10.1503/cmaj.161242.

34. Healthy People 2010 data and Healthy People 2020 objectives. Disponible en: https://www.healthypeople.gov/2020/tools-resources/evidence-based-resource/tobacco-use-in-children-and-adolescents-primary-care (consultado marzo 2019).

35. Suárez Lopez de Vergara R. *Tabaquismo en el niño.* An Pediatr Contin.2012;10(2):115–9.

36. 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 11 de marzo de 2019]. Disponible en: http://previnfad.aepap.org/sites/default/files/2017-04/previnfad_drogas.pdf.

37. Sockrider M, Rosen JB. *Prevention of smoking initiation in children and adolescents.* UpToDate 2018. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/prevention-of-smoking-initiation-in-children-and-adolescents.

38. Suárez Lopez de Vergara R. *Tabaquismo en el niño.* An Pediatr Contin.2012;10(2):115–9.

39. Jackson C, Dickinson D. *Enabling parents who smoke to prevent their children from initiating smoking: results from a 3-year intervention evaluation.* Arch Pediatr Adolesc Med. 2006; 160:56.

40. Grupo de trabajo de Vías respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. DT GVR 8 (Revisión del año 2018). *Pediatría de Atención Primaria y Tabaquismo. Papel del pediatra de Atención Primaria.* Disponible en: http://www.respirar.org/images/pdf/grupovias/Pediatra-y-Tabaquismo-2018.pdf.

41. A Pérez-Milena, ABN Guillén. Eficiencia de dos intervenciones motivacionales para la deshabituación tabáquica en adolescentes (breve e intensiva) realizadas en Institutos de Educación Secundaria. Adicciones (online) 2012; 24 (3). Disponible en: http://www.itesm.ucm.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/90.

ANEXO I: Evidencia disponible. Recomendaciones "Canadian Task Force"

Recomendaciones Canadian Task Force

Prevención:

Preguntar a toda la población infantil y juvenil (5-18 años) o sus madres/padres acerca del consumo de tabaco por el/la niño/a y el/la joven y ofrecer consejo e información breve durante las visitas a pediatría** para prevenir el consumo de tabaco en niños/as y jóvenes.* Recomendación débil.

Esta recomendación se aplica a población infantil y juvenil de 5 a 18 años que no fuman en dicho momento, que nunca han fumado o ex fumadores, y que no tienen déficits cognitivos, problemas mentales o historia de abuso de alcohol u otras drogas.

Tratamiento:

Preguntar a toda la población infantil y juvenil (5-18 años) o sus madres/padres acerca del consumo de tabaco por el/la niño/a y el/la joven y ofrecer consejo e información breve durante las visitas a pediatría para tratar el tabaquismo en niños/as y jóvenes. Recomendación débil.

Esta recomendación se aplica a población infantil y juvenil de 5 a 18 años que han fumado en los últimos 30 días, y que no tienen déficits cognitivos, problemas de salud mental o física, o historia de abuso de alcohol u otras drogas.

* *Consejo de hasta cinco minutos. Puede incluir comunicación verbal acerca de las actitudes y creencias del paciente, riesgos de fumar, estrategias para lidiar con las influencias de sus compañeros/as. También puede darse material impreso (folletos, boletines informativos etc.)o programas informáticos interactivos.*

** *Incluye visitas del programa de niño sano, vacunaciones, renovación de medicamentos, enfermedades agudas y otras visitas en las que el pediatra lo considere adecuado.*

Los clínicos deben ayudar a sus pacientes y familias a tomar una decisión que encaje con sus valores y preferencias, por lo que debería preguntarles si están interesados en tener una conversación breve acerca del consumo de tabaco.

Esta guía recomienda el diálogo directo con los/as adolescentes. En el caso de preadolescentes o adolescentes jóvenes, recomienda tener en cuenta el nivel de madurez, dialogando con el/la joven junto a sus padres (por ejemplo, comenzar con el/la joven y luego consultar con la madre o padre.

La recomendación es débil porque aunque la mayoría de niños/as, jóvenes, madres y padres quieren recibir la recomendación, algunos no. Además, hay baja certeza de resultados a largo plazo. Sin embargo, se hacen las recomendaciones porque la evidencia sugiere que proporcionar información breve y consejo puede ayudar a prevenir y tratar el tabaquismo entre los 5 y los 18 años, hay mínimos riesgos asociados a la intervención y las organizaciones nacionales relacionadas con el tabaquismo consideran que intervenir en Atención Primaria es importante y aceptable.

ANEXO II: Protocolo de tratamiento del consumo de tabaco en adolescentes "5 Aes"

AVERIGUAR

AVERIGÜE el cosumo actual y pasado de tabaco y cigarrillo electrónico entre adolescentes.
"¿Actualmente fumas, usas cigarrillo electrónico u otro tipo de producto de Tabaco?" ¿De qué tipo?
"¿Has probado alguno de estos productos en el pasado?" ¿De qué tipo?

ACONSEJAR

Consumidores de tabaco:
Ofrezca CONSEJO claro, firme, sin prejuicios y personalizados para dejar de fumar adaptados a la población adolescente y ofrezca su apoyo para dejar de fumar.
No fumadores/exfumadores: refuerce la permanencia libre de humo de tabaco - obtenga razones personalmente relevantes para abstenerse a su consumo

ACORDAR

EVALUAR los antecedentes de tabaquismo (duración del consumo, cantidad de cigarrillos, gravedad de la dependencia a la nicotina) y la disposición para dejar de fumar en este momento.

SI ESTÁ PREPARADO/A

AYUDAR al paciente con el desarrollo de un plan personalizado para dejar de fumar.
- Establecer fecha de abandono.
- Proporcionar asesoramiento práctico para prepararse para la fecha de abandono.
- La TSN puede ser considerada en adolescentes altamente dependientes (estrategia secundaria)
- Proporcionar materiales de autoayuda

SI NO ESTÁ PREPARADO/A

AYUDAR a través de la entrevista motivacional

ASEGURAR

- Cita de seguimiento a las 2-4 semanas después de dejar de fumar.
- Considerar la derivación a un servicio comunitario para dejar de fumar.

Tomado de Behrakis, Panagiotis. "*TOB-G: Tobacco Cessation Guidelines for High risk Populations.*" Tobacco Prevention & Cessation, vol. 2, no. April Supplement, 2016, 39. doi:10.18332/tpc/62428 de su traducción al castellano.

Consejo:

Existe una clara evidencia de que el consejo (asesoramiento) o consulta es la intervención más efectiva para el cese del tabaco entre los consumidores adolescentes (Nivel de Evidencia A).

Las intervenciones de consejo (asesoramiento) o consulta con mayor nivel de evidencia demostrada son aquellas que incluyen la mejora motivacional y la terapia cognitiva conductual (Nivel de Evidencia B).

Farmacoterapia:

Se recomienda la Terapia de Sustitución con Nicotina (TSN) como una terapia secundaria para los adolescentes que fuman a diario y son dependientes de la nicotina (Nivel de Evidencia B).

El uso de la TSN es recomendable en combinación con el consejo para maximizar los resultados del abandono del tabaco (Nivel de Evidencia A).

Los profesionales de la salud deben recibir formación para el apoyo del abandono del tabaquismo, para mejorar sus habilidades a la hora de dirigirse a consumidores de tabaco adolescentes (Nivel de Evidencia A).

La Entrevista Motivacional llevada a cabo por profesionales clínicos ha resultado efectiva en la reducción del consumo diario de tabaco entre adolescentes y, como tal, conforma una estrategia de intervención recomendada (Nivel de Evidencia B).

ANEXO III: 5 "A"s de asesoramiento para prevenir el inicio del tabaquismo en niño

Edad del niño/a	Averiguar	Asesorar
Niñez temprana (0 a 4 años)	**Preguntar** a padres y madres acerca de sus hábitos en relación con el tabaco y los de otros/as familiares	**Aconsejar** a madres y padres mantener un ambiente libre de tabaco. Los mensajes deben incluir los riesgos para la salud de los/as niños/as, madres y padres y la importancia del rol modélico de padres y madres para los/as niños/as
Edad escolar (5-12 años)	**Preguntar** al niño/a Cómo se siente cuando alguien fuma cerca de él y qué hace Si piensa que fumar es perjudicial y si piensa que fumará de más mayor Si ha probado a fumar y si tiene amigos que fuman	**Aconsejar** al niño/a que deje de experimentar o felicitarlo si continúa siendo no fumador y/o hace esfuerzos para evitar la exposición al tabaco. Recordar al niño/a los efectos negativos a corto plazo del tabaco, incluyendo el mal olor, la disminución del rendimiento físico y los riesgos para la salud personalizados (por ejemplo, agudización del asma) **Aconsejar** al padre/madre que lo dejen si son fumadores y dar mensajes claros contra el tabaco para sus hijos/as.
Adolescentes y adultos jóvenes	**Preguntar** adolescentes Acerca de sus comportamientos con el tabaco en un entorno confidencial. Acerca del tabaquismo de compañeros/as	**Aconsejar** a adolescentes fumadores que lo dejen, incidiendo en los riesgos para la salud personalizados y en el peligro de adicción. Felicitar a los adolescentes que no fuman y recordarles los riesgos para la salud.

Guía basada en Klein JD, Camenga DR. Pediatrics in review 2004; 25: 17. Traducida de UpToDate.

os y adolescentes

Apreciar	Ayudar	Arreglar
Evaluar la disposición para dejar de fumar de madre/padre y otros/as familiares.	**Ayudar** a madres y padres a intentar dejar de fumar con materiales de autoayuda y derivación a su profesional de referencia,	**Programar** una visita de seguimiento a los 3 meses si el padre o la madre fuman; verificar el progreso de padre y/o madre en cada visita pediátrica de seguimiento (derivar).
Valorar los factores de riesgo para comenzar a fumar o progresar a fumador habitual, incluyendo el nivel de experimentación, fumadores/as entre los compañeros/as, síntomas depresivos, rendimiento escolar y experiencias adversas.	**Ayudar** a padre/madre a dejar de fumar si es necesario (derivar). **Ayudar** al niño/a a decir no y evitar la exposición. **Ayudar** a los padres en sus esfuerzos para prevenir el tabaquismo en sus hijos/as desarrollando un papel modélico, mensajes firmes contra el tabaco y prohibiciones de fumar.	**Programar** visita de seguimiento en 1-2 meses para niños/as que están experimentando con el tabaco o tienen factores de riesgo para fumar.
Valorar la motivación y dependencia del tabaco en adolescentes fumadores. **Valorar** factores de riesgo para la iniciación al tabaquismo entre los que no fuman.	**Ayudar** adolescentes fumadores a dejarlo, incluir sustitutivos de nicotina si es necesario. **Ayudar** a los padres en sus esfuerzos para prevenir el tabaquismo en sus hijos/as desarrollando un papel modélico, mensajes firmes contra el tabaco y prohibiciones de fumar	**Programar** visita de seguimiento en 1 mes para adolescentes que fuman para apoyar el intento de dejar de fumar o valorar la motivación y barreras para dejarlo.

ANEXO IV: Algoritmo de intervención en niño/joven en riesgo de fumar

VALORAR SI EL NIÑO O ADOLESCENTE FUMA

SI

¿Está el paciente preparado para dejar de fumar?

SI

Valorar el nivel de dependencia

Valorar factores sociales y psicológicos que contribuyen al tabaquismo

Identificar patrones de fumadores, cigarrillos que podría eliminar más facilmente y desencadenantes para fumar que pueden evitarse

Enseñar habilidades de afrontamiento

Determinar si es necesario tratamiento farmacológico

Desarrollar un plan para dejar de fumar

Poner fecha para dejar de fumar si es posible

Realizar seguimiento. A menudo, es necesario seguimiento frecuente

NO

Discutir la pertinencia de dejar de fumar para el paciente

Redirigir la responsabilidad fuera del paciente y centrarla en la relación médico/paciente

Identificar riesgos potenciales de continuar fumando, de manera apropiada a su edad

Identificar las recompensas pesonales de dejar de fumar

Discutir el impacto de obstáculos específicos como el comportamiento paterno en la decisión del niño de seguir fumando

Realizar seguimiento

NO

Mensaje de apoyo positivo

Consejo sobre los peligros de la dependencia al tabaco y la importancia de no iniciarse

Adaptado de: Tobacco-Dependence Treatment Tool Kit. 3ª Edition. American College of Chest Physician.

ANEXO V: Calendario de visitas y actividades recomendadas para el diagnóstico y tratamiento de la dependencia al tabaco

Visitas preparatorias

- Historia inicial y exploración física.
- Valoración del consumo de tabaco y adicción.
- Establecer una buena relación con el paciente.
- Educación del paciente.
- Si procede, prescripción adecuada.

Visitas de seguimiento tempranas (1-3 semanas)

- Valorar efectos secundarios de la medicación.
- Valorar el efecto del tratamiento.
- Identificar barreras para el control.
- Dar apoyo.
- Valorar el uso de medicaciones de rescate para reducir los síntomas de abstinencia a la nicotina y mejorar el control.

Visitas posteriores (4-6 semanas)

- Valorar el grado de control.
- Modificar dosis de medicación.
- Identificar y corregir comportamientos de alto riesgo.
- Valorar el uso de medicaciones de rescate para reducir los síntomas de abstinencia a la nicotina y mejorar el control.

Seguimiento a largo plazo (2-6 meses)

- Valorar el riesgo de recurrencia.
- Educación del paciente/prevención recurrencias.
- Valorar el uso de medicaciones de rescate para reducir los síntomas de abstinencia a la nicotina y mejorar el control.
- Dar apoyo.
- Evaluar el tabaco ambiental.

Anexo VI: Factores que contribuyen al inicio del tabaquismo en la juventud

(Sockrider M, 2018)

- **Actitudes y creencias:** la ausencia de una decisión firme a no fumar es el factor predictor más fuerte de la experimentación con el tabaco. Las actitudes hacia el tabaquismo están influenciadas por numerosos factores.

  – Influencias de la familia y de los/as amigos/as: la presencia de personas fumadoras en sus redes familiares y sociales se asocia con actitudes menos negativas hacia el tabaco y es un importante predictor de inicio del tabaquismo en la adolescencia.

  La dependencia al tabaco de madres y padres incrementa el riesgo de sus hijos de iniciarse al tabaco y generar dependencia al mismo. Las intervenciones dirigidas a fomentar el cese del hábito tabáquico de padres y madres para beneficiar la salud de sus hijos/as son más efectivas cuando se incluyen fármacos. Identificar, orientar y tratar la dependencia al tabaco de padres/madres/cuidadoras/es es una parte importante del cuidado de la salud de los/as niños/as.

  – Edad: las actitudes positivas o negativas hacia el tabaquismo se vuelven más pronunciadas durante la adolescencia.

  – Percepciones erróneas: los adolescentes tienden a sobreestimar el consumo de tabaco de sus compañeros/as y entre adultos/as. Contrariamente, infraestiman sus propios hábitos en relación al tabaco.

  – Marketing: la publicidad de la industria tabacalera asocia el consumo de tabaco a valores, comportamientos y estilos de vida que resultan atractivos para el adolescente.

- **Dependencia a la nicotina:** los primeros síntomas de dependencia suelen aparecer a menudo antes del inicio del consumo diario de tabaco. Los jóvenes son especialmente vulnerables a la dependencia nicotínica en comparación con los adultos. Esta dependencia es un importante predictor de qué jóvenes se convertirán en fumadores/as habituales tras la experimentación con el tabaco.

- **Otros factores de riesgo:**

  – Nivel previo de experimentación.

  – Depresión.

  – Mal rendimiento escolar.

  – Experiencias adversas durante la infancia.

  – Abuso de drogas.

  – Disponibilidad de productos del tabaco con sabores.

Anexo VII: Clasificación de la gravedad de la dependencia al tabaco

	Consumo cigarrillos	Síntomas dependencia nicotina	Cuantitativo	Estado de salud
Muy grave	>40 cigarrillos/día Consumo diario Tº hasta primer cigarrillo: 5-10 min	Constantes Escala síntomas dependencia nicotina >40	Test Fargeström 8-10 Cotinina suero > 400 ng/mL	≥1 enfermedad crónica Y/O ≥ 1 enfermedad psiquiátrica
Grave	20-40 cigarrillos/día Consumo diario Tº hasta primer cigarrillo: 6-30 min	Constantes Escala síntomas dependencia nicotina 31-40	Test Fargeström 6-7 Cotinina suero 250- 400 ng/mL	≥1 enfermedad crónica 0 ≥ 1 enfermedad psiquiátrica
Moderada	6-19 cigarrillos/día Consumo diario Tº hasta primer cigarrillo: 31-60 min	Frecuentes Escala síntomas dependencia nicotina 21-30	Test Fargeström 4-5 Cotinina suero 151-250 ng/mL	Buena salud física Buena salud mental
Leve	1-5 cigarrillos/día Consumo intermitente Tº hasta primer cigarrillo: >60 min	Intermitentes Escala síntomas dependencia nicotina 11-20	Test Fargeström 2-3 Cotinina suero 51-150 ng/mL	Buena salud física Buena salud mental
No diario/ Social	No consumo diario de cigarrillos Sólo por entorno social Tº hasta primer cigarrillo: >>60 min	Ninguno Escala síntomas dependencia nicotina <10	Test Fargeström 0-1 Cotinina suero ≤50 ng/mL	Buena salud física Buena salud mental

ACCP Tobacco-Dependence Treatment Took Kit 3ª Edition.

The Hooked on Nicotine Checklist (HONC)

	SI	NO
¿Has probado a dejarlo pero no has podido?		
En el momento actual ¿fumas porque te resulta muy difícil dejarlo?		
¿Alguna vez te has sentido adicto al tabaco?		
¿Has sentido alguna vez deseos fuertes de fumar?		
¿Has sentido alguna vez que realmente necesitabas un cigarrillo?		
¿Te resulta muy difícil mantenerte sin fumar en lugares donde no debes?		
Cuando no consumes tabaco por un momento... o Cuándo has intentado dejar de fumar....		
¿Te cuesta concentrarte porque no puedes fumar?		
¿Te sientes más irritable porque no puedes fumar?		
¿Sientes una fuerte necesidad de fumar?		
¿Te sientes nervioso, inquieto o ansioso porque no puedes fumar?		

Apto para adolescentes de 12 a 15 años.

Por cada Si, se anota 1 punto. Una respuesta positiva a cualquier pregunta indica una pérdida de autonomía y el inicio de la dependencia. El número de respuestas positivas refleja el grado de dependencia.

Test de Fagerström para la dependencia de la nicotina

PREGUNTA	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Cuánto tiempo pasa desde que te levantas y fumas el primer cigarrillo?	Hasta 5 minutos Entre 6 y 30 minutos Entre 31 y 60 minutos Más de 60 minutos	3 2 1 0
¿Fumas en lugares prohibidos?	Sí No	1 0
¿Qué cigarrillo te costaría más suprimir?	El primero de la mañana Cualquier otro	1 0
¿Cuánto fumas?	Esporádico - 10 cig./día 11-20 cig./día 21-30 cig./día >30 cig./día	0 1 2 3
¿Cuándo fumas más, por la mañana o por la noche?	Por la mañana por la noche	1 0
¿Fumas aunque esté enfermo?	Sí No	1 0

0-3 puntos: dependencia baja.

4 a 7 puntos: dependencia moderada.

8 a 10 puntos: dependencia alta.

Test de Fagerström breve

PREGUNTA	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma el primer cigarrillo?	Hasta 5 minutos	3
	Entre 6 y 30 minutos	2
	Entre 31 y 60 minutos	1
	Más de 60 minutos	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	10 ó menos	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 ó más	3

0-2 puntos: dependencia baja.

3 a 4 puntos: dependencia moderada.

5 a 6 puntos: dependencia alta.

Anexo VIII: Valoración de la motivación para dejar de fumar

Test de motivación de Richmond

PREGUNTA	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?	No Si	0 1
¿Cuánto interés tiene en dejar de fumar?	Desde nada en absoluto Hasta mucho	0 3
¿Intentará dejar de fumar completamente en las próximas dos semanas?	Desde definitivamente no Hasta definitivamente si	0 3
¿Cree que dentro de 6 meses usted no fumará?	Desde definitivamente no Hasta definitivamente si	0 3

Puntuaciones: 0-6 baja motivación; 7-9: Moderada motivación; 10: Alta motivación.

ANEXO IX: Terapia de sustitución con nicotina para adolescentes.

Parches de nicotina	Chicles de nicotina	Comprimidos de nicotina para chupar
Fáciles de usar. Acción constante a lo largo del día. Sin embargo, algunos/as pacientes pueden necesitar un agente adicional de acción corta (chicle, comprimido) para momentos con deseos intensos de fumar (craving).	Incrementa los niveles de nicotina rápidamente, por lo que puede usarse en momentos de craving (deseo intenso de fumar). Para algunos pacientes no es efectivo porque no lo usan lo necesario o no mastican lo suficiente.	Al igual que el chicle de nicotina, las pastillas incrementan los niveles de nicotina rápidamente (picos a los 20-30 minutos) y pueden ser útiles en momentos de craving (deseo intenso de fumar).
El paciente debe seguir las instrucciones del paquete para elegir la dosis adecuada en función de su historia de consumo de tabaco. Los fumadores intensos deben comenzar con una mayor dosis y disminuir gradualmente en 6-8 semanas. Los fumadores leves o los que pesan menos de 45 kg. deben comenzar con menores dosis.	La nicotina del chicle se absorbe por la mucosa oral y es optimizada por una secuencia de masticado y colocación del chicle entre la mejilla y las encías. Masticar demasiado vigorosamente supone que se traga más nicotina. No es peligroso pero reduce la absorción de nicotina y puede causar irritación local e hipo.	El paciente debe chupar la pastilla hasta que se disuelva; las pastillas no deben masticarse ni tragarse.
Cada parche puede ser usado 24 h. Si el paciente tiene problemas de sueño, puede quitárselo para dormir (16 h/día).	Los fumadores intensos deben usar el chicle de 4 mg.. Pacientes menos fumadores o de peso inferior a 45 kg. deben empezar con 2 mg.	La mayoría de fumadores debería usar el comprimido de 2 mg. Pacientes con síntomas de dependencia nicotínica (por ejemplo, aquellos que fuman en los primeros 30 minutos tras levantarse) pueden requerir comprimidos de 4 mg.
La irritación de la piel es el efecto secundario más frecuente. Se puede minimizar rotando el parche (es decir, colocándolo en diferentes zonas cada día).	Los pacientes con síntomas significativos de dependencia nicotínica empiezan típicamente con un chicle cada 1 o 2 horas, usando de 10 a 24 al día.	Se debe comenzar con 1 comprimido cada 1 ó 2 horas durante las primeras semanas del cese del hábito. Luego hay que reducir gradualmente la frecuencia durante los siguientes dos meses.
	Cada pieza de chicle debe masticarse lentamente para liberar la nicotina. Después de masticar unos minutos, la nicotina se libera (sabor picante). El chicle debe ser colocado entre la mejilla y las encías para que la nicotina sea absorbida. El proceso de masticar lentamente y aparcar el chicle debe repetirse cada pocos minutos durante 20-30 minutos.	

Anexo X: Actuaciones a realizar en el marco del "Programa de Control y Prevención del Tabaquismo en Asturias"

- **Prevención del inicio del consumo entre los jóvenes:** Se realizará, fundamentalmente, en las visitas programadas o a demanda de los niños y las niñas de 10 a 14 años, ofreciéndoles información clara, rigurosa y adecuada a la edad. Es muy importante empezar a edades tempranas, dada la influencia que aún ejercen sobre los niños y las niñas los y las profesionales sanitarios.

- **Protección de la exposición al humo ambiental de tabaco:** Debe realizarse a lo largo de todo el ciclo vital del niño/a, incluso desde la etapa prenatal si es posible. Incidir especialmente en las edades tempranas de la vida en las que se presenta una mayor susceptibilidad al humo del tabaco, incluyendo un mayor riesgo de muerte súbita infantil. Domicilio y coche sin humo. Es muy importante una intervención aprovechando la visita del PPJ Asia de los 6 años de vida.

- **Promoción del abandono del consumo de tabaco:** En el momento de la gestación, a las madres y padres, con un mayor énfasis en las madres. Durante la etapa infantil, a padres y madres y cualquier miembro de la familia que resida en el domicilio familiar. En la fase de la pre y adolescencia, a los adolescentes fumadores/as y sus familiares convivientes, y a los familiares fumadores/as de jóvenes no fumadores/as.

Protección frente al humo de 2ª y 3ª mano	Prevención del inicio del consumo	Promoción de abandono
Durante todo el ciclo vital del niño/a, incluso desde la etapa prenatal	Durante visitas programadas y a demanda, especialmente entre los 10 y 14 años	Niños/as fumadores/as Padres/Madres fumadores/as
Concienciar padres/madres Insistir en todo caso en mantener el domicilio y coche sin humo	Insistir en los beneficios de no fumar	Dar consejo breve Ofrecer apoyo especializado para dejar de fumar

Anexo XI: Consecuencias del tabaquismo en niños y adolescentes con enfermedades crónicas

Enfermedad crónica	Potenciales consecuencias para la salud enfermedad-específicas
Asma	Mayor frecuencia y gravedad de las agudizaciones, uso de medicación, hospitalización, riesgo de paro respiratorio.
Fibrosis quística	Mayor frecuencia, gravedad y hospitalizaciones por infecciones bacterianas pulmonares; disminución acelerada de la función pulmonar, peor status nutricional.
Artritis juvenil idiopática (reumatoide)	Mayor gravedad de la enfermedad, mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y muerte prematura, exacerbación de la osteopenia.
Cáncer	Mayores riesgos de los numerosos tratamientos del cáncer, infecciones respiratorias cuando están inmunodeprimidos, mucositis peores .
Anemia de células falciformes	Mayor riesgo de Síndrome agudo torácico, posible mayor riesgo de ictus.
Diabetes mellitus	Enfermedad cardiovascular y vascular periférica aceleradas, incluyendo ateroesclerosis, retinopatía, y nefropatía. Fumar incrementa la morbilidad y mortalidad de la diabetes tipo I en un 50-70%.

Tomado de UpToDate. Prevention of smoking initiation in children and adolescents.

Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/prevention-of-smoking-initiation-in-children-and-adolescents

Anexo XII: Folletos informativos

Protege a tu FAMILIA
de los malos humos
En tu casa y en el coche
respira con libertad
Gobierno del Principado de Asturias
Consejería de Sanidad
Servicio de Salud del Principado de Asturias

Fumar en el domicilio y en el coche expone a tus hijos/as al humo de tabaco de segunda y tercera mano

El humo de tabaco de segunda mano

Es el humo que desprende el extremo ardiente de un cigarrillo, un puro, una pipa etc. También es el humo exhalado por la persona que fuma.

Los niños y las niñas son más sensibles que las personas adultas al humo de segunda mano porque:

- Sus pulmones aún están desarrollándose
- Respiran más rápido, absorbiendo más sustancias químicas nocivas en relación a su peso corporal.
- El humo de tabaco afecta a su sistema inmunológico limitando su capacidad de lucha frente a las enfermedades.

Los niños y las niñas que respiran humo de segunda mano tienen un mayor riesgo de morir por el Síndrome de muerte súbita del lactante.

Además, padecen con más frecuencia enfermedades respiratorias como tos, neumonías, bronquitis, laringitis, otitis, pudiendo desarrollar asma con ataques más frecuentes y graves.

El humo de tabaco de tercera mano

Es el tabaco invisible, "polvo de tabaco", que permanece en el ambiente cuando el cigarrillo se ha apagado.

- Los **residuos de humo** que se adhieren al polvo, muebles, alfombras, asientos del coche, cabello, ropa...
- Los **compuestos nocivos que se forman, y permanecen en el aire,** cuando el humo de segunda mano se combina con partículas de la atmósfera.

Los/as bebés y los/as niños/as pueden sufrir daños porque inhalan sustancias químicas tóxicas cuando se arrastran por el suelo, se sientan en los automóviles, tocan y se llevan a la boca los objetos contaminados.

La protección de tu familia sólo está garantizada en un ambiente totalmente libre de humo.

No basta con fumar en la ventana, retirarse a otra habitación o usar ambientadores o velas para eliminar el olor.

No fumes ni dejes que nadie fume en tu coche y en tu casa

ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN LA CONSULTA DE PEDIATRIA

guía para profesionales