

# ¿Cómo ayudar a un niño que fuma?

**Dra. Viviana Aguirre**

Neumólogo Pediatra

Hospital El Pino, SSMS. Universidad de Santiago de Chile (USACH).

Miembro de la Comisión de Tabaco de la Sociedad de Enfermedades Respiratorias

## Resumen

El consumo de tabaco es un problema frecuente en la edad pediátrica, con cifras nacionales de prevalencia de 14,6%, ocupando el primer lugar de Latinoamérica en los menores de 16 años. Los jóvenes empiezan a fumar por numerosas razones psicológicas y socio-ambientales, y el factor más claramente identificado, relacionado con el desarrollo de dependencia, es la sensación de relajación asociado a la primera vez que se fuma. A diferencia del adulto, en el niño y adolescente se disponen de pocas herramientas terapéuticas efectivas para la cesación del hábito tabáquico. Dentro de éstas, la que cuenta con mayor evidencia es la consejería, con enfoques específicos para este grupo. Respecto a la terapia farmacológica, si bien no tiene una indicación formal en este grupo etario, la terapia de reemplazo de la nicotina es segura y podrían usarse en algunos casos seleccionados. Considerando los pobres resultados obtenidos con las herramientas actualmente disponibles para tratar este problema en el niño y adolescente, debemos concentrar los esfuerzos en acciones preventivas del hábito y en desarrollar estrategias de consejería y farmacológicas más exitosas que las ya existentes.

**Palabras Claves:** Tabaco en la niñez, tabaco y pediatría, tratamiento antitabaco en el niño.

## INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es un problema de salud pública mundial y es la principal causa prevenible de enfermedad y muerte. Las muertes relacionadas al tabaco incluyen cáncer de pulmón, esófago y páncreas, enfermedad cardiovascular, bronquitis, neumonía, enfisema, síndrome de muerte súbita, prematuridad y bajo peso de nacimiento, además de las muertes resultantes de las quemaduras asociadas al fumar.

En Chile, en el último estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, el tabaco ocupa el 9º lugar como factor de riesgo por pérdida de AVISA(\*), estimando que 1 de cada 11 muertes es directamente atribuida al tabaquismo directo (sin contar el efecto del fumador pasivo). En este mismo estudio se estimó que si se disminuyera el consumo de tabaco de 43% a 30%, se evitarían 2.694 muertes anuales y 31.559 AVISA<sup>(1)</sup>. A pesar de estas cifras, en nuestro país todavía no hay un enfoque sanitario potente acerca de este problema, con ausencia de guías clínicas ministeriales de tabaco y de tratamiento farmacológico en la atención pública.

La información nacional más reciente que existe sobre la prevalencia de tabaquismo en la edad pediátrica, es la entregada por CONACE de los datos del VIII Estudio Nacional de

(\*) AVISA es un indicador compuesto, que combina mortalidad (años de vida perdidos por muerte prematura) y calidad de vida (años de vida vividos con discapacidad).

Correspondencia: Dra. Viviana Aguirre. Neumólogo Pediatra. Hospital El Pino, SSMS. Universidad de Santiago de Chile. Mail: [vaguirrecam@yahoo.com](mailto:vaguirrecam@yahoo.com). Fono: 576 7545.

drogas en población escolar, que se hizo en alumnos de octavo básico a cuarto medio de colegios municipalizados, particulares subvencionados y particulares pagados de 99 comunas del país en el año 2009<sup>(2)</sup>. Se encuestó al 5% de toda esta población y la prevalencia general de consumo diario de tabaco fue de 14,6%, con predominio en las mujeres (Tabla 1).

El informe subregional de las Naciones Unidas sobre uso de drogas en población escolar del 2009 en Latinoamérica, sitúa a Chile como el país con mayor consumo de tabaco en los menores de 16 años de la región<sup>(3)</sup>. Diversos estudios han descrito que los adolescentes experimentan o inician el uso regular de tabaco debido a varias razones, entre las cuales figuran factores psicológicos y socio-ambientales. Socio-ambientales como el acceso al tabaco, la exposición a los padres, hermanos y compañeros que fuman o aprueban fumar, hábito de fumar en el hogar, bajo nivel socioeconómico, exposición a la publicidad del tabaco y el tabaquismo en los medios de entretenimiento<sup>(4-11)</sup>.

Dentro de los psicológicos tenemos: el rasgo de ansiedad, déficit atencional, actitudes y creencias sobre los beneficios del consumo de tabaco, bajo rendimiento escolar; poco apego por la familia, el colegio, la comunidad y la religión; pobres habilidades de afrontamiento (*coping*), estado de ánimo depresivo, impulsividad, baja autoestima, búsqueda de novedad y la asunción de riesgos<sup>(12-26)</sup>.

Los jóvenes difieren ampliamente en su susceptibilidad a la dependencia y aunque la mayoría desarrolla síntomas

Tabla 1.- Evolución de prevalencia diaria de tabaco en población escolar

	Total	Octavo	Cuarto	Hombres	Mujeres	Municipal	Particulares pagados
<b>Tabaco</b>							
2003	18,6	7,4	29,3	18,3	18,9	18,5	20,0
2005	15,3	4,7	24,8	14,2	16,5	14,7	17,1
2007	15,7	5,0	23,7	14,7	16,7	16,0	15,8
2009	14,6	5,3	21,3	13,6	15,7	15,5	14,4

VIII Estudio nacional de drogas en población escolar de Chile, de octavo básico a cuarto medio. Principales resultados. CONACE 2009<sup>(2)</sup>.

rápidamente después de iniciar el uso de tabaco, otros no lo hacen<sup>(27)</sup>. El factor de riesgo más claramente identificado, que aumenta el riesgo de pérdida de autonomía, es la sensación de relajación la primera vez que se inhala un cigarrillo<sup>(28)</sup>. La gente joven subestima la potencial adicción a la nicotina y los adolescentes, tanto lo fumadores diarios como los ocasionales, piensan que pueden abandonarlo en cualquier momento. Sin embargo, sólo un pequeño porcentaje abandona el cigarrillo cada año<sup>(29-31)</sup>.

Es importante identificar la población pediátrica que está fumando o quiere fumar para intervenir en ellos. Estudios internacionales recientes describen que se identifica y aconseja el abandono del tabaco a los adolescentes fumadores en el 33-55% de sus visitas al médico y en aproximadamente el 20% de las visitas al dentista<sup>(32-34)</sup>. Frente a un niño o adolescente que fuma, debemos evaluar su dependencia a la nicotina, para lo cual existen algunos instrumentos disponibles, de los cuales 3 son los más usados en este grupo: el test de Fagerström modificado (mFTQ)<sup>(35)</sup>, la clasificación DSM-IV de la Asociación Americana de Psiquiatría (36) y el Listado de Adicción a la Nicotina (HONC)<sup>(37)</sup>.

Los expertos mundiales en tabaquismo, a través de las diferentes guías internacionales disponibles, orientadas principalmente al problema en el adulto, resumen las estrategias de tratamiento basadas en evidencia, en diez puntos claves:

- 1.- Necesidad de realizar intervenciones repetidas;
- 2.- Identificación, por el médico y el resto de personal de salud, a los fumadores y documentación de su estado de tabaco;
- 3.- Estimular a todos los pacientes que están dispuestos a hacer un intento, a usar los tratamientos recomendados de consejería y medicamentos,
- 4.- Ofrecer a cada fumador el tratamiento abreviado para la dependencia al tabaco,
- 5.- Realizar asesoría (consejería) individual, grupal y telefónica (su efectividad aumenta con la intensidad del tratamiento);
- 6.- Aconsejar el uso de tratamientos farmacológicos efectivos a todos aquellos pacientes que están intentando dejar de fumar, a menos que exista alguna contraindicación;

7.- Aconsejar la combinación de consejería y fármacos para el tratamiento de la dependencia a todo paciente que está intentando dejar de fumar;

8.- Asegurar, por parte del sistema de salud, el acceso del paciente a una línea de ayuda telefónica para consejería y promocionar su uso;

9.- Realizar tratamiento motivacional al paciente que no desea intentar dejar de fumar, para lograr futuros intentos de abandono del hábito y

10.- Los tratamientos para la dependencia del tabaco son clínicamente efectivos y costo efectivos en relación a otras intervenciones en otras patologías. Respecto al empleo de fármacos, el abanico actualmente disponible para prolongar las tasas de abstinencia contempla los siguientes medicamentos de primera línea: Bupropion SR, Nicotina en chicles, Nicotina inhalada, Nicotina en pastillas, Nicotina en parches, Nicotina en spray nasal y Vareniclina.

#### Frente a un niño - adolescente que fuma, ¿qué puede usarse de todo lo enunciado más arriba?

Las recomendaciones más actuales para la población pediátrica, basadas evidencia, son las siguientes<sup>(38,39)</sup>:

(1) Los médicos deben preguntar a los niños y adolescentes sobre el uso de tabaco y dar un potente mensaje sobre la importancia de la abstinencia total de su uso (Evidencia=C).

(2) La consejería ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de adolescentes fumadores, por lo tanto este grupo etario debiera tener siempre intervenciones de consejería para ayudarlos a dejar de fumar (Evidencia=B).

(3) Otra recomendación, que no está dirigida específicamente al tratamiento del niño fumador, pero que tiene que ver fuertemente con el quehacer del pediatra, es la consejería realizada en la consulta pediátrica, que ha demostrado ser efectiva en aumentar la abstinencia en los padres que fuman. Es así que la recomendación es que el médico pregunte a los padres sobre el uso de tabaco y les ofrezca asistencia y asesoría para el cese. (Evidencia =B).

Respecto al uso de medicamentos: a pesar que el reemplazo de la nicotina ha mostrado ser seguro en adolescentes, hay

poca evidencia que estos productos, así como el bupropion SR, sean efectivos en favorecer la abstinencia a largo plazo en adolescentes fumadores. Es por esto que en general, en la actualidad, el uso de medicamentos no se recomienda como parte del tratamiento del tabaquismo pediátrico, aunque en opinión de algunos expertos (Evidencia=C) y dado que el tratamiento es menos dañino que fumar, podrían usarse productos de reemplazo de la nicotina en aquellos pacientes entre 12-18 años con dependencia y que desean dejar de fumar<sup>(39)</sup>.

Son muchas las formas de consejería que se han descrito y aplicado en niños, principalmente en adolescentes fumadores, con resultados controversiales<sup>(40)</sup>. Las intervenciones deben ser adecuadas al desarrollo en todo el intervalo de edad de los adolescentes (por ejemplo, el tipo y forma de entrega de consejería debiera ser diferente para un niño de 12 años que para uno de 17 años), así como debe contemplar el sexo, puesto que la identidad de fumador es diferente en el hombre que en la mujer<sup>(41)</sup>.

En resumen y a la luz del conocimiento actual, lo más efectivo es concentrar nuestros esfuerzos en impedir que el niño empiece a fumar. Una vez que empieza a hacerlo, contamos con pocas herramientas exitosas para ayudarlo. Conjuntamente con esto, debieran identificarse los grupos de mayor riesgo para la dependencia y los ya dependientes, para ofrecerles un tratamiento de consejería y seguimiento más específico.

Falta mucho por hacer en lo que respecta al tratamiento del tabaquismo en el niño y adolescente. Se requiere investigación adicional sobre la efectividad del uso de las 5 A<sup>(\*\*)</sup> en la práctica pediátrica para tratar tanto a los adolescentes como a sus padres; diseñar estrategias para aumentar la eficacia, atractivo y alcance de los tratamientos de asesoramiento para adolescentes fumadores; evaluar la efectividad de intervenciones centradas en el niño versus centradas en la familia versus centradas en los pares, así como intervenciones a través de internet, líneas de ayuda y programas basados en el colegio; evaluar efectividad en estrategias de asesoramiento diseñadas específicamente para motivar a los jóvenes a parar el uso de tabaco.

Faltan estudios que avalen la seguridad y efectividad de los medicamentos en adolescentes, incluyendo bupropion, reemplazo de nicotina y vareniclina; y finalmente, desde el 2005 se está trabajando en una vacuna anti-nicotina, la cual generaría anticuerpos que secuestran la droga de la sangre antes que alcance el cerebro, inmunizando de esta manera a los fumadores contra el placer que les produce el cigarrillo. Su uso está dirigida a ex fumadores, para que no recaigan, eliminando la adicción y además, evitaría que la persona que empieza a fumar se vuelva adicta. Cuando esté disponible en el mercado, al parecer en el 2011, deberá probarse su acción y seguridad en este grupo etario.

(\*\*) Componentes de la intervención mínima sobre tabaquismo: Preguntar sobre uso de tabaco (Ask), Aconsejar dejarlo (Adviced), Evaluar la intención de dejar de fumar (Assessment), Ayudar a intentar dejarlo (Assist) y Planificar el seguimiento (Arrange).

## REFERENCIAS

1. Estudio Carga de Enfermedad y Carga Atribuible 2007. Disponible en [epi.minsal.cl/epi/html/invest/cargaenf2008/minuta21-07-2008.pdf](http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/cargaenf2008/minuta21-07-2008.pdf)
2. Octavo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 8º Básico A 4º Medio, 2009: Principales Resultados. Disponible en <http://www.bibliodrogas.cl/bibliodrogas/index.php>
3. Informe Subregional sobre Uso de Drogas en Población Escolarizada : Segundo Estudio Conjunto 2009/2010. Disponible en <http://www.bibliodrogas.cl/bibliodrogas/index.php>
4. Robinson LA, Klesges RC, Zbikowski SM, Glaser R. Predictors of risk for different stages of adolescent smoking in a biracial sample. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65: 653-62.
5. Evans N, Farkas A, Gilpin E, Berry C, Pierce JP. Influence of tobacco marketing and exposure to smokers on adolescent susceptibility to smoking. *J Natl Cancer Inst* 1995; 87: 1538-45.
6. Jackson C, Henriksen L. Do as I say: parent smoking, antismoking socialization, and smoking onset among children. *Addict Behav*. 1997; 22:107-114.
7. Sargent JD, Beach ML, Adachi-Mejia AM, et al. Exposure to movie smoking: its relation to smoking initiation among US adolescents. *Pediatrics*. 2005; 116:1183-1191.
8. Wills TA, Cleary S, Filer M, Shinar O, Mariani J, Spera K. Temperament related to early-onset substance use: test of a developmental model. *Prev Sci* 2001; 2: 145-63.
9. Farkas AJ, Gilpin EA, White MM, Pierce JP. Association between household and workplace smoking restrictions and adolescent smoking. *JAMA* 2000; 284: 717-22.
10. Soteriades ES, DiFranza JR. Parent's socioeconomic status, adolescents' disposable income, and adolescents' smoking status in Massachusetts. *Am J Public Health* 2003; 93: 1155-60.
11. DiFranza JR, Wellman RJ, Sargent JD, et al. Tobacco promotion and the initiation of tobacco use: assessing the evidence for causality. *Pediatrics* 2006; 117: E1237. Disponible en [www.pediatrics.org/cgi/content/full/117/6/e1237](http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/117/6/e1237).
12. DiFranza JR, Savageau JA, Rigotti NA, et al. Trait anxiety and nicotine dependence in adolescents: a report from the DANDY study. *Addict Behav* 2004; 29: 911-9.
13. Patton GC, Carlin JB, Coffey C, Wolfe R, Hibbert M, Bowes G. Depression, anxiety, and smoking initiation: a prospective study over 3 years. *Am J Public Health* 1998; 88: 1518-21.
14. Milberger S, Biederman J, Faraone SV, Chen L, Jones J. Further evidence of an association between attention-deficit/hyperactivity disorder and cigarette smoking. Findings from a high-risk sample of siblings. *Am J Addict* 1997; 6: 205-17.
15. Milberger S, Biederman J, Faraone SV, Chen L, Jones J. ADHD is associated with early initiation of cigarette smoking in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr*. 1997; 36: 37-44.
16. Sargent JD, Dalton M, Beach M, Bernhardt A, Heatherton T, Stevens M. Effect of cigarette promotions on smoking uptake among adolescents. *Prev Med* 2000; 30: 320-7.
17. Goodman E, Capitman J. Depressive symptoms and cigarette smoking among teens. *Pediatrics* 2000; 106: 748-55.
18. Kaufman NJ, Castrucci BC, Mowery PD, Gerlach KK, Emont S, Orleans CT. Predictors of change on the smoking uptake continuum among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156: 581-87.
19. Krohn MD, Naughton MJ, Skinner WF, Becker SL, Lauer RM. Social disaffection, friendship patterns and adolescent cigarette use: the Muscatine Study. *J School Health* 1986; 56: 146-50.
20. Whooley MA, Boyd AL, Gardin JM, Williams DR. Religious involvement and cigarette smoking in young adults: the CARDIA study (Coronary Artery Risk Development in Young Adults) study. *Arch Intern Med* 2002; 162: 1604-10.
21. Wills TA, DuHamel K, Vaccaro D. Activity and mood temperament as predictors of adolescent substance use: test of a self-regulation mediational model. *J Person Soc Psychol* 1995; 68: 901-16.
22. Audrain-McGovern J, Rodriguez D, Tercyak KP, Cuevas J, Rodgers K, Patterson F. Identifying and characterizing adolescent smoking trajectories. *Cancer Epidemiol Biomark Prev* 2004; 13: 2023-34.
23. Breslau N, Peterson EL, Schultz LR, Chilcoat HD, Andreski P. Major depression and stages of smoking: a longitudinal investigation. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 161-6.
24. Tercyak KP, Goldman P, Smith A, Audrain J. Interacting effects of depression and tobacco advertising receptivity of adolescent smoking. *J Pediatr Psychol* 2002; 27: 145-54.
25. Baker TB, Brandon TH, Chassin L. Motivational influences on cigarette smoking. *Ann Rev Psychol*. 2004; 55: 463-91.
26. Wills TA. Self-esteem and perceived control in adolescent substance use: comparative tests in concurrent and prospective analyses. *Psychol Addict Behav*. 1994; 8: 223-234.
27. DiFranza JR, Rigotti NA, McNeill AD, et al. Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. *Tob Control* 2000; 9: 313-9.

28. DiFranza JR, Savageau JA, Fletcher K, Pbert L, et al. Susceptibility to Nicotine Dependence: The Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youth 2 Study. *Pediatrics* 2007; 120: e974-83.
29. Al-Delaimy WK, White MM, Pierce JP. Adolescents' perceptions about quitting and nicotine replacement therapy: findings from the California Tobacco Survey. *J Adolesc Health* 2006; 38: 465-8.
30. Zhu SH, Sun J, Billings SC, et al. Predictors of smoking cessation in U.S. adolescents. *Am J Prev Med* 1999; 16: 202-7.
31. Engels RC, Knibbe RA, de Vries H, et al. Antecedents of smoking cessation among adolescents: who is motivated to change? *Prev Med* 1998; 27: 348-57.
32. Shelley D, Cantrell J, Faulkner D, et al. Physician and dentist tobacco use counseling and adolescent smoking behavior: results from the 2000 National Youth Tobacco Survey. *Pediatrics* 2005; 115: 719-25.
33. Alfano CM, Zbikowski SM, Robinson LA, et al. Adolescent reports of physician counseling for smoking. *Pediatrics* 2002; 109: e 47-51.
34. Sims TH, Meurer JR, Sims M, et al. Factors associated with physician interventions to address adolescent smoking. *Health Serv Res* 2004; 39: 571-86.
35. Prokhorov AV, Hudmon KS, de Moor CA, Kelder SH, Conroy JL, Ordway N. Nicotine dependence, withdrawal symptoms, and adolescents' readiness to quit smoking. *Nicotine and Tobacco Research* 2001; 3: 151-5.
36. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
37. O'Loughlin J, Di Franza J, Tyndale RF, Meshefedjian G, McMillan-Davey E, Clarke PBS, et al. Nicotine-dependence symptoms are associated with smoking frequency in adolescents. *American Journal of Preventive Medicine* 2003; 25: 219-25.
38. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB et al. *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline*. U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service. Disponible en <http://www.ahrq.gov/path/tobacco.htm#Clinic>.
39. Ministry of Health. 2007. *New Zealand Smoking Cessation Guidelines*. Wellington: Ministry of Health. Disponible en <http://www.moh.govt.nz>
40. Grimshaw GM, Stanton A. Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; CD003289.
41. Okoli CT, Torchalla I, Ratner PA, Johnson JL. Differences in the smoking identities of adolescent boys and girls. *Addict Behav* 2011; 36: 110-5.