

¿Seguimos considerando el tabaquismo pasivo como un problema de salud?

A. Martín Rivada, M. Sánchez-Bayle, E. Villalobos Pinto, M.L. Calleja Gero
Servicio de Pediatría. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid

Resumen

Introducción: El tabaquismo pasivo es una causa importante de morbimortalidad en la edad pediátrica. Este estudio pretende evaluar si se registra esta condición en pacientes ingresados en un hospital pediátrico.

Material y métodos: Se estudiaron los ingresos pediátricos durante 12 meses, analizando la recogida del hábito tabáquico en el ambiente familiar, según éstos fueran de causa respiratoria o no.

Resultados: El registro de los casos de tabaquismo pasivo se llevó a cabo en el 58,28% de los ingresos, que fue superior de forma estadísticamente significativa en los de causa respiratoria (*odds ratio* [OR]= 1,767; intervalo de confianza [IC] del 95%: 1,441-2,167). La exposición pasiva al tabaco es más frecuente en los niños que ingresaron en nuestro centro por una patología respiratoria (OR= 2,077; IC del 95%: 1,385-3,117).

Conclusiones: Nuestros resultados demuestran la necesidad de hacer mayor hincapié en la prevención del tabaquismo.

©2018 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave

Niños, tabaquismo pasivo

Abstract

Title: Do we still consider passive smoking a health problem?

Introduction: Passive smoking is an important cause of morbidity and mortality among pediatric population. Our study aims to investigate if such information is taken into account in patient's histories during hospital admissions.

Material and methods: We analyzed pediatric hospital admissions during a 12-month period as to the presence of passive smoking in patient's histories, comparing those due to respiratory causes to other diagnoses.

Results: Cases of passive smoking were noted on patient's histories in 58.28% of hospital admissions, more frequently in patients admitted due to respiratory diseases (Odd Ratio (OR) = 1.767 [95% CI: 1.441-2.167]). Patients admitted due to respiratory diseases presented a higher rate of passive tobacco exposure (OR = 2.077 [95% CI: 1.385 – 3.117]).

Conclusions: Our results emphasize the need to increase tobacco prevention.

©2018 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords

Children, passive smoking

Introducción

El consumo de tabaco es la primera causa de muerte evitable en los países occidentales¹. Un estudio reciente atribuye un 11,5% de la mortalidad global mundial en 2015 al tabaquismo pasivo². Si se mantiene la tendencia actual, a partir de 2030 el tabaco matará a más de 8 millones de personas al año, y a lo largo del siglo XXI podría matar a 1.000 millones³. En nuestro país, el 28,1% de la población es fumadora⁴. El tabaco pasivo es la tercera causa de morbimortalidad evitable en nuestro medio⁵ y supone la causa principal de contaminación ambiental presente en la vida de los niños⁶. En España, un 30-50% de la población infantil está expuesta al humo del tabaco en el hogar⁷. Se calcula que esta exposición es equivalente al consumo de 4-10 cigarrillos al día o 50-60 cigarrillos al año⁸. La tasa de mortalidad atribuible a la exposición pasiva al tabaco en 2011 en nuestro país fue de 1.028⁹.

La relación entre el tabaco y la salud infantil es tan estrecha que en 1995 la Food and Drug Administration (FDA) americana declaró el tabaquismo como una «enfermedad pediátrica»¹⁰. Los efectos de la exposición al humo de tabaco en la edad pediátrica son muy variados. Las enfermedades en que se ha demostrado un nivel suficiente de evidencia son las siguientes: síndrome de muerte súbita del lactante; enfermedades de las vías respiratorias inferiores en lactantes y niños; tos, expectoración, sibilancias y disnea en niños escolares; asma en la edad escolar; inicio de las sibilancias en niños pequeños; persistencia de los efectos adversos en la función pulmonar durante la infancia, y patología del oído medio (otitis media aguda, recurrente o subaguda)⁷. Los efectos neonatales del tabaco durante la gestación han sido ampliamente establecidos, como es el caso del bajo peso al nacimiento en hijos de madres fumadoras¹¹.

Fecha de recepción: 15/03/17. Fecha de aceptación: 5/05/17.

TABLA 1

Datos de tabaquismo en familiares según el motivo de ingreso en las series temporales de 2014 y 2015

	Patología respiratoria		Otros diagnósticos		Total	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Consta	310	305	154	181	462	486
No consta	152 (32,90%)	218 (41,68%)	152 (49,67%)	189 (51,08%)	306 (39,84%)	407 (45,57%)
Total	462	523	306	370	768	893

Odds ratio (OR) de 2,013 (intervalo de confianza [IC] del 95%: 1,480-2,738) para el ingreso por patología respiratoria asociado con el tabaquismo en familiares en 2014, y OR de 1,461 (IC del 95%: 1,107-1,927) en 2015.

TABLA 2

Datos de 2015 según el motivo de ingreso y el antecedente de tabaquismo en la familia

	Patología respiratoria	Patología no respiratoria	Total
Fuma la familia	147 (48,19%)	56 (44,8%)	203
No fuma	158	125	283
Total	305	181	486

OR de 2,077 (IC del 95%: 1,385-3,117) para la exposición a tabaquismo pasivo asociado con el ingreso por patología respiratoria.

Se ha comprobado una menor tendencia a preguntar acerca del consumo y a realizar consejo antitabáquico en las consultas de pediatría de atención primaria¹², hábito que ha sido menos estudiado en el caso de la pediatría hospitalaria. Los fumadores pueden ser más sensibles al abandono del hábito tabáquico en caso de enfermedades agudas que supongan ingresos hospitalarios, como las exacerbaciones asmáticas¹³.

El objetivo de este estudio era cuantificar los casos en que se realiza el registro del tabaquismo pasivo en los pacientes ingresados en un hospital pediátrico.

Material y métodos

Se trata de un estudio retrospectivo, de casos y controles, en el que se incluyeron todos los ingresos a cargo de pediatría general en un hospital terciario situado en una gran ciudad durante dos periodos: de julio a diciembre de 2014 y de julio a diciembre de 2015 (ambos inclusive). Como casos se seleccionaron los niños ingresados con enfermedades respiratorias y como controles los niños ingresados con otras enfermedades. Se consideró como exposición el tabaquismo pasivo, definido como tal cuando al menos uno de los progenitores o cuidadores habituales era fumador. Para ello se revisó en las historias clínicas si se recogía el hábito tabáquico de los padres o los convivientes de forma sistemática. Se llevó a cabo una comparación de proporciones mediante el test de la χ^2 y se calcularon las odds ratio (OR) entre la recogida de dicho hábito y los ingresos, según fueran éstos de causa respiratoria o no. Se comparó la tendencia a indagar sobre el tabaquismo entre los dos periodos citados para valorar la evolución en el tiempo de esta práctica. Por último, se seleccionó la serie temporal de 2015 y se realizó una comparación entre los que fumaban y los que no lo hacían, para estudiar la posible asociación entre el tabaquis-

mo pasivo y los ingresos de causa respiratoria. El análisis estadístico fue efectuado mediante el programa SPSS 15.0 y Statpages.

Resultados

En la tabla 1 se recogen los datos correspondientes a estos periodos. De julio a diciembre de 2014 hubo un total de 770 ingresos a cargo de pediatría general (un 47,3% de los ingresos totales de ese año). Se recogió el hábito tabáquico en 464 casos, lo que supone un 60% del total. Los ingresos atribuibles a una patología respiratoria son responsables de más de la mitad del total (462 sobre 770, es decir, un 60%). La comparación mediante el test de la χ^2 del porcentaje de casos en que no consta el tabaquismo, entre enfermos con patología respiratoria y aquellos con otros diagnósticos, resultó ser estadísticamente significativa ($p < 0,0001$). Además, se ha observado que en los ingresos por una patología respiratoria es más frecuente la recogida de la exposición al tabaquismo pasivo (OR= 2,013; intervalo de confianza [IC] del 95%: 1,480-2,738).

De julio a diciembre de 2015 ingresaron 893 pacientes a cargo de pediatría general (un 51,3% de los ingresos totales de ese año). El porcentaje de casos en que se recogió el antecedente de tabaquismo fue aún menor en este periodo: únicamente en 486, es decir, un 54,43%; no obstante, los ingresos por patología respiratoria fueron similares: 523 (58,56%). La comparación mediante el test de la χ^2 del porcentaje de casos en que no consta el tabaquismo entre los enfermos con una patología respiratoria y los que tenían otros diagnósticos también tuvo significación estadística ($p = 0,005$). De nuevo se observa que en los ingresos motivados por problemas respiratorios se investiga más sobre el antecedente de tabaquismo pasivo (OR= 1,461; IC del 95%: 1,107-1,927), y si consideramos

los dos periodos, hallamos una OR de 2,077 (IC del 95%: 1,538-3,117).

En la comparación de los porcentajes de casos en que no se investigó el tabaquismo de los familiares entre 2014 y 2015 se observa un descenso en la realización de esta práctica, de forma estadísticamente significativa ($p=0,019$), lo que puede indicar una menor concienciación y un empeoramiento en la calidad de la anamnesis realizada al ingreso.

En la tabla 2 se recoge la serie temporal de 2015 de casos en que se investigó el tabaquismo de los familiares según la patología que motivó el ingreso. De acuerdo con los resultados obtenidos, se aprecia que es más probable una exposición pasiva al tabaco en el ambiente familiar en los niños que ingresaron en nuestro centro por una patología respiratoria (OR=2,077; IC del 95%: 1,385-3,117).

Discusión

El tabaquismo es un problema de salud pública que afecta de manera directa a la población infantil. El pediatra, como cuidador de la salud del niño y del adolescente, tiene una importante responsabilidad en la lucha antitabaco, por lo que debe transmitir y concienciar a los pacientes y a sus familiares sobre los efectos perjudiciales que comporta este hábito¹⁴.

La recogida del hábito tabáquico de forma sistemática en los familiares de pacientes ingresados en nuestro centro se sitúa en torno al 55-60%, cuando lo deseable, según las distintas guías existentes, sería incluirlo en la totalidad de los casos. Además, se recomienda incluir un consejo breve antitabáquico, que debe ser corto (menos de 3 min), con un número reducido de mensajes, claros, firmes y personalizados. Este consejo ya ha demostrado ser efectivo en la consulta del pediatra de atención primaria¹⁵. Además, se comprueba que la tendencia a incluir esta práctica en nuestra rutina de trabajo habitual va en descenso, algo ya constatado en las consultas de atención primaria¹².

Nuestro estudio muestra un aspecto mencionado por diferentes autores¹⁶: la exposición pasiva al tabaco en el domicilio supone un factor de riesgo de ingreso hospitalario por una patología respiratoria. Un estudio realizado en nuestro país pone de manifiesto un descenso de un 15% en los ingresos por asma infantil a raíz de la implantación de la ley antitabaco en 2010¹⁷.

El interior de las viviendas supone la mayor fuente de exposición al tabaquismo pasivo en niños¹⁸. Sin embargo, algunos estudios europeos y nacionales, llevados a cabo tras la prohibición de fumar en sitios públicos, muestran que estas medidas generan también una disminución del hábito tabáquico en lugares privados y en el interior de las viviendas, debido a una mayor concienciación del problema¹⁹⁻²¹.

Entre las limitaciones de este estudio se encuentran su diseño retrospectivo, el bajo porcentaje de cuidadores a los que se interrogó y el posible sesgo de estacionalidad, al haber recogido

sólo 6 meses de cada año; no obstante, creemos que suponen una buena representación de los ingresos totales, ya que constituyen aproximadamente la mitad del total, e incluyen tanto los meses con un gran número de ingresos y de patología respiratoria (octubre-diciembre) como los meses con un mayor número de pacientes hospitalizados por otros motivos.

De este estudio se puede concluir que, a pesar de saber que el tabaquismo pasivo es un factor de riesgo elevado de enfermedad, no se registra este dato en un porcentaje significativo de casos, lo que parece aumentar con el paso del tiempo. ■

Bibliografía

1. Thomas R. Programas escolares para la prevención del tabaquismo. Biblioteca Cochrane Plus. Oxford Update Software Ltd. [consultado el 28 de abril de 2016]. Disponible en: www.update-software.com (traducido de The Cochrane Library. Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 2005; 2).
2. GBD 2015 Tobacco Collaborators. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990-2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2017 [consultado el 8 de julio de 2017]. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30819-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30819-X)
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la epidemia mundial de tabaquismo (2011): advertencia sobre los peligros del tabaco [internet]. Ginebra: OMS, 2011 [consultado el 28 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/es/
4. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe 2011. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011 [consultado el 28 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/oed2011.pdf>
5. Grupos de Trabajo de Abordaje de Tabaquismo de la semFYC y Educación para la Salud del PAPPs-semFYC. Guía para el tratamiento del tabaquismo activo y pasivo [internet]. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, 2009 [consultado el 28 de abril de 2016]. Disponible en: https://www.semfy.com/es/grupos_trabajo/taquismo
6. Galbe Sánchez-Ventura J, Córdoba García R, García Sánchez N. Prevención del tabaquismo activo y pasivo en la infancia. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009; 9 Supl 17.
7. Moneo Hernández I, Forés Catalá A, Esteller Carceller M. Tabaquismo. Papel del pediatra de atención primaria. Documentos técnicos del GVR (publicación DT-GVR-8). 2013 [consultado el 28 de abril de 2016]. Disponible en https://www.aepap.org/sites/default/files/gvr/dt-gvr-8_tabaco.pdf
8. Córdoba García R, García Sánchez N, Suárez de Vergara RG, et al. Exposición al humo del tabaco en la infancia. *An Pediatr*. 2007; 67: 101-103.
9. López MJ, Pérez-Ríos M, Schiaffino A, Fernández E. Mortality attributable to secondhand smoke exposure in Spain (2011). *Nicotine Tob Res*. 2016; 18(5): 1.307-1.310.

10. FDA head calls smoking a "pediatric disease". Columbia Univ Rec. 1995; 20(21).
11. Alonso Ojembarrena A, Cano Fernández J, Girón Velasco A, et al. Peso al nacimiento y tabaquismo familiar. An Pediatr. 2005; 63: 116-119.
12. 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 28 de abril de 2016]. Disponible en: https://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_tabaco.pdf
13. Suárez López de Vergara RG, Galván Fernández C, Oliva Hernández C, et al. Environmental tobacco smoke exposure in children and its relationship with the severity of asthma. An Pediatr. 2013; 78: 35-42.
14. Section on Tobacco Control. Clinical practice policy to protect children from tobacco, nicotine, and tobacco smoke. Pediatrics. 2015; 136(5): 1.008-1.017.
15. Suárez López de Vergara R. Tabaquismo en el niño. An Pediatr Contin. 2012; 10: 115-119.
16. Marco Tejero A, Pérez Trullen A, Córdoba García R, et al. La exposición al humo del tabaco en el hogar aumenta la frecuentación por patología respiratoria en la infancia. An Pediatr. 2007; 66: 475-480.
17. Informe a las Cortes Generales de evaluación del impacto sobre la salud pública de la Ley 42/2010. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013.
18. Akhtar PC, Haw SJ, Currie DB, et al. Smoking restrictions in the home and secondhand smoke exposure among primary schoolchildren before and after introduction of the Scottish smoke-free legislation. Tob Control. 2009; 18: 409-415.
19. Lidón-Moyano C, Martínez-Sánchez JM, Fu M, et al. Impact of the Spanish smoking legislation in the adoption of smoke-free rules at home: a longitudinal study in Barcelona (Spain). Tob Control. 2016; 26(5): 557-562.
20. Lidón-Moyano C, Martínez-Sánchez JM, Fu M, et al. Secondhand smoke risk perception and smoke-free rules in homes: a cross-sectional study in Barcelona (Spain). BMJ Open. 2017; 7: e014207 [DOI: 10.1136/bmjopen-2016-014207].
21. Martínez-Sánchez JM, Blanch C, Fu M, et al. Do smoke-free policies in work and public places increase smoking in private venues? Tob Control. 2014; 23: 204-207.

Estilsona[®]

gotas orales en suspensión - 10 ml
prednisolona esteaglató

Dosis media: 3 gotas por kg de peso dos veces al día
(Utilizando el gotero que se acompaña)

7 mg/ml¹

Registrada en la Agencia Española del Medicamento (AEMPS) con el n.º: 47546. CN: 653619-3.

Condiciones de dispensación: Con receta médica. Tratamiento de Larga Duración (TLD).

Condiciones de conservación: Normales (no superior a 30 °C).

1. Desde enero 2017, la concentración se expresa en mg de prednisolona por ml (AEM y PS)

**LABORATORIOS
SONPHAR, S.L.**

Calle París 64, esc. C, 1.º 3.ª
08029 Barcelona

Tel.: 93 232 59 95 / Fax: 93 245 60 08

info@sonphar.com

BARCELONA (SPAIN)