

Correspondencia

María Soledad Monge Agliano
soledadmonge@hotmail.com
45726535

Recibido: 05/03/2010

Aceptado: 23/06/2010

Actitud de los pediatras frente al tabaquismo de padres de pacientes que consultan en un hospital pediátrico

Autores María Soledad Monge Agliano¹, Patricio Rattagan¹, Fernando Torres², Adrián Cutri², María Fabiana Ossorio², Fernando Ferrero^{2,3}

¹Alumno, Carrera de Medicina, Universidad de Buenos Aires

²Comité de Docencia e Investigación, Hospital General de Niños "Pedro de Elizalde"

³Departamento de Pediatría, Universidad de Buenos Aires

Resumen

Introducción La exposición pasiva al humo del tabaco es reconocida causa de enfermedad respiratoria en niños, por lo que los pediatras tienen un rol central en la lucha contra el tabaquismo.

Objetivos Estimar la prevalencia de actitud adecuada de los pediatras frente a la prevención del tabaquismo en padres de sus pacientes y evaluar si dicha actitud mejora cuando existen antecedentes de patología respiratoria en los niños.

Métodos Se realizó un estudio transversal mediante encuesta a madres que se encontraban a la espera de un turno en un hospital pediátrico. Se indagó acerca de la actitud de los pediatras frente al tabaquismo de los padres de los pacientes y sobre antecedentes de patología respiratoria en los pacientes. Se consideró actitud adecuada al preguntar sobre tabaquismo en el hogar e informar sobre sus riesgos.

Resultados Se encuestaron 100 padres de pacientes; 71% refirió que su hijo tenía antecedentes de patología respiratoria. La prevalencia de actitud adecuada de los pediatras frente al tabaquismo de padres de pacientes fue 66%, siendo ésta independiente de la presencia de antecedentes de patología respiratoria en los niños.

Conclusiones El 66% de los padres encuestados refirió que algún pediatra había tenido una actitud adecuada frente al tabaquismo, siendo este resultado independiente de la presencia de antecedentes de patología respiratoria en sus hijos.

Palabras clave > tabaquismo, pediatría, cese del tabaquismo, prevención y control

Abstract

Pediatrician's attitude towards the smoking habit of their patients' parents

Background Because environmental tobacco exposure causes disease in children, pediatricians play a significant role in screening and counseling on parental tobacco use.

Objective To assess the prevalence of pediatrician's appropriate attitude towards parental smoking, and to evaluate if that attitude is influenced by history of respiratory disease in their patients.

Methods We conducted a cross-sectional survey among mothers who were at the waiting room of a pediatric hospital outpatient clinic. They were asked about the pediatrician's attitude towards parental smoking and the history of respiratory disease in their children.

Results The prevalence of pediatrician's appropriate attitude towards parental smoking was 66%. This rate was not influenced by history of respiratory disease in their patients.

Conclusion Sixty six percent of parents answered that the pediatrician showed appropriate attitude towards parental smoking, and this was not influenced by history of respiratory disease in their children.

Key words > tobacco, prevention and control, pediatrics, smoking cessation

Introducción

Combatir la morbilidad y la mortalidad asociadas al consumo de tabaco representa un enorme desafío para la salud pública de los países en el siglo XXI¹. Según la Organización Mundial de la Salud, el tabaco causa alrededor de 13.500 defunciones por día².

El cigarrillo posee numerosos elementos (incluyendo formaldehído, benceno, cloruro de vinilo, arsénico, cadmio, amonio y cianuro de hidrógeno), y la inhalación regular de su humo puede ser responsable de severas patologías, particularmente respiratorias y cardiovasculares³.

Debido a que la edad media de inicio de consumo de tabaco es 15 años⁴, y que existe una comprobada asociación entre tabaquismo pasivo y enfermedad infantil, incluyendo infecciones respiratorias y asma^{5, 6}, es razonable que algunos consideren al tabaquismo como una enfermedad de comienzo en la edad pediátrica⁷. Es por esto que se considera responsabilidad del profesional de la salud, en este caso el pediatra, transmitir el conocimiento de las consecuencias de la exposición al tabaco ambiental y aconsejar a los padres que dejen de fumar⁸.

A pesar de que se reconoce el rol central del pediatra en la lucha contra el tabaquismo⁹, es relativamente poca la información sobre el desempeño de estos profesionales en ese aspecto, particularmente en nuestro medio. De igual forma, poco se conoce si el enfrentarse a pacientes con antecedentes de patología respiratoria modifica la conducta de los profesionales.

El objetivo del presente trabajo fue estimar la prevalencia de actitud adecuada de los pediatras frente al hábito de fumar en los padres de sus pacientes y evaluar si existe asociación entre antecedentes de patología respiratoria en los pacientes y actitud adecuada de los pediatras.

Materiales y métodos

Se desarrolló un estudio de diseño transversal mediante encuesta administrada por los investigadores. Las encuestas fueron realizadas a madres que se encontraban a la espera de un turno para ser atendidos por primera vez con ese niño en los consultorios externos de clínica pediátrica del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde en agosto del 2008. Se excluyeron aquellas madres que concurrían por primera vez a una consulta pediátrica por ese niño.

Para la encuesta se utilizó un cuestionario con preguntas cerradas. Dicho cuestionario se basó en el utilizado por Winickoff, con ligeras modificaciones¹⁰. Las variables en estudio fueron la edad del paciente (en meses), edad de la madre (en años), número de hermanos, actitud del pediatra frente al tabaquismo en padres de pacientes y antecedentes de patología respiratoria. A los efectos del presente trabajo se definió actitud adecuada de los pediatras cuando existían respuestas afirmativas a la pregunta 1 y al menos una de las tres siguientes (N° 2, 3 y 4) del cuestionario. Se consideró como antecedente de patología respiratoria a la existencia de al menos una respuesta afirmativa en la pregunta 5. (Cuadro 1) La encuesta fue administrada por estudiantes de la Carrera de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Consideraciones éticas: Se solicitó y obtuvo la aprobación de los comités de Ética y de Docencia e investigación de la institución. Todos los datos fueron recabados en forma anónima. Previamente a la administración de la encuesta se informó convenientemente a los sujetos del alcance del estudio y de las salvaguardas sobre su anonimato, decidiendo ellos su participación o no.

Análisis estadístico: Se consideró que 4500 pacientes asisten mensualmente al Servicio de Consultorios Externos del hospital donde se desarrolló el estudio. Teniendo en cuenta que 35% consulta por primera vez, asumiendo una prevalencia de actitud adecuada de 40% \pm 10⁹ y un nivel de confianza 95%, se estimó un tamaño muestral de 89 sujetos. Asumiendo la posibilidad de que hasta un 10% se negara a participar o sus encuestas no fueran evaluables, se decidió entrevistar 100 sujetos. Se realizaron 20 entrevistas consecutivas por día, en 5 días asignados al azar mediante el uso de tabla de números aleatorios durante el mes de agosto de 2008.

Las respuestas a cada variable se describieron mediante media y desviación estándar (DE) o porcentaje. La asociación entre conducta adecuada y antecedentes de patología respiratoria se evaluó por medio de la prueba de chi cuadrado, calculando las razones de posibilidades (odds ratios) con su correspondiente intervalo de confianza del 95%. Posteriormente, las variables fueron incluidas en un modelo de regresión logística para evaluar su capacidad de predecir "actitud adecuada", asumiendo un nivel de significación de $p < 0,05$. Los datos fueron analizados mediante SPSS 13.0 (SPSS Inc, Chicago).

IDENTIFICACIÓN	
Fecha de la encuesta: __ / __ / __	Encuesta N°: __ __ __
Fecha de Nacimiento del niño: __ / __ / __	
Fecha de Nacimiento de la madre: __ / __ / __	
Número de hijos: __	
PREGUNTAS	
1. ¿Durante las consultas con un pediatra referidas a este hijo, algún pediatra le pregunto si Ud. fuma?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
a. ¿Si Ud. fumaba, le aconsejo que dejara de fumar?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
2. ¿Durante las consultas con un pediatra referidas a este hijo, algún pediatra le pregunto si otras personas fuman en su casa?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
3. ¿Durante las consultas con un pediatra referidas a este hijo, algún pediatra le pregunto si estaba permitido fumar dentro de la casa?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
4. ¿Durante las consultas con un pediatra referidas a este hijo, algún pediatra le brindó información acerca de los riesgos del tabaquismo pasivo en la salud de sus hijos?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
5. ¿Su hijo padeció o padece alguna de las siguientes enfermedades?:	
a. Asma	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
b. Bronquiolitis	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
c. Otitis media	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
d. "Broncoespasmos" a repetición	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
<ul style="list-style-type: none"> - Se considera "fumar" al hecho de haber fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida y fumar actualmente al menos algunos días. - Solo serán considerados "otras personas que fumen dentro de la casa" a aquellos que permanezcan por más de 4 horas en la casa, como mínimo dos veces por semana. - Se considera "fumar dentro de la casa" a hacerlo en cualquier lugar del domicilio, incluyendo balcón, pasillo, ventana. - Qué se considera Asma? Que un médico le haya hecho ese diagnóstico. - Qué se considera Otitis Media? Que un médico le haya hecho ese diagnóstico. - Qué se considera Bronquiolitis? Que un médico le haya hecho ese diagnóstico. - Qué se considera Broncoespasmos a repetición? Que un médico le haya hecho ese diagnóstico o que haya usado broncodilatadores al menos 4 veces durante 12 meses. 	

Cuadro 1. Encuesta administrada a padres de pacientes que concurrían para una consulta a un hospital pediátrico, en relación a la conducta de los pediatras sobre el hábito de fumar.

Resultados

Se encuestó un total de 100 madres durante el periodo comprendido entre el 06/08/2008 al 20/08/2008. Ninguna persona a la que se invitó a participar declinó el ofrecimiento. La edad promedio de las madres fue $30 \pm 7,9$ años, la de los hijos $55,5 \pm 48,7$ meses y el promedio de hijos por madre $2,7 \pm 1,7$.

Del total de madres entrevistadas, 66% refirió que durante alguna consulta algún pediatra le había preguntado alguna vez si fumaba en ese momento y 15,15% refirió haber sido aconsejada sobre dejar de fumar. El 63% refirió que durante las consultas algún pediatra le pregunto si otras personas fumaban en su casa y 30% refirió que se le preguntó si estaba permitido fumar dentro de la casa. Al 39% de las madres algún pediatra les brindo información acerca de los riesgos del tabaquismo pasivo en la salud de sus hijos.

De los 66 casos en que se consideró "conducta adecuada", todos respondieron afirmativamente la pregunta N° 1, y además 17 la N° 2, 1 la N° 3, 3 la N° 4, 8 las N° 2 y 3, 13 las N° 2, 3 y 4, 3 las N° 3 y 4 y 15 las N° 2 y 4.

El 71% refirió que su hijo tenía antecedentes de patología respiratoria (episodios de obstrucción bronquial recurrentes 50%, bronquiolitis 47%, otitis media 27% y asma 8%).

La prevalencia de actitud adecuada de los pediatras frente a la prevención del tabaquismo en los padres de sus pacientes de acuerdo a la definición adoptada fue 60% (IC95%: 49-69). No se encontraron diferencias en edad de las madres ($29,2 \pm 6,9$ años *vs.* $31,1 \pm 9,2$ años; $p=0,23$), edad de los niños ($50,7 \pm 46,1$ meses *vs.* $62,7 \pm 52,1$ meses; $p=0,23$), número de hijos ($2,4 \pm 1,9$ *vs.* $2,2 \pm 1,4$; $p=0,5$) ni presencia de antecedente de patología respiratoria (75% *vs.* 65%; $p=0,28$; OR: 1,62,

IC 95% = 0,62 – 4,24) entre aquellas madres que referían conducta adecuada por parte del pediatra y las que no lo hacían.

Al incluir en un modelo de regresión logística la variable de predicción (antecedentes de patología respiratoria) y las potenciales variables de confusión (edad del hijo, edad de la madre, número de hijos), se observó que ninguna de ellas se asocia de manera significativa con una conducta adecuada del pediatra frente al tabaquismo de los padres (Tabla 1).

Discusión

En nuestro estudio, cerca de dos tercios de los sujetos refirieron una actitud adecuada de los pediatras frente al tabaquismo de padres de pacientes. Esta cifra es muy alentadora, si se considera que en relación a indagar sobre hábitos de consumo de tabaco en familias de pacientes, en su revisión Stein refiere que Hymowitz encontró que 56% de los pediatras lo hacían⁹, mientras que Frankowski lo verificó sólo en 40%¹¹. Winickoff observó que 52% de los padres referían que el pediatra los había interrogado sobre la presencia de personas fumadoras dentro de la casa¹⁰.

Es probable que los pediatras argentinos se encuentren sensibilizados en la prevención del tabaquismo debido al intenso esfuerzo por parte del Ministerio de Salud por promover el control de la problemática del tabaco a través del Programa Nacional del Control de Tabaco¹². La Guía Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco¹³ resalta la importancia de interrogar a toda persona que consulta al sistema de salud sobre su consumo de tabaco y registrar el hecho sistemáticamente. Particularmente en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, donde se desarrolló este trabajo, se encuentra plenamente vigente la Ley de Control del Tabaco (Ley N° 1.799) que pretende, entre otros aspectos, concientizar sobre el derecho a respirar

en un ambiente libre de humo y la posibilidad de adquirir diversas enfermedades por el contacto frecuente con el humo de cigarrillos¹⁴.

Por otra parte, llama la atención que los antecedentes de patología respiratoria en los niños no modifiquen significativamente la conducta de los pediatras, a pesar que las guías clínicas de manejo de patología respiratoria resaltan la importancia de considerar particularmente la problemática del tabaco en estos pacientes^{15, 16}. Este resultado potencialmente controversial puede estar justificado por la elevada prevalencia tanto de actitud adecuada del pediatra como de antecedente de patología respiratoria en la población encuestada. Por otra parte, no puede descartarse que aquellos pediatras que no interrogan específicamente sobre el hábito de fumar en la casa y no efectúan tareas preventivas específicas, tampoco desarrollen esta conducta en presencia de enfermedades que se exacerban con la exposición al humo del cigarrillo. Finalmente, podría estar relacionado con la forma en que se interrogó sobre patología respiratoria, corriendo el riesgo de incrementar, de manera errónea, la proporción de pacientes que respondieron en forma positiva.

De cualquier manera, y a pesar de los resultados favorables, no debe olvidarse que las actividades preventivas en este grupo de riesgo deben ser sistemáticas. Debe tenerse en cuenta que el riesgo de hospitalización por infecciones respiratorias bajas es 4 veces mayor en niños expuestos al humo de tabaco ambiental¹⁷.

Nuestro estudio tiene potenciales limitaciones que deben ser tenidas en cuenta. Por un lado, se desarrolló en un hospital especializado, donde los pacientes que asisten al mismo puedan haber tenido experiencias con el sistema de salud diferentes a la población general, y las mismas influir en sus respuestas. Sin embargo se seleccionó a pacientes que concurrían al Departamento de Consultorios Externos por demanda espontánea, ex-

Tabla 1. Modelo de regresión logística para predecir conducta adecuada del pediatra frente al uso de tabaco en padres de paciente

	p	OR	IC 95%
Edad del hijo	0,314	0,995	0,985 – 1,005
Edad de la madre	0,184	0,957	0,896 – 1,021
Número de hijos	0,128	1,271	0,933 – 1,732
Antecedentes de patología respiratoria	0,238	1,725	0,697 – 4,268

Test de Hosmer & Lemeshow p=0,23

cluyéndose los que tenían derivación a un especialista. Por otro lado, es posible que los pacientes hayan visto influenciada su respuesta por encontrarse en un hospital. En este sentido, la encuesta fue administrada por alumnos de medicina para disminuir la posibilidad que los sujetos condicionaran sus respuestas al ser interrogados por un profesional. También es posible que los pacientes no hayan querido involucrar a sus médicos. Es por eso que sólo se incluyeron pacientes que consultaban por primera vez en el hospital y durante la entrevista se aclaró que las respuestas debían provenir de las consultas con algún pediatra, independientemente de donde se hubiera desarrollado, y antes de efectuar la consulta en este hospital. Finalmente, para el cálculo del tamaño muestral se consideró un prevalencia de 40% de conducta adecuada, basándose en la proporción de profesionales que indagan sólo sobre el hábito de fumar en pacientes, pero al ser nuestra definición algo más estricta el valor encontrado podría diferir del real. En este sentido, aunque 39,5% de los pediatras puedan indagar sobre tabaquismo en padres de sus pacientes, sólo 26,1% advierte sistemáticamente sobre el riesgo del mismo¹⁸.

La proporción de pediatras que presentan una actitud adecuada frente al tabaquismo en las familias de sus pacientes en este estudio similar e incluso algo superior a la observada en otras experiencias y pone de manifiesto el compromiso de los pediatras argentinos con la salud de los niños, aún en aspectos que puedan parecer poco relevantes. Este resultado es más importante si se tiene en cuenta que es independiente de la presencia de antecedente de patología respiratoria.

En conclusión, nuestro estudio mostró que 60% de las madres encuestadas refirió que algún pediatra había tenido una actitud adecuada frente al tabaquismo, siendo este resultado independiente de la presencia de antecedentes de patología respiratoria en sus hijos.

Bibliografía

1. Sociedad Argentina de Pediatría. Consenso sobre factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en pediatría. Arch Argent Pediatr 2005; 103: 450-75.
2. Organización Mundial de la Salud. Conferencia de las partes en el Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco. Segunda reunión. Julio 2007. Disponible en: http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC_COP2_DIV5-sp.pdf.
3. US Public Health Service, Office of the Surgeon General, US Office on Smoking and Health. *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2004. Disponible en: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/effects_cig_smoking/.
4. Organización Panamericana de la Salud. El tabaquismo en América Latina Estados Unidos y Canadá (período 1990-1999). OPS; 2000. Disponible en: <http://www.ops-oms.org/Spanish/AD/SDE/RA/ELTabaquismo1999.pdf>.
5. Bradley JP, Bacharier LB, Bonfiglio J et al. Severity of respiratory syncytial virus bronchiolitis is affected by cigarette smoke exposure and atopy. Pediatrics 2005; 115: 7-14.
6. Chilmonczyk BA, Salmun LM, Megathlin KN et al. Association between exposure to environmental tobacco smoke and exacerbations of asthma in children. N Engl J Med 1993; 328: 1665-9.
7. World Health Organization. Tobacco use by children: "A paediatric disease". Fact sheet N° 197, 1998. OMS. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/fact_sheet/1998/FS_197_eng.pdf.
8. American Academy of Pediatrics Center for Child Health Research. Youth tobacco use: a global perspective for child health care clinicians. Pediatrics 2006; 118: 890-903.
9. Stein RJ, Haddock CK, O'Byrne KK, Hymowitz N, Schwab J. The pediatrician's role in reducing tobacco exposure in children. Pediatrics 2000; 106: 66.
10. Winickoff JP, McMillen RC, Carroll BC, et al. Addressing parental smoking in pediatrics and family practice: a national survey of parents. Pediatrics 2003; 112: 1146-51.
11. Frankowski BL, Weaver SO, Secker-Walker RH. Advising parents to stop smoking: pediatricians' and parents' attitudes. Pediatrics 1993; 91: 296-300.
12. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Control de Tabaco. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/hm/site_tabaco/programa.asp
13. Ministerio de Salud de la Nación. Guía Nacional de tratamiento de la Adicción al tabaco. 2005. Disponible en http://www.msal.gov.ar/hm/site_tabaco/pdf/TRATO_ADICCION_TABACO.pdf
14. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ley N° 1799. Boletín Oficial N° 2313. 2005. Disponible en http://www.buenosaires.gov.ar/areas/leg_tecnica/boletines/20051108.htm#4.
15. Sociedad Argentina de Pediatría. Consenso de Asma Bronquial. 2007. 2ª parte. Arch Argent Pediatr 2008; 106: 162-75.
16. British Thoracic Society. British Guideline on the Management of Asthma. A national clinical guideline. Mayo 2008. Disponible en http://www.brit-thoracic.org.uk/Portals/0/Clinical%20Information/Asthma/Guidelines/Asthma_fullguideline_2009.pdf.
17. Cook DG, Strachan DP. Health effects of passive smoking-10: summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and implications for research. Thorax 1999; 54: 357-66.
18. Ferrero F, Castaños C, Durán P, Blengini MT; Grupo de Estudio del Tabaquismo en la Residencia de Pediatría. Prevalencia del consumo de tabaco en médicos residentes de pediatría en Argentina. Rev Panam Salud Publica. 2004; 15: 395-9.