

## Modificaciones del hábito tabáquico en familias de niños asmáticos

*Changes of smoking habits in families of asthmatic children*

*Alterações do hábito de fumar em famílias de crianças asmáticas*

*Del Campo Sánchez Ana Luz,<sup>1</sup> Gómez Clavelina Francisco Javier<sup>2</sup>*

### Resumen

**Introducción:** el tabaquismo en la familia influye directamente en la salud respiratoria de los hijos y los predispone a padecer asma infantil. Al hablar sobre el tabaquismo pasivo como factor de riesgo para desarrollar asma infantil, el médico familiar realiza acciones preventivas y de educación para la salud, tanto con el paciente como con la familia. **Objetivos:** evaluar las modificaciones en el hábito tabáquico que realiza la familia del paciente asmático, con base en la orientación específica que otorga el médico familiar, acerca del tabaquismo pasivo como factor de riesgo. **Material y métodos:** estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo. Se aplicaron 100 cuestionarios mediante entrevista estructurada a los padres de familia o tutores de niños entre dos y 14 años, con diagnóstico de asma, expuestos a humo de tabaco en el hogar, atendidos por un médico familiar en un lapso no menor a seis meses. Los sujetos de estudio se captaron en el Centro de Salud José Castro Villagrana y en el Hospital Pediátrico de Coyoacán, en México, entre marzo de 2007 y marzo de 2008. Se recopiló información para identificar condiciones relacionadas con el tabaquismo y el asma bronquial. **Resultados:** se informó a la familia del paciente asmático sobre el riesgo del tabaquismo pasivo en 83% de los casos. La orientación del médico familiar modificó sus hábitos tabáquicos en 69.9% de los casos. Los cambios fueron: fumar fuera de casa (48.9%), disminuir el consumo de cigarrillos (31.5%), evitar fumar cerca del niño (10.5%) y dejar de fumar (9.2%). Los familiares que más modificaron sus hábitos fueron los padres de los niños con predominio de la madre (81.5%) comparado con el padre (80.3%). Cuando la modificación en los hábitos tabáquicos dependía de un solo integrante, se encontró que los tíos (77.7%) y los abuelos (66.6%) no modificaron sus hábitos. **Conclusiones:** el

médico familiar identifica el tabaquismo en la familia como factor de riesgo para padecer asma y otorga orientación. La modificación del hábito tabáquico que realizó la familia, en la mayoría de los casos, fue fumar fuera de casa. Es importante que los profesionales de la salud apliquen diversas estrategias que propicien cambios en el hábito tabáquico para beneficio tanto del niño asmático como de la familia del fumador.

### Abstract

**Introduction:** smoking in the family directly affects the respiratory health of children and predisposes to childhood asthma. When talking about passive smoking as a risk factor to develop childhood asthma, family physicians make preventive actions of health education on the patient and family as well. **Objectives:** to evaluate changes in smoking habits done by families with asthmatic children, based on specific orientation given by the family physician about passive smoking as a risk factor. **Material and methods:** observational, descriptive, cross sectional and prospective study. The evaluated group was selected from the Jose Castro Villagrana Health Center and the Pediatric Hospital of Coyoacan, Mexico, since March 2007 to March 2008. Through a

**Palabras clave:** asma, tabaquismo pasivo, medicina familiar.

**Key words:** asthma, tobacco smoke, family medicine.

**Palavras-chave:** asma, tabagismo passivo, medicina de família.

<sup>1</sup>Médico Especialista en Medicina Familiar. <sup>2</sup>Médico Especialista en Medicina Familiar, Jefe del Departamento de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM.

Correspondencia:  
Del Campo Sánchez Ana Luz  
damuzzy29@yahoo.com.mx

Aten Fam 2010; 17(2):38-44.

structured interview 100 questionnaires were applied to the same number of parents or tutors of asthmatic children from two to 14 years old who were exposed to smoking at home. Those selected children were attended by a family physician in a period of not less than six months. The information gathered was used to identify conditions related to smoking and bronchial asthma. **Results:** the families of the asthmatic children were informed about the passive smoking risk in 83% of the cases. The family physician orientation modified their smoking habits in 69.9% of the cases. The changes were: outdoor smoking (48.9%), decreasing number of cigarettes (31.5%), to avoid smoking near the child (10.5%) and quit smoking (9.2%). Relatives who modified their smoking habits were parents, mother predominance (81.5%) compared with the father (80.3%). When the change of smoking habits depended on only one member of the family, aunts/uncles (77.7%) and grand-parents (66.6%) did not modify them. **Conclusions:** family physician identifies smoking in a family as a risk factor to have childhood asthma and gives orientation. The change of smoking habits made in the family, in most of the cases, was outdoor smoking. It is important that health professionals should apply different strategies to bring about changes in smoking habits to benefit the asthmatic children as well as the families.

## Resumo

**Introdução:** O tabagismo na família afeta diretamente a saúde respiratória de crianças e predispõe a asma infantil. Falando sobre tabagismo passivo como um fator de risco para o desenvolvimento de asma na infância, o médico de família realiza prevenção e educação em saúde, tanto com o paciente como com a família. **Objetivos:** avaliar as alterações nos hábitos de fumar na família do paciente asmático, com base na orientação específica dada pelo médico de família sobre o tabagismo passivo como um fator de risco. **Material e Métodos:** estudo observacional, descritivo, transversal, prospectivo. Os sujeitos do estudo foram

recrutados no Centro de Saúde José Castro Villagrana e Hospital Infantil de Coyoacán, no México, entre março de 2007 e março de 2008. 100 questionários foram aplicados por meio de entrevista estruturada aos pais/encarregados de educação das crianças entre dois e 14 anos, com diagnóstico de asma na infância e expostos à fumo em casa, cuidadas por um médico de família em um período não inferior a seis meses. Foram coletadas informações para identificar as condições relacionadas ao tabagismo e asma brônquica. **Resultados:** Informou-se à família do paciente asmático sobre os riscos do tabagismo passivo em 83% dos casos. A orientação do médico de família mudou seus hábitos de fumar em 69.9% dos casos. As mudanças foram: passaram a fumar fora de casa (48.9%), diminuiram o consumo de cigarros (31.5%), evitaram fumar perto das crianças (10.5%) e deixaram de fumar (9.2%). Os membros da família que mais mudaram seus hábitos foram os pais das crianças, com domínio da mãe (81.5%) em comparação com o pai (80.3%). Quando a mudança nos hábitos de fumar dependia de um único componente, descobrimos que os tios (77.7%) e avós (66.6%) não mudaram seus hábitos. **Conclusões:** O médico de família identifica no tabagismo doméstico um fator de risco para asma na infância, e fornece orientação. A modificação do hábito de fumar que a família sofreu foi, na maioria dos casos, fumar fora de casa. É importante que os profissionais de saúde apliquem diversas estratégias que propiciem outras alterações no hábito do tabagismo tanto em benefício da criança como na família do fumante.

## Introducción

El asma es un padecimiento bronquial crónico que generalmente inicia en la infancia, tiene gran impacto en la calidad de vida de quien la sufre, por lo que produce importantes alteraciones en la economía y dinámica familiar. Se considera que el asma afecta de 5% a 10% de la población infantil mundial. En México, se calcula que hay aproximadamente 10 millones de asmáticos,

de los cuales siete son niños menores de seis años.

La prevalencia mundial varía de 2% a 33%, sin embargo en México se reporta una prevalencia de 5% a 10%.<sup>1,2</sup> En el mundo, la tasa bruta de mortalidad por asma, estimada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2001, fue de 3.73 por cada 100.000 habitantes. En las últimas dos décadas ha aumentado la prevalencia de asma, así como la cifra de muertes relacionadas con ella, especialmente en los lugares en proceso de urbanización.<sup>3</sup>

En México 30% de los siete millones de niños menores de seis años que se estima tienen asma, la desarrollaron por vivir en un ambiente familiar en el que son expuestos al humo del tabaco, según datos del Colegio Mexicano de Pediatras Especialistas en Inmunología Clínica y Alergia.<sup>3</sup>

El asma es la enfermedad crónica más frecuente de la infancia y adolescencia, la primera causa de ingreso hospitalario por enfermedad crónica en niños, y el padecimiento crónico que con mayor frecuencia causa absentismo escolar.<sup>4</sup> El incremento en la exposición a alérgenos está contribuyendo a la elevación de la prevalencia, gravedad y mortalidad de este padecimiento.<sup>5</sup>

La Iniciativa Global para el Asma (Global Initiative for Asthma, GINA) define al asma como una enfermedad crónica inflamatoria de las vías aéreas, en la que se presentan determinadas células y mediadores, en particular mastocitos, eosinófilos, linfocitos T, neutrófilos y células epiteliales.<sup>6</sup> Esto se asocia a hiperreactividad bronquial, a diversos estímulos con episodios recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica y tos, especialmente durante la noche o la madrugada.<sup>6</sup>

El humo de tabaco como factor de contaminación ha propiciado que en los últimos 10 años los casos de enfermedades respiratorias aumentaran de 20% a 30%, y en el caso del asma bronquial infantil 30%.<sup>7</sup>

Actualmente 30% de las hospitalizaciones de niños, que se estiman hasta en 15 mil, ocurren por complicaciones de asma y

se relacionan con el tabaquismo en el ambiente familiar.<sup>8</sup>

El riesgo de asma pediátrico crece al aumentar la cantidad de cigarrillos consumidos y el número de fumadores.<sup>9</sup> Diversos estudios han puesto de manifiesto que la sensibilización alérgica ocurre en los primeros años de vida, aunque los síntomas asmáticos no se manifiestan hasta años después y están restringidos sólo a un subgrupo del conjunto de niños sensibilizados. Se estima que sólo 25% a 30% de los niños sensibilizados desarrollarán asma, por lo que deben existir factores concomitantes, no identificados, que modulen la evolución de este subgrupo.<sup>9</sup>

Existe un gradiente biológico de dosis/respuesta, de forma que a mayor exposición a los alérgenos del cigarrillo, los asmáticos sensibilizados empeoran, desde el punto de vista clínico, como en el consumo de fármacos o en las pruebas de función respiratoria e hiper respuesta bronquial.<sup>10</sup> Por lo tanto, el tabaquismo de los padres influye directamente en la salud respiratoria de los hijos.<sup>5</sup>

Respecto a la relación del hábito de fumar de los padres con el desarrollo de asma o exacerbaciones de la patología asmática, existen evidencias que lo vinculan con el incremento en la prevalencia de asma y síntomas respiratorios en los niños. Existe una relación dependiente de la dosis entre el tabaquismo en los padres y la prevalencia de asma, sibilancias y tos crónica.<sup>11,12</sup>

En algunos estudios se intenta cuantificar la exposición al humo del tabaco, utilizando como unidad aproximada el "año-fumador" (número de fumadores que conviven multiplicado por los años de convivencia). Villalba y cols. refieren la fórmula para medir el índice tabáquico: cantidad de cigarrillos fumados por día por la cantidad de años fumando/20 = número de paquetes/año, la cual sirve para evaluar el nivel de riesgo en relación con el consumo de tabaco. También mencionan el puntaje del índice tabáquico para clasificar este riesgo: 10-20 moderado, 21-40 intenso, 41-100 (o más) alto riesgo.<sup>13</sup> Aunque dicho índice es utilizado para evaluar el riesgo del fumador

activo, puede ser útil para medir el riesgo del fumador pasivo si se suma la cantidad total de cigarrillos consumidos por el o los fumadores activos en un día, se multiplica por los años de exposición y se divide entre 20.<sup>13</sup>

La influencia personal de un individuo con quien el paciente tiene una relación directa es más efectiva que la comunicación en masa. Los médicos son las personas indicadas para prevenir, identificar a los fumadores y aplicar intervenciones, pues está estudiado que 70% de los fumadores consulta al médico o a otros profesionales de la salud por lo menos una vez por año. Los pediatras, obstetras y médicos familiares tienen una oportunidad especial para influir tanto en la salud de los niños como en la de sus padres.<sup>14</sup>

En Latinoamérica, sólo 50% de los pacientes refiere haber recibido algún consejo o intervención de su médico, este dato varía según la especialidad, ya que existen especialidades que no intervienen. Por otro lado, mientras la mayoría de los médicos encuestados está de acuerdo con que fumar es malo para la salud, no siempre saben cómo ayudar a los pacientes a dejar de fumar.<sup>14</sup>

En el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana (CSJCV) y en el Hospital Pediátrico Coyoacán de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (HPC) en la Ciudad de México, se estima que los médicos familiares proporcionan información acerca del tabaquismo y su efecto sobre la salud de los niños asmáticos. No obstante, no se tiene identificada la magnitud de la oferta de información ni si en realidad la orientación que se brinda en el consultorio es significativa para establecer cambios en el estilo de vida de la familia, o bien si es necesario establecer otras acciones, considerando las necesidades y peculiaridades de la población a la que van dirigidas.

En este estudio se evaluaron las modificaciones en el hábito tabáquico que realizaron los familiares de pacientes asmáticos, con base en la percepción de la orientación específica que el médico familiar brinda acerca del tabaquismo pasivo como factor de riesgo para el asma infantil y los factores que podrían influir, positiva o negativamente, para que estos cambios se lleven a cabo.

## Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, prospectivo. Se consideró adecuada una muestra no aleatoria por cuota de 100 pacientes en un lapso de un año, debido a que la población de influencia de los servicios es abierta y a limitantes en los recursos humanos para el levantamiento de encuestas. Los pacientes se captaron en el CSJCV y en el HPC en el periodo comprendido de marzo de 2007 a marzo de 2008. Se entrevistaron a los padres de familia o tutores de niños de entre dos y 14 años, con diagnóstico de asma, que hayan estado expuestos a humo de tabaco en el hogar y que estén o hayan sido atendidos por un médico familiar en un lapso no menor a seis meses.

En el CSJCV se identificaron los expedientes de los pacientes de dos a 14 años de edad con diagnóstico de asma, previo a la prueba piloto y una vez realizados los ajustes necesarios en el cuestionario, en relación con la secuencia y comprensión del lenguaje. Se localizó vía telefónica a los padres o tutores de dichos pacientes y se les invitó a participar en el estudio. Posteriormente, se les cuestionó para identificar el cumplimiento de los criterios de inclusión. Los padres o tutores de los pacientes que cumplieron los criterios fueron invitados al CSJCV para la aplicación del cuestionario diseñado; se les informó sobre el objetivo de la investigación y previo consentimiento informado, se les aplicó un cuestionario en el modelo de entrevista estructurada.

En el servicio de urgencias del HPC se identificó a los pacientes de dos a 14 años con diagnóstico de asma que solicitaron atención médica. Se les cuestionó para verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión y a los aceptados y seleccionados, se les aplicó el procedimiento antes mencionado.

El instrumento utilizado para la recolección de datos se basó en un cuestionario que recopiló información demográfica, así como elementos que permitieron identificar factores relacionados con el tabaquismo y el asma bronquial. Debido a que el instru-

mento fue diseñado para recoger información y que no se efectuaron mediciones o evaluaciones mediante éste, no se requirió un proceso de validación. En la literatura revisada no se encontró alguna fórmula que evaluara específicamente el riesgo de asma respecto a la cantidad de cigarrillos a los que el niño está expuesto, por lo tanto, se utilizaron el índice tabáquico y la clasificación de riesgo para Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), referida por Villalba y cols.,<sup>13</sup> con la finalidad de hacer una estimación aproximada de riesgo.

A la pregunta cuál o cuáles cambios habían realizado para evitar en el paciente asmático la exposición al humo de tabaco, los padres o tutores contestaron de acuerdo con su criterio y con base en la percepción recibida sobre la orientación que el médico familiar les dio. Al recopilar la información se buscaron las coincidencias en las respuestas y de esta forma se tabuló la información.

Se analizó la relación entre las siguientes variables: modificación en el estilo de vida realizado por la familia y nivel de gravedad del asma de acuerdo con GINA, número de veces que acudió el paciente al hospital/año, parentesco del fumador activo en relación con el niño asmático, número de cigarrillos consumidos al día por la familia, índice de exposición tabáquico, escolaridad del padre o tutor entrevistado y número de veces que se le otorgó la información a la familia.

Con la finalidad de realizar el análisis estadístico se recategorizaron algunas de estas variables:

La modificación en el estilo de vida se conservó dicotómica (sí, no).

Para la gravedad de la enfermedad se tomaron en cuenta sólo los dos primeros niveles de la clasificación de GINA (intermitente y leve persistente), ya que no se presentaron casos en las otras dos categorías.

El número de veces que acudió el paciente al hospital se dividió en dos grupos con base en la mediana de la muestra, la cual fue de 2.5. Se categorizó como escaso, cuando el paciente acudió menos de dos veces al año y como frecuente cuando asistió más de dos veces al año.

En relación con el número de cigarrillos consumidos por la familia, se formaron dos grupos tomando en cuenta la mediana, la cual fue de siete. Se categorizó como bajo consumo cuando la familia consumía siete cigarrillos o menos y alto consumo cuando consumía más de siete cigarrillos al día.

El índice de exposición tabáquico se recategorizó en dos grupos. El primer grupo se nombró bajo riesgo, se tomaron en cuenta las dos primeras categorías de la clasificación de riesgo propuesta por Villalba y cols. (sin riesgo y riesgo medio); el segundo grupo se nombró alto riesgo y se tomó en cuenta a las dos últimas categorías de la clasificación mencionada (riesgo intenso y alto riesgo).

La escolaridad del padre o tutor entrevistado se estratificó en tres grupos: baja escolaridad cuando contaba con estudios de primaria o menos; escolaridad media el tener secundaria o bachillerato, y alta escolaridad carrera técnica o algún nivel de licenciatura.

El número de veces que se otorgó la información a la familia se dividió en dos grupos con base en la mediana, la cual fue de 2.5. Se categorizó como baja frecuencia de información recibida el tener dos o menos intervenciones y alta frecuencia contar con tres o más intervenciones.

Para el resumen y tabulación de los datos se utilizó estadística descriptiva; para el análisis de las diferencias entre las proporciones de las variables (modificación en el estilo de vida y nivel de gravedad de la enfermedad, número de veces que acudió el paciente al hospital/año, número de cigarrillos consumidos al día por la familia, índice de exposición tabáquico, escolaridad del padre o tutor entrevistado y número de veces que se le otorgó la información a la familia), se realizó una tabla de contingencia de 2 x 2 y, posteriormente, se utilizaron las pruebas estadísticas, Chi cuadrada de Pearson, Chi cuadrada corregida y prueba exacta de Fisher. El intervalo de confianza fue de 95% ( $p = \leq 0.05$ ).

**Resultados**

El rango de edad de los pacientes fue de dos a 14 años, con una media de 7.50 y una desviación estándar de 3.42.

**Cuadro 1. Parentesco del integrante de la familia con tabaquismo activo, en las familias de los niños asmáticos del CSJCV/Hospital Pediátrico Coyoacán Marzo 2007 – Marzo 2008**

Parentesco	Total de casos	Porcentaje
Padre	67	38.5
Madre	47	27
Hermano(a)	1	0.6
Tío (a)	38	21.8
Abuelo(a)	17	9.8
Otros	4	2.3
Total	174	100

**Cuadro 2. Riesgo de EPOC Marzo 2007 – Marzo 2008**

Índice de exposición tabáquico	Clasificación por riesgo	Casos	Porcentaje
Menos de 10	Sin riesgo	89	89
10 – 20	Riesgo moderado	8	8
21 – 40	Riesgo intenso	2	2
41 y más	Alto riesgo	1	1
<b>Total</b>		<b>100</b>	<b>100</b>

Clasificación de riesgo de acuerdo con Villalba.

## Tabaquismo y asma

El parentesco de los familiares con tabaquismo activo se presenta en el cuadro 1. Respecto al género de los pacientes, 60% fueron hombres y 40% mujeres.

En relación con los años de evolución del padecimiento, el máximo fue de 12, el mínimo de menos de un año, con promedio de 3.95 años y desviación estándar de 2.86.

De acuerdo con la clasificación de GINA, se encontró que 80% de los pacientes presentaba asma intermitente y 20% asma leve persistente.

En 55% de los casos sólo un integrante de la familia fuma.

La cantidad de cigarrillos consumidos al día por los integrantes de familia fue mínimo de uno y máximo de 70.

La edad de exposición de los niños al humo de tabaco (o a sus productos) dentro del hogar se encontró en el rango de edad de cero años (antes del nacimiento) a 10 años, con un promedio de 0.47 años y una desviación estándar de 1.44.

En relación con los años de exposición al humo de tabaco por parte de los pacientes asmáticos, se encontró un máximo de 14 años, mínimo de un año, con promedio de 7.03 y desviación estándar de 3.68.

El riesgo de EPOC por exposición tabáquica del paciente asmático de acuerdo con el índice de exposición se presenta en cuadro 2.

El médico familiar informó a la familia del paciente asmático sobre el riesgo del tabaquismo pasivo en 83% de los casos. La familia modificó sus hábitos tabáquicos posterior a la orientación brindada por el médico familiar en 69.9% de los casos; los porcentajes de cambios realizados se presentan en la figura 1.

### Discusión

Los años de evolución de la enfermedad en casi todos los

**Cuadro 3. Modificación de hábitos en relación con el parentesco en el CSJCV/HPC Marzo 2007 – Marzo 2008**

Parentesco	Modificación de hábitos		Total
	Sí	No	
Padre	45	11	56
	80.3 %	19.6 %	100 %
Madre	31	7	38
	81.5 %	18.4 %	100 %
Hermano (a)	1	0	1
	100 %	0 %	100 %
Tío (a)	24	13	37
	64.8 %	35.1 %	100 %
Abuelo (a)	12	5	17
	70.5 %	29.4 %	100 %
Otros	3	1	4
	75 %	25 %	100 %
Total	116	37	153
	75.8 %	24.1 %	100 %

pacientes son de uno a tres años, la importancia de esta información radica en que la cronicidad de la enfermedad del paciente con uno o dos años de evolución puede no ser tan significativa como la de aquel con cinco o más años, en estos últimos el desgaste físico, emocional y económico por parte del paciente y su familia puede ser mayor, lo cual implicaría que probablemente modificarán en mayor proporción sus hábitos tabáquicos a diferencia de la familia de los pacientes con poca cronicidad.

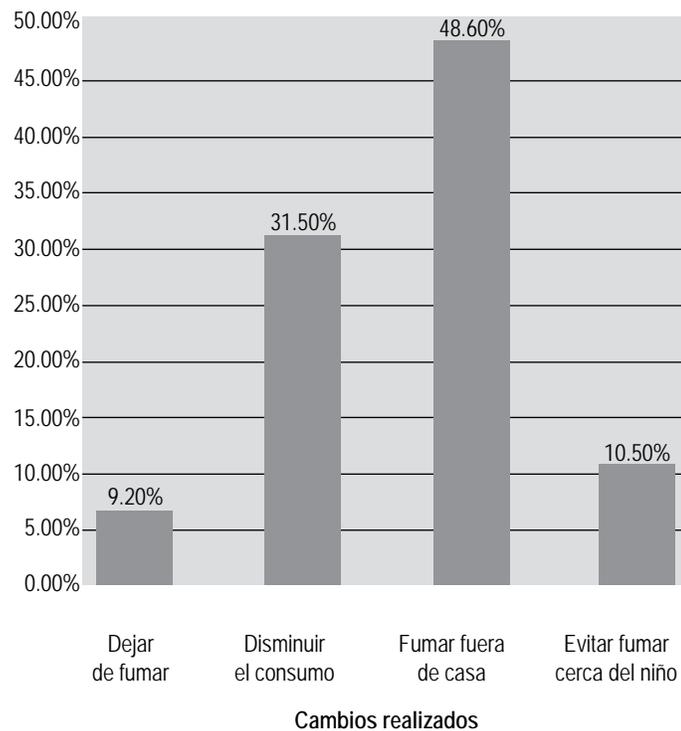
En el estudio realizado no se investigó el momento, respecto a los años del paciente, en que la familia recibió la orientación de riesgo, por lo tanto no fue factible analizar la relación entre los años de evolución de la enfermedad y el que la familia modificara o no sus hábitos tabáquicos; esto puede ser parte de futuras investigaciones.

En relación con la gravedad de la enfermedad, de acuerdo con la clasificación de GINA, la población con la que se

trabajó presentaba las formas más leves de la enfermedad: intermitente y leve persistente. Esto probablemente se deba a que la mayoría de los pacientes con formas más graves de la enfermedad son atendidos en unidades de segundo y tercer nivel.

Kuri-Morales y cols.<sup>15</sup> mencionan que aunque 63% de los padres de familia están conscientes del daño que ocasiona el humo de cigarro a sus hijos, 28% reconoció que permite que otras personas fumen en casa, incluso cerca del niño enfermo. En la población estudiada se observó que el número de integrantes de la familia con tabaquismo activo puede llegar a ser hasta de seis personas fumando en la misma casa, esta situación puede complicar no sólo el estado de salud del niño, sino la intervención del médico y los

**Figura 1. Cambios realizados por la familia del paciente asmático, posterior a la información de riesgo recibida en el CSJCV/Hospital Pediátrico Coyoacán Marzo 2007 – Marzo 2008**



cambios que se puedan llegar a dar respecto a los hábitos tabáquicos; esto es explicable en parte, porque la mayoría de los médicos trabaja sólo con el cuidador principal del niño, olvidándose de involucrar al resto de la familia.

Tapia y cols.,<sup>14</sup> en su artículo sobre el panorama epidemiológico del tabaquismo en México, encontraron que los hombres presentan una prevalencia de 45%, a diferencia de las mujeres con 18.4%. Al hacer la comparación de los porcentajes de tabaquismo entre el padre y la madre del niño, se encontraron porcentajes muy parecidos, con un ligero predominio de los hombres sobre las mujeres, lo cual también difiere con lo referido en la literatura, en la que mencionan que el porcentaje de hombres fumadores es muy superior al de las mujeres. Aunque la muestra estudiada no es representativa de la población, los resultados obtenidos pueden orientar sobre lo que ya se ha referido en otros artículos, como en el de Romero y cols.,<sup>16</sup> quienes mencionan que la incorporación de las mujeres al consumo de tabaco se produce a un ritmo superior que el de los varones.

La importancia de estos datos radica en que la mujer, en su rol biológico y social de madre, es la encargada de procrear a los hijos y permanece la mayor parte del tiempo con ellos, principalmente en los primeros años de vida, por lo tanto, el que sea la madre la que presente el hábito del tabaquismo agrava la situación de salud de los hijos.

Aunque en la mayoría de los casos los pacientes no presentaron riesgo para EPOC, se encontraron que hay 11 niños en riesgo de padecerla si se continúa con el mismo patrón de exposición, este parámetro es útil para crear conciencia en la familia sobre el futuro daño a la salud de sus niños ocasionado por su hábito tabáquico.

Se encontró que ocho de cada 10 médicos familiares otorgan información acerca del tabaquismo. Estos resultados rebasan considerablemente la cifra que reporta la intervención del médico para instituir algún tratamiento que incluye a tres de cada 10

médicos. La intervención a la que se hace referencia es la orientación educativa, la cual no estuvo dirigida específicamente al paciente con tabaquismo, pero al pedirle a la familia que cambiara sus hábitos tabáquicos en función del beneficio de sus niños, se realizó una intervención indirecta sobre el paciente con tabaquismo.

El cambio realizado por la familia en la mayoría de los casos fue fumar fuera de casa. Este hecho no implica que el fumador abandone el hábito, únicamente cambia el lugar para hacerlo. Si bien es cierto que la distancia física entre el niño y el fumador se correlaciona con la exposición del niño al humo, no implica que los irritantes desprendidos por el cigarro no sean inhalados por él, por lo tanto, no es suficiente que no se fume en casa o cuando el niño no está presente. Es importante que los profesionales de la salud estén conscientes de esta información al momento de orientar a los padres del niño asmático.

El segundo cambio realizado con más frecuencia por la familia fue disminuir el consumo de cigarrillos. En este grupo de personas el médico familiar podría emplear alguna estrategia para eliminar por completo el hábito tabáquico. Queda claro que las personas que realizaron este cambio tienen una preocupación tangible por la salud del paciente asmático y por tal motivo disminuyeron el consumo de cigarrillos para beneficio del niño.

En tercer lugar se encuentra evitar fumar cerca del niño. En caso de que se fume en el interior de la casa, aunque el niño no esté presente, las partículas contaminan el ambiente del hogar y finalmente son inhaladas por él. Quizá esta medida sea la menos efectiva.

Finalmente en 9.2% de los casos, la familia dejó de fumar. En estas familias, el médico familiar podría investigar qué medidas o qué recursos emplearon para realizar el cambio, los motivos y las características de la familia. Con esta información, se podría tener una buena referencia para promover acciones en las familias que

no eliminaron el hábito tabáquico o bien entender por qué no lo hicieron.

Si se parte del hecho de que uno de los motivos para modificar los hábitos tabáquicos es el interés de mejorar la salud del niño, de acuerdo con lo referido por Banegas,<sup>17</sup> se consideró la posibilidad de encontrar diferencias significativas entre las proporciones de pacientes que modificaron sus hábitos tabáquicos según el nivel de gravedad de asma. En este estudio se observó que a mayor gravedad de la enfermedad, mayor frecuencia en la modificación de hábitos, sin embargo no fue estadísticamente significativo. Como se comentó anteriormente, dentro de los resultados de la investigación no se encontraron pacientes en los dos estadios más graves de la enfermedad (moderado persistente y severo persistente), la mayoría de los pacientes (80%) estaban en el primer estadio, sin embargo los resultados obtenidos confirman lo observado en la práctica clínica cotidiana: un paciente crónico con un nivel de gravedad importante crea mayor conciencia en la familia, la cual está más dispuesta a realizar cambios con la finalidad de mejorar el estado de salud del paciente. Probablemente si se hubiera presentado una muestra proporcionalmente más homogénea respecto a los cuatro estadios de la enfermedad, se habrían encontrado diferencias estadísticamente significativas.

Se observaron las diferencias proporcionales entre la modificación de hábitos tabáquicos en relación con el número de veces que el paciente ha acudido al hospital. Se puede inferir que el simple hecho de acudir al hospital crea angustia y preocupación en la familia y con mayor intensidad si se trata de un hijo, por lo tanto, un paciente que es usuario frecuente de los servicios del hospital origina en la familia mayor conciencia y deseos de cambio para mejorar la situación del niño. Vale la pena retomar esta información y hacer otras investigaciones al respecto, con la finalidad de tener una herramienta informativa útil que permita entender y manejar mejor a estas familias.

Según la información expuesta en la literatura, respecto al tabaquismo, las mujeres se muestran más dispuestas al cambio que los hombres, esto por el hecho de que hay una mayor percepción de riesgo entre las mujeres en comparación con los hombres.<sup>18</sup> En el presente estudio se encontró que aunque proporcionalmente la que más modificó sus hábitos fue la madre, la diferencia con respecto al padre fue mínima.

Cuando la modificación en los hábitos tabáquicos dependía de un solo integrante, se observó que los tíos y los abuelos en la mayoría de los casos no modificaron sus hábitos. En el caso de los abuelos estos resultados concuerdan con lo encontrado en la literatura al respecto, en las personas de edad avanzada la resistencia característica al cambio y el deseo de mantener sus hábitos pudieran explicar su menor disposición a cambiar su conducta o abandonar el tabaquismo.<sup>19</sup> En el caso de los tíos podrían influir muchos factores, falta de comunicación entre los padres y el resto de la familia, falta de información con respecto a la enfermedad, falta de motivación para mejorar la salud del niño, etc. Esto se tendría que analizar con detalle en futuras investigaciones.

En relación con el nivel de instrucción, se señala que la escolaridad es una de las variables que influyen en la receptividad a los mensajes y en la disposición para emprender acciones preventivas.<sup>15</sup> Sin embargo, se ha encontrado que los fumadores, a pesar de poseer un buen conocimiento, sobre todo a partir del nivel preuniversitario, no abandonan el hábito.<sup>19</sup> En este estudio se encontró que en las personas con escolaridad alta hubo mayor frecuencia en la modificación de hábitos, aunque esto no fue estadísticamente significativo.

Los resultados obtenidos de la relación entre modificación de hábitos y frecuencia de la información recibida muestran que existe relación entre recibir información y modificar hábitos, lo cual es estadísticamente significativo, sin

embargo no hay diferencia proporcional entre baja frecuencia y alta frecuencia de la información recibida.

En este caso llama la atención que, en la muestra estudiada, el reforzamiento de la información que el médico le otorgó a la familia, no influyó para que realizara o no modificaciones en sus hábitos tabáquicos. Estos resultados no se pueden corroborar con los obtenidos en otras poblaciones, ya que en la literatura revisada no se encontraron investigaciones similares al respecto.

### Conclusiones

Las modificaciones del hábito tabáquico que realizó la familia, con base en la percepción que tuvieron de la orientación que les otorgó el médico familiar, fueron en orden de frecuencia: fumar fuera de la casa, disminuir el consumo de cigarrillos, evitar fumar cerca del niño y dejar de fumar.

La diferencia en los resultados encontrados y los expuestos en la literatura comprueba que el médico familiar, al brindar atención continua e integral a la familia, identifica los factores de riesgo del paciente y realiza acciones preventivas y de educación para la salud, lo cual pocas veces es llevado a cabo por otros especialistas. Es necesario realizar otro tipo de estudios o bien ampliar la investigación de los factores individuales o familiares que pudieran influir en la modificación de hábitos tabáquicos por parte de la familia, con la finalidad de que el médico familiar y los demás profesionales de la salud cuenten con más herramientas para abordar el problema estudiado.

### Referencias

1. Sánchez I, Palomino MA. Neumología pediátrica. Depto. de Pedi. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2006, 1(2); 42-94.
2. Beatriz Anzures López. Alergia e inmunología pediátrica. Primera parte: Asma. Revista Médica del Hospital General de México. 2001 64(4) 251-258.
3. Solares GR. Asmáticos 2.1 millones de niños por culpa de padres fumadores. Crónica. 2005 Agosto 26; Salud.
4. Latorre J, Cayguara L. Prevalencia y factores de riesgo de asma bronquial en niños. Archivos de

5. medicina familiar y general. San Salvador Jujuy, España. 2005. 1 (2); 301-306.
5. Skorge TD, Tomas ML. The Adult Incidence of Asthma and Respiratory Symptoms by Passive Smoking In Utero or in Childhood. Am J Respir Crit Care Med. University of Bergen, Norway. 2005 1(172); 61-66.
6. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for asthma diagnosis and prevention. Global Initiative for asthma (updated 2008). Disponible en: www.ginasthma.org.
7. Vázquez Nava F, Saldívar González FA, Asociación entre atopía familiar, exposición a humo de tabaco, tabaquismo activo, obesidad y asma en adolescentes. Arch Bronconeumol. Tamaulipas. México. 2006. 42 (12); 621-626.
8. Comunicado de prensa conjunta OMS/CEC/4. Informe de indicadores sobre salud infantil y medio ambiente en América Del Norte: primicia Mundial. Comisión para la Cooperación Ambiental (CCA), en asociación con organizaciones de salud pública y los gobiernos de Canadá, Estados Unidos y México. Montreal, Canadá. 26 de enero de 2006.
9. Santos OR, San Juan Blanco RM. Asociación entre tabaquismo pasivo y asma bronquial en niños de 2 a 14 años. Hospital Calixto García, La Habana, Cuba. 2003 1(1); 1-8.
10. Cabrera Navarro JA Caminero Luna. Factores de riesgo en asma. Arch Bronconeumol 2001; 37 (5); 248-256.
11. Michelle A. Montineil, Gina Joseph, Gillian Wheeler. Smoking at home is strongly associated with symptoms of asthma and rhinitis in children of primary school age in Trinidad on Tobago. Pan American Journal of Public Health. 2004. 16 (3); 93 -198.
12. Martijaroenpong V. Rond, CS Butz, Cs Huss K. Environmental tobacco smoke exposure and nocturnal symptoms among inner city children with asthma. J. Alergy Clin Immunol. 2002. 110; 147-153.
13. Villalba CJ, Martínez HR. Frecuencia del carcinoma broncopulmonar en pacientes fumadores y no fumadores diagnosticados en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. México 2004. 17(1); 27-34.
14. Tapia-Conyer R, Kuri-Morales P, Gutiérrez MJ. Panorama epidemiológico del tabaquismo en México. Salud Publica Mex 2001; 43: 478-484.
15. Kuri-Morales PA. Ramírez MC. González FJ. Epidemiología del tabaquismo en México. Salud pública de México. 2006; 48(1): 30-46.
16. Romero Palacios PJ. Asma y humo de tabaco. Arch Bronconeumol. HG Granada, España. 2004; 9(40): 414-418.
17. Banegas JR, Estapé J, González J. Exposición involuntaria al humo ambiental de tabaco: Revisión actualizada y posibilidades de actuación. Semergen. Barcelona, España 2005; 25(8): 702-711.
18. Mannino DM. Involuntary Smoking and Asthma Severity in Children. American College of Chest Physicians. 2002; 122: 409-415.
19. Varona PP, Rodríguez M, Alfonso K. Factores asociados a etapas de cambio de comportamiento en fumadores cubanos. Rev Panam Salud Pública. Cuba 2003; 14(2): 119-124.