11226
31
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina
Departamento de Medicina General
Familiar y Comunitaria
Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán
S. S. A.

EL FUMADOR PASIVO
RESPUESTA CLINICA DE VIAS RESPIRATORIAS ALTAS A LA EXPOSICION

T E S I N A

Para obtener el Diploma Universitario de Especialidad en Medicina Familiar

p r e s e n t a

DRA. ANA MARIA FAJARDO GOMEZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, D. F. 1992

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

I Introducción ____ 1
II Justificación ____ 2
III Planteamiento del problema ____ 3
IV Marco Teórico ____ 4
V Hipótesis ____ 16
VI Objetivos ____ 17
VII Metodología ____ 18
- tipo de estudio ____ 18
- población, lugar y tiempo ____ 18
- criterios de inclusión ____ 18
- criterios de exclusión ____ 19
- tamaño de la muestra ____ 19
- instrumento de la información ____ 19
- definición de variables ____ 20
- plan para la recolección de la información ____ 20
VIII Resultados ____ 21
IX Análisis de resultados ____ 49
X Conclusión ____ 51
XI Anexos ____ 52
XII Glosario ____ 55
XIII Bibliografía ____ 56

INTRODUCCION

Durante los últimos años el tabaquismo ha ocupado un primer lugar entre los problemas médicos, al descubrirse que se relaciona con diversos padecimientos graves que cada día adquieren mayor importancia como causa de incapacidad y muerte, teniendo desde luego, serias repercusiones socioeconómicas.

Los fumadores se exponen voluntariamente a los diversos riesgos a cambio de una pasajera satisfacción que obtienen, pudiendo llegar a consecuencias que van más allá de ellos mismos, al afectar a otros individuos conocidos como fumadores pasivos que en gran porcentaje corresponden a la población infantil, pudiendo contraer esta última enfermedades crónicas, incapacidad permanente y muchas veces la muerte temprana. Sin embargo aunque cientos de millones de personas consumen a diario el tabaco y a pesar de su difusión monopólica mediante campañas publicitarias, el tabaco no deja de ser una droga, por lo que es importante persuadir a la población adulta del consumo del tabaco, haciendo mención de la problemática que representa en la población infantil.

Las enfermedades relacionadas con el tabaquismo son una causa importante de incapacidad y muerte en los países industrializados de manera que el control de este problema haría más por prolongar la vida en esos países que cualquier otra medida en el campo de la medicina preventiva. Su importancia inicial radica en el hecho de que en el tabaquismo la vía de entrada está constituida precisamente por las vías aéreas, donde se inicia su metabolismo, asi como la dispersión de sus metabolitos al medio ambiente.

JUSTIFICACION

La presente investigación tiene como finalidad el dar a conocer la asociación que existe entre el fumador pasivo pediátrico y las enfermedades infecciosas del tracto respiratorio superior de un sector de la población infantil, lo cual repercute grandemente en la morbimortalidad infantil. Por lo que el presente estudio pretende abordar el problema del tabaquismo pasivo en niños menores de 5 años por su relación con un incremento en la presentación de infecciones respiratorias; mediante un análisis de la población adulta fumadora para valorar la magnitud que esta situación tiene en el rol pasivo de los infantes y asi abordar los problemas infecciosos más representativos en el desequilibrio del aparato respiratorio. De aquí la importancia de la promoción de la salud y la atención médica que merece la comunidad.

Entre los problemas que más nos han preocupado a últimas fechas, es el referente al fumador pasivo pediátrico por los cambios que se dan en este, a nivel del epitelio respiratorio de acuerdo a la concentración del humo del tabaco y tiempo de exposición al mismo. Todos estos cambios se traducen en cuadros de infección de vías respiratorias agudas y crónicas, entre las que se pueden mencionar rinitis, faringitis, laringitis, traqueitis, bronquitis, en sujetos expuestos al contaminante.

La propaganda indiscriminada, masiva y permanente que se lleva a cabo por los medios masivos de comunicación en torno al tabaquismo, trae como consecuencia que año trás año se incremente el número de fumadores y por ende el de enfermedades respiratorias. Un aspecto verdaderamente alarmante es que este hábito se esta observando entre los jóvenes adolescentes y menores de edad escolares, lo cual repercute en los propios fumadores activos y pasivos. (1)(18)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Se comprobará que existe correlación entre el tabaquismo pasivo y la presentación más frecuente de infecciones de las vías respiratorías altas, en una población infantil de 0 a 5 años del Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán ?

MARCO TEORICO

El término tabaco pertenece a la lengua haitiana, y se sabe que entre los nativos americanos contaba con rituales propios. En lo que concierne al centro de México, hay muchas referencias de ofrendas de tabaco a las divinidades; en la fiesta azteca del Dios de la guerra Huitzilopochtli quemaban el tabaco en manojos, pero la ofrenda no era el tabaco mismo sino el humo que de él emanaba.

El conocimiento de la planta del tabaco en el viejo continente comenzó con el descubrimiento de América; ni histórica ni científicamente se ha podido comprobar que este fuera empleado por los habitantes de Europa en algunas de sus formas antes que Cristóbal Colón regresara de su primer viaje. Necesariamente a Colón y sus acompañantes debió haberles producido verdadero asombro ver a los indígenas absorber el humo de esas hojas.

El tabaco es una planta de la familia de las solanáceas, originaria de América. El que se usa comercialmente proviene casi en su totalidad de la especie Nicotiana tabacum L. El país que cuenta con la mayor producción mundial de tabaco es Estado Unidos de América, Brasil es el segundo productor en el continente; México ocupa el 18avo. lugar entre los países exportadores de tabaco, con un promedio anual de 22 000 toneladas. Y desde hace mucho Cuba es famosa por el cultivo de esta planta para la elaboración de cigarros los cuales son los de mejor calidad en el mundo.

La clasificación taxonómica del tabaco es la siguiente:

Reino	:	Vegetal
División	:	Antófitos
Clase	:	Dicotiledóneas
Orden	:	Solanales
Familia	:	Solanáceas
Género	:	Nicotiana
Especie	:	Tabacum L.

El tabaco es una planta anual que alcanza una altura promedio de 1.50 metros, corola de color rosado o roja; las semillas se producen en capsulitas y son muy pequeñas y numerosas, de color castaño obscuro. Se siembra en regiones de clima tropical o semitropical. Con lo que respecta al tabaco mexicano es considerado de buena calidad y su industria ha alcanzado gran desarrollo en nuestro país. Se cultiva casi en todos los lugares cálidos de la nación; la fabricación de este producto lleva a cabo un proceso que incluye los siguientes pasos:

1. Acondicionamiento del tabaco mediante calor húmedo.
2. Separación de la vena o costilla del resto de la hoja.
3. Trozado de la hoja en tiras o fragmentos.
4. Laminado de la vena.
5. Reunión del tabaco proveniente de la vena y del limbo.
6. Liado, emboquillado y empaquetado de los cigarrillos.

Hay múltiples estudios que demuestran que el hábito del tabaquismo se inicia por imitación; el niño al ver que sus padres y las personas mayores fuman y reflejan su deseo de identificarse con ellos; asi la probabilidad que un adolescente fume es mucho mayor si sus padres o algún familiar cercano lo hacen. Es común que los adolescentes que fuman se reúnan con aquellos que también lo hacen, otro hecho digno de mención es que el hábito es más frecuente en aquellas familias en la que los hermanos mayores fuman, lo cual sugiefe que el inicio es aprendido como cualquier otra conducta y que está sujeto a las normas de reforzamiento positivo y negativo.

Al iniciar este hábito se considera que la nicotina no es suficiente para explicar la habituación y se considera que es particularmente en esta etapa cuando los factores psicosociales son más reelevantes; entre los reforzadores positivos que propician el hábito tabaquico tenemos el ejemplo de los padres fumadores y

familiares cercanos con el mismo hábito, la influencia de los amigos, de los hermanos mayores, de los ídolos preferidos, por imitación, la atracción por el aspecto prohibido del hábito de fumar, la actitud permisiva en el hogar y a otros factores como el aparentar ser adultos, la disponibilidad de cigarrillos y su amplia difusión publicitaria en relación con el éxito social y con situaciones deseables para cualquier adolescente; la curiosidad por experimentar nuevas sensaciones, la rebeldía ante los preceptos de las autoridades, la confianza social y la aceptación por parte de su grupo de compañeros fumadores. (9)(17)

Una vez iniciado el tabaquismo, el paso siguiente es su mantenimiento, lo cual también está condicionado por varios elementos. Durante las primeras etapas el fumar es intermitente y casi exclusivo de situaciones psicosociales, pero conforme aumenta el consumo y se profundizan las inhalaciones se incrementan las gratificaciones farmacológicas, entendiendose esta como la concentración de nicotina en niveles sanguíneos; el hábito está confinado a ciertos ambientes y el joven se convierte en un fumador regular. Al cabo de un tiempo se presenta una nueva dificultad: la supresión de la nicotina, que se manifiesta inicialmente como un malestar subjetivo y que desaparece rápidamente al reiniciar el hábito. De esta manera se cierra el círculo y la dependencia se hace cada vez mayor.

El tabaquismo es una adicción que se ha universalizado, llama la atención que sea aceptado tan rápida y facilmente por todas las culturas, lo que sugiere que existen ciertas motivaciones privativas del ser humano. Así se postulan tres mecanismos básicos de motivación:

a) Para disminuir las manifestaciones de tensión, temor, angustia, etc., es decir, con el propósito de obtener un efecto sedante o tranquilizante.

b) Para evitar las molestias del síndrome de supresión.

c) Por efectos gratificantes y placenteros de la nicotina per se.

Con base a lo anterior se obtienen entonces grupos diferentes de fumadores que interrelacionan estas recompensas, asi tenemos:

1. FUMADOR PSICOSOCIAL: Prácticamente no existe inhalación de nicotina, el fumador es intermitente y se limita a situaciones sociales; fuera de ellas no existe el deseo de fumar.

2. FUMADOR INDULGENTE: Las recompensas se reducen al puro placer, de manera que se fuma en diversas situaciones, como el ver la televisión, al descansar después del trabajo, etc. El placer puede derivarse de recompensas predominantemente orales. Cuando el individuo decide suspender su hábito este tipo de fumador tiende a incrementar su ingesta de alimentos y bebidas.

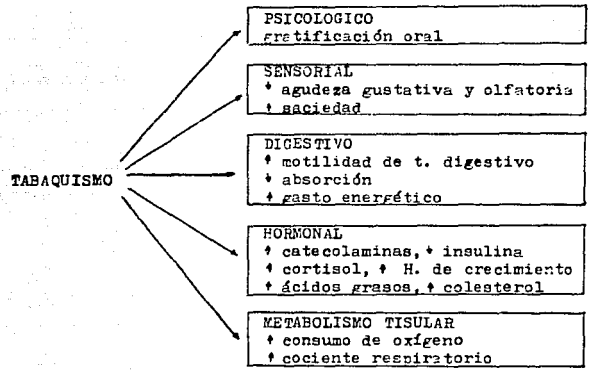
3. FUMADOR POR TRANQUILIZARSE: El efecto sedativo de la nicotina es calmante de la gratificación oral y el mantener las manos ocupadas se utilizan para aliviar la ansiedad y la tensión. Las recompensas son tanto sensoriales como farmacológicas y la frecuencia del fumar varia de acuerdo con el estado emocional.

4. FUMADOR POR ESTIMULARSE: Se utiliza el efecto estimulante de la nicotina para mantener cierta conducta deseable y ahuyentar la fatiga cuando se realizan tareas monótonas. La frecuencia del fumar se incrementa notablemente en estas situaciones específicas; la recompensa aquí también es predominantemente farmacológica.

5. FUMADOR POR ADICCION: El sujeto experimenta los efectos de la supresión si no logra fumar en un lapso de 20 a 30 minutos y fuma para aliviar esas molestias. La frecuencia del fumar no varia con las circunstancias externas y se inicia poco después de levantarse por la mañana, cesa solo durante el sueño y es regulada por los niveles de nicotina en sangre. La recompensa es totalmente farmacológica y llega a ser inclusive displacentero el hecho de no poder —

dejar de fumar en ocasiones en que el individuo asi lo desea. (18)

En el tabaquismo intervienen factores cognocitivos, sensoriales y fisiológicos como se muestra en la siguiente figura:



Esquema 1 (18)

Merecen nuestra atención algunos aspectos de relevancia social como ejemplo el que las empresas tabacaleras inviertan grandes sumas de dinero en publicidad teniendo una relación directa con las ventas y la promoción del hábito del tabaco, otro factor es que tres de cada cuatro médicos fuman y ello constituye un ejemplo que dificulta la imposición de medidas sanitarias.

El primero de los contaminantes tanto por su frecuencia como por la importancia de sus efectos es el humo de cigarrillos; los otros contaminantes atmosféricos tienen comparativamente efectos menores sobre el estado de salud de la población, incluso cuando

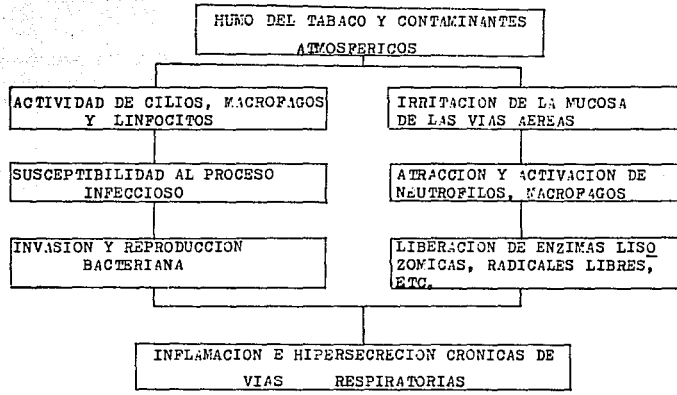
son más tóxicos por que están infinitamente difundidos. El humo -- del cigarrillo es un aerosol cuyos componentes específicos y gaseosos llegan a todas partes del epitelio respiratorio, los diferentes contaminantes pueden combinarse entre ellos y provocar efectos de mayor consideración, pueden potenciarse de esta manera el tabaco, la contaminación atmosférica, la contaminación profesional y - las contaminaciones domésticas. (1) (12)(18)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) asegura que "el tabaco fumado o masticado en goma es actualmente la droga más usada y de mayor distribución en el mundo" y añade que su uso, aunque legal en todos los países "puede ser letal" (9)

Al tabaquismo se le atribuyen un 30% de las muertes a causa de enfermedad coronaria, se considera que cada cigarrillo disminuye - en promedio 5.5 minutos la vida. Estos datos impresionantes han atraido poderosamente la atención de los investigadores hacia factores bioquímicos de mayor riesgo presentes en el humo del tabaco -- que está formado fundamentalmente por partículas sólidas suspendidas en una mezcla de gases orgánicos e inorgánicos en la que se -- han identificado más de 4 700 compuestos químicos. Como producto - de la combustión, el 40% del humo del tabaco se encuentra formado de partículas de alquitrán y nicotina y el 60% restante por gases integrados por diversos compuestos. En el hombre los cilios estan presentes en las vías aéreas superiores (conductos nasales, senos paranasales, oído medio, trompa de Eustaquio y faringe). La lesión que se produce en el epitelio ciliar se debe a que muchos contaminantes del humo del cigarro son solubles.

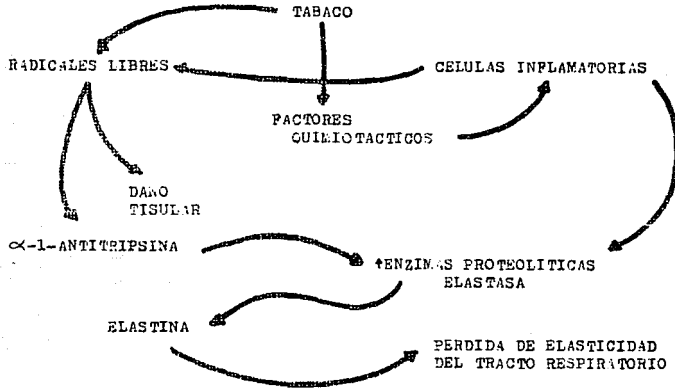
La acción tóxica se ejerce sobre el moco y las células epiteliales, y produce ciliostasis, modificacion de secreciones, liberación de enzimas proteolíticas debido a los polinucleares, macrofágos y mastocitos, excitación de los receptores de las vías aéreas,

aflujo y lisis de polinucleares por acción de los factores quimiotácticos y modificaciones de las propiedades reológicas del moco. (7)(12)(18)



Esquema 2 (18)

Todos estos fenómenos traen como consecuencia una disminución del aclaramiento mucociliar y un aumento de la frecuencia de las infecciones y de las estenosis inflamatorias o cicatrizales de las vías aéreas. (Esquema 3)



Esquema 3 (18)

El término fumador pasivo se refiere a la exposición involuntaria de no fumadores, a la combinación de combustión de productos del tabaco en el medio ambiente relacionada por el consumo de cigarrillos y los componentes del humo exhalado por el fumador activo. (4) La inquietud acerca del riesgo de enfermedades ante la exposición, surge en una parte del conocimiento que la composición química del humo inhalado por el fumador activo es cualitativamente semejante a el humo inhalado pasivamente por no fumadores. (5)(9)

Estudios epidemiológicos han correlacionado la exposición pasiva al humo con enfermedad respiratoria que incluyen irritación de nariz, oído medio, etc. Sin embargo estos estudios epidemiológicos anteriores, tienen una limitación menor debido a la inhabilidad de cuantificar la exposición de los fumadores pasivos, igualmente las

medidas bioquímicas de exposición al humo del tabaco son capaces de detectar exposiciones recientes, pero son de poco valor en estudios epidemiológicos confiables. (5)(10)(11)(23)(24)(26)

Para que exista una mejor comprensión de la enfermedad, es indispensable conocer sus aspectos familiares; considerando a la familia como una institución básica de la sociedad humana, que representa el fundamento de todo desarrollo cultural. Al involucrar al paciente con su sistema familiar se da un aspecto fundamental de la ecología que no podemos ignorar, ya que la familia constituye el contexto social más significativo y duradero para el individuo; la interacción familiar es potencialmente importante en todas las enfermedades, en este caso las que se encuentran asociadas al tabaquismo y que van intimamente ligadas a dicha interacción familiar que frecuentemente precipita o perpetúa el síntoma a tratar en este estudio. Todo ello ratifica la importancia de la familia como eje, como unidad epidemiológica y base de la estructura social; por lo que el Médico Familiar la debe estudiar integralmente dado que para el niño desde que nace su familia es "el todo", y de ella aprende el lenguaje, su moral, costumbres del grupo y entre estas últimas a fumar. (13)

Numerosos estudios realizados por diversos autores han fundamentado una asociación directa entre padres fumadores y enfermedades de vías respiratorias en niños, esta asociación parece estar presente durante el primer año de vida. La vulnerabilidad en el principio de la vida es de particular importancia, por que de la asociación posible de enfermedades respiratorias puede existir el desarrollo de otras enfermedades asociadas con fumadores pasivos en niños, entre las cuales se encuentran el asma, hiperreacción bronquial, bronquitis, bronquiolitis, cancer pulmonar, atopías, enfermedades cardiovasculares y hasta la presencia de el roncar du-

rante el sueño, esto según diversos reportes a sido altamente significativo y se ha observado una relación dosis-efecto entre el número de cigarrillos fumados por los padres y la presencia de estas enfermedades. (3)(7)(12)(14)(16)(17)(25)

Las consecuencias potenciales a problemas respiratorios por la exposición al medio ambiente con humo de tabaco se incrementan en las personas pasivas cuando ambos padres son fumadores (7)(21) ó cuando estos han sido sometidos a alguna intervención quirúrgica como adenoidectomía (26)

Estudios recientes han demostrado el efecto del fumador pasivo sobre el peso bajo al nacimiento, talla baja y presencia de tos en neonatos; también existe una fuerte evidencia que los padres afectan la salud de sus hijos recien nacidos cuando ellos fuman y quizá estos efectos pudieran ser empleados para persuadir a los padres a tratar de reducir o abandonar esta adicción, además los resultados sugieren que el riesgo asociado con tabaquismo pasivo se incrementa con la edad. (2)(19)(22)

Los padres fumadores pudieran afectar el tracto respiratorio en tres direcciones:

1. el efecto directo de irritante por el humo del tabaco.
2. efecto indirecto del tejido adenoideo.
3. efecto indirecto de la vía respiratoria del niño, causando más frecuentemente infecciones del tracto respiratorio. (10)(11)(24)

El peso al nacimiento de los hijos de madres fumadoras se ha estudiado ampliamente y se sabe que en promedio pesan de 200 a 250 gramos menos que los hijos de las madres que no fuman y que, en general, las mujeres que fuman tienen el doble de probabilidades de dar a luz un hijo prematuro (2500gr). El peso de nacimiento es altamente dependiente del número de cigarrillos fumados al día durante el embarazo y no intervienen factores como la edad gestacional,

la edad de la madre, la paridad o el nivel socioeconómico; sin embargo un estudio realizado por Rubin reveló que el efecto del tabaquismo pasivo era mayor en las clases sociales más bajas. El bajo peso se debe al retardo en el crecimiento y pueden ser consecuencia de hipoxia debido a un deficiente aporte tisular secundario al nivel elevado de carboxihemoglobina en la circulación materna. (1)(18)(20)

El Fondo de las Naciones Unidas (UNICEF) precisa que los casos de infección respiratoria alta son dos veces más frecuentes entre lactantes hijos de padres fumadores y ha comprobado el consumo de cigarrillos como factor de riesgo asociado con el síndrome de muerte infantil súbita, afección mortal para 1 de cada 400 niños en países industrializados. La situación mundial es equiparable a los parámetros conocidos en México. (9)

Los padres fumadores son un factor potencial para infecciones del tracto respiratorio, pero la madre fumadora parece incrementar el riesgo según reportan algunos investigadores, especialmente con ataques recurrentes, lo cual quizá sea debido al humo producido por la madre quien vive en contacto estrecho con el bebé o indirectamente a la predisposición elevada de la madre fumadora a infecciones que transfiere al bebé. Sin embargo el efecto de protección de la alimentación al seno materno contra las infecciones respiratorias es bien conocido, pero solo durante el primer año de vida. (6)(7)(23)

La OMS considera que el tabaco, particularmente en cigarrillos es una droga de transición, es decir que puede inducir a los jóvenes fumadores a probar otras drogas. La asamblea de representantes del Distrito Federal ha propuesto un reglamento para que en esta capital se limiten las áreas para los fumadores. Y las cifras que maneja son impresionantes; revela la existencia de 24 millones de

fumadores activos en el país, los cuales consumen un total de 50 - mil millones de cigarrillos al año, para dar un promedio de 5.7 cigarrillos diarios entre cada uno. Esto quiere decir que al año cada fumador consume 2 083 cigarrillos, o sea, 104.1 paquetes. En — gran parte de los países desarrollados se han logrado crear reglamentos para prohibir fumar en lugares públicos, Checoslovaquia, — Francia, Dinamarca, España y Venezuela entre otros lo han logrado. También se han aprobado leyes que regulan la publicidad, comercialización y venta de tabaco, con el objeto de reducir su consumo.

En México ya no se permite fumar en los institutos del Sistema Nacional de Salud y las autoridades están buscando ampliarlo a todo el sistema gubernamental. La Secretaría de Salud señala que el creciente consumo de tabaco en México se debe a que por su reducción en los países desarrollados, la publicidad y producción es orientada hacia naciones como la nuestra. Las compañías cigarreras trasnacionales en 1988 invirtieron 127 mil millones de pesos en publicidad.

La encuesta Nacional de Adicciones concluyó que los consumidores activos de tabaco se encuentran en edades entre 12 y 65 años y que 43% de la población no fumadora de el país convive en su hogar por lo menos con un fumador. (9)

La OMS instituyó el 31 de mayo como "día mundial sin fumar".

En respuesta a esto los padres deben encargarse de dejar de fumar para beneficio de sus niños, esforzandose por evitar esta adicción en la que el niño ocurre como fumador pasivo y en quienes desafortunadamente quizá tenga un efecto más nocivo sobre su salud - que para los propios padres fumadores (8)(15)

HIPOTESIS

La exposición pasiva al humo del tabaco predispone a infección del tracto respiratorio alto por sus diversos factores precipitantes en un gran porcentaje de fumadores pasivos en edad pediátrica.

OBJETIVOS

- Objetivo General :

Determinar que existe asociación directa entre el tabaquismo pasivo y la presencia de enfermedades infecciosas de vías respiratorias superiores como otitis, rinitis, faringitis y amigdalitis en la población infantil de 0 a 5 años del Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán en 1991.

- Objetivos específicos:

Determinar la relación entre el número de padres fumadores y el número de infecciones respiratorias altas en niños en un año.

Relacionar si existe incremento en la presentación de infecciones de vías respiratorias altas cuando ambos padres son fumadores.

Evaluar la correlación dosis-efecto entre el número de cigarrillos fumados por los padres y la presencia de enfermedades respiratorias altas.

Corroborar que la madre fumadora incrementa la aparición de patología respiratoria en el niño por el contacto más estrecho que tiene con este en el hogar.

Identificar si las familias extensas tienen un mayor porcentaje de infecciones respiratorias altas.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio comparativo, descriptivo, prospectivo y longitudinal, valorando la respuesta clínica del fumador pasivo en el sistema respiratorio alto ante la exposición al humo del tabaco en pacientes pediátricos asi como un grupo control.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO

El universo de estudio comprendió un total de 100 niños en edades entre 0 y 5 años; de los que 50 fueron fumadores pasivos y 50 sin antecedentes de tabaquismo en su ámbito familiar, y que acudieron con infección de vías respiratorias altas a la consulta de medicina familiar en el Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán en un período comprendido entre septiembre y diciembre de 1991.

CRITERIOS DE INCLUSION

Se incluyeron en el estudio niños que acudieron a consulta de Medicina Familiar en el Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán con las siguientes características:

- menores de 5 años de edad
- ambos sexos
- fumadores pasivos con infección de vías respiratorias altas, a quienes se les definió como sujetos de estudio.
- Pacientes con infecciones de vías respiratorias altas sin antecedente de tabaquismo en el hogar, y se incluyerón como grupo control.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Factores anatómicos asociados como pólipos nasales, desviación de septum nasal.
- Sometidos previamente a amigdalectomía ó adenoidectomía.
- Evidencia de enfermedades del tracto respiratorio inferior como neumonías, bronquitis, bronquiolitis, traqueitis.
- Antecedentes de atopías como asma, rinitis alérgica.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

100 pacientes en edad pediátrica comprendida entre los 0 y 5 años, quienes acudieron a consulta con infecciones de vías respiratorias altas; donde 50 fueron fumadores pasivos y 50 formaron parte del grupo control, siendo estos los que no tuvieron antecedente de tabaquismo en el hogar.

INSTRUMENTO DE LA INFORMACION

Los datos de los pacientes se registraron en un cuestionario destinado a los mismbros de la familia, fueran o no fumadores activos. (anexo 1)

El que contiene un apartado para la ficha de identificación, que consta de nombre del paciente, edad y sexo; otro apartado dirigido a conocer los antecedentes de alimentación perinatal donde se incluyen datos en relación a la alimentación al seno materno en meses y tiempo del mismo. Con otro apartado que se refiere a los antecedentes de ambos padres del paciente en donde se incluyen la ocupación para conocer su clasificación en base a su desarrollo y tipología, asi mismo se recolecta la historia del hábito tabaquico de la familia del paciente en estudio el que comprende la cantidad de cigarrillos fumados en casa al día, el total de fumadores a los que el sujeto de estudio está expuesto; y con es-

to valorar su composición y estructura familiar. Finalmente un apartado que corresponde a la frecuencia de cuadros infecciosos -- respiratorios altos en un año y tipo de padecimiento, con el objeto de valorar la exposición y repercusión de dicha adicción hacia el fumador pasivo en estudio.

DEFINICION DE VARIABLES

Las variables que se manejaron en el estudio fueron de tipo - cualitativo nominal y ordinal, asi como cuantitativas continuas y discontinuas, su definición operacional se describe en el anexo 2.

PLAN PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION

1. Revisión de datos: posteriormente al término de la recolección de datos, se verificó que estos se encontrarán correctamente re-- gistrados.
2. Clasificación y recuento: los datos obtenidos de los reportes_ se clasificarón de acuerdo a las variables anotadas previamente,_ con la finalidad de establecer una descripción adecuada de los datos y facilitar la codificación de estos.
3. Computo de Datos: Se llevó a cabo un conteo de datos de tipo - manual mediante tarjetas en blanco.
4. Presentación de Datos: de acuerdo a los resultados se realizarón cuadros y gráficas, con el objeto de representarlos de una manera sencilla y ordenada.
5. Resumen de Datos: los resultados fueron presentados mediante - el empleo de cuadros y gráficas, y el análisis se efectuó con medidas de resumen.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 100 pacientes en edad pediátrica -- (0 a 5 años) de los que 50 tuvieron antecedentes de ser fumadores pasivos y 50 sin antecedentes de exposición al humo del tabaco, - ambos grupos con algún (os) padecimiento respiratorio durante un período de 4 meses que comprendió de septiembre a diciembre de -- 1991.

Se les realizó una serie de preguntas a los padres acerca del hábito tabaquico en la familia, quienes resultaban con dichos antecedentes positivos se integraron al grupo de estudio (50%) y -- aquellos con antecedentes negativos se incluyeron en el grupo control (50%).

En el grupo de estudio 22 pacientes (44%) fueron del sexo masculino y 28 (56%) del sexo femenino (cuadro 1), el grupo control se integró con 26 pacientes (52%) de sexo masculino y 24 (48%) de sexo femenino (cuadro 2). La edad que se registró con mayor frecuencia en el grupo de estudio fué de 3 y 5 años, con un promedio de 13 pacientes para cada grupo (26%); para el grupo control la - edad más frecuentemente encontrada fué de 2 años (13%)(cuadro 3).

Respecto a la alimentación al seno materno en el grupo estudiado predominaron aquellos que si fueron alimentados con esta -- técnica, en un 33% de los pacientes, en el grupo control se obtuvo un resultado semejante observando que un 39% de los pacientes recibieron seno materno (cuadro 4). Asi mismo la duración en meses de la alimentación al seno materno cue predominó para el grupo de estudio fué menor de 6 meses (25%) y para el grupo control resultó entre 6 y 12 meses con un 19% (14 pacientes)(cuadro 5).

Para ambos grupos el tipo de ocupación de la madre fué semejante, predominando las labores del hogar (39%) y (30%) para el - grupo de estudio y grupo control respectivamente (cuadro 6).

La frecuencia del tabaquismo en los padres del grupo de estudio predominó en el padre con un 94% de los casos, y solo el 30% ocurrió en la madre. Sin embargo se apreció que el tabaquismo en ambos padres se presentó en 11 casos del total de padres fumadores (cuadro 7). Por lo que de estos se obtuvo que la cantidad de cigarrillos consumidos por ambos padres es como sigue: 1-3 cigarrillos/día en 21 personas, 3-5 cigarrillos/día en 8 personas, 5-10 cigarrillos/día en 7 personas y más de 10 cigarrillos/día en 26 personas (cuadro 8).

La gran mayoría de los padres (62%) correspondieron a el grupo de fumadores corrientes y las madres se encontraron con mayor frecuencia entre las que nunca han fumado pero son fumadoras pasivas (66%), (cuadro 9).

Se aprecia que una gran parte de los pacientes del grupo en estudio (94%) se encuentra expuesto a más de una persona fumadora en el hogar (padre, madre, ambos u otros), (cuadro 10)(gráfica 8)

En relación al tipo de padecimiento de vías respiratorias altas encontramos una predominancia en los niños fumadores pasivos de las faringitis (40 casos) y para el grupo de niños no fumadores es mayor la presencia de cuadros de amigdalitis (33 pacientes) (cuadro 11). Y finalmente para ambos grupos es más sobresaliente que la recurrencia de cuadros respiratorios altos en un año sea con un promedio de 1 a 3 cuadros, con 20 pacientes en el grupo de estudio y 22 pacientes en el grupo control (cuadro 12).

Se estudiaron un total de 80 familias, las cuales conformaron ambos grupos (estudio y control), con todos los datos anteriores fué posible realizar la clasificación de las familias desde el punto de vista de su desarrollo, que las divide en tradicional y modernas (anexo 3), apreciando que el 78% de las familias fumadoras son de tipo tradicional y el 22% restante son de tipo moderno,

con respecto al grupo control tenemos que el 60% corresponden a las familias de tipo tradicional y el resto son familias modernas (40%)(gráfica 11)

Tomando en consideración lo anterior y de acuerdo a la clasificación familiar desde el punto de vista tipológico (anexo 3) tenemos que para ambos grupos predominó el tipo de familia empleada con un 58% para las familias fumadoras y 32% para las del grupo control (gráfica 12).

Con lo que respecta a la clasificación familiar en base a su estructura (anexo 3) obtuvimos que la mayor proporción de familias son de tipo extensa para ambos grupos, con un 58% para las familias fumadoras y 74% en las familias del grupo control.

CUADRO #1 FRECUENCIA DE SEXO EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS FUMADORES PASIVOS EN EL C.S.B.V.A.

SEXO	No.	%
MASCULINO	22	44
FEMENINO	28	56
TOTAL	50	100

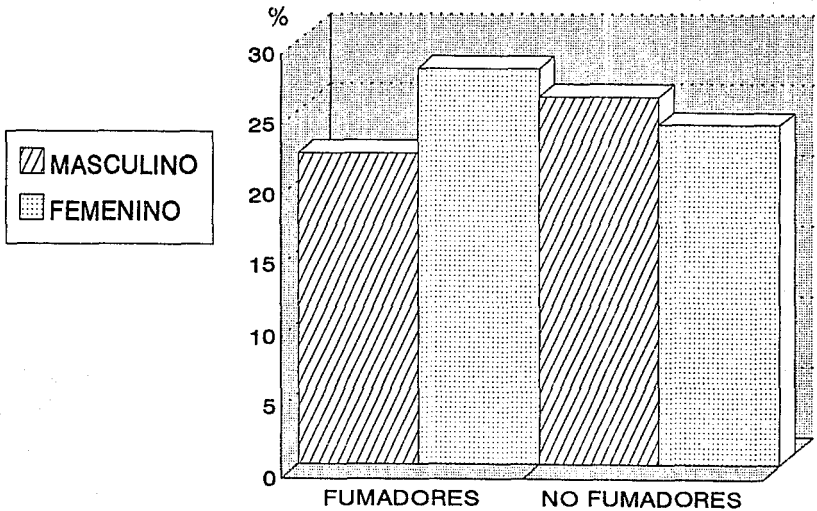
REFERENCIA: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO #2 FRECUENCIA DE SEXO EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS NO FUMADORES (GRUPO CONTROL) EN EL C.S.B.V.A.

SEXO	No.	%
MASCULINO	26	52
FEMENINO	24	48
TOTAL	50	100

REFERENCIA: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

GRAFICA #1 FRECUENCIA DE SEXO EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS EN C.S.B.V.A. COMPARACION DE FUMADORES PASIVOS Y NO FUMADORES (GRUPO CONTROL)



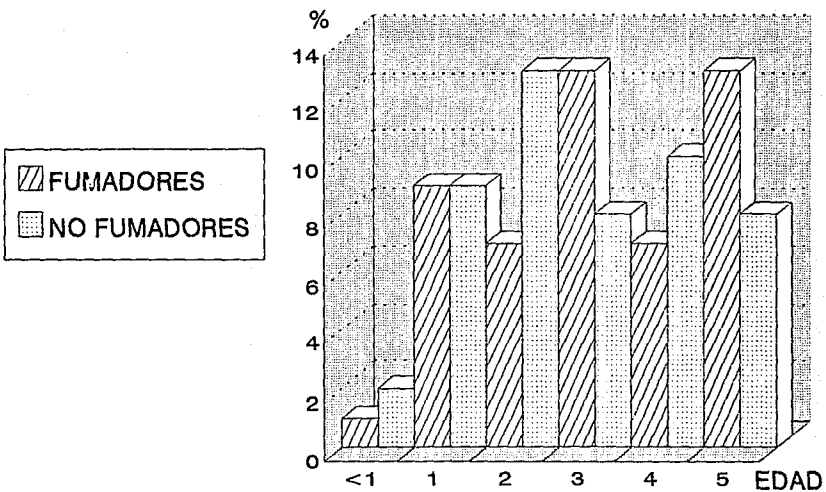
REFERENCIA: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO #3 FRECUENCIA POR EDAD EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS EN EL C.S.B.V.A. COMPARACION DE FUMADORES PASIVOS Y NO FUMADORES (GRUPO CONTROL)

	FUMADORES	NO FUMADORES	
EDAD	No.	No.	%
< 1 AÑO	1	2	3
1 AÑO	9	9	18
2 AÑOS	7	13	20
3 AÑOS	13	8	21
4 AÑOS	7	10	17
5 AÑOS	13	8	21
TOTAL	50	50	100

REFERENCIA: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

GRAFICA #2 FRECUENCIA POR EDAD EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS EN EL C.S.B.V.A. COMPARACION DE FUMADORES PASIVOS Y NO FUMADORES (GRUPO CONTROL)



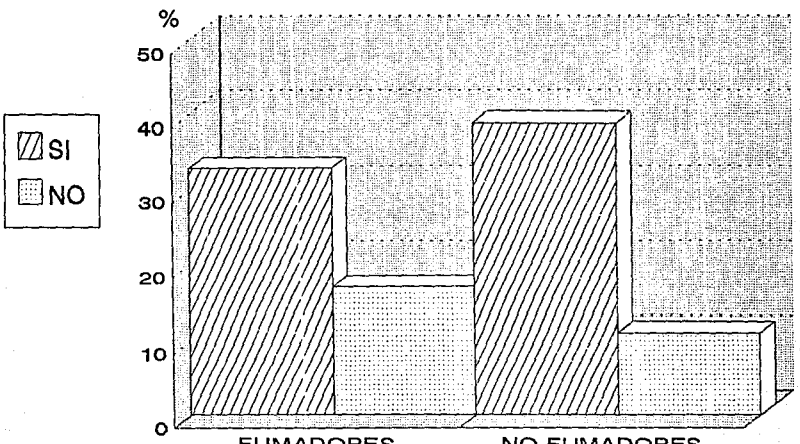
REFERENCIA: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO #4 FRECUENCIA DE ALIMENTACION AL SENO MATERNO
EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS DEL C.S.B.V.A.
COMPARACION EN FUMADORES PASIVOS Y NO FUMADORES
(GRUPO CONTROL)

SENO MATERNO	SI	NO	TOTAL
	No.	No.	%
FUMADOR	33	17	50
NO FUMADOR	39	11	50

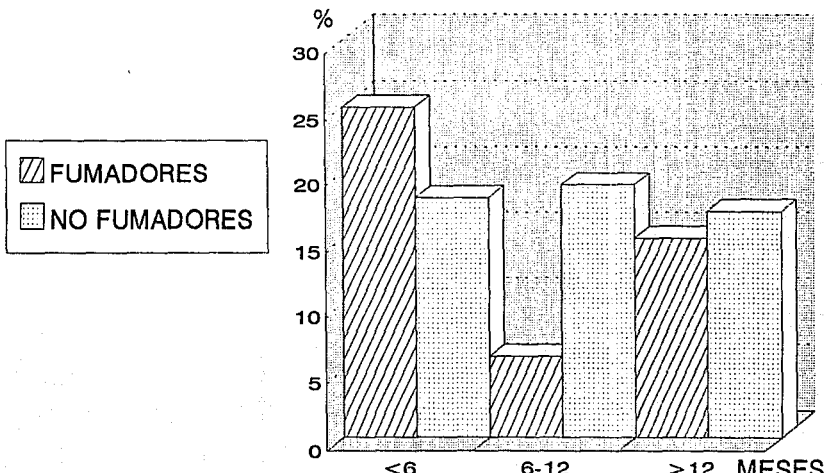
REFERENCIA: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

GRAFICA #3 FRECUENCIA DE ALIMENTACION AL SENO MATERNO EN NINOS DE 0 A 5 AÑOS DEL C.S.B.V.A. COMPARACION DE FUMADORES PASIVOS Y NO FUMADORES (GRUPO CONTROL)



REFERENCIA: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

GRAFICA #4 FRECUENCIA DEL TIEMPO DE ALIMENTACION AL SENO MATERNO (MESES) EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS DEL C.S.B.V.A. COMPARACION DE FUMADORES PASIVOS Y NO FUMADORES (GRUPO CONTROL)



REFERENCIA: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO #5 FRECUENCIA DEL TIEMPO DE ALIMENTACION AL SENO MATERNO (MESES) EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS DEL C.S.B.V.A. COMPARACION DE FUMADORES PASIVOS Y NO FUMADORES (GRUPO CONTROL)

	FUMADOR		NO FUMADOR		TOTAL	
MESES	No.	%	No.	%	No.	%
<6	18	25	13	18	31	43
6-12	4	6	14	19	18	25
>12	11	15	12	17	23	32
TOTAL	33	46	39	54	72	100

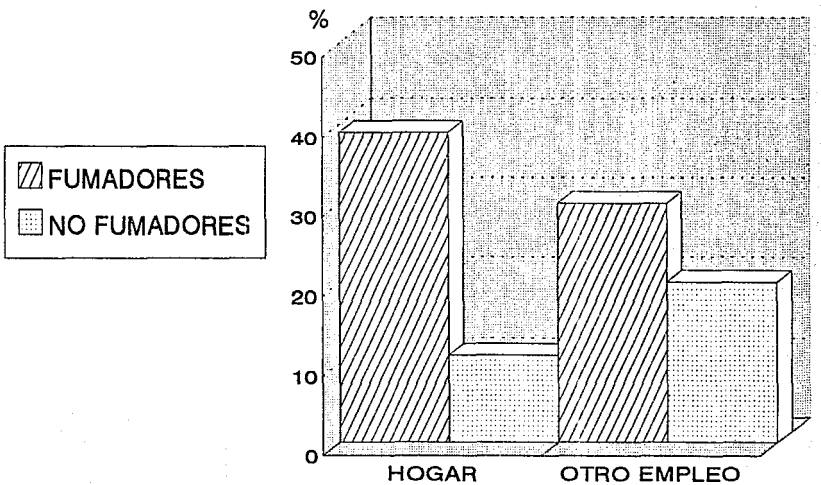
REFERENCIA: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO #6 FRECUENCIA DEL TIPO DE OCUPACION DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS DEL C.S.B.V.A. COMPARACION DE FUMADORES PASIVOS Y NO FUMADORES (GRUPO CONTROL)

	FUMADOR	NO FUMADOR	TOTAL
OCUPACION	No.	No.	%
HOGAR	39	30	69
OTRO EMPLEO	11	20	31
TOTAL	50	50	100

REFERENCIA: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

GRAFICA #5 FRECUENCIA DEL TIPO DE OCUPACION DE LA MADRE DE NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS DEL C.S.B.V.A. COMPARACION DE FUMADORES PASIVOS Y NO FUMADORES (GRUPO CONTROL)



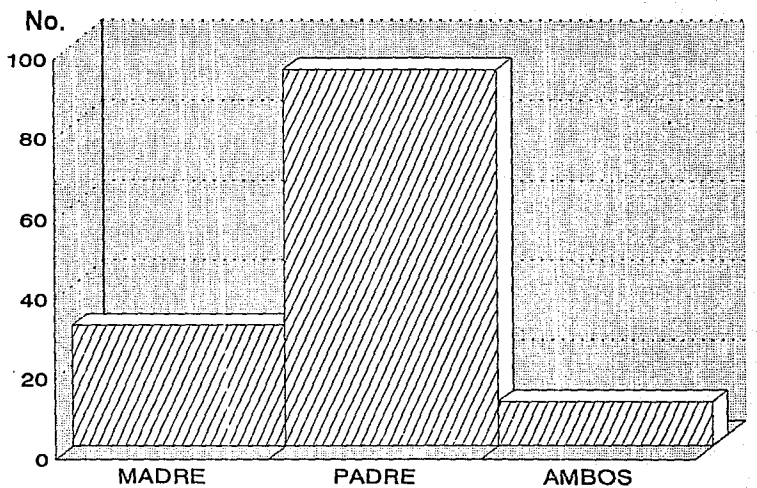
REFERENCIA: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO #7 FRECUENCIA DE TABAQUISMO EN PADRES DE NIÑOS FUMADORES PASIVOS DE 0 A 5 AÑOS DEL C.S.B.V.A.

TABAQUISMO	MADRE		PADRE		AMBOS		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.	%	%
SI	15	30	47	94	11	100	62
NO	35	70	3	6	--	--	38
TOTAL	50	100	50	100	11	100	100

REFERENCIA: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

GRAFICA #6 FRECUENCIA DE TABAQUISMO EN PADRES DE NIÑOS FUMADORES PASIVOS DE 0 A 5 AÑOS DEL C.S.B.V.A.



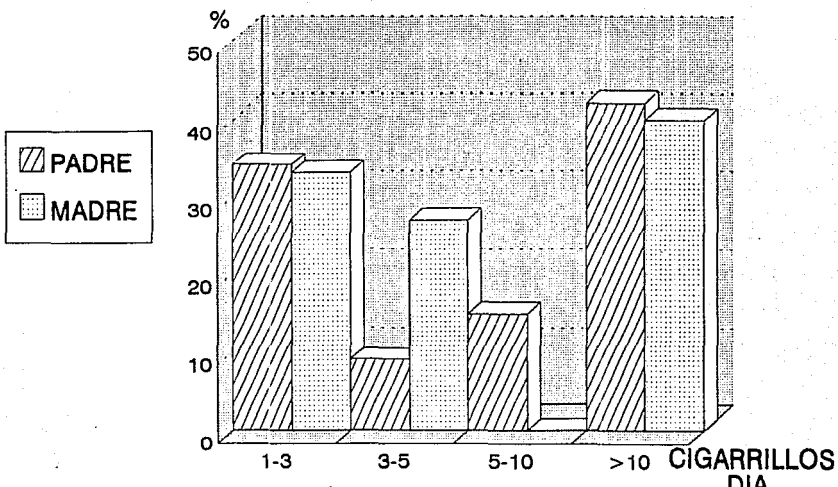
REFERENCIA: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO #8 FRECUENCIA DE LA CANTIDAD DE CIGARRILLOS CONSUMIDOS POR PADRES DE NIÑOS FUMADORES PASIVOS DE 0 A 5 AÑOS DEL C.S.B.V.A.

	MADRE		PADRE	
CIGARRILOS CONSUMIDOS	No.	%	No.	%
1-3	5	33	16	34
3-5	4	27	4	9
5-10	--	--	7	15
> 10	6	40	20	42
TOTAL	15	100	47	100

REFERENCIA: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

GRAFICA #7 FRECUENCIA DE LA CANTIDAD DE CIGARRILLOS CONSUMIDOS AL DIA POR LOS PADRES DE NINOS FUMADORES PASIVOS DE 0 A 5 AÑOS DEL C.S.B.V.A.



REFERENCIA: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO #9 FRECUENCIA DEL ESTADO DE FUMADOR DE LOS PADRES DE NIÑOS FUMADORES PASIVOS DE 0 A 5 AÑOS DEL C.S.B.V.A.

ESTADO DE FUMADOR	MADRE		PADRE		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
NUNCA FUMO	33	66	--	--	33	33
EXFUMADOR	--	--	3	6	3	3
FUMADOR CORRIENTE	15	30	47	94	62	62
FUMADOR EN LA INFANCIA	1	2	25	50	26	26
FUMADOR PASIVO	33	66	3	6	36	36
FUMADOR EN EL EMBARAZO	7	14	--	--	7	7

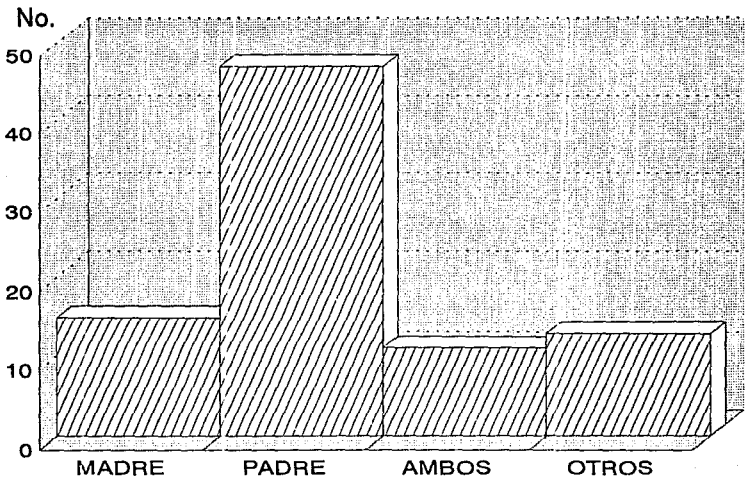
REFERENCIA: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO #10 FRECUENCIA DEL No. DE FUMADORES A LOS QUE ESTA EXPUESTO EL FUMADOR PASIVO DE 0 A 5 AÑOS DEL C.S.B.V.A.

FUMADOR	No.
PADRE	47
MADRE	15
AMBOS	11
OTROS	13

REFERENCIA: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

GRAFICA #8 FRECUENCIA DEL NUMERO DE FUMADORES A LOS QUE ESTA EXPUESTO EL FUMADOR PASIVO DE 0 A 5 AÑOS DEL C.S.B.V.A.



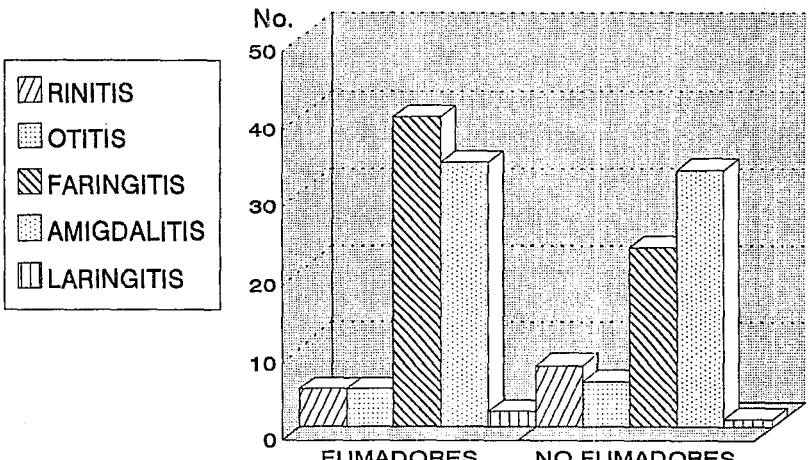
REFERENCIA: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO #11 FRECUENCIA DEL TIPO DE PADECIMIENTO INFECCIOSO DE VIAS RESPIRATORIAS ALTAS EN UN AÑO EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS DEL C.S.B.V.A. FUMADORES PASIVOS Y NO FUMADORES (GRUPO CONTROL)

	FUMADORES	NO FUMADORES	TOTAL	
PADECIMIENTO	No.	No.	No.	%
RINITIS	5	8	13	13
OTITIS	5	6	11	11
FARINGITIS	40	23	63	63
AMIGDALITIS	34	33	67	67
LARINGITIS	2	1	3	3

REFERENCIA: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

GRAFICA #9 FRECUENCIA DEL TIPO DE PADECIMIENTO INFECCIOSO DE VIAS RESPIRATORIAS ALTAS EN UN AÑO EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS DEL C.S.B.V.A. FUMADORES PASIVOS Y NO FUMADORES (GRUPO CONTROL)



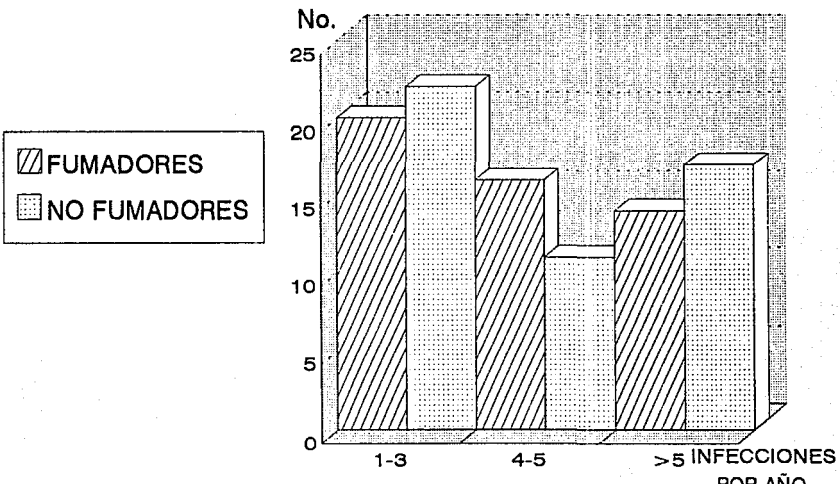
REFERENCIA: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO#12 FRECUENCIA EN EL No. DE CUADROS INFECCIOSOS RESPIRATORIOS ALTOS EN UN AÑO EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS DEL C.S.B.V.A. FUMADORES PASIVOS Y NO FUMADORES (GRUPO CONTROL)

CUADROS INFECCIOSOS	FUMADORES No.	NO FUMADORES No.	TOTAL No.
1-3	20	22	42
4-5	16	11	27
>5	14	17	31
TOTAL	50	50	100

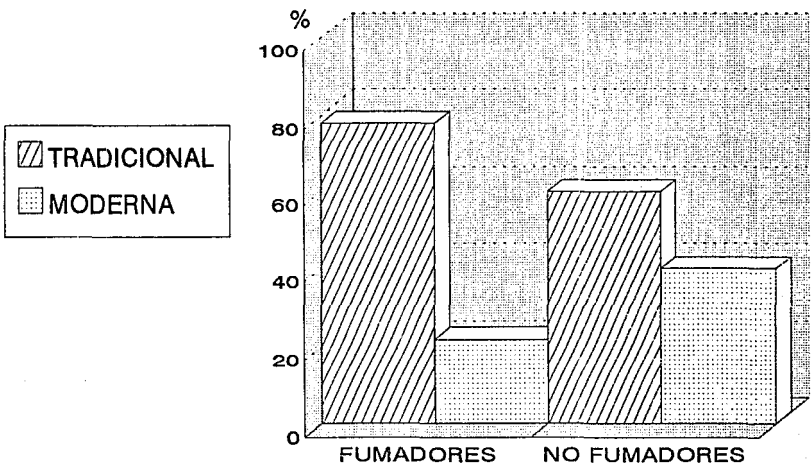
REFERENCIA: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

GRAFICA #10 FRECUENCIA EN EL NUMERO DE CUADROS INFECCIOSOS RESPIRATORIOS ALTOS EN UN AÑO EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS DEL C.S.B.V.A. FUMADORES PASIVOS Y NO FUMADORES (GRUPO CONTROL)



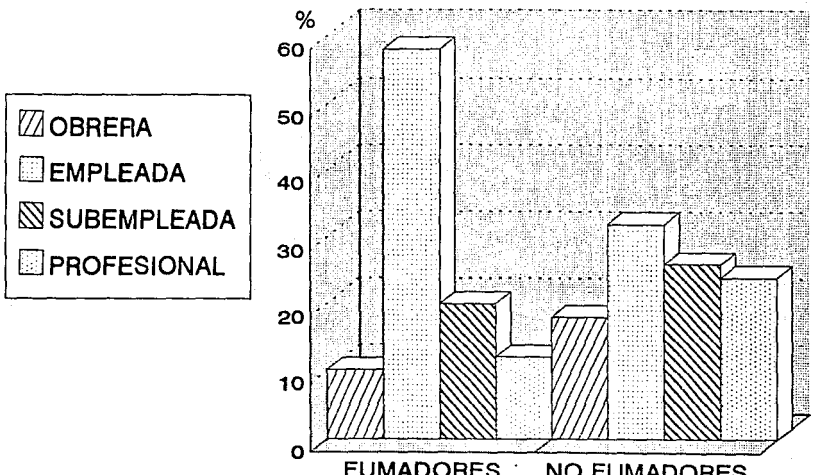
REFERENCIA: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

GRAFICA #11 CLASIFICACION FAMILIAR DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL DESARROLLO DE LOS PADRES DE NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS DEL C.S.B.V.A. COMPARACION DE FUMADORES PASIVOS Y NO FUMADORES (GRUPO CONTROL)



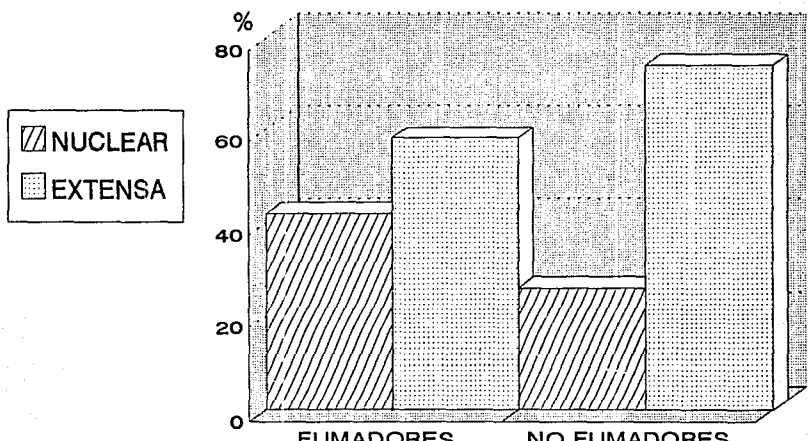
REFERENCIA: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

GRAFICA #12 CLASIFICACION FAMILIAR DESDE EL PUNTO DE VISTA TIPOLOGICO DE LOS PADRES DE NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS DEL C.S.B.V.A. COMPARACION DE FUMADORES PASIVOS Y NO FUMADORES (GRUPO CONTROL)



REFERENCIA: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

GRAFICA #13 CLASIFICACION FAMILIAR EN BASE A LA ESTRUCTURA DE LOS PADRES DE NINOS DE 0 A 5 AÑOS DEL C.S.B.V.A. COMPARACION DE FUMADORES PASIVOS Y NO FUMADORES (GRUPO CONTROL)



REFERENCIA: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ANALISIS DE RESULTADOS

En el presente trabajo se trató de determinar la existencia de una relación entre el tabaquismo pasivo y un incremento en la presentación de infecciones de vías respiratorias superiores en pacientes menores de 5 años. (1)(3)(7)(14)(16)(17)(18)(25)

De los resultados obtenidos tenemos que el sexo no interviene en dicha relación (gráfica 1) por lo que no tiene valor significativo para el estudio.

La alimentación al seno materno predominó en el grupo control (gráfica 3) asi como la duración en meses de la misma (gráfica 4) lo cual se correlaciona con un porcentaje menor de infecciones respiratorias altas; por el efecto de protección de la alimentación al seno materno contra las infecciones respiratorias durante el primer año de vida, fundamentado por los diversos factores de resistencia en la leche humana describiendose un factor antiestafilocóccico, IgA secretora y otras inmunoglobulinas, C_3 y C_4, lisozima, lactoperoxidasa, lactoferrina, leucocitos y anticuerpos contra virus y bacterias; lo cual se relaciona con una frecuencia más elevada de enfermedades respiratorias altas en niños mayores de un año para ambos grupos (gráfica 2). (6)(7)(23) Por lo que estos resultados sugieren que el riesgo asociado con tabaquismo pasivo se incrementa con la edad. (2)(22)

La madre fumadora incrementa el riesgo de patología respiratoria, especialmente en los ataques recurrentes (considerados estos más de 3 en un año) debido a que está en contacto estrecho con el niño la mayor parte del tiempo (6)(7), lo cual se aprecia en los resultados, ya que la mayor proporción de madres fumadoras tienen sus actividades cotidianas principalmente en el hogar (gráfica 5) y esto es un factor potencial para la presentación de infecciones del tracto respiratorio en los fumadores pasivos, en comparación

al grupo control, quienes tuvieron menor porcentaje de patología respiratoria (gráfica 9).

Así mismo se aprecia un incremento en la ocurrencia de enfermedades respiratorias en los fumadores pasivos cuando ambos padres son fumadores (cuadro 7)(gráfica 6). (7)(21)

Diversos autores reportan una relación dosis-efecto entre el número de cigarrillos fumados por los padres y la presencia de estas enfermedades (3)(7)(14)(16)(17)(25), lo cual se corrobora en los resultados de este estudio (gráfica 7).

Sin embargo los pacientes del grupo control sufren un mayor número de recurrencias de los cuadros infecciosos respiratorios altos en un año, con una diferencia del 6% en relación al grupo de estudio (gráfica 10).

Las clasificaciones familiares que se realizaron en este estudio dan un aspecto fundamental del sistema familiar que gobierna en los grupos estudiados, encontrandose que el mayor porcentaje de las familias para ambos grupos (de estudio y control) entra dentro del tipo tradicional (gráfica 11), empleada (gráfica 12) y extensa (gráfica 13). Con lo cual se deduce que la familia del fumador pasivo de tipo tradicional con madre fumadora tiende a incrementar el tiempo de exposición al humo del tabaco, dado que la madre pasa la mayor parte del tiempo con el infante. De igual forma las familias extensas contribuyen a elevar el riesgo por que existe una mayor proporción de personas con hábitos tabaquicos dentro del ámbito familiar; lo cual en conjunto eleva el porcentaje de infecciones respiratorias altas en el paciente pediátrico.

Con esto se logra involucrar al paciente en su sistema familiar, ya que la familia constituye el contexto social más significativo para el individuo, dado que la interacción familiar es potencialmente importante en todas las enfermedades, en este caso las que se encuentran asociadas al tabaquismo. (13)

CONCLUSION

En este estudió se fundamento una asociación directa entre padres fumadores y enfermedades respiratorias en niños. Sin embargo es necesario tener en consideración que influyen otros factores como la contaminación ambiental, contaminantes domésticos como ventilación inadecuada en la vivienda, el hacinamiento y la contaminación industrial, que en conjunto conforman componentes gaseosos y llegan a todas partes del epitelio respiratorio, provocando juntos efectos de mayor consideración.

Otros efectos que favorecen el riesgo potencial de patología respiratoria son el estado nutricional y el número elevado de personas fumadoras a las que el paciente pediátrico se encuentra expuesto en el hogar.

Es necesario de igual manera tomar con reserva los resultados de este estudio por el grado variable de confiabilidad que se obtuvo de las respuestas de los padres.

Por otra parte el clasificar a las familias desde sus diferentes ángulos, permite al Médico Familiar hacer una diagnóstico preliminar de las familias a su cargo desde diferentes puntos de vista y con ello generar acciones que tengan como objetivo la salud familiar.

Por último si tomamos en cuenta que la actividad del Médico Familiar debe comprender la educación para la salud a través de la promoción de campañas contra el uso del tabaco, estó será un elemento que permitirá contribuir a la prevención de enfermedades, asi como la aparición de afecciones agudas o crónicas del árbol respiratorio.

(ANEXO 1)

FORMULARIO

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: Masc. _____ Fem. _____

Alimentación al seno materno: Si _____ No _____

Tiempo de alimentación al seno materno (meses):

-6 _____ 6-12 _____ +12 _____

DATOS DE LA MADRE

Ocupación _____

Fumadora: ____Si ____No

Fuera del hogar: _____

Dentro del hogar: ____

Lugar: _____

Cigarros/día en casa

1-3 ____3-5 ____5-10 ____+10 ____

Estado de fumador:

____Nunca fumó

____Ex fumador

____Fumador corriente

____Fumador durante la infancia

____Fumador pasivo

____Fumador durante el embarazo

DATOS DEL PADRE

Ocupación _____

Fumador: ____ Si ____ No

Fuera del hogar: _____

Dentro del hogar: ____

Lugar: _____

Cigarros/día en casa

1-3 ____3-5 ____ 5-10 ____ +10 ____

Estado de fumador:

____Nunca fumó

____Ex fumador

____Fumador corriente

____Fumador durante la infancia

____Fumador pasivo

Número total de fumadores a los que el sujeto está expuesto:

____ Padre ____Madre ____Hermanos ____Otros _____

Frecuencia de cuadros infecciosos respiratorios altos (año):

_____1-3 _____4-5 _____+5

Tipo de padecimiento respiratorio alto:

____Rinitis ____Otitis ____Faringitis ____Amigdalitis ____ Sinusitis

ANEXO 2

Definición operacional de las variables manejas en el estudio:

CUALITATIVAS

+ Nominales:

a) pacientes pediátricos fumadores pasivos con infección del -- tracto respiratorio alto

b) Pacientes pediatricos no fumadores pasivos con infección respiratoria alta

c) Sexo masculino y femenino para ambos grupos

+ Ordinales:

a) Cantidad de cigarrillos a los cuales se encuentra expuesto - en el hogar el sujeto de estudio.

. 0 - 3 cigarrillos/día
. 3 - 5 cigarrillos/día
. 5 - 10 cigarrillos/día
. más de 10 cigarrillos/día

b) Pacientes pediátricos en edad de 0 a 5 años

CUANTITATIVAS

+ Discontinuas:

a) Los padres fumadores y cohabitantes fumadores en el hogar se investigarán para evaluar el número de personas fumadoras a las que el paciente en estudio se encontrará expuesto.

. uno de los padres fumador
. ambos padres fumadores
. otro miembro de la familia fumador
. ambos padres más otro miembro de la familia fumadores

+ Continuas:

a) Reconocimiento del fumador pasivo mediante un cuestionario - previamente elaborado, asi mismo para el grupo control.

ANEXO 3

CLASIFICACION DE LA FAMILIA

A) En base a su desarrollo:

- Tradicional: El padre da el aporte económico, ejerce la autoridad.
- Moderna: cuando se sale del patrón anterior.

B) Desde el punto de vista tipológico:

- Obrera: el asalariado y su trabajo es por jornadas
- Empleada: el que tiene un salario y se encuentra subordinado
- Subempleado: los que no tienen un empleo fijo (eventuales)
- Profesional: (ejecutivo) el que tiene empresa y capital propio.

C) En base a su composición o estructura:

- Nuclear: padres e hijos
- Extensa: padres, hijos, abuelos, etc.
- Extensa compuesta: Padres, abuelos, hijos, compadres, amigos, etc.

(13)

GLOSARIO

- Fumador pasivo: exposición involuntaria de no fumadores al humo exhalado por el fumador activo.
- Fumador corriente: son sujetos quienes consumen el tabaco activamente, también conocidos como fumador activo.
- Ex-fumador: sujetos no fumadores que en el pasado aparecieron como fumadores activos.
- Nuncá fumo: Sujetos no fumadores que viven con otros no fumadores.
- Fumador durante la infancia: sujetos fumadores desde la edad de 16.5 años ó menos.
- Fumador durante el embarazo: sujetos fumadores durante el estado de gravidez.

(21)

BIBLIOGRAFIA

1. Alonso Barona P. y cols. Tabaquismo. Rev Fac Med. 1981; 24; 24; 6-19.

2. Campbell M.J. y cols. Further Evidence For The Effect Of Passive Smoking On Neonates. Postgraduate Medical Journal. 1988. 64; 663-665.

3. Corbo M. Guissepe y cols. Snoring In Children: Association Whit Respiratory Symptoms And Passive Smoking. BMJ. 1989. dec.; 229; 16; 1491-1494.

4. Coultas B. David y cols. Questionnaire Assesment Of Lifetime -- And Recent Exposure To Enviromental Tobacco Smoke. American -- Journal of Epidemiology. 1989; 130; 338-347.

5. Cummings K. Michael. Measurement Of Lifetime Exposure To Passive Smoke. American Journal of Epidemiology. 1989. 130; 122-132.

6. Chen Yue. Synergistic Effect Of Passive Smoking And Artificial_ Feeding On Hospitalization For Respiratory Illnes In Early ---- Childhood. Chest. 1989. May; 95; 5; 1004-1007.

7. Fielding E. Jonathan. Health Effects Of Involuntary Smoking. -- The New England Journal of Medicine. 1988. dec. 319; 2; 1452-60

8. Greenberg A. Robert y cols. Ecology Of Passive Smoking By Young Infants. Journal Pediatrics. 1989. 114; 774-780.

9. Gutiérrez de Velasco Carmen. Fumar Es Un Placer...Nocivo. Nutrición y Salud. 1990; 1; 4; 6-7.

10. Hington A.E. y cols. Surgery For Otitis Media Whith Effusion In Child And Its Relationship To Parental Smoking. The Journal Of_ Laryngology and Otology. 1989. June. 103; 559-561.

11. Hington A.E. y cols. Parental Smoking And Middle Ear Effusions In Children. The Journal Of Laryngology And Otology. 1988. November; 102; 992 996.

12. Huchon G. Efectos De La Contaminación Atmosférica Sobre El Aparato Respiratorio. Tribuna Médica. 1985. Nov. 1; 584; Tomo XLIX; 9; 16-23.

13. Jaime Alarid H., Irigoyen Coria A. Fundamentos De Medicina Familiar. 2a. Ed. 1985. Ed. Francisco Mendez Cervantes. 3-8, 65, 98-99.

14. Kantzestein W. Alan y cols. RE: Effects of Passive Smoking In The Multiple Risk Factor Intervention Trial. Am J Epidemiol. - 1987. 126; 783-795.

15. Kantzestein W. Alan y cols. Cigarrette Smoke In The Home Environment: A Public Health Concern?. Canadian Journal Of Public Health. 1989. nov-dec; 79; 470-471.

16. Martínez D. Fernando y cols. Parental Smoking Enhances Bronchial Responsiveness In Nine-Year-Old Children. Am Rev Respir Dis. 1988; 138; 518-523.

17. Murray B. Andrew y cols. Passive Smoking And The Seasonal Difference Of Severity Of Asthma In Children. Chest. 1988. Oct; 94; 4; 701-708.

18. Rico Méndez F. Gerardo y col. Tabaquismo. Su Repercusión En Aparatos y Sistemas. 1a. ed. Trillas. México 1990.

19. Rodríguez S. Romeo. Infecciones de Vías Respiratorias Superiores en Pediatría. Atelier producciones S.A. 1989. Mex. 187-192

20. Rubin D.H. y cols. Effect of Passive Smoking On Birth-Weight. Lancet. 1986; ii; 415-417.

21. Sandler P. Dale y Cols. Factors Associated Whit Past Household Exposure To Tobacco Smoke. Am J Epidemiol. 1989; 129; 380-387

22. Siedman S. Daniel. Heald Effects In Involuntary Smoking. The - New England Journal Of Medecine. 1989. 320; 19; 1287.

23. Sipila M. y cols. The Bayesian Approach To The Evaluation Of - Risk Factors In Acute And Recurrent Acute Otitis Media. Acta - Otolaringol (Stochk). 1988. 106; 94-101.

24. Strachan D.P. y cols. Passive Smoking, Salivary Cotinine Con— centrations And Middle Ear Effusion In 7 Year Old Children. — BMJ. 1989. June. 298; 10; 1549-1552.

25. Tager B. Ira. Passive Smoking-Bronchial Responsiveness And — Atopy. Am Rev Respir Dis. 1988. 138; 507-509.

26. Woodhead C.J. y cols. Passive Smoking And Middle Ear Efussion_ In Children. BMJ. 1989. July; 299; 22; 258-259.

27. Guía Para La Elaboración de Un Protocolo De Investigación. — Coordinación de Investigación. Departamento de Medicina Gene— ral Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. U.N.A.M. --- 1991.