

Frecuencia de tabaquismo pasivo en consultas de Pediatría de Atención Primaria: estudio BACCO[☆]



Frequency of passive smoking exposure in Pediatric Primary Care Consultations: BACCO study

Sra. Editora,

Según datos de la Encuesta Europea de Salud en España 2020, el 23,31% de los hombres y el 16,44% de las mujeres eran fumadores diarios. Por primera vez consta la exposición ambiental al humo del tabaco (EAHT): hasta el 8,79% de la población refería presentarla¹. Se sabe que la EAHT, pre y posnatal, tiene efectos perjudiciales en la salud infantil: menor peso al nacimiento, aumento de enfermedades respiratorias, entre otras. Además, el entorno familiar influye en la adquisición del hábito tabáquico, siendo este cuatro veces mayor en hijos de padres fumadores respecto a hijos de padres no fumadores². En España se disponen de pocos datos y muy variables: según algunos estudios, en torno al 30-50% de la población infantil sufre EAHT en el hogar³. El Programa de Salud Infantil (PSI) de Atención Primaria incluye la pregunta sobre la existencia de este hábito y la realización del consejo preventivo tabáquico (CPT).

Objetivos

Describir la frecuencia de EAHT y de realización de CPT en población pediátrica.

Material y métodos

Estudio observacional, transversal y retrospectivo, mediante revisión de formularios de la historia clínica informatizada de los pacientes nacidos entre 01/01/2002 y 31/12/2020, que acudieron a las revisiones del PSI de un centro de salud fuenlabreño en los años 2016 y 2021. Variables principales analizadas: EAHT (tabaquismo en convivientes del paciente) sí/no, y realización de CPT (informar sobre perjuicios del tabaco y recomendaciones) sí/no. El estudio recibió la aprobación del Comité de Ética de la Investigación y Medicamentos del Hospital Universitario de Fuenlabrada con exención de consentimiento informado.

Resultados

Se incluyeron 2.463 pacientes (50,9% varones), 1.509 en 2016 (84,6% con datos de EAHT) y 1.311 en 2021 (92,2% con datos de EAHT). En 357 pacientes consta información en ambos años. Medianas de edad de 4 (1-8,2) años en 2016 y 6,2 (3-12) años en 2021. En el 100% constaba dato de CPT.

Del total, un 32,7% presentaron EAHT (29,6% en 2016 y 33,3% en 2021), siendo estadísticamente significativa la menor exposición en menores de un año frente a mayores, tanto en 2016 (24,9% vs. 31,3%, $p=0,027$) como en 2021 (24,8% vs. 34,4%, $p=0,023$). Se realizó CPT en el 81,6% en 2016 y 65,3% en 2021 del global de pacientes. Teniendo en cuenta a los expuestos, en 81,5% en 2016 y 78,4% en 2021 (fig. 1 y tabla 1).

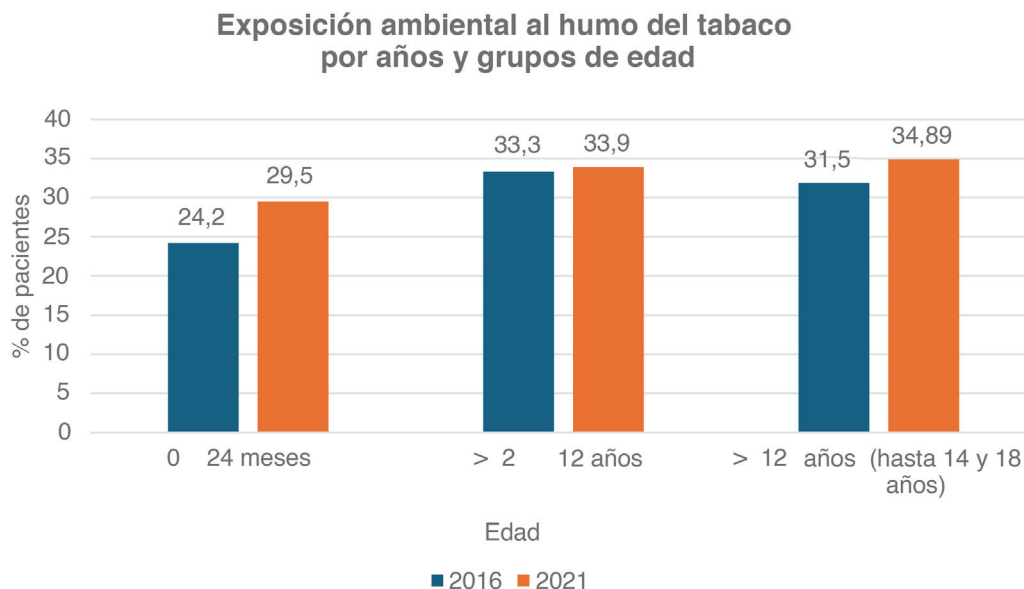


Figura 1 Porcentaje de pacientes con exposición ambiental al humo del tabaco según grupos de edad y en los dos años considerados (2016 y 2021).

[☆] Presentado en el Congreso de la Asociación Española de Pediatría 2023 (Granada).

Tabla 1 Frecuencia de exposición ambiental al humo del tabaco en muestra global, según grupos de edad y en los dos años considerados (2016 y 2021) y frecuencia de realización de consejo preventivo tabáquico

Exposición ambiental al humo del tabaco (global)				
No expuestos (n, %)				1481 (67,3)
Expuestos (n, %)				719 (32,7)
Total (n, %)				2.200 (100)
Por años	2016		2021	
No expuestos (n, %)	899 (70,4)		807 (66,7)	
Expuestos (n, %)	378 (29,6)		403 (33,3)	
Total (n, %)	1.277 (100)		1.210 (100)	
Por edades (2016)	No expuestos	Expuestos	Total	p = 0,027
0-12 meses (n, %)	256 (75,1)	85 (24,9)	341	
> 1-14 años (n, %)	643 (68,7)	293 (31,3)	936	
Total	899	378	1.277	
Por edades (2021)	No expuestos	Expuestos	Total	p = 0,023
0-12 meses (n, %)	106 (75,2)	35 (24,8)	141	
> 1-18 años (n, %)	701 (65,6)	368 (34,4)	1.069	
Total	807	403	1.210	
Consejo preventivo tabáquico (global)				
No realizado (n, %)				570 (23,1)
Realizado uno o ambos años (n, %)				1.893 (76,9)
Total (n, %)				2.463 (100)
Por años (global)	2016		2021	
No realizado (n, %)	277 (18,4)		455 (34,7)	
Realizado (n, %)	1.232 (81,6)		856 (65,3)	
Total (n, %)	1.509 (100)		1.311 (100)	
Por años (en expuestos)	2016		2021	
No realizado (n, %)	70 (18,5)		87 (21,6)	
Realizado (n, %)	308 (81,5)		316 (78,4)	
Total (n, %)	378 (100)		403 (100)	

Discusión

Las cifras de EAHT publicadas previamente en España son escasas y muy variables: en un estudio realizado a los padres en consultas de Pediatría de Atención Primaria (PAP) en Tarragona un 27,7% se declararon fumadores⁴; en otra encuesta realizada en Cataluña, el humo del tabaco estaba en el entorno ambiental del 65-70% de los hijos⁵; en Zaragoza se halló que más del 50% de los menores de 14 años vivían en hogares con EAHT⁶. Ninguno de estos estudios utiliza un marcador objetivo, como sería la cotinina sérica utilizada en otros estudios fuera del ámbito nacional. Nuestros datos de EAHT concuerdan con los previos y parecen indicar que no se ha producido un descenso en los últimos años.

Respecto al CPT, cabe destacar que no se realiza en el 100% de los pacientes, como sería deseable, y que incluso ha disminuido entre los dos periodos considerados (81,6% en 2016 y 65,3% en 2021 del global de pacientes; y 81,5% en 2016 y 78,4% en 2021 de los expuestos).

El interés de este estudio radica en el tamaño considerable de la muestra (n = 2.463, con 2.200 pacientes con datos de EAHT) y en aportar datos actualizados con un intervalo de cinco años en un mismo centro de salud. Sus principales limitaciones son la falta de un parámetro objetivo y que puede estar sujeto a los posibles errores de registro en la historia clínica. Además, los datos pueden no ser representativos de otros grupos poblacionales.

Conclusiones

Alrededor de un 30% de los pacientes pediátricos analizados convivían con fumadores, proporción que se mantuvo estable en los dos periodos analizados; y la realización de CPT no alcanza el 100% incluso en los expuestos. Los pacientes menores de un año presentaron una exposición significativamente menor que los mayores, lo cual podría reflejar una mayor concienciación de los convivientes en los primeros meses de vida y podría indicar que esta edad podría ser clave

para reforzar el CPT. Estos datos justifican realizar CPT en las revisiones del PSI y deberían motivar a los profesionales para implicarse más activamente en la prevención de este importante factor de riesgo.

Financiación

El estudio ha resultado galardonado y financiado con la beca con accésit de investigación que ofrece la Fundación Pediatría y Salud de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap–FPS) para proyectos de investigación realizados en Pediatría de Atención Primaria en 2022.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no presentar conflicto de intereses.

Agradecimientos

A los profesionales de la Dirección Técnica de Sistemas de Información y de la Comisión Central de Investigación (Gerencia Asistencial de Atención Primaria de Madrid).

Bibliografía

1. Estudio comparativo de dos periodos de la Encuesta Europea de Salud en España 2020: antes de la declaración del primer estado de alarma y posterior a este. 2020. Ministerio de Sanidad [consultado 04 Jul 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2020.htm.
2. Del Pino V, Astray J. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2019. Resultados del Sistema

de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J). Año 2019. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 2019 [consultado 04 Ene 2022]. Disponible en: <http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/boletin-epidemiologico>.

3. Moneo Hernández I, Forés Catalá A, Esteller Carceller M. Tabaquismo: papel del Pediatra de Atención Primaria. Documentos técnicos del GVR (publicación DT-GVR-8); 2013 [consultado 04 Ene 2022]. Disponible en: <http://aepap.org/grupos/grupo-de-vias-respiratorias>
4. Ruiz Escusol S, Gallardo Moreno S, Guijarro Tapia E, Cardona Marqués A. Hábitos tabáquicos de los padres de los niños de nuestra consulta. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2021;23:127–32.
5. Pérez-Bauer M, Vila-Córcoles A. Efectos del tabaco en los hijos. *FMC*. 2005;12:669–73.
6. Sánchez-Ventura JG, Sánchez NG, García RC. Abordaje del tabaquismo activo y pasivo desde la consulta del pediatra de Atención primaria. *FAPap*. 2011;4:6.

María Almudena Santos Sánchez-Rey^{a,*},
Irene Zamanillo Herreros^b, Aida Frías González^c
y María Rosa Albañil Ballesteros^d

^a Centro de Salud Las Tablas, Madrid, España

^b Servicio de Hematología, Hospital Doce de Octubre, Madrid, España

^c Servicio de Nefrología; Hospital Doce de Octubre, Madrid, España

^d Centro de Salud Cuzco, Fuenlabrada, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mariaalmudena.santos@salud.madrid.org (M.A. Santos Sánchez-Rey).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2024.07.004>

1695-4033/ © 2024 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Utilidad del oclisor Amplatzer Piccolo™ en el tratamiento endovascular del secuestro pulmonar en lactantes



Utility of the Amplatzer Piccolo™ occluder in the endovascular treatment of pulmonary sequestration in infants

Sra. Editora,

En el secuestro pulmonar, un segmento del pulmón no tiene comunicación identificable con el árbol bronquial normal y recibe su irrigación de arterias sistémicas anómalas, produciendo un desbalance de ventilación-perfusión. Representa entre el 0,15 al 6,4% de las malformaciones pulmonares, describiéndose tardía e infrecuentemente riesgo de transformación maligna reportándose adenocarcinomas en el tejido involucrado. Existen dos formas: la intralobar, cuando

la pleura es la misma del resto del pulmón y el drenaje venoso es a la aurícula izquierda, esta ocurre en el 75% de los casos y se manifiesta a edades mayores con neumonías recurrentes o hemoptisis. La extralobar, tiene una pleura diferente al resto del pulmón y su drenaje venoso es a una vena sistémica generando cortocircuito izquierda a derecha que puede conducir a hiperflujo pulmonar desde edades tempranas y se asocia frecuentemente con otras anomalías congénitas¹.

Hasta hace poco el tratamiento había sido la resección quirúrgica del tejido involucrado con ligadura de los vasos nutricios. Actualmente, hay evidencia científica que respalda la oclusión por vía endovascular como una opción de tratamiento definitiva². Los dispositivos más utilizados han sido los *coils*, pero también se han descrito los oclisores vasculares de Amplatzer en niños de mayor edad y adultos³.

Presentamos una serie de lactantes tratados con oclisores Amplatzer Piccolo™ aprobados para cierre de conducto arterioso en el prematuro.

Tres pacientes (tabla 1) fueron ingresados con diagnóstico de secuestro pulmonar y manifestaciones clínicas de hiper-