

¿INFLUYE LA EXPOSICION AL HUMO DEL CIGARRILLO EN EL DESARROLLO DE OTITIS MEDIA RECURRENTE EN LOS NIÑOS?

Editores: Dras. M. Jaitt, S. Casaliba, J. Rodriguez

RESUMEN

Objetivo: este estudio examinó en Health Maintenance Organization (HMO) population of children de Tucson, las asociaciones entre el tabaquismo de los padres y la otitis media (OM) en sus hijos, controlando otros factores de riesgo conocidos.

Métodos: recién nacidos sanos (1246) fueron enrolados al nacimiento en HMO, y 1013 (81%) fueron seguidos prospectivamente durante el primer año de vida. Fueron revisadas sus historias para el diagnóstico de OM. Se recolectó información sobre factores de riesgo para otitis media recurrente (OMR) incluyendo un número de variables relacionadas al tabaquismo de los padres.

Resultados: luego de controlar otros factores de riesgo conocidos para OMR que incluye sexo, asistencia a guardería, otros hermanos en el hogar, historia familiar de alergia y tipo de alimentación. Se encontró que el tabaquismo materno de 20 o más cigarrillos por día fue un factor de riesgo significativo para OMR pero no para otitis no recurrente. No se encontró asociación con el tabaquismo paterno.

Conclusiones: el tabaquismo materno importante es un factor de riesgo significativo para OMR en el primer año de vida.

La otitis media es una de las causas más frecuentes de consulta ambulatoria en pediatría. Esta entidad tiene un gran impacto en la Salud Pública debido a los costos del tratamiento, al ausentismo escolar y parental y a la morbilidad que genera (hipoacusia).

Existen factores de riesgo para el desarrollo de otitis media aguda, recurrente y crónica tales como alimentación con fórmula, asistencia a guardería, sexo masculino, presencia de hermanos en el hogar, padres con alergia o historia de otitis recurrente, meses de clima frío, exposición al humo del cigarrillo, muchos de ellos potencialmente modificables.

Encontramos varias publicaciones que relacionan la exposición al humo del cigarrillo con el desarrollo de otitis media. Con el objeto de certificar esta asociación con la mejor evidencia publicada, realizamos una búsqueda en Medline usando las palabras clave: *smoking passive, otitis media, children*. Encontramos 41 trabajos publicados de los cuales seleccionamos 21. Pudimos acceder a 11 entre los que elegimos por su calidad metodológica el descripto.

Siguiendo la guía de Medicina Basada en Evidencia para trabajos de daño o etiología, respondimos las siguientes preguntas:

- **¿Se utilizaron grupos de comparación claramente identificados que sean similares en cuanto a factores determinantes importantes del resultado, aparte del que se investiga?**

Sí. Si bien, no es un ensayo clínico con asignación aleatoria, debido a que se está evaluando un daño provocado por una exposición, la alternativa metodológica ética es un estudio de cohorte, como en este caso. A pesar de que el autor no puede elegir grupos comparables pues los pacientes se autoseleccionan en cuanto a la exposición al supuesto agente nocivo, se documentaron todas las características de los individuos expuestos y no expuestos y se utilizaron técnicas estadísticas apropiadas de ajuste.

- **¿Se evaluaron las exposiciones y los resultados en los grupos que se comparan?**

Sí. Se les realizaron dos cuestionarios a todos los padres de los pacientes incluidos en el estudio para evaluar la exposición: el primero al comenzar el seguimiento del paciente recién nacido y enrolarse en el trabajo, y el segundo durante el segundo año de vida. Al haber más de un 90% de con-

cordancia entre ambos cuestionarios podemos concluir que se evitó el sesgo de recuerdo del entrevistado. El desarrollo de otitis fue evaluado sin criterios diagnósticos preestablecidos, pero fue hecho por pediatras con experiencia promedio de 9 años y usando otoscopio neumático. No queda claro si el pediatra conocía la exposición al humo del cigarrillo por lo que no puede descartarse el sesgo de vigilancia del entrevistador.

- **¿El seguimiento fue suficientemente prolongado y completo?**

Sí. Fueron seguidos en forma completa durante el primer año de vida, período en el que la prevalencia de otitis es mayor. Se perdió en el seguimiento el 18% de la población.

- **¿Es correcta la relación temporal?**

Sí, es correcta.

- **¿Existe un gradiente en la relación dosis-respuesta?**

Sí. Se evaluó la exposición al humo del cigarrillo categorizando a los fumadores en 4 grupos crecientes según la cantidad de cigarrillos consumidos por día (1-2, 3-10, 11-19 y 20 o más).

- **¿Cuáles han sido los resultados del estudio?**

Se calculó el riesgo relativo (RR) con su intervalo de confianza (IC) 95%. (Tabla 1),

TABLA 1: RIESGO RELATIVO DE OMR EN EL TABAQUISMO MATERNO.

Tabaquismo materno de 20 o más cigarrillos/día	OMR SÍ	OMR NO	Total pacientes
SÍ	22	58	80
NO	133	736	869
Nº pacientes	155	794	949
RR= 1.80; (IC 95%: 1.22-2.65)			
RR: Riesgo relativo; IC: Intervalo de confianza			

Como vemos, del total de 1013 niños se tienen datos maternos de sólo 949, lo que hace una pérdida total del 24% de la población. Si incluimos los 64 pacientes sin información materna, como en el peor de los casos (no fumadoras), y sabiendo que de ellos 14 presentaban OMAR. (Tabla 2).

TABLA 2: RIESGO RELATIVO DE OMR EN EL TABAQUISMO MATERNO.

Tabaquismo materno de 20 o más cigarrillos/día	OMR SÍ	OMR NO	Total pacientes
SÍ	22	58	80
NO	147	786	933
Nº pacientes	169	844	1013
RR= 1.75; (IC 95%: 1.19-2.57)			
RR: Riesgo relativo; IC: Intervalo de confianza			

De esta forma se sigue manteniendo la diferencia significativa.

Se realizó un análisis multivariado (multiple-range test) que tomó en cuenta las siguientes variables: sexo, peso de nacimiento, tabaquismo materno durante el embarazo, tabaquismo materno de 11 o más cigarrillos por día durante el embarazo, tabaquismo materno, tabaquismo materno de 20 o más cigarrillos por día, asistencia a guardería, hermanos, padre o madre con diagnóstico de alergia. Sólo el grupo de 20 o más cigarrillos en la madre fue significativamente diferente a los otros grupos con una $p < 0.05$.

- **¿Son aplicables los resultados a mi práctica clínica?**

Sí. Sirve para avalar la realización de campañas de antitabaco en las madres de niños menores de un año.

LECTURA RECOMENDADA

- Cook DG, Strachan DP. Health effects of passive smoking-10: Summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and implications for research. *Thorax* 1999; 54 (4): 357-66.
- Strachan DP, Cook DG. Health effects of passive smoking. 4. Parental smoking, middle ear disease and adenotonsillectomy in children. *Thorax* 1998; 53 (1): 50-6.
- Daly KA, Selvius RE, Lindgren B. Knowledge and attitudes about otitis media risk: implications for prevention. *Pediatrics* 1997; 100 (6): 931-6.
- Kitchens GG. Relationship of environmental tobacco smoke to otitis media in young children. *Laryngoscope* 1995; 105 (5): 1-13.
- Ey JL, Holberg CJ, Aldous MB, Wright AL, Martinez FD, Taussig LM. Passive smoke exposure and otitis media in the first year of life. *Group Health Medical Associates. Pediatrics* 1995; 95 (5): 670-7.
- Etzel RA, Pattishall EN, Haley NJ, Fletcher RH, Henderson FW. Passive smoking and middle ear effusion among children in day care. *Pediatrics* 1992; 90(1): 228-32.
- Barr G. Passive smoking and otitis media with effusion. *BMJ* 1992; 304 (6823): 382-3.
- Hinton A. Passive smoking and otitis media with effusion. *BMJ* 1992; 304 (6818): 53.
- Barr GS, Coatesworth AP. Passive smoking and otitis media with effusion. *BMJ* 1991; 303 (6809): 1032-3.
- Strachan DP, Jarvis MJ, Feyerabend C. Passive smoking, salivary cotinine concentrations, and middle ear effusion in 7 year old children. *BMJ* 1989; 298 (6687): 1549-52.