

Comunicaciones libres y pósteres

ASMA-RINITIS

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE FEV₁, FEF₂₅₋₇₅, RAW Y TGV EN LA VALORACIÓN DEL ASMA INFANTIL

M.M. Álvaro, F. Muñoz López, M.A. Martín Mateos, A.M. Plaza, M.T. Giner y J.I. Sierra

Sección de Alergia e Inmunología Clínica. Hospital Clínic-Sant Joan de Déu. Universidad de Barcelona.

Objetivo: El objetivo de este estudio es comparar los valores espirométricos FEV₁ y FEF₂₅₋₇₅ entre sí y con los valores de resistencias de vías aéreas (Raw) y atrapamiento aéreo (TGV) valorados por la pletismografía. Nuestro propósito es probar cuál de ellos detecta más precozmente una alteración en el niño asmático.

Material y métodos: Se ha practicado espirometría y pletismografía en 56 niños de 8 a 18 años diagnosticados de asma en fase asintomática. De ellos, 24 presentan asma leve, 20 asma moderada y 12 asma grave.

Resultados: 1) El FEV₁ está por debajo del 80 % de los valores normales en los 12 niños con asma grave (100 %), siendo normal en el resto. 2) El FEF₂₅₋₇₅ está por debajo del 60 % de los valores normales en los 12 pacientes con asma grave (100 %) y en 10 con asma moderada (50 %), siendo normal en el resto. 3) La Raw está por encima del 120 % de los valores normales en el 100 % de casos de asma grave, en el 50 % de asma moderada y en el 50 % de asma leve. 4) El TGV está por encima de 120 % de los valores normales en el 100 % de los pacientes con asma grave, el 75 % de pacientes con asma moderada y el 62,5 % de pacientes con asma leve.

Conclusiones: 1) FEF₂₅₋₇₅ es más sensible que FEV₁ en la valoración del asma infantil. 2) TGV es más sensible que Raw en la valoración del asma infantil. 3) El atrapamiento aéreo (TGV) es el dato que más precozmente detecta alteraciones funcionales respiratorias en el niño asmático.

TALLA DE ASMÁTICOS TRATADOS CON BUDESONIDA DURANTE LA INFANCIA

A. Bilbao, J.M. García, N. Trebolazabala, I. Goikoetxea, C. Cid* y I. Liarte*

Servicio de Pediatría y Servicio de Alergia*. Hospital de Cruces. Vizcaya.

Objetivos: Comparar la talla de adultos asmáticos que fueron tratados con budesonida durante la infancia con asmáticos que no recibieron tratamiento con corticoides inhalados en la infancia.

Material y métodos: Se estudian 97 hombres asmáticos, alérgicos a ácaros, controlados actualmente en el servicio de alergia. Todos fueron remitidos de la consulta de alergia infantil, tras haber sido controlados por asma hasta los 14-16 años. Se cuantifica la

dosis media diaria de budesonida para cada año de seguimiento, la duración del tratamiento y la dosis total acumulada hasta los 16 años de edad. Se analiza la talla final y la talla genética estimada en ambos grupos.

Resultados: 63 pacientes recibieron tratamiento con budesonida. La edad media de inicio fue de 11,02 ± 2,11 años, a una dosis media de 145 µg/día entre los 9-12 años de edad y a una dosis media de 519 µg/día entre los 13 y 16 años. La talla final fue de 177,14 ± 7,35 con una diferencia entre talla final y diana de + 5,25 ± 6,77. El grupo control de 34 asmáticos que no recibieron tratamiento con corticoides alcanzaron una talla de 175,13 ± 6,51 siendo la diferencia con la talla basal de + 3,81 ± 5,28 cm. Las diferencias no son significativas ni se encuentra asociación estadística entre la dosis acumulada de budesonida y la diferencia entre la talla final y la talla diana.

Conclusiones: La talla alcanzada por asmáticos que recibieron tratamiento con budesonida en la infancia es comparable con la de asmáticos que no recibieron corticoides inhalados en la infancia.

EPIDEMIOLOGÍA DEL ASMA BRONQUIAL INFANTIL: I. EDAD DE COMIENZO Y SENSIBILIZACIONES DETECTADAS

R. Blanco Pérez, M. Rodríguez Álvarez, M.C. García Ara y M.T. Boyano Martínez

Servicio de Alergia. Hospital Infantil La Paz. Madrid.

Objetivos: Analizar la edad de comienzo del asma bronquial infantil en nuestro medio y las sensibilizaciones a inhalantes encontradas en estos pacientes.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 411 pacientes nuevos que acuden a nuestra consulta para estudio. Se diagnosticó de asma a 175 pacientes. Se realizó a todos ellos *prick test* con batería estándar de inhalantes y con los alérgenos correspondientes según historia clínica.

Resultados: La edad media fue de 95 meses, siendo el 61 % varones y el 39 % mujeres. 43 pacientes se diagnosticaron de asma asociada a infección respiratoria, 91 de asma estacional y 41 de asma no estacional.

La edad de comienzo en los diferentes tipos de asma fue la siguiente:

	Asma asociado infecciones	Estacional	No estacional
< 3 años	76,2 %	9,6 %	27 %
3-6 años	16,7 %	26,5 %	24,3 %
6-10 años	4,8 %	43,4 %	43,2 %
10-14 años	2,4 %	20,5 %	5,4 %

Las sensibilizaciones encontradas en estos niños asmáticos en las distintas edades fueron las siguientes:

	<i>D. pteronyssinus</i>	<i>Aternaria</i>	<i>Lolium</i>	Gato
< 3 años	0	0	0	0
3-6 años	25 %	9,4 %	44 %	22 %
6-10 años	12 %	17,2 %	74 %	29,3 %
10-14 años	19 %	24 %	71,4 %	36 %

Conclusiones: 1) El asma bronquial asociada a infecciones respiratorias tiene un comienzo en los 3 primeros años de vida, por el contrario el asma estacional comienza a partir de esta edad. 2) En niños con asma no se encontró sensibilización a inhalantes en los 3 primeros años de vida, a partir de esta edad van aumentando las sensibilizaciones a *Alternaria*, pólenes y epitelios, permaneciendo más estable la sensibilización a *Dermatofagoides*.

EPIDEMIOLOGÍA DEL ASMA BRONQUIAL INFANTIL: II. FACTORES ASOCIADOS

R. Blanco Pérez, M. Rodríguez Álvarez, A. Vall Sánchez, M.C. García Ara y M.T. Boyano Martínez

Servicio de Alergia. Hospital Infantil La Paz. Madrid.

Objetivos: Analizar la relación de factores de riesgo de asma con diferentes tipos de asma bronquial infantil.

Material y métodos: A 175 niños diagnosticados de asma bronquial (estacional, no estacional, asociado a infecciones respiratorias), se les aplicó un cuestionario para recoger los siguientes datos: antecedentes familiares de alergopatía, antecedentes personales del período neonatal y de bronquiolitis, lactancia recibida, estación de nacimiento, hábito tabáquico de los padres, asistencia a guardería en los primeros 2 años de vida, presencia de animales en el domicilio y contacto fuera del mismo. Como grupo control se consideró el de niños que consultaban para estudio de alergia medicamentosa y no eran atópicos.

Resultados: Véase tabla I.

Conclusiones: 1) El asma bronquial infantil es más frecuente en varones, especialmente el asma no estacional, y en niños de padres fumadores. 2) Los niños con asma bronquial asociado a infecciones respiratorias habían padecido bronquiolitis con mayor frecuencia. 3) En el asma estacional hay mayor frecuencia de nacimientos en primavera. 4) La presencia de animales en el domicilio de los pacientes con asma es menor que en el grupo control pero estos pacientes asmáticos tiene más frecuentemente contactos con animales fuera del domicilio.

COLONIA DE VERANO PARA NIÑOS CON ASMA: 10 AÑOS DE EXPERIENCIA

J.C. Cerdá, B. Rodríguez, V. García, A. Martorell, R. Vila*, E. Ferriols y V. Álvarez

*Sección de Alergia. Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario. *Sección de Alergia. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario. Universidad de Valencia.*

Objetivos: Mejorar los conocimientos sobre el asma y su tratamiento, estimular hacia la actividad física y el deporte y proporcionar un apoyo psicológico y social.

Material y métodos: En total han participado 545 niños asmáticos de 10 a 17 años, 371 hombres y 174 mujeres, en grupos de 50-55 cada año. Actualmente el equipo de trabajo está formado, por 4 médicos, 1 enfermera, 4 auxiliares, 2 psicólogos y 4 animadores. Lugar: Albergue Juvenil Torre de Alborache (IVAJ).

Programa de actividades: *Médicas:* Revisión y cuestionarios sobre conocimientos de asma, repetidos al finalizar, más un cuestionario de opinión. Controles médicos 3 veces al día, con medición de FEM y seguimiento diario de síntomas.

Educación sanitaria: Conferencia para padres, vídeo-conferencia sobre asma, juego de barreras del asma, juego de evaluación y aula de tabaco.

Intervención psicológica: Cuestionarios ICI y AI repetidos al finalizar y 6 meses más tarde. Se trabajó la autoestima, creencias irracionales, ansiedad, manejo del asma, asertividad, técnicas de relajación (método de Jacobson) e intervenciones individuales.

Actividades de animación: Juegos de relación y habilidad, deportes, talleres, excursiones y visitas culturales.

Resultados: Todos los niños participaron en las actividades sin excepción y el asma no fue ningún obstáculo para ello. A lo largo de estos años sólo 10 niños mostraron su rechazo al programa y hubo 4 abandonos. Al finalizar la colonia el 79,5 % (344) mejoraron sus respuestas en los cuestionarios sobre conocimientos del asma, el 88 % (480) pensaban que podían hacer una vida normal y el 96 % (523) contestaron afirmativamente sobre la importancia que tiene realizar ejercicio físico y practicar deporte. La valoración psicológica objetivó una reducción de los niveles de ansiedad y creencias irracionales así como una mejor autoestima y adaptación social.

Conclusiones: Este programa de educación sanitaria ha sido útil y eficaz, proporcionando mejores conocimientos sobre la enfermedad y su tratamiento, considerando al deporte como algo natural y necesario. Ha reducido la ansiedad, mejorado la autoestima, fomentado las relaciones personales, viéndose a sí mismos como niños capaces de hacer una vida normal.

TABLA I.

	N	Sexo V/M	Bronquiolitis	Tabaco	Nacim. primavera	Animales en casa	Anim. fuera
Grupo ASMA							
A. infecciones	43	25/18 = 1,39	11/43 (25 %)	23/43 (53 %)	12/43 (28 %)	12/43 (28,6 %)	27/43 (63 %)
Estacional	91	54/37 = 1,46	3/91 (3,3 %)	60/91 (66 %)	34/91 (37 %)	33/91 (37 %)	58/91 (63 %)
No estacional	41	28/12 = 2,4	2/41 (5 %)	24/41 (59 %)	8/41 (20 %)	14/41 (33 %)	30/41 (74 %)
G. CONTROL	50	24/26 = 0,9	3/50 (6 %)	19/50 (38 %)	14/50 (28 %)	21/50 (43 %)	24/50 (48 %)

SEGUIMIENTO DE PACIENTES AFECTOS DE BRONQUIOLITIS AGUDA

A. Criado Molina, J. Torres Borrego, M.J. de La Torre Aguilar, J.F. Martínez Cuevas y J. Tejero García

Unidad de Alergia y Neumología Infantil.
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Objetivo: Análisis de la situación clínica de pacientes que ingresaron en nuestro hospital con diagnóstico de bronquiolitis entre los meses de octubre de 2000 y marzo de 2001.

Metodología: Se efectuó entrevista presencial o telefónica, pasado 1 año del ingreso, recogiendo datos ambientales (población, vivienda, humedad, peluches, mascotas y estatus de fumador pasivo); número de crisis o episodios de sibilancias, tos, laringitis; presencia de otros procesos atópicos (dermatitis, alergia alimentaria, etc.); uso de medicación tanto en las crisis como en períodos intercurrentes, y número de visitas a urgencias o ingresos por problemas respiratorios. El proceso estadístico se realizó con el sistema SPSS.

Resultados: De 111 niños ingresados, respondieron la encuesta 51, con los siguientes resultados. Se trata de niños en un 54 % de hábitat urbano, un 53 % del total eran fumadores pasivos, en su mayoría no tienen humedad ni mascotas en la vivienda, aunque es frecuente la presencia de peluches en su habitación y en el 45 % de los casos tenían antecedentes de atopía. Durante el año siguiente a su ingreso el 51 % de ellos tuvieron al menos un episodio de sibilancias, precedido o acompañado de síntomas de CVA y tos ocasional. El porcentaje de dermatitis atópica, urticaria y alergia alimentaria fue muy reducido. El tratamiento se mantuvo durante varias semanas con beta 2, bromuro de ipratropio y esteroides inhalados, hasta la resolución del episodio, siendo escasos los tratamientos a más largo plazo. El 80 % de los encuestados realizaron una media de 2-3 visitas a su pediatra, pero sólo el 26 % acudió a urgencias por episodios respiratorios, reingresando el 18 % del total.

Conclusiones: Como posibles factores de riesgo favorecedores de las crisis repetidas sólo hemos detectado las infecciones respiratorias, el estatus de fumador pasivo y la presencia de peluches en la habitación infantil. No se han detectado porcentajes elevados de otros procesos atópicos acompañantes. Aunque los niños con episodios repetidos y que requirieron ingreso tenían en un porcentaje elevado de familiares en primer grado con atopía. El tratamiento se mantuvo cortos períodos de tiempo, abandonándolo en las intercrisis.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA COLONIA DE VERANO PARA NIÑOS CON ASMA

R. Durá, J.C. Cerdá, V. García, B. Rodríguez, A. Martorell, E. Ferriols, R. Vila, M.L. Rodríguez y V. Álvarez

Sección de Alergia. Servicio de Pediatría.
Hospital Clínico Universitario. Universidad de Valencia.

Objetivos: Presentación y valoración de la intervención psicológica dentro del programa biopsicosocial de educación sanitaria "Colonias de Verano para Niños con Asma".

Material y métodos: Se han seleccionado los 105 niños con asma bronquial, 65 varones y 40 mujeres, con edades comprendidas entre los 10 y los 14 años, que han participado en la colonia durante los años 2000 y 2001. El programa duró 8 días. La intervención psicológica la realizaron dos psicólogas, que convivieron con los niños en todas sus actividades. Diariamente se realizaron sesiones de una hora sobre: autoestima, creencias irracionales, ansiedad, manejo del asma y asertividad y se enseñó el método de relajación de Jacobson. Las sesiones se guiaron con un cuadernillo de trabajo. Se realizaron intervenciones en grupo e individuales. Se realizó una primera evaluación psicológica mediante la Escala de Ansiedad Infantil (AI), de Silva y Martorell, y el Inventario de Creencias Irracionales (ICI), de los mismos autores, (1983). Al

finalizar la colonia y 6 meses más tarde se les volvió a pasar los mismos tests y un cuestionario de opinión.

Resultados: Puntuación media antes y después en el grupo del año 2000: AI = 49,31-42,9; ICI = 42,11-29,89. Puntuación media antes y después en el grupo del año 2001: AI = 47,98-43,7; ICI = 37,96-29,5. Observándose una reducción en el grado de ansiedad y de creencias irracionales. Resultados que se mantienen seis meses más tarde (AI = 44,43; ICI = 29,68). Por grupos de edad se observa la misma tendencia excepto en el grupo de 14 años que se muestra más variable. Mediante el *feed-back* verbal los chicos referían sentirse mejor consigo mismos y conocer nuevos aspectos relacionados con el manejo de la enfermedad.

Conclusiones: La intervención psicológica se ha mostrado útil para mejorar la ansiedad que provoca la enfermedad y la visión que tienen sobre sí mismos. Ha mejorado sus habilidades sociales y el control de su enfermedad, en definitiva, su calidad de vida.

ANISOCORIA SECUNDARIA A LA ADMINISTRACIÓN DE BROMURO IPRATROPIO INHALADO

M. García de Paredes*, J. Sanz Ortega** y J. Vila Arteaga***

*Médico de Familia. Centro Salud Paterna. **Pediatra. Centro de Salud Paterna. ***Servicio de Oftalmología. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

La administración de la mediación inhalada en niños con asma precisa de un aprendizaje previo. Presentamos una midriasis unilateral como efecto secundario farmacológico por mala técnica en el aprendizaje.

Caso clínico: Lactante de 9 meses que acude a urgencias por apreciar la madre midriasis unilateral en el ojo izquierdo. Lleva tratamiento desde hace 1 semana por bronquitis obstructiva con salbutamol y bromuro de ipratropio en aerosol con cámara de inhalación (Aeroscopic), no refiere otro tratamiento ni antecedente traumático. La exploración destaca dilatación pupilar en ojo izquierdo que se acentúa en condiciones de iluminación. Los reflejos fotomotores muestran midriasis arreactiva en OI. Las pupilas no muestran hiperemia ni elevación de los bordes. La aplicación de dos gotas de pilocarpina al 1 % no modificó la anisocoria. Se retiró la medicación de BI con resolución espontánea en 24 h. La última dosis la realizó el padre que no había sido instruido en el manejo del inhalador, produciendo la administración accidental del fármaco a nivel ocular al no ajustar la mascarilla facial alrededor de la nariz.

Discusión: En el diagnóstico diferencial de midriasis unilateral se debe considerar como causa más frecuente la farmacología, aunque en primer lugar debe descartarse otro tipo de enfermedad ocular o craneal. La formación de los familiares acerca de la aplicación de los inhaladores es fundamental, tanto para no tener fracasos terapéuticos que se pueden achacar a una falta de respuesta, como para evitar efectos colaterales de los fármacos cuando no se aplican de forma correcta.

EL PORCENTAJE DE GRASA CORPORAL SE ASOCIA CON LA RESPUESTA BRONCODILATORA EN ESCOLARES

L. García-Marcos Álvarez¹, J.J. Guillén Pérez², R. Dinwiddie³, M. Canteras Jordana⁴ y E. Borrajo Guadarrama¹

¹Área de Pediatría, Universidad de Murcia y Unidad de Investigación. Cartagena. ²Dirección de Salud. Área II. Cartagena. ³Respiratory Unit. Great Ormond Street Hospital for Children. Londres. ⁴Área de Bioestadística, Universidad de Murcia.

Objetivos: La obesidad se ha relacionado con el asma y con la alergia, especialmente en mujeres. No existen datos de la relación entre el porcentaje de grasa corporal y la capacidad broncodilatadora. Este estudio compara los aumentos de los valores de la espirometría tras la administración de un broncodilatador en un grupo de niños normales por encima y por debajo del percentil 75 (p₇₅) de grasa corporal.

TABLA II.

	Niños		p	Niñas		p
	% grasa < p ₇₅ n = 141	% grasa > p ₇₅ n = 46		% grasa < p ₇₅ n = 110	% grasa > p ₇₅ n = 36	
ΔFVC (ml)	89,6 (225)	91,7 (182,7)	0,95	38,4 (140,0)	111,9 (196,3)	0,01
ΔFEV ₁ (ml)	62,0 (94,0)	105,7 (207,3)	0,17	51,0 (96,0)	87,0 (114,6)	0,07
ΔPEFR (ml/s)	72,0 (410,0)	313,0 (532,1)	0,007	118,8 (416,8)	163,3 (410,9)	0,58
ΔMEF ₂₅ (ml/s)	130,0 (324,6)	191,1 (308,4)	0,26	192,9 (343,7)	171,9 (363,3)	0,75
ΔMEF ₅₀ (ml/s)	168,5 (357,3)	299,3 (437,1)	0,04	226,5 (335,4)	235,8 (352,4)	0,88
ΔMEF ₇₅ (ml/s)	103,3 (411,0)	257,4 (455,1)	0,03	130,5 (358,3)	127,5 (427,3)	0,97
ΔFEF ₂₅₋₇₅ (ml/s)	107,9 (413,7)	228,9 (416,4)	0,08	191,5 (325,9)	129,2 (439,2)	0,43

Material y métodos: Se incluyó en el estudio a 333 escolares de 11 años (187 varones y 146 mujeres) a los que se midió su función pulmonar por medio de la espirometría forzada antes y 15 minutos después de recibir 0,2 mg de fenoterol por vía inhalatoria. También se midió el pliegue cutáneo en cuatro zonas, el peso y la talla. El porcentaje de grasa corporal se calculó a partir de los pliegues cutáneos.

Resultados: Tras la administración del broncodilatador se produjeron aumentos significativos del FEV₁ en el grupo total de niños. Estos aumentos fueron mayores en el grupo que tenía un porcentaje de grasa corporal > p₇₅, especialmente en los varones. Ver tabla II, en la que se recoge el incremento absoluto de la media y (SD) tras la administración del broncodilatador.

Conclusión: Los escolares, especialmente los varones, con un porcentaje de grasa corporal por encima del p₇₅ tienen una respuesta broncodilatadora al fenoterol superior a los que se encuentran por debajo de ese percentil.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA COMO AYUDA AL TRATAMIENTO EN EL ASMA PERSISTENTE DEL NIÑO

J. Garde, T. Toral*, L. Moral** y F. Abasolo

Hospital General Universitario. Elche. *Hospital General. Elda. **Hospital General. Orihuela.

Objetivos: Estudiar si dos modelos de intervención psicológica como complemento al tratamiento farmacológico pueden tener una influencia favorable en la evolución del asma en el niño.

Material y métodos: Se estudian 38 niños controlados en la Consulta Externa de Alergia Infantil del Hospital General Universitario de Elche, afectados de asma persistente, de 8 a 14 años de edad y se dividen aleatoriamente en tres grupos: a un grupo se le realiza un programa que incluye relajación y ejercicios de respiración, un segundo grupo recibe además entrenamiento en autoinstrucciones y un tercer grupo recibe únicamente tratamiento farmacológico. Se les controla clínicamente y con función pulmonar cada 4 meses en la consulta. Se comparan los síntomas, función pulmonar y medicación utilizada entre los distintos grupos, realizándose una valoración médica subjetiva del control del asma. Para el estudio de asociación de variables cualitativas se utilizó el test de chi-cuadrado (χ^2), para la comparación de variables cuantitativas la prueba de Kruskal-Wallis; el nivel de significación estadística utilizado fue $p < 0,05$.

Resultados: Los tres grupos eran homogéneos en cuanto a estado, control del asma y medicación antiinflamatoria. No hubo diferencias significativas en ningún momento de la evolución en los síntomas, FEV₁, escala de gravedad, ni en la dosis de corticoides inhalados necesarios para el control del asma entre los pacientes de los diferentes grupos.

Conclusiones: Aunque la intervención psicológica puede incidir favorablemente en otros aspectos de la salud general y calidad de vida, en nuestra experiencia la intervención psicológica no ha mejorado la evolución clínica de los niños con asma.

PATOLOGÍA RESPIRATORIA ALÉRGICA EN PEDIATRÍA EN LA COMARCA DE ÚBEDA-BAEZA (JAÉN)

J. Garrido de Arroquia y F. Girón Caro

Clínica Privada.

Objetivos: Estudiar la prevalencia de patología alérgica respiratoria en la comarca de Úbeda-Baeza en los últimos 2 años.

Material y métodos: Se revisaron retrospectivamente 100 historias con edades comprendidas entre 1 y 18 años y patología sugerente de alergia respiratoria, estudiándose los siguientes parámetros: edad, sexo, síntomas, antecedentes familiares y exploraciones complementarias: eosinofilia periférica, IgE total y específica (RAST-CAP), espirometría, *peak-flow*, timpanometría y *prick test*.

Resultados: Se destacan los siguientes: asma y rinoconjuntivitis (59 %), χ^2 : 11,8 ($p = 0,001$); hiperreactividad bronquial (*prick test* negativo), 19 %, χ^2 : 74,4 ($p = 0,001$); asma + dermatitis atópica + alergia alimentaria (10 %); χ^2 : 124,8 ($p = 0,0001$); alteraciones timpanométricas (18 %). Las manifestaciones clínicas, aparecieron en el 75 % de los casos en primavera; sin predominio estacional el 21 % y en otoño-invierno 8 %, χ^2 : 83,04 ($p = 0,0001$). *Prick test* de 3 + o > e IgE específica (clase 3 o >), en el 73 % de los casos; de los cuales monosensibilizados a olivo un 29 % y este asociado a otros neuroalérgenos, en el 69 %; monosensibilizados a gramíneas 9%; alternaria 6 %, ácaros 5 %, malezas 3 %.

Conclusiones: Destaca la alta sensibilización al polen del olivo, hecho nada sorprendente teniendo en cuenta que la provincia de Jaén tiene la mayor extensión de Europa, en cuanto a hectáreas sembradas de olivo (se han llegado a superar cifras superiores a 9.000 g de polen por m³ de aire), provocando una altísima morbilidad. Respecto a otros parámetros los resultados fueron superponibles a estudios similares de Andalucía. Destacamos las timpanometrías alteradas (18 %) y su posible repercusión.

ASMA Y CALIDAD DE VIDA. ESTUDIO EN UN CAMPAMENTO PARA NIÑOS ASMÁTICOS

A. Martín, L. Zapatero, E. Alonso, M. Díaz, J. Martín y M.I. Martínez

Comité de Campamentos de la Sociedad de Alergia e Inmunología de Madrid-Castilla la Mancha.

Objetivo: Analizar el impacto del asma sobre la calidad de vida de niños asmáticos; repercusión de un programa de autocuidados impartido en un campamento.

Pacientes y metodología: 64 niños (8-14 años, 48 V y 16 M, controlados en las consultas de alergia de las comunidades de MCLM.

Diecisiete tenían asma leve (3 intermitente y 14 persistente), 34 moderada y 13 grave. Los niños cumplimentaron los cuestionarios: Pediatric Asthma Quality Life Questionnaire (PAQLQ), EUROQOL-5D y la Escala Visual Analógica (EVA) al llegar al cam-

pamento. Dos meses después contestaron los mismos cuestionarios, recibiendo 32 respuestas (50 %).

Resultados: PAQLQ: 23 preguntas exploran distintas áreas y se puntúan en una escala de 1 (máxima afectación) a 7 (mínima).

Área	Al inicio del campamento	2 meses después
Síntomas	5,55	6,03
Emocional	5,85	5,91
Actividad	5,06	5,38

La actividad en la que refieren mayor afectación (entre 1-3 del PAQLQ) es la carrera (36 %).

El EUROQOL-5D: las respuestas posibles son: ninguna, alguna y mucha repercusión.

	Al inicio del campamento		2 meses después	
	Alguna	Mucha	Alguna	Mucha
Movilidad	14,8 %		8,8 %	
Cuidado personal	5 %		2,9 %	
Actividades cotidianas	26,2 %	4,9 %	23,9 %	0 %
Dolor/malestar	27,9 %	1,6 %	17,6 %	2,9 %
Ansiedad/depresión	16,4 %	1,6 %	20,6 %	2,9 %

La EVA valora estado de salud, puntuado de 0 a 100. La media de puntuaciones es de 81,74 al inicio y 83,4 dos meses después.

Conclusiones: El grado de gravedad del asma no se correlacionó con la percepción de síntomas que reflejan los pacientes en los cuestionarios. El PAQLQ refleja una discreta mejoría, no significativa en las 3 áreas. El EUROQOL-5D objetiva una mejoría en movilidad, cuidado personal y actividades cotidianas; en ansiedad/depresión se observa empeoramiento, atribuible a un mejor conocimiento de la enfermedad.

ESTUDIO DE LA PATOLOGÍA BUCODENTAL-MALOCLUSIÓN EN NIÑOS CON ASMA Y RINITIS ALÉRGICA

M. Peñarrocha*, J.C. Cerdá, M. Martínez**, A. Varela, A. Martorell, E. Ferriols y V. Álvarez

Sección Alergia. Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario. Universidad de Valencia. *Médico Odontólogo.

**Centro de Salud República Argentina. Valencia.

Objetivos: Comprobar si hay diferencias respecto a la patología bucodental y de maloclusión entre los niños con rinitis y asma, y niños no alérgicos.

Material y métodos: Se han estudiado a 48 niños, divididos en dos grupos: Grupo 1: Formado por 24 niños, 19 varones y 5 mujeres, de edad media de 9,7 años, afectos de asma y rinitis alérgica, elegidos al azar en nuestra consulta y Grupo 2: Formado por 24 niños, 14 varones y 10 mujeres, de edad media de 7,9 años, sin enfermedad alérgica respiratoria, elegidos al azar en la consulta del Centro de Salud República Argentina de Valencia.

A ambos grupos se les realizó una historia clínica detallada mediante un cuestionario y una exploración odontológica utilizando un kit estéril formado por un espejo bucal plano, una sonda para la detección de caries, una sonda periodontal y un separa labios.

El estudio estadístico se ha realizado, utilizando la prueba T de muestras independientes, la prueba de χ^2 y razón de verosimilitud.

Resultados: *Presentan patología bucodental:* Gingivitis: Grupo 1: el 75 %, Grupo 2: el 45,8 % ($p < 0,05$). Caries: Grupo 1: el 29,2 %, Grupo 2: el 12,5 % ($p > 0,05$). *Presentan maloclusión:* Grupo 1: el 54,2 %, Grupo 2: el 41,7 % ($p > 0,05$). Destacando las maloclusiones transversales (mordida cruzada posterior): Grupo 1: el 25 %, Grupo 2: el 8,3 % ($p = 0,114$).

El Grupo 1 refiere con mayor frecuencia obstrucción nasal ($p < 0,05$), mal sellado oral diurno ($p < 0,01$) y respiración bucal nocturna ($p = 0,05$). No hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en cuanto a tratamiento ortodóncico, halitosis, cepillado y utilización de flúor. El 20,8 % de los niños en ambos grupos no se cepillaban nunca.

Presentan gingivitis el 74 % de los pacientes que toman medicación inhalada y el 70,5 % cuando esta medicación eran corticoides en aerosol y en todos los casos cuando eran corticoides en polvo seco. El 50,5 % de los pacientes toman la medicación inhalada sin cámara y el 80,7 % no se enjuagan la boca y escupen después.

Conclusiones: 1) La prevalencia de gingivitis, caries y maloclusión es elevada en ambos grupos, aunque ligeramente superior en el grupo con patología respiratoria. 2) La presencia de gingivitis es mayor en el grupo de pacientes alérgicos, aunque no hemos encontrado diferencias entre los dos grupos en cuanto a medidas de higiene oral y utilización de flúor. 3) La presencia de gingivitis podría estar relacionada en parte, con el uso de medicación inhalada y su técnica de inhalación. 4) La maloclusión transversal que resultó más frecuente en el grupo de alérgicos fue la mordida cruzada posterior.

RIESGO DE SENSIBILIZACIÓN A EPITELIOS ANIMALES EN NIÑOS ATÓPICOS

M. Rodríguez Álvarez, M.T. Boyano Martínez, R. Blanco Pérez y C. García Ara

Servicio de Alergia. Hospital Infantil La Paz, Madrid.

Objetivos: Analizar la frecuencia de sensibilización a epitelios en una población no seleccionada de niños vistos en nuestra consulta en primera visita, y valorar el tipo de contacto con los animales como factor de riesgo en dicha sensibilización.

Métodos: A 303 niños menores de 14 años se les realizó un cuestionario acerca de la tenencia de perro o gato en domicilio y existencia de contactos fuera del mismo. Se practicó *prick test* con epitelios de perro y gato. Se consideró que existía sensibilización cuando el *prick test* era 3 mm de pápula media mayor que el control negativo.

Resultados: Referían tener perro en domicilio 51 niños (17 %) y gato 21 (7 %). Contactos con perro fuera del domicilio 125 (43 %) y con gato 84 (29 %).

	Perro							
	Dentro y/o fuera		Sólo en casa		Sólo fuera		No contacto	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sensibilización	24	15	5	15	14	13	12	10

	Gato							
	Dentro o fuera		Sólo en casa		Sólo fuera		No contacto	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sensibilización	31	31	3	17	28	35	12	7

No encontramos diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de sensibilización a epitelio de perro y el contacto con el animal dentro o fuera del domicilio.

La OR (*odds ratio*) de contacto con gato dentro o fuera del domicilio frente a no contacto fue 6,45 (IC 95 % 3,13-13,31; $p < 0,001$). OR de contacto sólo en domicilio (y no contacto fuera) frente a no contacto fue de 2,83 (IC 95 % 0,72-11,16; $p = 0,137$). OR de contacto sólo fuera del domicilio (y no dentro) frente a no contactos 7,48 (IC 95 % 3,56-15,73; $p < 0,001$).

Conclusiones: La sensibilización a epitelio de gato en niños que tienen contacto fuera de su domicilio fue 7,48 veces más frecuente que en los que no tienen ningún tipo de contacto; hubo mayor frecuencia de sensibilización en niños con gato en el domicilio aunque la diferencia no fue significativa. La sensibilización a epitelio de perro no se asoció a mayor frecuencia de contactos dentro o fuera del domicilio.

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA BRONQUIOLITIS Y DE LA OBSTRUCCIÓN BRONQUIAL RECURRENTE

J. Sanz*, A. Martorell**, C. García***, A. Conde*, T. López* y R. Vallejo*

*Pediatra. Centro Salud de Paterna. **Sección Alergia. Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario. Valencia. ***Médico de Familia. Centro de Salud de Paterna.

Objetivo: Estudiar la incidencia de bronquiolitis y analizar si el virus sincitial respiratorio (VSR) supone un factor de riesgo de obstrucción bronquial recurrente (BOR).

Material y método: Estudio epidemiológico prospectivo de 5 años en atención primaria de una cohorte de niños nacidos en el año 1997 desde el nacimiento hasta diciembre de 2001, donde se estudia la incidencia de bronquiolitis y se analizan diferentes factores de riesgo de BOR: VSR, fumar la madre, atopia familiar, atopia personal, presencia de hermanos mayores en el domicilio y edad de presentación de la bronquiolitis. Se definía BOR si presenta más de tres episodios realizándose a continuación estudio alergológico, test del sudor y radiografía de tórax. En función de la evolución clínica se dividieron en dos subgrupos: bronquitis obstructiva recurrente transitoria (al menos 1 año sin ningún episodio) (BORT) y bronquitis obstructiva recurrente persistente (en la actualidad siguen con episodios) (BORP). Para el análisis estadístico se utiliza el paquete del programa estadístico SPSS.

Resultados: Se diagnostican 78 lactantes con bronquiolitis de 326 niños nacidos en 1997 (incidencia 24 %) que se distribuyen en VSR (+) 47 % y VSR (-) 53 %. Se siguen 76 niños con bronquiolitis, de los cuales 33 (43 %) no volvieron a presentar nuevos episodios de obstrucción bronquial y 43 niños presentaron BOR (57 %), siendo transitorias en 35 (46 %) y persistentes en 8 (10,5 %). Al analizar el VSR como factor de riesgo no se observaron diferencias significativas ni en el grupo de BORT, 43 % (12/28) con VSR frente al 53 % (18/34) sin VSR, ni en el grupo BOP 14 % (4/28) con VSR frente al 12 % (4/34) sin VSR. Al analizar los diferentes factores de riesgo en el grupo BORT no se encontraron diferencias significativas. En el grupo de BORP se observó significación estadística en los factores de riesgo de atopia personal (alergia alimentos) 25 % (2/8) frente al 0 % (0/68), y en la edad de la presentación de la bronquiolitis 17 % (7/41) después de los 6 meses frente al 3 % (1/35) antes de los 6 meses.

Conclusiones: La incidencia de bronquiolitis es de un 24 %. El VSR no es un factor de riesgo de obstrucción bronquial recurrente transitoria, ni persistente.

RINITIS ALÉRGICA E HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL

L. Valdesoiro, M. Bosque, O. Asensio, J. Anton y H. Larramona
Hospital Parc Taulí. Sabadell. Barcelona.

Introducción: La hiperreactividad bronquial (HRB) es característica del asma bronquial. Se ha observado que pacientes afectados de rinitis alérgica que no refieren clínica de asma bronquial al realizar una espirometría presentan HRB. Esto podría indicar la presencia de inflamación subclínica de la vía respiratoria inferior. Hemos revisado los pacientes diagnosticados de rinitis alérgica sin clínica de asma bronquial en relación a la hiperreactividad bronquial.

Objetivos: 1) Determinar si los pacientes diagnosticados, en nuestra unidad, de rinitis alérgica sin clínica de asma bronquial presentan hiperreactividad bronquial. 2) Observar qué alérgenos son los causantes de esta clínica en nuestros pacientes.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional. Población, pacientes diagnosticados de rinitis alérgica en nuestra Unidad de Alergología entre agosto de 2000 y diciembre de 2001. Se ha procedido a la revisión de las historias clínicas recogiendo los datos siguientes: demográficos, edad, sexo, clínica de rinitis (perenne o estacional), conjuntivitis, dermatitis atópica, bronquitis, sensibilización (IgE específica, pruebas cutáneas, pruebas de provocación nasal), valor de IgE total, espirometría realizada mediante prueba de esfuerzo (positiva con un descenso del FEV₁ > 15 % con el esfuerzo o un ascenso del FEV₁ del 12 % tras broncodilatación) y la presencia de antecedentes familiar de patología alérgica.

Resultados: Se han revisado un total de 135 historias clínicas de pacientes afectados de rinitis alérgica. Hemos hallado 68/135 que no refieren síntomas de asma bronquial (35 varones y 33 mujeres) con edades comprendidas entre 4-18 años. La mayoría de nuestros pacientes refieren rinitis perenne (50/68) y están sensibilizados a ácaros (44/68). No se había realizado espirometría en el momento del diagnóstico en 14/68. Presentaron prueba de esfuerzo positiva 13/54 (24 %). Todos los pacientes que mostraron hiperreactividad bronquial estaban sensibilizados a ácaros y sólo uno de ellos refería rinitis estacional.

Conclusiones: Según los últimos consensos en el tratamiento y control de la rinitis alérgica –The Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma Workshop Report– asma bronquial y rinitis alérgica son distintas manifestaciones de una sola vía aérea y de la misma patología. Con los resultados que hemos obtenido sugerimos la valoración sistemática de la hiperreactividad bronquial en el protocolo de estudio de la rinitis alérgica en pacientes que no refieren clínica de asma bronquial.

FACTORES DE RIESGO EN EL HOGAR DEL NIÑO ASMÁTICO GRAVE

A.C. Zenea Capote y O.A. Piñero Fernández
Hospital Pediátrico Docente William Soler. La Habana. Cuba.

Objetivos: 1) Conocer la información que tienen los padres y los niños asmáticos ingresados en el Centro de Rehabilitación de Niños Asmáticos Graves Celia Sánchez Manduley, en La Habana, Cuba. 2) Evaluar cómo influye la edad de comienzo del asma y el tiempo de evolución en el momento del ingreso al Centro. 3) Evaluar la influencia de la lactancia materna, los antecedentes alérgicos familiares, el control ambiental, el hábito de fumar y el divorcio en el seno familiar; así como el cumplimiento de los tratamientos médicos.

Material y métodos: Se estudiaron las condiciones de los hogares de 50 niños ingresados en dicho hospital. Se escogieron al azar 15 niñas y 35 niños, comprendidos entre las edades de 8 y 13 años de edad. Se realizó una encuesta para validar la información sobre la enfermedad que tienen los padres y familiares que conviven con el niño y otra encuesta sobre el conocimiento de la enfermedad por parte de los niños. Se visitaron los domicilios de cada niño para obtener una información precisa acerca del control ambiental a realizar, y otros posibles factores que inciden en el agravamiento de la enfermedad.

Resultados y conclusiones: Se demostró que los padres, los familiares y los niños no tienen una información adecuada de la enfermedad. En todos los domicilios u hogares no se cumple el control ambiental según la indicación médica. Entre los factores negativos que impiden un correcto control ambiental están el hábito de fumar de uno o más miembros de la familia del niño asmático y la convivencia con animales domésticos como perros, gatos, curieles y otros.