

El asmático adolescente en Atención Primaria

A. Sacristán Martín*
A. González Méndez**
M. A. de Diego Núñez*

* Centro de salud Pintor Oliva

** Centro de salud La Puebla
Pediatras. Palencia

Resumen

Objetivos: conocer la prevalencia de asma entre nuestros niños, su estado, seguimiento y la intervención del pediatra en el mismo. **Resultados:** de un total de 979 historias clínicas revisadas encontramos 45 adolescentes de 10 a 14 años considerados asmáticos. La prevalencia acumulada de asma fue de 4,6% relación hombre mujer de 1'6:1. Edad de comienzo de 4'8±3a, al diagnóstico 7'9±3a. Antecedentes familiares de atopia 35,6%, personales 75,6% atópicos, neumonía 17,8%, patología ORL 40'0%, bronquiolitis 6,7%, reflujo G.E. 2,2% y déficit de IgA 8,3%. Sensibilización a neumoalergenos 84,6% (84,8% polen de gramíneas). Asma de esfuerzo 31,0%. Se clasificaron como asma leve 62,2%, moderada 37,8% y ninguno grave. Se encuentran asintomáticos y dados de alta a los 8 años 20%, mejor 48,9%, igual 20% y sólo 11,1% peor. El 71,1% eran controlados por el alergólogo, el 28,9% por el pediatra de AP sólo el 21,6% tenían pruebas funcionales y 5,4% controlaban el PEM en el domicilio. De los que seguían en control actualmente casi un 11,1% usaban broncodilatadores (BD) orales en las crisis. El 60,9% recibían o lo habían hecho terapia desensibilizante, el 80,4% tenían tratamiento de mantenimiento, el 56,7% corticoides inhalados, 40,5% cromonas, 24,3% β_2 inhalados de larga duración y otro 24,3% ketotifeno oral.

Conclusiones: Existe una prevalencia similar de asma a otros estudios, predominando la sensibilización a gramíneas. Nos preocupa la escasa implicación de la Atención Primaria en el seguimiento de estos pacientes, así como la escasa realización de pruebas funcionales.

Palabras clave: Asma, adolescente, Atención Primaria Pediátrica.

Abstract

Objectives: To assess the prevalence of asthma in our children, its grade, follow up and management by the paediatrician. 979 clinic histories are reviewed finding 45 adolescents between 10 and 14 years of age with the diagnosis of asthma.

Results: The cumulated prevalence of asthma was 4.6%, male to female ratio 1.6:1. Age of onset 4.8±3 years, age at diagnosis 7.9±3 years. Atopic familiar antecedents in 35.6% and personal antecedents 75.6%, pneumonia 17.8%, ORL illness 40.0%, bronchiolitis 6.7%, gastro-oesophageal reflux 2.2% and IgA deficiency 8.3%. Neumoallergens sensitivity 84.6% (84.8% gramineae pollens). Exercise induced asthma 31.0%. 62.2%

were classified as mild asthma, 37.8% as moderate and none as severe. At 8 years of age 20% of children are asintheomatic, 48.9% had a better situation, 20% stayed equal and only 11.1% had worsened: 71.1% were being managed by the specialist in Allergology, 28.9% by the paediatrician of Primary Care. Only 21.6% of children had undergone function test and 50.4% had home PEM control. Among the children still under control at present nearly 11.1% were treated with oral bronchodilators, 60.9% were under or had been under immunotherapy, 80.4% were under maintaining therapy (56.7% inhaled corticosteroids, 40.5% cromones, 24.3% long duration inhaled beta-agonists and 24.3% oral ketotifen).

Conclusions: *There is a similar prevalence of asthma compared to other studies, it is preponderant in our environment the sensitivity to gramineae pollens. We are worried about the poor implication of Primary Care in the follow up of these patients as well as the scarce realisation of functional test.*

Key Words: *asthma, adolescent, paediatric primary care.*

Introducción

El asma es la enfermedad crónica más prevalente en la infancia, generalmente su intensidad es leve por lo que probablemente el ámbito de la Atención Primaria sea el idóneo para controlarla.

Material y métodos

Se realiza un estudio transversal descriptivo de jóvenes adolescentes asmáticos de 10 a 14 años, atendidos en las consultas de Atención Primaria correspondientes a dos pediatras de un centro de salud urbano en la ciudad de Palencia. Se diagnosticaron de asma siguiendo las directrices del consenso internacional¹.

Las variables cuantitativas se compararon mediante la t de Student y las cualitativas se compararon con la χ^2 cuando hubo lugar.

Resultados

De un total de 979 historias clínicas revisadas encontramos 45 niños considerados en alguna ocasión asmáticos. En la tabla I se muestran las características de los pacientes. El proceso se inició en el 43,7% a los tres o menos años. Se demoró el diagnóstico una media de $3,06 \pm 2,4$ años. La patología atópica asociada con mayor frecuencia fue la rinoconjuntivitis (63,6%), seguida de la dermatitis (20,5%), alergia alimentaria (9,1%) y urticaria/edema angioneurótico (6,8%).

En la tabla II se reflejan otras patologías asociadas, entre las que destacaron principalmente la neumonía y la patología ORL.

En el 13,3% no constaba o estaban pendientes de la realización de pruebas alérgicas. De los estudiados el 84,6% te-

nían asma con sensibilización a neumoa-
lergenos (Gráfica 1), estando implicado
con mayor frecuencia el polen de gramí-
neas (84,8% siendo en el 63,6% de for-
ma aislada y en el 21,2% como sensibili-
zación mixta). El 31% referían asma de
esfuerzo.

En la Gráfica 2, puede verse la distribu-
ción en cuanto al grado de gravedad del
asma. Hay que hacer constar que esta
clasificación se hizo a posteriori puesto
que en ningún informe, o historia clínica
se reflejaba la graduación de su asma. Se
incluyeron dentro de asma leve los persis-
tentes y los intermitentes indistintamente

y sin especificar, si bien al ser la mayoría
polínicos pertenecían al segundo grupo.
El 62,2% tenían asma leve, 37,8% mo-
derada y ninguno grave. El 71,1% nunca
habían sido ingresados por este proceso,
el 20% habían sido ingresados una vez y
sólo el 8,9% dos o más veces.

La evolución se refleja en la Gráfica 3.

El 71,1% de los niños eran contro-
lados a nivel hospitalario por el alergó-
logo, salvo en 1 caso que era asistido
en un servicio de neumología infantil. El
28,9% fueron controlados de forma
exclusiva por el pediatra. La media de
controles al año realizados por el aler-

Tabla I. Características de los pacientes

Prevalencia de asma	4,6%
Relación hombre mujer	1,6:1
Edad media al diagnóstico	7,9±3
Edad media de comienzo	4,8±3
Antecedentes familiares Atopia	35,6%
Antecedentes personales Atopia	75,6%

Tabla II. Patologías asociadas

Neumonía	17,8%
Bronquiolitis	6,7%
Reflujo gastroesofágico	2,2%
Deficit de IgA	8,3%
Patología ORL	40,0%

gólogo fue de $1,0 \pm 0,3$ y del pediatra $0,6 \pm 0,8$, no existiendo diferencias significativas entre los dos. Pero es de destacar la ausencia de un plan de seguimiento en estos últimos ($p < 0,0001$).

De 36 niños mayores de 10 años, no dados de alta en la actualidad, sólo 21,6% tenían hechas pruebas de fun-

ción pulmonar, y 2 estaban entrenados para hacer controles de flujo espiratorio máximo (PEF: pico de flujo espiratorio) en el domicilio (5,4%).

En cuanto al tratamiento (Tabla III) el 80,4% tenían prescrita medicación de mantenimiento, siendo lo más frecuente corticoides inhalados, bien solos o aso-

Gráfico 1. *Neumoalergenos implicados*

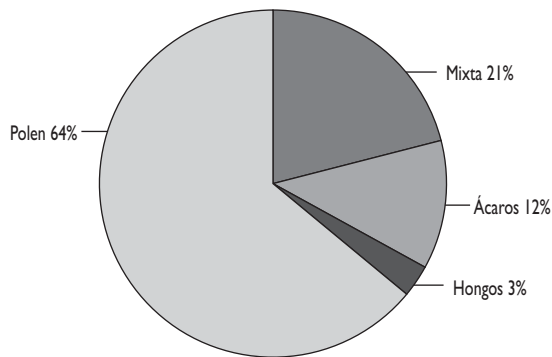
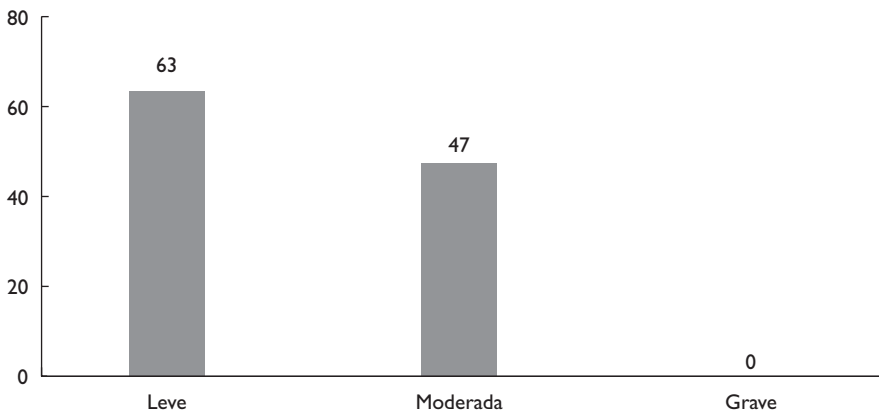


Gráfico 2. *Clasificación del grado de afectación*



ciados generalmente a cromonas. Además los pacientes que sufrían polinosis usaban también antihistamínicos orales.

No hubo diferencias en cuanto a la evolución entre los que tenían antecedentes personales o familiares de atopia.

Discusión

Se encontró una prevalencia de asma similar a la encontrada por otros autores

de nuestro medio^{2,3,4}, con similar relación por sexos^{3,4,5}. La edad de inicio registrada en nuestras historias fue mayor que en otros estudios⁶, quizás debido a una falta en la información recogida y a que los pacientes en las etapas iniciales eran diagnosticados de "catarros descendentes". El hábito tabáquico de los padres no se consignó en la mayoría de las historias, por lo que no se pudo evaluar su

Gráfico 3. Evolución de los pacientes

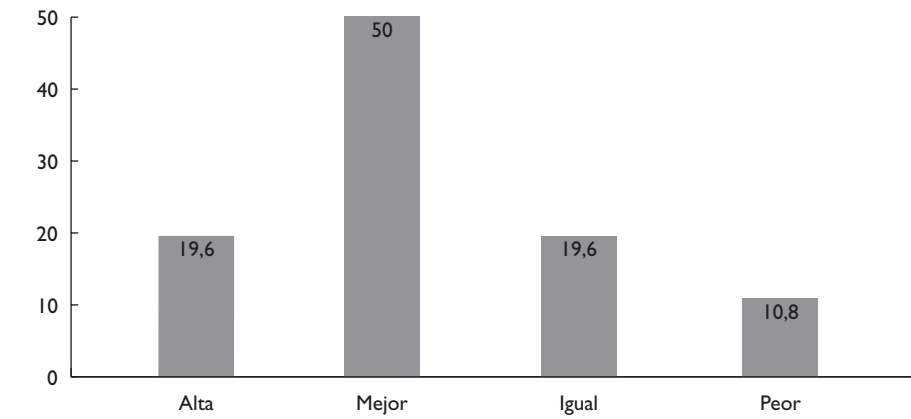


Tabla III. Tratamiento recibido

Medicación rescate:	
Beta ₂ Inhalado	86,1%
Medicación de mantenimiento:	
Corticoides inhalados	56,7%
Cromonas Inhaladas	40,5%
Beta ₂ larga duración	24,3%
ketotifeno	24,3%
Inmunoterapia	60,9%

influencia en la presencia o agravamiento del asma. Aunque si bien existen estudios contradictorios al respecto de la relación del tabaquismo materno y la prevalencia de asma⁴, la mayoría de ellos encuentran un predominio de enfermedades respiratorias de vías bajas en los hijos menores de 2 años de madres fumadoras⁷⁻¹¹. Encontramos una proporción ligeramente menor de antecedentes familiares de atopia en nuestros niños que en otros estudios⁶. El porcentaje de pacientes sensibilizados fue similar al descrito por Burrows¹² como en nuestro medio, siendo predominante la sensibilización a pólenes de gramíneas, ya que Palencia es una zona cerealística con un clima seco continental. Según Sears⁵ los valores de IgE, corregidos para la edad, se correlacionan más con la aparición de asma que la positividad de los priks cutáneos. Dado que no disponíamos de los valores de IgE de todos los niños, valores que por otra parte no tenemos estandarizados para la edad, no podemos concluir nada acerca de esta influencia. Nuestros pacientes fueron diagnosticados con mucha mayor frecuencia de neumonía, 17,8% frente a un 0,7% de la población general¹³, lo que puede estar en relación con episodios de atelectasias más que con condensaciones neumónicas propiamente dichas. Igualmente en-

contramos un alto porcentaje de patología ORL asociada, reflejo del proceso inflamatorio de las vías respiratorias. Nos sorprende ver el escaso número de pacientes diagnosticados de reflujo gastroesofágico¹⁴, que puede ser debido a la dificultad que en nuestro medio existe para la realización de pHmetría.

Creemos que siendo en su mayoría pacientes catalogados de asma leve, el pediatra de Atención Primaria debería ser el principal responsable del seguimiento de estos niños con un programa de actuación común con el nivel secundario. Sólo la gran demanda que afrontamos actualmente en Atención Primaria, la deficiente relación con el nivel secundario y la desconfianza que en la población pueda existir por la diferencia de criterio entre los dos niveles pueden explicar la actual situación.

En cuanto a la evolución de los niños es similar a la descrita por Martínez¹⁵, quedando un 20% asintomáticos a los 8 años. De los que persistieron, la mayoría presentaba mejoría respecto al inicio de la enfermedad.

En cuanto a la medicación utilizada por los niños, sorprende que todavía algunos de ellos no hayan sido adiestrados en el manejo de la medicación inhalada (11%), si bien es verdad que corresponden a los pacientes que no han

tenido ningún episodio al menos en los últimos 2 años, pero sorprendentemente permanecen con medicación de mantenimiento. Un 80% de los pacientes tenían alguna medicación de mantenimiento, aún cuando sólo un 27% tiene una asma moderado. Sorprende igualmente que un 24% de estos niños con un asma a lo sumo moderada tengan prescritos β_2 de larga duración, en ocasiones no asociados a corticoides inhalados. La terapia desensibilizante se empleó en el 60,9% de estos niños, presentando todos ellos rinoconjuntivitis polínica asociada a su asma.

Conclusiones

1. La prevalencia de asma en nuestros adolescentes fue de un 4,6%.
2. Se encontró un predominio de pacientes sensibilizados, en especial a gramíneas, que están en un gran porcentaje también afectos de rinoconjuntivitis.
3. Hay una escasa implicación del Pediatra de Atención Primaria en el diagnóstico y seguimiento de los niños asmáticos.
4. Se realizan pocos estudios funcionales y prácticamente ningún seguimiento del PEF en el domicilio del paciente.
5. Es necesaria la creación de protocolos de seguimiento y una correcta educación de estos pacientes en Atención Primaria, en colaboración con el nivel secundario.

Bibliografía

1. National heart, lung and blood institute. *International consensus report on diagnosis and treatment of asthma*. Eur respir J 1992; 5: 601-641.
2. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud de la Comunidad Autónoma de Madrid: *Encuesta de prevalencia de asma de la Comunidad de Madrid*. Documentos técnicos de Salud Pública N° 20. Comunidad de Madrid. Madrid, 1994.
3. Ojeda JA. *Asma infantil*, Madrid. Ed Jarpyo, 1989.
4. Sanz J, Marorell A, Álvarez V y cols. *Estudio epidemiológico de los factores de riesgo asociados con el desarrollo de patología respiratoria en la población infantil*. An Esp Pediatr 1990; 32: 389-398.
5. Sears MR, Holdaway MD, Flannery EM et al. *Parental and neonatal risk factors for atopy, airway hyper-responsiveness, and asthma*. Arch Dis Child 1996; 75: 392-398.
6. Sarrazola DM, Salas M, Segura N y col. *Exposición a contaminantes y alérgenos en el niño asmático en comparación con el niño sano*. Revista Alergia México 1997; 1 (Vol. XLIV): 13-16.
7. Martínez FD, Cline M, Burrows B. *Increased incidence of asthma in children of smoking mothers*. Pediatrics 1992; 89: 21-26.
8. Meijer G, Postma Ds, van der Heide S et al. *Exogenous stimuli and circadian peak expiratory flow variation in allergic asthmatic children*. Am J Respir Crit Care Med 1996; 153: 237-242.
9. Weitzman M, Gortmaker S, Walker DK et al. *Maternal smoking and childhood asthma*. Pediatrics 1990; 85:505-511.
10. Ferguson DM, Horwood LJ, Shannon FT, Taylor B. *Parental Smoking and lower respiratory illness in the first three years of life*. J Epidemiol Community Health 1981; 35: 180-184.
11. Colley JRT, Holland WW, Corkhill RT. *Influence of Passive smoking and parental phlegm on pneumonia and bronchitis in early childhood*. Lancet 1974; 2: 1031-1034.
12. Burrows B, Martínez FD, Halonen M et al. *Association of asthma with serum IgE levels and skin-test reactivity to allergens*. N Engl J Med 1989; 320: 271-277.
13. Ramos JT, Cela ME, de la Encina M. *Neumonías en la infancia*. Pediatría 1996; 9: 35-49.
14. Mansfield LE. *Gastroesophageal reflux and respiratory disorders: a review*. Annals of Allergy 1989; 62: 158-163.
15. Martínez FD, Wright AL, Taussig LM, et al. *Asthma and wheezing in the first six years of life*. N Engl J Med 1995; 332: 133-138