



11237
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO T142

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO "ISSSTE"

SIBILANCIAS Y FACTORES ASOCIADOS EN EL
DESARROLLO DE ENFERMEDAD SUBSECUENTE.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
QUE PRESENTA
DRA. MARÍA DEL CARMEN LUY WONG
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA
ESPECIALIDAD
PEDIATRÍA MÉDICA

ASESOR DE TESIS:
DR. EDUARDO BARRAGÁN PADILLA

MÉXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2002
1





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

AUTORIZACIÓN DE TESIS

I. S. S. S. T. E.
HOSPITAL REGIONAL
LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS
★ OCT 31 2002 ★
COORDINACIÓN DE CAPACITACION
DESARROLLO E INVESTIGACION


DR. JULIO CESAR DIAZ BECERRA
COORDINADOR DE CAPACITACION
DESARROLLO E INVESTIGACION


DR. LUIS ALCANTARA ALVAREZ
JEFE DE INVESTIGACION


DRA. GABRIELA SALAS HEREDIA
JEFE DE ENSEÑANZA

I. S. S. S. T. E.
HOSPITAL REGIONAL
LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS
OCT. 30 2002
JEFATURA DE
INVESTIGACION

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ENTRADA
3 1 OCT. 2002
Subdirección de
Evaluación e
Investigación

2


DR. BALTAZAR BARRAGAN HERNÁNDEZ
PROFESOR TITULAR


DR. EDUARDO BARRAGAN PADILLA
ASESOR DE TESIS


DR. SERGIO BARRAGAN PADILLA
VOCAL DE INVESTIGACIÓN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DEDICATORIA

A Dios por tantas bendiciones, a mis Padres por su apoyo incondicional a través de todos estos años, su ejemplo y su cariño, a mis hermanos Malú y Juan Pablo por su comprensión y porque siempre han permanecido a mi lado cuando los he necesitado, a mi sobrino Rubencito por su alegría, a mi amadísimo Esposo Lalo por que sin tu ayuda, tu entrega y tu amor no lo hubiera logrado, a mis Profesores por sus conocimientos, y su enseñanza durante toda mi formación, a mis compañeros por su tolerancia y amistad, y finalmente pero de manera muy significativa a los Niños por existir, por su nobleza, por que llenan mi vida con su sonrisa, por ser mi inspiración y formar parte de mis sueños.

Gracias.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	3
INTRODUCCION	5
MATERIAL Y METODOS	7
RESULTADOS	9
DISCUSION	16
BIBLIOGRAFIA	19

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

Introducción. Las sibilancias durante la infancia son una manifestación clínica bastante frecuente, sin embargo no todos los niños que presentan un episodio de sibilancias continuaran presentándolos posteriormente de manera recurrente. Existen factores que aumentan el riesgo y predisponen a cierto tipo de pacientes para el desarrollo de sibilancias recurrentes, además existen diferentes enfermedades que nos pueden ocasionar sibilancias recurrentes y una vez que se diagnostica la causa y se proporciona tratamiento adecuado estas remitirán.

Para conocer cual es el comportamiento clínico de los pacientes que presentan sibilancias antes de los 2 años de edad, si desarrollan o no enfermedad y los factores asociados a esta, se realizó el siguiente estudio de investigación.

Material y Métodos. Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, longitudinal, descriptivo, abierto en pacientes de ambos sexos de 2 meses a 2 años de edad previamente sanos que ingresaron a nuestro hospital por cuadro de sibilancias, se obtuvieron 21 pacientes a los que se les identificaron los factores de riesgo como antecedentes heredofamiliares de asma, rinitis alérgica, dermatitis atópica tanto paterna, materna como en hermanos, además de otros familiares con antecedentes atópicos. Se revisaron también los antecedentes personales no patológicos que estaban presentes en cada paciente como hacinamiento, nivel socioeconómico, zoonosis, aerocontaminantes intradomiciliarios, higiene y ventilación doméstica, tabaquismo en los padres, alimentación al seno materno durante los primeros 6 meses de vida, asistencia a guardería y la presencia de hermanos mayores. Las manifestaciones clínicas, severidad del cuadro, estudios de laboratorio realizados, número de reingresos, diagnósticos de los reingresos los cuales se

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

correlacionaron con los diagnósticos a largo plazo. Se realizó análisis estadístico con el método de chi-cuadrada.

Resultados. De los 21 pacientes incluidos en el estudio, los diagnósticos definitivos fueron 8 pacientes sanos, 9 asmáticos, 3 con enfermedad por reflujo gastroesofágico, 1 con rinitis alérgica. De estos únicamente los que tenían algún antecedente de familiar con asma, fue estadísticamente significativo ($p = 0.047$) para los que tuvieron diagnóstico definitivo de asma. Así como la IGE elevada se correlacionó directamente con el diagnóstico definitivo de asma alérgica a largo plazo. Las variables restantes no se correlacionaron con el desarrollo de enfermedad subsecuente.

Conclusiones. La presencia de familiares asmáticos y la elevación de IGE de los pacientes estudiados si se correlacionó con el desarrollo de asma como diagnóstico definitivo. No se corroboran en este estudio si los otros factores ambientales pudieran aumentar el riesgo de enfermedad posterior.

ABSTRACT

Introduction. Wheezing in infancy is very common, although not every child that present a wheezing episode, will continue to wheeze. There are factors that increase the risk and predispose some of the patients to develop recurrent wheezing, in addition exists different diseases that can cause recurrent wheezing and once the cause is diagnosed and suitable treatment is provided these will end. We did the following study of investigation, in order to know the clinical behavior of the patients who present wheezing before 2 years of age, if they develop or not a disease and the factors associated with this.

Methods. We made a retrospective, observational, longitudinal, descriptive, opened study in patients of both sexes, from 2 months to 2 years of age previously healthy that entered to our hospital with wheezing, we obtained 21 patients who had the antecedent factors identified, such as paternal, maternal or siblings with asthma, same as with allergic rhinitis, atopic dermatitis, in addition to other relatives with atopic antecedents. The non pathological personal antecedents, that were present in each patient were also reviewed, like family size, socioeconomic status, intradomestic air pollution, hygiene and domestic ventilation, zoonosis, parental smoking, breastfeeding during the first 6 months of life, attendance to day-care center and the presence of older siblings. The clinical manifestations, severity of the disease, laboratory studies, number of incomings, incoming diagnoses, we also correlated with the definitive diagnoses. Statistical analysis with the chi-square method was made.

Results. Of the 21 patients included in the study, the definitive diagnoses were 8 healthy patients, 9 asthmatic ones, 3 with gastroesophageal reflux, 1 with allergic rhinitis. Only those that had some antecedent of a relative with asthma, were statistically significant ($p = 0.047$) and had a definitive diagnose of asthma. As well as the high IGE level was

correlated directly with the long term diagnosis of allergic asthma. The remaining variables were not correlated with the development of subsequent disease.

Conclusions. The presence of asthmatic relatives and the elevation of IGE of the studied patients were directly correlated with the development of asthma as a definitive diagnosis. Environmental factors could not been corroborates with the increase risk for the development of the disease later.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION

Las sibilancias durante la infancia son una manifestación clínica bastante frecuente, aproximadamente el 34% de los niños a los 3 años de edad, y el 49% a los 6 años de edad, han presentado algún episodio de sibilancias durante este periodo de la vida. (1)

Sin embargo no todos los niños que presentan un episodio de sibilancias continuarán presentándolas posteriormente de manera recurrente. Hay algunos factores que aumentan el riesgo y predisponen a cierto tipo de pacientes para el desarrollo de sibilancias recurrentes, además existen, diferentes enfermedades que nos pueden ocasionar sibilancias recurrentes y una vez que se diagnostica la causa y se proporciona tratamiento adecuado estas remitirán (1).

La evaluación clínica de un niño con sibilancias recurrentes o persistentes, debe de incluir una historia clínica y exploración física completa, exámenes de laboratorio y de gabinete adecuados, para llegar a un diagnóstico etiológico y así establecer el tratamiento adecuado. (2)

Las razones del porque las sibilancias son tan comunes en este grupo de edad, esta relacionado con el tamaño de las vías aéreas y con la complianza pulmonar disminuida. (2)

La historia clínica debe enfocarse en buscar factores de riesgo importantes como lo son antecedentes de asma materna, tabaquismo materno durante el embarazo, bajo peso al nacimiento, recién nacido prematuro, problemas en la alimentación, presencia de vómitos, alimentación al seno materno, introducción temprana de alimentos sensibilizantes, así como factores del medio ambiente, contaminación, tabaquismo pasivo, estado socioeconómico, asistencia a guardería, infecciones respiratorias frecuentes, antecedente de cuadro de

dermatitis atópica, que están asociados a sibilancias y relacionados con el desarrollo de enfermedad a largo plazo. (1, 2, 3)

Dentro de los exámenes de laboratorio que se han asociado a cuadros de sibilancias recurrentes tenemos la detección de IGE elevada principalmente con el desarrollo de asma alérgica. (2, 3)

De los exámenes de gabinete, la radiografía de tórax puede aportarnos información sobre alguna patología respiratoria, sin embargo es importante la realización de la serie esofagogastroduodenal, para descartar la presencia de reflujo como otro de los diagnósticos diferenciales en cuadros de sibilancias recurrentes. (2, 3, 6)

Una vez determinados estos factores se puede identificar hasta en el 50 % de los casos, qué niños pueden desarrollar asma en el futuro como principal complicación. (1)

Dentro de los principales diagnósticos diferenciales en los niños con sibilancias podemos encontrar, las inflamatorias (asma, fibrosis quística, displasia bronco pulmonar), las infecciosas (traqueítis, bronquiolitís), la enfermedad por reflujo gastroesofágico, malformaciones congénitas (anillos vasculares, anomalías de la vía aérea, quiste esofágico) y las extrínsecas (aspiración de cuerpo extraño, linfadenopatía). (2, 6)

Aproximadamente la mitad de los pacientes que presentaron algún cuadro de sibilancias antes de los 3 años de edad, estarán asintomáticos para la edad de 6 años, sin embargo información proveniente de numerosos estudios longitudinales de sibilancias en la niñez, sugieren que la atopía y particularmente el eczema, es el factor de riesgo por sí solo más importante en el desarrollo de sibilancias y en la persistencia de enfermedad. (1, 3, 5)

Para determinar qué combinación de factores que pudieran ser predictivos para la persistencia de sibilancias recurrentes y el desarrollo de enfermedad subsecuente principalmente asma, se realizó el presente trabajo de investigación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, longitudinal, descriptivo, abierto, en pacientes menores de 2 años de edad que se ingresaron al servicio de bronco-pediatria con sintomatología compatible de broncoespasmo, durante el periodo de Enero de 1999 a Diciembre del 2000, con seguimiento posterior de 2 años, de 120 pacientes ingresados, únicamente se pudieron recolectar 23 expedientes, los criterios de inclusión eran pacientes de 2 meses a 2 años de edad, de ambos sexos, previamente sanos, que presentaban sibilancias y que se hospitalizaron durante este periodo, los criterios de exclusión consistían en pacientes que tuvieran expediente incompleto o alguna enfermedad de base ya identificada. Se revisaron los expedientes de 23 pacientes de los cuales 2 se excluyeron por presentar expediente incompleto además de patología neonatal importante quedando 21 pacientes en el grupo, a los cuales se revisaron los siguientes datos: edad, sexo, peso, edad del primer evento de broncoespasmo, antecedentes heredo familiares como asma paterno, materno o en hermanos, dermatitis atópica paterna, materna o en hermanos, rinitis alérgica paterna, materna o en hermanos, presencia de otros familiares con atopía, antecedentes personales no patológicos como presencia de hacinamiento, zoonosis, aerocontaminantes intradomiciliarios, (alfombras, tapetes, peluches), higiene y ventilación adecuada doméstica, tabaquismo pasivo en padre, madre o ambos, alimentación al seno materno durante los primeros 6 meses de vida, introducción de alimentos sensibilizantes antes de los 12 meses de vida, la asistencia a guardería y la presencia de hermanos mayores; antecedentes perinatales como peso al nacimiento; antecedentes personales patológicos como infecciones de vías aéreas superiores frecuentes, antecedente de vómitos frecuentes así como de cuadros sugestivos de dermatitis atópica, rinitis alérgica, o alergia a

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

medicamentos; los días de estancia intrahospitalaria, las manifestaciones clínicas como la presencia de fiebre a su ingreso, tos, rinorrea, rechazo a la vía oral, vómitos, presencia de diarrea, dermatitis atópica, soplos cardiacos, así como los hallazgos pulmonares que incluían la presencia de hipoventilación, tipo de estertores gruesos, finos, sibilancias, espiración prolongada y rudeza respiratoria; el grado de dificultad respiratoria medido con la escala de Silverman Andersen.

Se revisaron también los estudios de laboratorio y gabinete realizados durante su estancia intrahospitalaria, como hallazgos en la biometría hemática, determinación de niveles de IGE, resultados de citología de moco nasal en búsqueda de eosinófilos, exudado faríngeo, coproparasitoscópico en serie de tres, así como los datos encontrados en las radiografías de tórax tomadas a su ingreso o durante su estancia intrahospitalaria, que incluían evidencia de atrapamiento de aire, broncograma aéreo, infiltrados y las que se encontraron normales, así como las que no fueron descritas en los expedientes, se revisaron también los resultados de las series esofagogastroduodenal a los pacientes a quienes les fueron realizadas, se revisaron los días de estancia intrahospitalaria, así como la evolución durante los 2 años siguientes a su ingreso, identificando el número de reingresos posteriores, los diagnósticos de los reingresos, así como el diagnóstico definitivo a largo plazo.

Una vez obtenida la información de los expedientes, se llenaron las hojas de recolección de datos y posteriormente toda la información se colocó en un banco de datos, con esta información, se realizó análisis estadístico descriptivo, utilizando el método de chi-cuadrada, para identificar si existían correlación entre los factores de riesgo encontrados y el desarrollo de enfermedad posterior, así como el diagnóstico a largo plazo. Se consideró a p significativa < 0.05

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

De los 21 pacientes incluidos en el estudio, la edad promedio de internamiento fue de 11.14 meses \pm 6.45 sin correlación para el diagnóstico final ($p = 0.6$). Quince pacientes eran del sexo masculino y 6 del sexo femenino ($p = 0.22$). De los 9 pacientes que posteriormente se les diagnosticó asma, 8 eran hombres y 1 mujer ($p = 0.1$). En cuanto al peso en 20 pacientes era normal éste, 1 con peso alto y 1 con peso bajo con una ($p = 0.3$).

En relación a la edad promedio de inicio del primer cuadro de sibilancias fue de 7.33 \pm 4.8 meses con una ($p = 0.6$), estadísticamente no significativa, que no se correlacionó con el desarrollo de enfermedad posterior.

Los diagnósticos definitivos de los 21 pacientes fueron 8 niños sanos, 9 con asma bronquial, 1 con rinitis alérgica, 3 con enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Analizando los antecedentes heredo familiares, se vio que los pacientes con familiares asmáticos tenían mayor frecuencia de presentar asma a largo plazo, particularmente aquellos hijos de madre asmática, encontrándose con ($p = 0.047$), estadísticamente significativa. (Tabla 1).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 1. Antecedentes Heredo Familiares y su relación con el Diagnóstico Definitivo.

VARIABLE	DIAGNOSTICO DEFINITIVO				
	SANO	RINITIS ALERGICA	ASMA	ERGE	TOTAL
Padre con asma			1		1
Madre con asma	1		2		3
Hermanos con asma			1		1
Padre con rinitis alérgica					
Madre con rinitis alérgica		1	2		3
Hermanos con rinitis alérgica					
Otros familiares alérgicos	1		1		2
Sin antecedentes alérgicos	6		2	3	11
TOTAL	8	1	9	4	21

Dentro de los antecedentes personales no patológicos, se revisaron las siguientes variables, condiciones de hacinamiento estrato socioeconómico alto, medio y bajo, presencia de zoonosis, aerocontaminantes intradomiciliarios que inclufan presencia de alfombras, tapetes o peluches, además de higiene y ventilación inadecuada, tabaquismo en el padre, en la madre o ambos, alimentación al seno materno durante los primeros 6 meses de vida, la introducción a alimentos sensibilizantes antes de los 12 meses de vida, la asistencia a guardería o la presencia de hermanos mayores en el paciente, no se encontraron relación estadísticamente significativa con ($p = 0.6$), con el desarrollo de enfermedad posterior. (Tabla 2).

TABLA 2 Antecedentes Personales No Patológicos y su relación con los Diagnósticos Definitivos.

VARIABLE	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO				TOTAL
	SANO	RINITIS ALERGICA	ASMA	ERGE	
Hacinamiento	5		3	2	10
Nivel socioeconómico alto					0
Nivel socioeconómico medio	4	1	5		10
Nivel socioeconómico bajo	5		4	2	11
Zoonosis	2		4	1	7
Aerocontaminantes Intradomiciliarios	2		4		6
Higiene y ventilación doméstica inadecuada	2		3	1	6
Tabaquismo en el padre	4		3	1	8
Tabaquismo en la madre	1	1	2		4
Ambos padres con tabaquismo	1	1	2		4
Sin alimentación al seno materno durante los primeros 6 meses de vida	5	1	6	2	14
Introducción de alimentos sensibilizantes antes de los 12 meses de vida.	2		6		8
Asistencia a guardería	6	1	6		13
Presencia de hermanos mayores	6	1	7	2	16

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Se obtuvo también el peso al nacimiento de cada paciente para ver la relación con el desarrollo de enfermedad posterior sin embargo no se encontró relevancia estadística con ($p = 0.70$), de los cuales 20 pacientes fueron eutróficos al nacimiento y 1 paciente hipotrófico el cual desarrolló asma posteriormente.

Dentro de los antecedentes personales patológicos se buscaron aquellos que sugirieran el diagnóstico de las siguientes enfermedades como infecciones de vías aéreas superiores de repetición, antecedentes de vómitos frecuentes, cuadro sugestivo de dermatitis atópica, así como de rinitis alérgica, alergia previa a algún alimento y alergia previa a algún medicamento, ya que por lo demás tenían que ser sanos sin enfermedad previa diagnosticada.

De los pacientes que tenían antecedentes de infecciones de vías aéreas superiores de repetición, se encontraron 4 pacientes asmáticos y 1 paciente con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).

De los que tenían antecedentes de afecciones a la piel y cuadro sugestivo de dermatitis atópica, se encontraron 3 pacientes asmáticos. Los antecedentes de vómitos frecuentes, se encontraron los 3 pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico. Solo se encontró un paciente sano con antecedente de reacción alérgica a medicamento, ninguno de los pacientes tuvo antecedente de cuadro sugestivo de rinitis alérgica o alergia a alimentos. 4 de los pacientes que se les diagnosticó asma posteriormente, así como 1 paciente sano, no tenían antecedentes patológicos.

En cuanto a las manifestaciones clínicas y severidad del cuadro no hubo relación con el desarrollo de enfermedad posterior, encontrándose con ($p = 0.67$). (Tabla 3).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 3. Sintomatología clínica de los pacientes hospitalizados por cuadro de sibilancias y su relación con el diagnóstico definitivo.

VARIABLE	DIAGNOSTICO DEFINITIVO				TOTAL
	SANO	RINITIS ALERGICA	ASMA	ERGE	
Tos	8	1	9	3	21
Rinorrea	8	1	7		16
Fiebre	4		3		7
Rechazo a la vía oral	7	1	5		13
Diarrea			1		1
Vómitos			1	3	4
Dermatitis atópica			3		3
Soplos Cardiacos			2	1	3

En cuanto a la presencia de dificultad respiratoria, se calificó con la escala de Silverman Andersen y no se encontró relación estadísticamente significativa para el desarrollo de enfermedad subsecuente, en aquellos pacientes que presentaron algún grado de dificultad respiratoria ($p = 0.38$). De los 21 pacientes hospitalizados, 18 de ellos presentaban algún grado de dificultad respiratoria con 2 a 4 puntos de severidad, 3 de los asmáticos, 5 sanos, 1 con rinitis alérgica y 1 con ERGE presentaban a su ingreso SA grado 2; 5 asmáticos, 1 con ERGE y 1 paciente sano presentaron a su ingreso SA grado 3 y solo 1 paciente diagnosticado con asma posteriormente presentaba a su ingreso SA grado 4.

Dentro de los hallazgos pulmonares tampoco se encontró relación estadísticamente significativa, todos los pacientes presentaban sibilancias, 9 con hipoventilación dentro de los cuales 3 resultaron posteriormente sanos, 5 asmáticos y 1 con rinitis alérgica, 14 de los 21 pacientes presentaron estertores gruesos de estos, 7 resultaron ser asmáticos

posteriormente, 5 sanos, 1 con rinitis alérgica y 1 con ERGE; la rudeza respiratoria se encontró en 5 pacientes, de los cuales, 3 fueron sanos, 2 asmáticos y 1 con rinitis alérgica; a 3 pacientes se les encontró espiración prolongada, de los cuales 2 resultaron ser asmáticos posteriormente y 1 sano; a ninguno de los pacientes se les encontró estertores finos.

Se analizaron también los estudios de laboratorio realizados durante su estancia intrahospitalaria dentro de los cuales incluían biometría hemática, determinación de niveles de IGE, búsqueda de eosinófilos en moco nasal, exudado faríngeo, coproparasitoscópico, radiografía de tórax y serie esofagogastroduodenal, de los cuales únicamente la determinación de IGE la cual se realizó en 15 pacientes, y encontrándose elevada en 6 pacientes, si tuvo relevancia estadística con una ($p = 0.004$), para el desarrollo de asma subsecuente. A los 21 pacientes se les realizaron biometría hemática, encontrándose 6 alteradas con hallazgos de leucocitosis con predominio de linfocitos en 5 de ellos y 1 con anemia, el resto de las 15 biometrías hemáticas realizadas se encontraron dentro de parámetros normales para su edad. La búsqueda de eosinófilos en moco nasal se realizó en 15 pacientes de los cuales 3 resultaron positivas, dentro de estos 1 resultó ser sano a largo plazo, 1 con rinitis alérgica y 1 asmático con ($p = 0.31$) sin relación estadísticamente significativa con el desarrollo de enfermedad posterior. En cuanto al exudado faríngeo se realizó en 18 de los 21 pacientes y en todos se encontró normal con ($p = 0.79$), sin relevancia estadística. Los coproparasitoscópico en serie de tres, se realizaron únicamente en 6 de los 21 pacientes, encontrándose negativos, con ($p = 0.08$).

Se revisaron también los resultados de las radiografías de tórax descritas en los expedientes, encontrándose descritas en 20 de los 21 pacientes estudiados, no se encontraron hallazgos estadísticamente significativos con el desarrollo de enfermedad posterior con ($p = 0.1$). Dentro de los hallazgos buscados se encontraron 4 normales de

estos 2 fueron sanos. 1 con rinitis alérgica y 1 con enfermedad reflujo gastroesofágico, 15 con datos de atrapamiento de aire de estos, 8 resultaron asmáticos a largo plazo y 7 sanos, 1 con datos de broncograma aéreo que resultó con asma como diagnóstico definitivo, en ninguno de los pacientes se encontraron infiltrados.

Se realizaron también estudios contrastados serie esofagogastroduodenal en 8 de los 21 pacientes encontrándose 3 con enfermedad de reflujo gastroesofágico, 1 paciente con grado I y 2 pacientes con grado II, de estos el paciente con grado I presentó remisión del reflujo con tratamiento médico, los otros 2 continúan actualmente en tratamiento, el resto resultaron negativas con ($p = .003$).

En cuanto a los reingresos se presentaron en 10 de los 21 pacientes de estos 7 fueron por broncoespasmo, 1 por gastroenteritis, 1 por gastroenteritis y bronconeumonía y 1 por bronquiolitis.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSION

Se realizó este estudio en pacientes de 2 meses a 2 años de edad que ingresaron con cuadro de sibilancias a hospitalización al servicio de bronco-pediatría del Hospital "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE para ver la evolución a largo plazo e identificar que factores de riesgo presentaban para el desarrollo de enfermedad posterior, de los 110 pacientes que ingresaron con diagnóstico de bronquiolitis o broncoespasmo durante el periodo de Enero de 1999 a Diciembre del 2000, únicamente se pudieron obtener 23 expedientes por una falla en la organización del archivo clínico. De los 23 expedientes, 2 se excluyeron del estudio por no cumplir con los criterios de inclusión ya que presentaban antecedentes de patología neonatal importante y expediente incompleto, esto redujo de manera significativa la población estudiada.

Los criterios para hospitalización por broncoespasmo en nuestro hospital generalmente son cuando no hay buena respuesta al tratamiento del broncoespasmo a las 24 hrs. desde su llegada a urgencias o dependiendo de la gravedad de la dificultad respiratoria. La prevalencia de los diagnósticos a largo plazo, fue similar a otros estudios especialmente para asma, reportándose en algunos estudios desde un 30 a 80% (1,4). En nuestro estudio se encontró una prevalencia para asma de 42.8%, además de otras enfermedades que son diagnóstico diferencial cuando hay sibilancias recurrentes encontramos 14.2% para enfermedad por reflujo gastroesofágico, 4.76% para rinitis alérgica, no se encontraron malformaciones estructurales ni presencia de cuerpos extraños como se reportan en algunas series (1,2), sin embargo es importante considerar el tamaño del estudio por lo que se sugiere ampliar el número de pacientes para descartar este tipo de patologías, en un 38 % de los pacientes estudiados revisando sus expedientes a largo plazo aproximadamente por

un periodo de 2 años posteriores a su ingreso, no se encontró patología alguna considerándose sanos, algunos autores mencionan que aproximadamente 50% no van a presentar enfermedad subsecuente al primer episodio de sibilancias, especialmente si el cuadro de bronquiolitis o broncoespasmo no fue severo y los mas importante que no tengan antecedentes de atopía en la familia (1,3,5).

En cuanto a los factores asociados se buscaron antecedentes heredo familiares comunes que pudieran estar presentes en los pacientes que desarrollaron enfermedad posterior encontrándose relevancia estadísticamente significativa únicamente en los pacientes que desarrollaron asma y tenían antecedentes de familiares directos con asma con $(p = 0.047)$, en otros estudios se menciona una prevalencia de enfermedad mas estrecha en aquellos pacientes cuya madre es asmática, en nuestro estudio no se pudo correlacionar ya que la muestra fue muy pequeña. (1, 2, 3, 8).

Otros factores que buscamos fueron los antecedentes personales no patológicos como el hacinamiento, la presencia de zoonosis, el estrato socioeconómico, la presencia de tabaquismo en los padres, la asistencia a guardería, la falta alimentación al seno materno en los primeros 6 meses de vida, los contaminantes intradomiciliarios, así como la presencia de hermanos mayores ya que se ha visto que son factores muy asociados con el desarrollo de asma en pacientes genéticamente predispuestos y los cuales se pueden modificar en niños considerados de alto riesgo, sin embargo, con ninguno de los factores antes mencionados se encontró relación con enfermedad posterior como lo mencionan en algunas series. (1, 2, 5, 7). Esto no significa que no sean importantes ya que en otras series sí se corrobora que cuando están presentes, tienen mayor predisposición a desarrollar enfermedad, especialmente asma bronquial.(1, 2, 5, 7)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Llama la atención que no se realizaron protocolos de estudio completos a todos los pacientes que ingresaron por sibilancias, esto no nos permite un adecuado seguimiento de los pacientes.

Por último podemos concluir que nuestra población estudiada, se encontraron resultados similares a los que se reportan en estudios realizados en la población mundial, sin embargo es necesario ampliar el número de pacientes estudiados para que se corroboren los otros factores que en este estudio, no se correlacionaron y así poder implementar medidas preventivas. Sin embargo con los resultados de nuestro estudio, si tenemos algún paciente que se hospitalice por cuadro de sibilancias es importante la realización en el paciente del protocolo completo además si se encuentran antecedentes familiares atópicos, así como elevación de IGE y otros factores asociados se podrá llevar mejor seguimiento para disminuir las complicaciones a largo plazo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA

1. Clough JB, Keeping KA, Edwards LC, Freeman WM, Warner JA, Warner JO. Can We Predict Which Wheezy Infants Will Continue to Wheeze?. *Am Respir Crit Care Med.* 1999;160:1473-1480
2. Morton RL MD, Sheikh SH, Corbett ML, Eid NS MD. Evaluation of Wheezy Infant. *Ann of allergy, Asthma & Immunol.* 2001;86: 251-256
3. Klinnert M, Nelson HS, Price MR, Adinoff AD, Leung DY, Mrazek DA. Onset and Persistence of Childhood Asthma: Predictors from Infancy. *Pediatrics.* 2001;108: e 69
4. Saga R MD, Mochizuki H, Tokuyama K, Morikawa A. Relationship Between Bronchial Hyperresponsiveness and Development of Asthma in Wheezy Infants. *Chest.* 2001;119: 685-690
5. Van Asperen PP, Kemp AS, Mukhi A. Atopy in Infancy Predicts the Severity of Bronchial Hyper-responsiveness in later childhood. *J Allergy Clin. Immunol.* 1990;85:790-795

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

6. Eid NS, Shepherd RW, Thompson MA. Persistent Wheezing and Gastroesophageal reflux In Infants. *Pediatr Pulmonol*. 1994;18:39-44

7. Wriath AL, Holberg CJ, Taussing LM, Martinez FD. Relationship of Infant Feeding to Recurrent Wheezing at age of 6. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1995;149:758-763

8. Litonjua AA, Carey VJ, Burge HA, Weiss ST, Gold DR. Parental History and the Risk of Childhood Asthma. Does Mother Confer More Risk than Father?. *Am J Respir Crit Care Med*. 1998;158:176-181

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN