

Introducción

En los últimos años, la prevalencia de la enfermedad alérgica, tanto respiratoria como alimentaria, ha aumentado.¹ Es una causa frecuente de consulta pediátrica en los diferentes niveles de atención. La falta de conocimiento del diagnóstico y manejo de la enfermedad, lleva a que muchos de estos niños sean manejados con dietas y tratamientos que alteran su desarrollo normal y tiene implicaciones sociales, físicas y económicas. Conocer los datos epidemiológicos y clínicos de los pacientes pediátricos menores de 5 años nos permitirá desarrollar estrategias de manejo que incidan en los determinantes de esta enfermedad en nuestra ciudad.

Objetivos

Caracterizar clínica y epidemiológicamente los pacientes pediátricos menores de 5 años atendidos en la consulta de alergología de la Fundación Clínica Valle del Lili.

Métodos

Estudio Descriptivo. Se incluyeron pacientes menores de 5 años atendidos por primera vez en la consulta de Alergología de la Institución, entre Abril de 2014 y Marzo de 2015. Se recolectaron variables socio demográficas y clínicas de los pacientes.

Resultados

Durante el periodo del estudio se atendieron 604 pacientes y se incluyeron 215. La edad promedio al momento de la consulta fue de 32.7 meses (es decir, 2 años y 8 meses). El 53.4% (115) fueron hombres y el 46.6% (100) mujeres. Se hicieron pruebas cutáneas en 137 casos (63.7%); 90 (41.8%) con batería de aeroalergenos 47 con batería de alimentos (21.8%).

TC realizados	TC positivos n (%)
Aeroalérgenos (n=90)	31 (34.4)
Alimentos (n=47)	2 (4.2)
Ambos (n=15)	4(26.6)

Resultados

Diagnóstico inicial	n=215 (%)
Sibilancias (únicas o recurrentes)	100 (46.5)
Dermatitis atópica	69 (31.7)
Rinitis alérgica	64 (29.8)
Alergia alimentaria	17 (7.8)
Urticaria	6 (2.8)
Alergia a medicamentos	5 (2.3)

Sibilantes + FRM positivos (*)	n (%)
Sensibilización (aeroalérgenos)	23 (23.0%)
Historia paterna o materna de asma	7 (7.0%)
Dermatitis atópica	5 (5.0%)
Dos o más de los factores anteriores	12 (12%)

*Basado en criterios mayores del IPAm (Guilbert TH, et al. J Allergy Clin Immunol. 2004; 114: 1282-7). FRM: factores de riesgo mayores

Patología/ FR	AF de atopía	LME*	Parto cesárea	Bronquiolitis Primer año	Prematurez	Exposic. cigarrillo
Sibilancias (n=100)	1.63 (0.88-3.03)	0.98 (0.48-1.98)	0.87 (0.43-1.78)	2.81 (1.42-5.67)	0,56 (0.22-1.36)	0,64 (0,27-1,47)
D. Atópica (n=69)	1,16 (0.61-2.25)	0.82 (0.39-1.70)	1.48 (0.70-3.15)	1.1 (0.54-2.20)	0,38 (0.11-1.10)	0.82 (0,31-1.97)
Rinitis (n=65)	1,2 (0.62-2.38)	1.23 (0.56-2.62)	0.78 (0.35-1.72)	1.18 (0.57-2.38)	1,25 (0.48-3.04)	1.46 (0,60-3,40)
A. Alimentaria (n=17)	1,28 (0.40-4.81)	0,44 (0.8-1.75)	1,17 (0.32-4.79)	1.58 (0.46-4.95)	0.8 (0.09-3.85)	0.33 (0.01-2.31)

*Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses

Conclusiones

Los datos preliminares de nuestro estudio muestran a las sibilancias recurrentes como primera causa de consulta seguida por dermatitis atópica y rinitis alérgicas. A pesar que a la mayoría de estos pacientes sibilantes se les solicitaron pruebas cutáneas, solo se hicieron en la mitad. Esto es una limitación para saber pronóstico del niño, ya que si son positivas indican un diagnóstico de sibilante atópico y adiciona un factor de riesgo importante para el desarrollo de asma en un futuro. Al terminar nuestro estudio esperamos poder: determinar si hay relación o no entre las enfermedades atópicas y los factores de riesgo y factores protectores considerados; y comparar nuestra prevalencia de causa de consulta con la epidemiología mundial reportada.

Bibliografía

1. Asher MI, Montefor S, Björkstén B, et al. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. *Lancet* 2006; 368: 733–43
2. Martinez FD, Wright AL, Taussig LM, et al. Asthma and wheezing in the first six years of life. The GroupHealth Medical Associates. *N Engl J Med* 1995; 332:133.
3. Spycher BD, Silverman M, Kuehni CE. Phenotypes of childhood asthma: are they real? *ClinExp Allergy* 2010; 40:1130.
4. Sherriff A, Peters TJ, Henderson J, et al. Risk factor associations with wheezing patterns in children followed longitudinally from birth to 3(1/2) years. *Int J Epidemiol* 2001; 30:1473.
5. Just J, Gouvis-Echraghi R, Couderc R, et al. Novel severe wheezy young children phenotypes: boys atopic multiple-trigger and girls nonatopic uncontrolled wheeze. *J Allergy ClinImmunol* 2012; 130:103.