



La tos persistente en el niño pequeño. ¿Es asma?

Dra. Yadira Dobarganes Sansón,* Dr. Anselmo Abdo Rodríguez,** Dr. Alejandro Arias Díaz,***
Dr. José Rodríguez Canosa****

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo en 218 niños con edades comprendidas entre 1 y 5 años. Nuestro estudio incluyó niños supuestamente sanos, asmáticos y tosedores persistentes. El 91.6% de los niños clasificados como tosedores crónicos o persistentes presentó antecedentes de atopia, el 86.9% de éstos tuvo pruebas cutáneas inmediatas por punción positivas, siendo posible identificar los factores desencadenantes de los episodios de exacerbaciones de tos en el 73.8% de éstos, en los que además el 90.4% el tratamiento broncodilatador y antialérgico fue satisfactorio. Resultados muy similares a los anteriores exhibieron los niños asmáticos, sin embargo a los primeros les fueron emitidos otros diagnósticos como "bronquitis crónica", "bronquitis asmática", etc. y un por ciento de ellos permanece aún sin diagnóstico.

Palabras clave: Tos persistente, asma bronquial.

ABSTRACT

It was done a descriptive and retrospective study with 218 children with ages rating from 1 to 5. The infantile population included supposedly healthy children's, asthmatic's children and children with chronic or persistent cough. In the 91.6 % of the classified children's within the group of children with chronic or persistent cough were registered with atopic antecedents, the 86.9% had positive immediate skin tests by puncture (Prick test); making possible to identify the unchaining factors of exacerbation of cough in the 73.8 % of them; the bronchodilator and anti-allergic treatment were satisfactory in the 90.4%. Very similar figures to the before ones expressed the asthmatic's children. In spite of it to all had been emitted them other diagnoses as "chronic bronchitis", "asthmatic's bronchitis", etc and a percent of them remained without diagnosis yet.

Key words: Persistent cough, bronchial asthma.

INTRODUCCIÓN - OBJETIVOS

El asma es una enfermedad compleja, con una prevalencia que prácticamente se ha duplicado en las dos úl-

timas décadas, capaz de ocasionar una morbilidad importante en un buen número de individuos y responsable de gastos sanitarios y pérdidas económicas enormes.¹ Constituye una patología que afecta entre un 5 y

* Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral, Diplomada en Alergología. Hospital Universitario "Calixto García".

** Especialista de Segundo Grado en Alergología, Presidente de la Sociedad Cubana de Alergología, Jefe del Servicio de Alergia del Hospital Universitario "Calixto García"; Profesor Titular de la Especialidad y Profesor Auxiliar de Medicina Interna.

*** Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral, Diplomado en Alergología. Hospital Universitario "Calixto García".

**** Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral, Especialista de Primer Grado en Alergología. Hospital Universitario "Calixto García".

Hospital Universitario "Calixto García", Ciudad de la Habana, Cuba.



un 15% de la población mundial y causa aproximadamente 2,000 muertes al año en los países desarrollados y subdesarrollados.²

El diagnóstico de asma en los primeros años de vida puede ser difícil, dadas las características del sistema respiratorio en esa etapa:² Siendo el pulmón menos distensible; la capacidad retráctil y la capacidad residual funcional del sistema respiratorio del niño son inferiores a las del adulto, cuanto más pequeño es el niño menor es el radio de la vía aérea y por tanto mayor la resistencia al flujo aéreo; cuanto mayor es el trabajo respiratorio mayor es el segmento bronquial colapsado; el diafragma tiene menos fibras resistentes a la fatiga respiratoria. Debido al pequeño tamaño de sus bronquios, los síntomas de tos y respiración silbante son frecuentes, siempre que exista inflamación bronquial de cualquier causa, incluso durante los catarros.² Otros procesos como la aspiración de un cuerpo extraño, la presencia de parásitos intestinales y algunas infecciones pueden causar los mismos síntomas.⁴

La exclusión de estos problemas, la existencia de antecedentes familiares, la evidencia de personalidad "atópica", la constatación de obstrucción al flujo aéreo, permitirán el diagnóstico al especialista.⁴ Es imprescindible un diagnóstico y tratamiento adecuado no solo para conseguir el alivio sintomático sino para asegurar un desarrollo ulterior normal del aparato respiratorio y un crecimiento adecuado.³ Desafortunadamente no siempre el asma bronquial es debidamente diagnosticada por los profesionales de la salud los que prefieren utilizar otras denominaciones, e incluso no se toma una conducta consecuente con la patología, especialmente durante la infancia, por consiguiente muchos de estos niños evolucionan hacia la adultez con secuelas orgánicas generalmente irreparables. Por consiguiente, al asma bronquial infantil se le atribuyen terminologías como: "bronquitis", "bronquitis asmática", "bronquitis espástica", "broncoespasmo", "alergia bronquial", "ahoguillo", etc. Esto se debe principalmente a que los médicos no dan el diagnóstico de "asma" hasta que el padecimiento está muy avanzado, usando mejor términos menos impactantes, pues la mayoría de la gente tiene la idea de que el asma es una enfermedad severa, progresiva e incurable, lo cual está muy lejos de ser cierto actualmente.⁴

Como parte de los esfuerzos que realizamos por cumplir nuestro objetivo primordial, que es elevar la calidad de vida del paciente asmático, se hace imprescindible un diagnóstico certero y precoz, para la toma de una conducta adecuada en cada caso, evitando las posteriores secuelas irreversibles originadas por errores diagnósticos y terapéuticas desacertadas.

A tales efectos nos proponemos con esta investigación analizar el comportamiento de los parámetros clínicos, y de laboratorio en los niños tosedores persistentes

y los asmáticos y compararlos con el comportamiento de dichas variables en niños supuestamente sanos e identificar los factores epidemiológicos desencadenantes en las exacerbaciones de la tos persistente infantil, la respuesta al tratamiento broncodilatador y antialérgico así como el por ciento de estos niños a los que les han sido emitidas otras consideraciones diagnósticas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo-retrospectivo en 218 niños con edades comprendidas entre 1 y 5 años, que asistieron a consultas de puericultura, pediatría y alergología en la atención primaria de salud y en el Hospital Universitario "Calixto García", desde el 31 de enero de 1999 hasta el 31 de enero del 2000. Esta población infantil fue dividida en tres grupos para su estudio (*Cuadro I*): (I) Supuestamente sanos: Asintomáticos durante los últimos doce meses, con antecedentes de atopia negativos; (II) Asmáticos: Niños diagnosticados como asmáticos según la clasificación más actualizada y aprobada por el Grupo Nacional de Asma Bronquial y la IAACI (Sociedad Internacional de Asma, Alergia e Inmunología) desde el año 1995, con exacerbaciones durante el último año; (III) Tosedores crónicos o persistentes: Con episodios recurrentes de tos no productiva, nocturna y mantenida por más de 21 días, durante el último año, no asociada a infecciones del tracto respiratorio y acompañada o no de sibilancias y trastornos del sueño.

Cuadro I. Clasificación de la muestra.

Grupos etéreos	Supuestamente sanos		Asmáticos		Tosedores persistentes	
	No.	%	No.	%	No.	%
1-2	24	26.3	9	20.9	29	34.5
2-3	32	35.1	4	9.3	16	19.0
3-4	19	20.8	9	20.9	22	26.1
4-5	16	17.5	21	48.8	17	20.2
Total	91	41.7	43	19.7	84	38.5

Para la inclusión de los niños tuvimos en cuenta la edad, la aprobación de los padres para la realización del estudio, según lo que establece la declaración de Helsinki de 1983. Fueron excluidos todos los niños que estuvieran bajo régimen terapéutico antihistamínico actual y aquellos con patologías agudas de cualquier etiología.

A todos se les aplicó (con la cooperación de los padres) un cuestionario alergológico detallado explorando en este los antecedentes de atopia, las manifestaciones clínicas durante los últimos doce meses, los factores desencadenantes de dichas manifestaciones y la utilización de broncodilatadores para el control de los síntomas presentados, entre otros aspectos. Posteriormente se les realizó las pruebas cutáneas inmediatas por puntura, para lo cual empleamos 9 extractos alergénicos (lana, *Claudosporium*, *Fusarium*, *Monilia*, *Dermatophagoides pteronyssinus*, flor seda, leche de vaca, control e histamina), preparados en el Servicio de Alergología del Hospital Universitario "Calixto García" según las normas establecidas para las estandarizaciones a las diluciones habituales en UNP (Unidades de Nitrógeno Proteico) y con las normas de asepsia establecidas por la OMS.

Impusimos al grupo de niños tosedores persistentes en los periodos de exacerbaciones, tratamiento broncodilatador con salbutamol a las dosis terapéuticas establecidas según el caso y como tratamiento sostenido entre estos periodos utilizamos el cromoglicato disódico y el ketotifeno para lo que tuvimos en cuenta las características individuales de cada paciente.

El procesamiento de la información y los resultados que se analizan y presentan en cuadros y gráficas, fueron procesados y creados utilizando una base de datos en los programas EXCEL y WORD de MICROSOFT OFFICE 2000 con soporte en microcomputadora IBM compatible.

RESULTADOS

En nuestra investigación pudimos constatar que en el 91.6 % de los niños clasificados dentro del grupo de tosedores persistentes se registraron antecedentes de atopia (*Cuadro II*), el 86.9 % tuvieron pruebas cutáneas inmediatas por puntura positivas; siendo posible identi-

Cuadro II. Comportamiento de los parámetros clínicos y de laboratorio en los tres grupos de niños estudiados.

Criterios para el diagnóstico de asma bronquial	Supuestamente sanos		Asmáticos		Tosedores persistentes	
	No.	%	No.	%	No.	%
Antecedentes de atopia	8	8.7	41	95.3	77	91.6
Pruebas cutáneas inmediatas por puntura	21	23	42	97.6	73	86.9

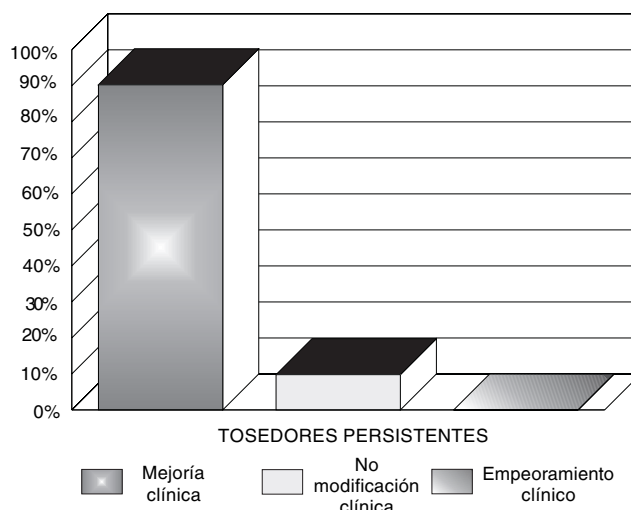


Figura 1. Respuesta al tratamiento broncodilatador y antialérgico.

car los factores desencadenantes de las exacerbaciones de tos en el 73.8 % (*Cuadro III*); el polvo y los cambios climatológicos fueron referidos con mayor frecuencia y la respuesta al tratamiento broncodilatador y antialérgico (*Figura 1*) fue satisfactoria en el 90.4%. Cifras muy similares a las anteriores exhibieron los niños asmáticos, registrándose antecedentes de atopia en el 95.3% y en el 97.6% de éstos las pruebas cutáneas inmediatas por puntura fueron positivas.

Nuestro estudio reveló que al 58.3% de los niños tosedores persistentes les había sido emitido el diagnóstico de "bronquitis crónica"; al 28.5% el de "bronquitis asmática" y un 13% permanecían aún sin diagnóstico (*Figura 2*).

DISCUSIÓN - CONCLUSIONES

Por los resultados obtenidos en esta investigación podemos concluir que en nuestro medio la tos persistente, no asociada a infecciones del tracto respiratorio, frecuentemente desencadenada por alérgenos identificados, en niños con antecedentes de atopia y pruebas cutáneas inmediatas por puntura positivas, responden satisfactoriamente a la terapia broncodilatadora y antialérgica y probablemente constituya una forma de presentación del asma bronquial. Hoy en día se acusa a los médicos generales de sobrediagnosticar esta enfermedad,⁵ sin embargo nuestro estudio demostró que existe una resistencia probada por parte del personal médico para emitir el diagnóstico de asma bronquial, provocando un subregistro de esta patología y por consiguiente la toma de conductas inadecuadas en detrimento de la calidad de vida de nuestros pacientes.

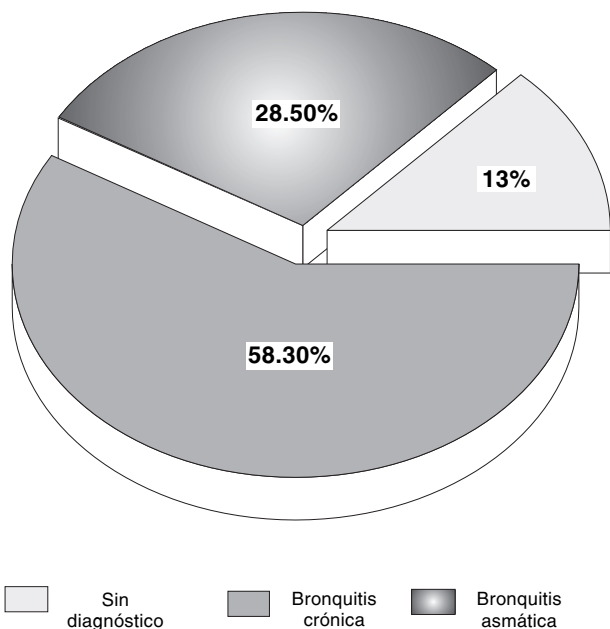


Figura 2. Otras consideraciones diagnósticas emitidas a los niños tosedores persistentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Serra-Battlles J, Plaza V, Morejón E, Comella A, Brugués J. Costs of asthma according to the degree of severity. Hosp General de Vic, Barcelona, España. *Eur Respir J* 1998; 12: 1322-p6.
2. Taussig LM. The conundrum of wheezing and airway hyperactivity in infancy. *Pediatr Pulmonol* 1992; 13: 1-3.
3. Taussig LM, Holberg CJ, Wright AL. Prospective study of wheezing during the first 3 years of life. *Am Rev Respir Dis* 1993; 147: A375.
4. Cobos Barroso N. Fisiopatología de la obstrucción bronquial en el niño con sibilancias. En: *Sibilancias en la primera infancia* Sandoz SAE, Barcelona 1987; 39-49.
5. Farinan AO, Peat JK, Woolcock AJ. Persistent cough: is asthma? St George's Hospital, Kogarah, NSW, Australia. *Arch Dis Child* 1998; 79: 411-14.

Dirección para correspondencia:

Dra. Yadira Dobarganes Sansón
Calle 28 N.4106 e/ 41 y 43. Rpto. Kolhy, Playa
Ciudad de la Habana, Cuba CP 10400
Teléfono: 22-5395
E-mail: alergia@infomed.sld.cu