

Asma: Diagnóstico

TL 301. ANALISIS INDEPENDIENTE DE LAS RESPUESTAS DE PACIENTES Y PADRES EN EL TEST DEL CONTROL DEL ASMA PEDIÁTRICO (ACTP). V. Martínez Piva y cols. Santa Fe, Argentina.

Valeria Martínez Piva¹, Judith Pierini¹, Fernando Meneghetti¹, Hugo Neffen¹.

¹Unidad de Medicina Respiratoria Hospital de Niños "O. Allasia".

Introducción: El objetivo del manejo del asma según GINA 2006 es el control de la enfermedad por consiguiente es importante contar con herramientas fiables y validadas para evaluar el control en la práctica clínica. **Objetivo:** Dado que el ACTP incluye respuestas de pacientes y padres interesa evaluar la coincidencia o discrepancia entre ambos en relación a los parámetros elegidos para evaluar control. **Metodología:** 78 pacientes consecutivos, 49 varones y 29 niñas (edad 5-14 9.2) del Consultorio Externo de Medicina Respiratoria entre Marzo y Abril/07 con asma diagnosticada completaron las cuatro preguntas del ACTP en presencia de la enfermera y posteriormente los padres completaron las 3 correspondientes sin conocer las respuestas de sus hijos. De los 78 pacientes, 26 eran consultas de inicio y 52 revisiones. El ACTP cuyo máximo puntaje es 27, considera que los pacientes están controlados cuando el puntaje es 20 o más. Por debajo de 19, los pacientes están parcialmente controlados o descontrolados. **Resultados:** El máximo puntaje para los niños es 12 y el promedio de sus respuestas fue 7.91 y de los padres cuyo máximo fue 15, el promedio de sus respuestas fue 11.58. Aplicando la prueba de t-pareada en ambos grupos indica diferencias altamente significativas entre ellos $p < 10^{-4}$.

	Media ± Desviación estándar	Mínimo-Máximo
Grupo: Hijos	0,66 ± 0,16	0,25 – 1,00
Grupo: Padres	0,77 ± 0,21	0,13 – 1,00

Esto significa una visión optimista de parte de los padres dado que consideran que los niños están mejor que los que los propios pacientes manifiestan. Paralelamente, evaluando conjuntamente las respuestas de padres e hijos comparamos los resultados entre pacientes nuevos cuyo puntaje promedio fue 16.3 (60.68% del máximo) y revisiones 21.5 (77.9% del máximo) $p < 0.0005$, indicando un mejor nivel de control en los pacientes en tratamiento. **Conclusiones:** El ACT en adultos ha sido validado y recomendado por GINA para evaluar control del asma en mayores de 12 años. El ACTP aún no tiene validación en castellano y nuestros resultados que demuestran la discrepancia entre padres e hijos impone tener en cuenta este aspecto al evaluar su aplicación en la práctica clínica. Ulteriores estudios con mayor número de pacientes nos permitirán mayor precisión al respecto.

TL 235. DESCRIPCIÓN DE LA FUNCIÓN PULMONAR EN NIÑOS DE 6 A 15 AÑOS DE EDAD CON ASMA MODERADA-SEVERA PERSISTENTE CLASIFICADOS POR SÍNTOMAS DE ACUERDO AL NAEPP/GINA. E. Dueñas-Mesa y cols. Bogotá, Colombia.

E. Dueñas-mesa¹, E. Garcia Garcia¹,

¹Fundación Neumologica Colombiana, Bogota,

²Fundación Santa Fe De Bogota, Bogota.

Antecedentes: El NAEPP/GINA clasifica la severidad del asma de acuerdo con los síntomas y la función pulmonar (FP). Se ha observado una falta de correlación entre los síntomas de severidad y las pruebas de FP. **Objetivos:** Describir los niveles de FP prebroncodilatador (%VEF1, %VEF1/CVF, FEF25-75) en pacientes de 6 a 15 años con criterios clínicos de asma moderada-severa (NAEPP/GINA). **Diseño:** Estudio de corte transversal descriptivo. **Material y Métodos:** Niños de ambos sexos entre 6 y 15 años, con asma moderada a

severa según criterios clínicos del NAEPP/GINA entre abril de 2004 y mayo de 2006. A todos se les practicó curva-flujo volumen. Las pruebas se interpretaron siguiendo el criterio del GIN. **Resultados:** 84 niños, 50 con corticoide inhalado (CI), 34 sin tratamiento. Promedio edad: 8.58 ± 2.05 años. La CVF, VEF1, FEF 25-75 y VEF1/CVF presentaron una media \pm DS de $97.65 \pm 12.50\%$, $86.36 \pm 15.10\%$, $70.35 \pm 27.85\%$ y $80.66 \pm 9.28\%$ respectivamente para la población general. Se encontró que el 69.05% del total de niños se clasificaban con una severidad de asma leve según NAEPP/GINA con valores de FEV1 $> 80\%$. La relación VEF1/CVF mostró una distribución mas acorde con la severidad tanto en el total de la población como en el grupo con tratamiento de corticoide inhalado, donde el 64.29% y el 70% presentó obstrucción de la vía aérea respectivamente. Respecto a los flujos espiratorios, el 56.% de los con tratamiento y el 35.29% sin tratamiento presentaron valores anormales. El grupo sin tratamiento presenta una diferencia apreciable entre la clasificación de normalidad y anormalidad para el %FEF25-75, donde la mayoría se clasifican como normales, estos resultados son similares a los de la población total. **Conclusiones:** Según los resultados del estudio, el VEF1 prebroncodilatador no es la mejor prueba de función pulmonar para la clasificación funcional de severidad del asma en niños. Es necesario hacer nuevos estudios que evalúen la concordancia entre los criterios clínicos y funcionales propuestos por la NAEPP/GINA. Se propone prestar mayor atención a otras pruebas de función pulmonar, como la relación VEF1/CVF

TL 010. RESPUESTA BRONCODILATADORA CON DIFERENTES DOSIS DE SALBUTAMOL EN NIÑOS CON ASMA. C. Eguiguren y cols. Buenos Aires, Argentina.

C. Eguiguren¹, C. Kofman¹, S. Fucile¹, A. Colom¹, A. Maffey¹, S. Vidaurreta¹, A. Teper¹,
¹Hospital De Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires.

La respuesta broncodilatadora (RBD) positiva en la espirometría es uno de los métodos diagnósticos del asma. Es de alta especificidad, aunque su sensibilidad es baja debido a que es frecuente que pacientes asmáticos, especialmente los asintomáticos, tengan una RBD negativa. En laboratorios pediátricos se suele administrar 200 mcg de salbutamol por vía inhalatoria para su evaluación. No obstante, es posible que dosis mayores aumenten la sensibilidad de la prueba. **Objetivo:** Determinar la proporción de niños asintomáticos con asma bronquial que presentan RBD positiva con diferentes dosis de salbutamol. **Pacientes y Métodos:** se incluyeron niños entre 5 y 15 años de edad con diagnóstico confirmado de asma, con auscultación normal, sin síntomas respiratorios durante la última semana y sin haber recibido broncodilatadores en las últimas 24 horas. Se realizaron maniobras espirométricas antes y 15 minutos después de administrar 200 mcg de salbutamol. Posteriormente se administraron series de 200 mcg y de 400 mcg (cada 15') y se realizó una espirometría antes de cada una (dosis máxima: 800 mcg). El salbutamol se administró mediante un aerosol presurizado de 100 mcg y aerocámara de doble válvula. En aquellos pacientes cuyo registro de frecuencia cardíaca se incrementó más de un 15% respecto al basal se suspendió la administración de salbutamol antes de alcanzar la dosis máxima. Se consideró RBD positiva cuando el volumen espiratorio en el 1º segundo (FEV1) se incrementó igual o más del 12%. **Resultados:** Se evaluaron 102 pacientes, de los cuales 80 completaron adecuadamente el protocolo, 40 (28 varones, 10.7 ± 2 años) con FEV1 mayor del 80% y 40 (23 varones, 10.9 ± 2 años) con FEV1 menor del 79% del valor predictivo (Knudson). 75 (94%) pacientes alcanzaron la dosis de 800 mcg de salbutamol. El FEV1 promedio en el grupo 80+ fue de 93.8%, 101.3%, 104.2% y 106.3% (basal, 200, 400 y 800 mcg respectivamente) y para el grupo 79- de 67.6%, 79%, 83.8% y 87.1% (basal, 200, 400 y 800 mcg respectivamente). La proporción de pacientes con RBD+ fue de 27.5, 41 y 54.3% ($p=0.02$) en el grupo 80+ y de 67.5, 80 y 92.5% ($p=0.01$) en el grupo 79-, para 200, 400 y 800 mcg, respectivamente. **Conclusión:** La evaluación de la RBD en la espirometría con 800 mcg de salbutamol aumenta la capacidad diagnóstica de la prueba en niños asmáticos asintomáticos.

TL 104. RELACIÓN DEL TEST DE EJERCICIO Y LA PRESENCIA DE TOS CON EL EJERCICIO EN NIÑOS ASMÁTICOS. I. Contreras y cols. Santiago, Chile.

I. Contreras¹, C. Pinochet², M. Martínez², J. Catalán², R. Meyer¹, P. Cox¹, M. Linares¹,

¹Hospital Padre Hurtado, Santiago,

²Universidad Del Desarrollo, Santiago.

Introducción: el Test de ejercicio (TE) se solicita en niños asmáticos que refieren síntomas con el esfuerzo, aunque algunos son asintomáticos y tienen TE positivo. **Objetivo:** determinar la relación entre el TE y la presencia de tos desencadenada por el esfuerzo en niños asmáticos. **Material y método:** se revisaron 222 fichas de niños mayores de 3 años, ingresados al Hospital Padre Hurtado con el diagnóstico clínico de asma. Se consideró un TE positivo a una caída máxima del PEF igual o mayor al 15% o un índice de labilidad mayor de 20. La presencia de tos con el esfuerzo fue determinada por el registro de la ficha clínica estándar. **Resultados:** la edad promedio fue de 7,9 años (3- 15,4 años), el 36% fueron mujeres. El 64 % estaba recibiendo corticoides inhalados. La sensibilidad y especificidad del TE para diagnosticar obstrucción con el ejercicio fue del 18 y 88% respectivamente. Se encontró un TE positivo en 35 niños (16%), de los cuales 7 (20%) no acusaron síntomas en la anamnesis. El TE positivo se relacionó significativamente con el antecedente de dermatitis atópica (P 0,002), rinitis alérgica (P 0,009), obstrucción en la IOS o en la espirometría (P 0,002) y respuesta significativa al broncodilatador (P 0,006). **Conclusiones:** en el grupo aquí estudiado, un porcentaje de niños con TE positivo no refirieron tos provocada por el esfuerzo, por lo que sugerimos que el TE, en el niño con diagnóstico clínico de asma, debe considerarse en forma independiente de los síntomas obtenidos en la anamnesis.

TL 249. ASMA NO CONTROLADA Y REFLUJO GASTROESOFÁGICO (RGE). V. Rodríguez y cols. Buenos Aires, Argentina.

V. Rodríguez¹, G. Donato², A. Teper¹, M. Orsi², S. Vidaurreta¹, C. Kofman¹,

¹Hospital De Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires,

²Hospital Italiano, Buenos Aires.

Los corticoides inhalados y su combinación con β_2 de larga duración y/o antagonistas de los leucotrienos controlan los síntomas del asma en la gran mayoría de los pacientes. Sin embargo factores tales como RGE y patología de VAS, pueden ser responsables de la persistencia de los síntomas a pesar de un tratamiento adecuado. **Objetivo:** establecer la prevalencia de RGE en niños con asma sin respuesta al tratamiento y evaluar el efecto del agregado de omeprazol sobre el control de los síntomas y la función pulmonar. **Material y métodos:** Estudio prospectivo y experimental. Se incluyeron pacientes de 6 a 14 años con asma persistente moderado o severo y evidencia demostrada de control inadecuado de los síntomas (cartilla). Se realizó pHmetría e impedanciometría intraluminal multicanal. Los pacientes con diagnóstico de RGE fueron medicados con omeprazol 2 mg/kg/d (max 40 mg/d) agregado a su tratamiento habitual. Se repitió pHmetría mensualmente (máximo 3) hasta alcanzar un resultado normal. La respuesta al tratamiento fue evaluada mediante el porcentaje de días de control total de síntomas (%DCT) en los últimos 30 días y espirometría al inicio y al final del tratamiento. **Resultados:** Ingresaron al protocolo 36 pacientes, de los cuales 19 presentaron pHmetría patológica (53%). Diez (edad media de 11 ± 2 años) completaron el tratamiento. El %DCT fue 60 ± 44 y 85 ± 31 ($p=0.049$); el FEV1 fue 85 ± 12 y 88 ± 16 (NS); el FMF fue 76 ± 24 y 82 ± 26 (NS), antes y después del agregado de omeprazol respectivamente. **Conclusiones:** Más de la mitad de los niños con asma no controlada con la medicación habitual presentan RGE. El tratamiento con omeprazol mejora la evolución clínica de estos pacientes.

TL 048. CALORIMETRIA INDIRETA EM ADOLESCENTES ASMÁTICOS. F. Benedetti y cols. Porto Alegre, Brasil.

F. Benedetti¹, G. Fischer¹, E. Mello¹, V. Bosa¹,

¹Programa De Pós-graduação Em Medicina - Pediatria, Porto Alegre.

Introdução: A Calorimetria Indireta (CI) é um importante preditor das necessidades energéticas em adolescentes asmáticos, uma vez, que os estudos demonstram aumento do excesso de peso nesta população. **Objetivo:** Avaliar o gasto energético de repouso (GER) em adolescentes asmáticos com excesso de peso e comparar com as fórmulas de perdação (Harris Benedict; 1919 e FAO/WHO; 1995). **Metodologia:** Estudo de caso-controle incluindo 44 pacientes de 10 a 18 anos sendo pareados por idade e sexo, com diagnóstico de asma, acompanhados em ambulatório de referência de dois hospitais infantis (Brasil) há mais de um ano. O excesso de peso foi definido de acordo com os percentis de Índice de Massa Corporal (IMC) proposto por Must (1992), classificação de Frisancho (1990). A CI foi aferida utilizando-se técnicas padronizadas e os resultados serão apresentados em média e desvio padrão, e as diferenças analisadas com teste t para amostras independentes e pareadas. **Resultados:** Cada grupo era composto por 22 adolescentes com excesso de peso e 22 adolescentes eutróficos, sendo 9 do sexo feminino e 13 do sexo masculino em cada grupo apresentando idade média de (12,50 ± 2,41 anos). Respectivamente os grupos apresentavam peso (58,36 ± 14,38Kg) e (43,19 ± 9,48Kg); estatura (1,52 ± 0,13m) e (1,51 ± 0,11m); IMC (24,95 ± 2,74Kg/m²) e (18,84 ± 2,11Kg/m²); GER/CI (1781,90 ± 1071,43Kcal) e (1536,25 ± 530,85Kcal/dia); GER/Harris Benedict (1489,43 ± 222,05Kcal/dia) e (1309,40 ± 155,97Kcal/dia); GER/FAO-WHO (1576,23 ± 238,01Kcal/dia) e (1350,34 ± 153,90Kcal/m) no grupo excesso de peso e eutrófico. O GER/CI não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos e também quando comparados com as fórmulas de predição. **Conclusão:** O grupo com excesso de peso não apresentou diferença no GER quando comparado com os eutróficos. As fórmulas de predição para o GER se assemelham com os valores encontrados na CI.

TL 302. PADROES DIFERENTES DE CELULARIDADE EM ESCARRO INDUZIDO EM CRIANCAS ASMATICAS ATOPICAS E NAO-ATOPICAS. A. C. Drews y cols. Porto Alegre y Florianópolis, Brasil.

A.C. Drews¹, M.M. Pizzichini¹, E. Pizzichini¹, D. Escouto¹, L. Massuco¹, A. C. Dias¹, G. L. Barbosa¹, M. U. Pereira¹, P. M. Pitrez¹, M. H. Jones¹, R. T. Stein¹,

¹Hospital São Lucas da PUCRS-Porto Alegre-RS-Brazil y NUPAIVA-UFSC, Florianópolis, SC, Brazil.

Introdução: Os fenótipos de asma estão bem descritos na infância. O exame de escarro induzido (EI) é um método válido para avaliar inflamação nas vias aéreas e em outras doenças respiratórias em crianças e adultos. Há poucos estudos comparando inflamação de vias aéreas e fenótipos de asma em crianças. Este estudo avalia as características citológicas de EI crianças com asma atópica e não-atópica comparados a um grupo controle de crianças saudáveis. **Métodos:** Sete e sete crianças (idade média de 13 (+0.97) anos) que participaram no estudo ISAAC-fase II no sul do Brasil foram avaliados e agrupados como: asma atópica (AA, n=28), Asma não-atópica (ANA, n=29), e não-asma/não-atopia (NANA, n=19). Os sujeitos responderam ao questionário ISAAC e realizaram testes cutâneos a alérgenos comuns. Os critérios de exclusão mais importantes eram incapacidade de realizar espirometria adequadamente, FEV1 menor de 75% do previsto, uso corticóide oral ou inalado nos 30 dias anteriores, exacerbação de asma ou rinite, e infecção respiratória nos 30 dias prévios. O EI era processado no próprio local e as contagens dos diferenciais celulares eram feitos mais tarde. **Resultados:** EI foi realizado com sucesso em 54 (70.1%) crianças (21 AA, 20 ANA e 13 NANA). Dados demográficos e FEV1 médio eram semelhantes nos 3 grupos. A percentagem de eosinófilos [mediana (IQR)] era significativamente maior no EI dos AA [6.0 (12)] comparado com os ANAs [0 (2)] e NANAs, [0 (1)], p<0.001. A proporção de crianças com eosinofilia no escarro (eos > 3%) era significativamente maior nos AA (71.4%) que nos ANAs (28.6%); nenhum dos NANA apresentava eosinofilia no escarro (p <0.001). Contagem média de neutrófilos era maior entre os ANA, comparados com os AA e NANA. **Conclusão:** Os resultados sugerem que eosinofilia por EI na via aérea é o achado mais frequente entre os asmáticos atópicos, enquanto que neutrofilia era o achado mais comum entre os asmáticos não-atópicos.

TL 170. DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA VALORAR LA ADHERENCIA AL USO DE INHALADORES DE DOSIS MEDIDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS ASMÁTICOS.

C. Rodríguez Martínez y cols. Bogotá, Colombia.

C. Rodríguez Martínez¹, M. Sossa Briceño²,

¹Clínica Infantil Colsubsidio, Bogotá,

²Clínica Colsánitas, Bogotá.

Introducción: Las terapias controladoras para el asma son susceptibles a baja adherencia, debido entre otros motivos, a que deben administrarse por largos períodos de tiempo, aún en períodos asintomáticos de la enfermedad. No disponemos de un cuestionario validado de auto-informe para determinar la adherencia al uso de inhaladores de dosis medida (IDM) en pacientes pediátricos asmáticos. **Objetivo:** Diseñar y validar un cuestionario para evaluar la adherencia al uso de IDM para ser completado de los padres de pacientes pediátricos asmáticos.

Materiales y Métodos: Las 6 preguntas que conforman el cuestionario de adherencia a inhaladores (CAI) se obtuvieron de la revisión bibliográfica, realización de grupos focales, y la experiencia de los investigadores. La validez de criterio concurrente se evaluó utilizando el peso de los cartuchos de los IDM como patrón de oro o gold standard. Además se evaluó la validez de apariencia, de contenido, y la confiabilidad test-retest del cuestionario. **Resultados:** Se incluyeron 64 pacientes (3.6 ± 2.2 años). El puntaje del CAI se correlacionó positivamente con el valor absoluto de la diferencia (100-%adherencia al uso del IDM) (ρ de Spearman = 0.42, $p = 0.001$). La sensibilidad del CAI para detectar pacientes no adherentes fue 75% (IC 95%: 30.1-98.7%), el valor predictivo positivo 30.0% (IC 95%: 10.8-60.3%), y razón de probabilidad positiva 2.57 (IC 95%: 1.11-5.97). Se demostró además una adecuada confiabilidad test-retest (coeficiente de correlación-concordancia de Lin (rc): 0.82 (IC 95%: 0.748-0.904). **Conclusiones:** El CAI es un instrumento válido, confiable, rápido, económico y fácilmente aplicable en la práctica clínica diaria para cuantificar la adherencia al uso del IDM en pacientes pediátricos asmáticos por parte de sus padres. Se considera por lo tanto que es un instrumento útil que puede ser usado en la práctica clínica e incluso con fines de investigación.

TL 055. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN NIÑOS ASMÁTICOS BRASILEÑOS: PROPIEDADES SICOMÉTRICAS DEL PEDIATRIC ASTHMA QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE. E. Sarria y cols. Porto Alegre, Brasil.

E. Sarria¹, R. Mattiello², G. Fischer³, V. Hirakata⁴,

¹Ppg Em Medicina - Pneumologia, Ufrgs,

²Ppg Em Medicina - Pediatría, Ufrgs,

³Serviço De Pneumologia Pediátrica Do Hcsa,

⁴Gppg Do Hcpa.

Introducción: El Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ) (Juniper, 1996) es un cuestionario específico bastante conocido que evalúa Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en niños asmáticos. Existen diversas versiones lingüísticas pero no existen publicaciones que estudien las propiedades sicométricas de la versión en portugués brasileño, desarrollada por el MAPI Research Institute. **Objetivos:** estudiar las propiedades sicométricas del PAQLQ y compararlas con las del cuestionario de CVRS genérico, PedsQL. **Métodos:** Aplicamos el PAQLQ, por entrevista y en 2 ocasiones, a 120 niños asmáticos entre 8 y 17 años de edad, con seguimiento en uno de dos ambulatorios de neumología pediátrica en Porto Alegre, Brasil. Aplicamos el PedsQL (Varni, 1999) inmediatamente después del PAQLQ. Las propiedades sicométricas estudiadas fueron Confiabilidad, a través del Coeficiente Alfa de Cronbach (CAC), y Sensibilidad a los Cambios, estimando el Tamaño del Efecto (TE). Para comparar PAQLQ y PedsQL analizamos el nivel de correlación (r de Pearson) total y entre escalas similares. **Resultados:** La edad media fue de 11,2 años y 69% fueron niños. El score Global (test/retest) del PAQLQ tuvo un CAC de 0,93/0,93; la escala de Síntomas, 0,86/0,86; la de Emociones, 0,77/0,65; y la de Limitación de Actividades, 0,77/0,65. El TE Global fue de 0,78; de la escala Síntomas, 0,63; de Emociones, 0,76 y de Limitación de Actividades 0,75. El PedsQL tuvo una CAC Global de 0,77/0,89; la escala Física, 0,56/0,77 y la escala Sico-Social 0,74/0,85. El TE Global fue 0,29; el de la escala Física 0,05 y de la Sico-Social, 0,05. Las correlaciones fueron, para los scores Globales, $r = 0,18/0,69$, para las escalas Emociones, $r = 0,24/0,68$ y para

las escalas Físicas, $r=0,28/0,56$. **Conclusiones:** El PAQLQ demostró buena Confiabilidad y Sensibilidad a los Cambios, con mejores resultados que los del PedsQL. La correlación entre ambos fue mejor en el retest, posiblemente por la percepción subjetiva de mejoría del asma entre ambas evaluaciones. **Apoyo:** CNPq

TL 057. COESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN NIÑOS BRASILEÑOS CON ASMA. E.

Sarria y cols. Porto Alegre, Brasil.

E. Sarria¹, R. Mattiello², G. Fischer³,

¹Ppg Em Medicina - Pneumologia, Ufrgs, ,

²Ppg Em Medicina - Pediatría, Ufrgs, ,

³Serviço De Pneumologia Pediátrica Do Hcsa.

Introducción: El Asma es una neumopatía crónica que afecta niños y adultos, con diversos grados de compromiso de la calidad de vida. En niños, el apoyo familiar es fundamental para obtener el mejor control posible de la enfermedad. **Objetivo:** Evaluar la coesión y la adaptabilidad familiar de niños con asma, mediante la aplicación del cuestionario Family Adaptability and cohesion Evaluation Scales (FACES III). **Métodos:** Se aplicó el FACES III, por entrevista, a los adultos responsables de 111 niños asmáticos del programa de asma de Porto Alegre con seguimiento en los servicios de neumología pediátrica de uno de dos hospitales locales. El cuestionario evalúa las dimensiones cohesión y adaptabilidad, alternadamente, a través de 20 preguntas. Según la cohesión, las familias pueden ser: No Relacionadas (NR), Semi Relacionadas (SR), Relacionadas (Re), o Aglutinadas (A). Según la Adaptabilidad: Caóticas (C), Flexibles (F), Estructuradas (E) y Rígidas (Ri). En ambas dimensiones, las categorías extremos son las menos adecuadas. Los adultos fueron agrupados conforme nivel de escolaridad para el análisis en Básico, Primario y Secundario. **Resultados:** La edad media fue de 11.14 años y 71% eran varones. La distribución de las familias según la cohesión fue: NR, 8.8%; SR, 20.8%; Re, 36%; A, 23.2%. Según la adaptabilidad: C, 17.6%, F, 23.5%, E, 17.6% y Ri, 41.2%. Cuando considerada la escolaridad del adulto responsable, a menor escolaridad, mayor número de familias en los extremos (NR, 75%). Y a menor escolaridad, mayor número de familia Ri (54%). **Conclusiones:** Las familias de niños con Asma en esta muestra de Río Grande do Sul, Brasil, presentan una tendencia a los extremos, tanto en la cohesión como en la adaptabilidad, siendo el nivel de escolaridad de los adultos inversamente proporcional a esta tendencia. La cohesión en el sentido de poco relacionamiento, y la adaptabilidad en el sentido de rigidez familiar. **Apoyo:** CNPq

TL 126. RELACIÓN CAUSA EFECTO ENTRE TABAQUISMO Y ASMA EN ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS EN CARTAGENA DE INDIAS. J. Escamilla Arrieta y cols. Cartagena, Colombia.

J. Escamilla Arrieta¹, J. Morales¹, E. Osorio¹, S. Sepulveda¹, I. Gil Belalcazar¹,

¹Universidad De Cartagena, Cartagena.

Introducción: A pesar de los avances científicos y la comprensión de la patogenia, el asma continúa siendo una enfermedad que aumenta en frecuencia y severidad. Factores varios, especialmente ambientales, como el humo del tabaco explican este incremento. Siendo la adolescencia una edad de especial vulnerabilidad hacia el tabaquismo, es importante evaluar esta relación. **Objetivo:** Determinar la relación existente entre tabaquismo y asma en adolescentes de 10 a 19 años en la ciudad de Cartagena. **Metodología:** Estudio de casos y controles, mediante encuesta a estudiantes de 10 a 19 años de distintos colegios de la ciudad de Cartagena. **Resultados:** Se analizaron 1372 encuestas; de estos el 13,9% cumplen con el diagnóstico epidemiológico de asma. El 46,07% de ellos tenían exposición al humo del cigarrillo, (13,6% tenían tabaquismo activo y el 32,46% tabaquismo pasivo). Al evaluar la relación con la prevalencia de asma se encontró un riesgo relativo de 1,34 (significancia estadística $p = 0,037$ – Yates corregido). **Conclusiones:** La población adolescente en la ciudad de Cartagena se encuentra altamente expuesta al humo del cigarrillo, tanto en forma pasiva como activa, la cual inicia a edades tempranas, encontrándose un significativo riesgo relativo de 1,34 y un riesgo atribuible de 4,1 (OR 1,4) para la presencia de asma. Los médicos y pediatras tenemos un papel fundamental en la promoción y prevención, mediante la consejería a los adolescentes y su familia acerca de los efectos nocivos del cigarrillo.