

## Respuesta de los autores

### Authors' Reply

Sr. Director:

Agradeciendo a Arnedo Pena et al sus interesantes comentarios sobre nuestro artículo<sup>1</sup> y, sobre todo, el tono cordial en que los realizan, deseáramos hacer algunas matizaciones.

Como señalan los autores, su artículo "Incidencia de asma y factores de riesgo en una cohorte de escolares desde los 6-7 años hasta los 14-15 años en Castellón, según el Estudio Internacional de Asma y Alergias en la Infancia (ISAAC)"<sup>2</sup> se publicó en *Medicina Clínica* con posterioridad (30 de junio de 2007) al envío de nuestro original a ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA, por lo que lamentablemente no teníamos noticia de su interesante trabajo, en parte comparable en objetivos y metodología al nuestro, y que hubiera sido enriquecedor discutir.

El estudio ISAAC (<http://isaac.auckland.ac.nz>) no se plantea entre sus objetivos seguimiento de cohortes, sino que basa su metodología en la realización de cortes transversales a distintos grupos de niños en distintos momentos. De hecho, la publicación de los principales resultados obtenidos en España se realizó como cambios en la prevalencia de asma entre las fases I y III (2 cortes transversales a distintos grupos de niños de 6-7 años y adolescentes de 13-14 años, en 1994-95 y 2002-2003)<sup>3</sup>. En este trabajo, y en la metodología de ISAAC, fundamentamos nuestra afirmación de que ISAAC no podía estimar la incidencia de asma.

Una cuestión diferente es que algunos grupos participantes en ISAAC hayan utilizado, de forma coherente, la infraestructura y la información generada por su participación para realizar un seguimiento de los escolares de 6-7 años estudiados en la fase I en 1994, volviéndolos a estudiar en 2002, diseño que sí permite realizar las estimaciones de incidencia aportadas por los autores.

Los autores de la carta lamentan, con razón, no disponer del número absoluto de casos de asma, lo que podría ayudar a comprender las diferencias de incidencia entre Huelva y Castellón. Durante el período total de seguimiento, aparecieron un total de 37 casos (10,1%) entre los 365 que no presentaban asma en el primer estudio. Los casos nuevos aportaron 244 personas-año de seguimiento, que junto a las 2.113,6 personas-año de seguimiento para el resto suman un total de 2.357,6 personas-año. La incidencia anual, por tanto, es de 15,69 por cada mil personas-año (37/2.357,6). Si hubiésemos asumido el inicio de su asma a mitad de período, el tiempo de seguimiento de los casos se habría reducido a la mitad, 122 personas-año, y la incidencia anual habría resultado de 16,55%.

En cuanto a las posibles explicaciones para las diferencias de incidencia de asma entre las 2 ciudades, estamos básicamente de acuerdo con los autores. Sin embargo, creemos que todos los

supuestos indicados lo que harían sería reafirmar la diferencia encontrada entre ambas ciudades. Con respecto a las definiciones de caso, la exigencia de sibilancias en el último año, acompañada de prueba de provocación bronquial positiva, teóricamente sería una definición más restrictiva de asma, por lo que tendríamos menor incidencia. Los jóvenes de Huelva tenían una edad superior en el seguimiento, cuando teóricamente el asma empezaría a reducir su incidencia. La mayor proporción de varones implicaría también una menor incidencia de asma, dado que es más frecuente en mujeres a estas edades. Las pérdidas en el seguimiento son discretamente inferiores en nuestro estudio (un 55% de respuesta), y se analiza la falta de respuesta descartando la existencia de algún sesgo de selección. Todo ello nos hace pensar que existen unas diferencias reales en la incidencia de asma entre ambas poblaciones.

Nos congratulamos, junto con los autores del estudio de Castellón, de haber podido aportar estimaciones sólidas de incidencia de asma en niños y jóvenes. Estos datos son coherentes con la evidencia internacional ya publicada de la importante variabilidad de esta enfermedad, tanto dentro de un país como entre distintos países<sup>4,5</sup>.

### Bibliografía

1. Pereira A, Sánchez JL, Maldonado JA, Sánchez I, Gil FL, García D. Incidencia de asma en 2 etapas de la vida: niños y adultos jóvenes de la ciudad de Huelva. *Arch Bronconeumol*. 2008;44:464-70.
2. Arnedo A, Bellido JB, Pac MR, Artero A, Campos JB, Museros L, et al. Incidencia de asma y factores de riesgo en una cohorte de escolares desde los 6-7 años hasta los 14-15 años en Castellón, según el Estudio Internacional de Asma y Alergias en la Infancia (ISAAC). *Med Clin (Barc)*. 2007;129:165-70.
3. García-Marcos L, Quirós AB, Hernández GG, Guillén-Grima F, Díaz CG, Urena IC, et al. Stabilization of asthma prevalence among adolescents and increase among schoolchildren (ISAAC phases I and III) in Spain. *Allergy*. 2004;59:1301-7.
4. Aguinaga Ontoso I, Arnedo Pena A, Bellido J, Guillén Grina F, Morales Suárez Varela M por el Grupo Español del Estudio ISAAC. Prevalencia de síntomas relacionados con el asma en niños de 13-14 años de 9 poblaciones españolas. Estudio ISAAC. (International Study of Asthma and Allergies in Childhood). *Med Clin (Barc)*. 1999;112:171-5.
5. Pearce N, Sunyer J, Cheng S, Chinn S, Björkstén B, Burr M, et al. on behalf of the ISAAC Steering Committee and the European Community Respiratory Health Survey. Comparison of asthma prevalence in the ISAAC and the ECRHS. *Eur Respir J*. 2000;16:420-6.

Antonio Pereira Vega<sup>a,\*</sup>, José Luis Sánchez Ramos<sup>b</sup>, José Antonio Maldonado Pérez<sup>a</sup> y Francisco Luis Gil Muñoz<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España

<sup>b</sup>Departamento de Enfermería, Universidad de Huelva, Huelva, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: apv01h@saludalia.com (A. Pereira Vega)