

3. Wells AU. Infliximab in extrapulmonary sarcoidosis: tantalising but inconclusive. *Eur Respir J*. 2008;31:1148-9.

Marta Cufí-Benet<sup>a,\*</sup>, Carles Sabadell<sup>b</sup> y Oriol Codina<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital de Figueres, Figueres, Girona, España

doi:10.1016/j.arbres.2009.06.002

<sup>b</sup>Servicio de Neumología, Hospital de Figueres, Figueres, Girona, España

<sup>c</sup>Servicio de Reumatología, Hospital de Figueres, Figueres, Girona, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mcufi@hotmail.com](mailto:mcufi@hotmail.com) (M. Cufí-Benet)

## Incidencia de asma en población escolar

### *Asthma incidence in a school population*

Sr. Director:

Hemos leído con mucho interés el artículo de Pereira Vega et al<sup>1</sup> titulado "Incidencia de asma en 2 etapas de la vida: niños y adultos jóvenes de la ciudad de Huelva", uno de los escasos estudios que se han publicado hasta la fecha sobre la incidencia de asma en niños de nuestro país<sup>2</sup>. En el artículo se menciona que los estudios ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood), llevados a cabo por García-Marcos et al<sup>3</sup> sobre la prevalencia de asma, no han permitido estimar la incidencia de esta enfermedad. A este respecto, hemos de manifestar que sí ha sido posible estimarla y que los resultados se publicaron en 2007<sup>4</sup>; suponemos que cuando se envió el original a ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA (20-6-2007) aún no estaba publicado nuestro trabajo.

El ISAAC estudió a escolares de 6-7 y 13-14 años en 2 fases, la primera en 1994 y la segunda en 2002. En Castellón se estudió a 3.607 escolares de 6-7 años en la primera fase (participación del 80,1%), y una cohorte de 1.698 de estos escolares que en 1994 no presentaban asma volvió a estudiarse 8 años más tarde, cuando contaban 14-15 años. La determinación de caso de asma se basó en un cuestionario escrito, que contestaron los escolares y que se complementaba con otro cuestionario al que respondían los padres. La definición de caso nuevo de asma fue la respuesta afirmativa a las cuestiones "asma alguna vez", "asma diagnosticada por un médico" o "en tratamiento actual para el asma" entre los escolares sin asma en 1994.

Hubo 108 casos nuevos en la cohorte. Así, la incidencia acumulada de asma durante los 8 años fue del 6,4% (108/1.698), que representaría una incidencia aproximada de 8,2 casos por 1.000 personas/año. Para el cálculo del denominador en personas/año asumimos el inicio del asma a mitad del período (a los 4 años de seguimiento), ya que no disponemos del momento exacto del diagnóstico; de manera que los 108 casos suponen 432 personas/año y el resto de niños, 12.720 personas/año, total 13.152 personas/año.

La incidencia de asma estimada en Huelva fue de 15,69 por 1.000 personas/año. Tal vez una mención del número absoluto de casos nuevos de asma habría ayudado a comprender mejor las diferencias de incidencia entre Huelva y Castellón, que pueden atribuirse a: a) diferentes definiciones de caso (basada en cuestionario frente a basada en broncoprovocación y cuestionario); b) distintas edades estudiadas (6-7 frente a 11-16

años al inicio); c) diferencias en sexo (más varones en Huelva); d) problemas de representatividad y sesgo de selección en los estudios debido a las pérdidas de seguimiento en los 2 cortes transversales, y e) diferencias reales entre poblaciones y entorno (Huelva frente a Castellón). Respecto a este último punto, según el estudio ISAAC, la población escolar de Castellón ha presentado prevalencias bajas de asma en relación con otras zonas de España<sup>5</sup>.

En los 2 trabajos se observa la importancia de esta enfermedad en la edad infantil y se constata la dificultad de lograr una participación elevada en el seguimiento. Ahora bien, conviene recordar que la estimación de la incidencia en el ISAAC fue posible por la realización de 2 cortes transversales en la misma población en 2 momentos diferentes. No obstante, la validez de este diseño para contribuir al conocimiento de la epidemiología del asma en nuestro entorno y su vertiente preventiva es manifiesta<sup>6</sup>. Felicitamos a los autores por llevar a cabo su estudio, conociendo el esfuerzo y dedicación que precisa.

## Bibliografía

- 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.
- Torrent M, Sunyer J, García R, Harris J, Iturriaga MV, Puig C, et al. Early-life allergen exposure and atopy, asthma, and wheeze up to 6 years of age. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007;176:446-53.
- García-Marcos L, Quirós AB, Hernández GG, Guillén-Grima F, Díaz CG, Ureña 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.
- 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.
- Carvajal-Ureña I, García-Marcos L, Busquets-Monge R, Morales-Suárez M, García de Andoni N, Batllés-Garrido J, et al. Variaciones geográficas de la prevalencia de síntomas de asma en niños y adolescentes españoles. *International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) fase III España*. *Arch Bronconeumol*. 2005;41:659-66.
- Antó JM. The causes of asthma: the need to look at the data with different eyes. *Allergy*. 2004;59:121-3.

Alberto Arnedo-Pena<sup>a,\*</sup>, Juan Bautista Bellido-Blasco<sup>a</sup> y Ricardo Tosca-Segura<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Sección de Epidemiología, Centro de Salud Pública, Castellón, España

<sup>b</sup>Servicio de Pediatría, Hospital General, Castellón, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [arnedo\\_alb@gva.es](mailto:arnedo_alb@gva.es) (A. Arnedo-Pena)

doi:10.1016/j.arbres.2009.06.003