

Tabla a. **Nuevo índice sobre frecuencias de sibilancias**

- Sibilancias precoces (**EW**): algún episodio antes de los dos o tres años de edad.
- Sibilancias persistentes (**Persistent EW**): episodios en el último año evaluado a los dos y tres años.
- Sibilancias frecuentes precoces (**EFW**): ≥ 4 crisis en el último año evaluado a los dos ó tres años.
- Sibilancias frecuentes persistentes (**Persistent EFW**): ≥ 4 crisis en el último año evaluado a los dos y tres años. La validación mostró unos resultados similares sobre el riesgo de asma a los siete años entre la aplicación de IPA en la cohorte de Tucson (utilizada para el desarrollo del índice) y la cohorte de Leicester (OR IPA estricto 9,8 y OR 8,2 respectivamente) (los que son IPA + tienen 9,8 (en la muestra de Tucson) o 8,2 (en la muestra de Leicester) veces más probabilidad de ser asmáticos).

Cuando se analiza la cohorte del estudio con ambos índices (el nuevo propuesto y el IPA) se obtienen unos resultados comparables. Nuevo índice-EFW: S: 41(34-48) %, E: 91(89-92) %, VPP: 36%(30-42), VPN: 92 (91-93)%, LR+:4,56 (vs. IPA estricto: S: 37%(30-44), E: 93% (92-95), VPP: 40% (32-48), VPN: 93% (91-94), LR+: 5,29).

En el estudio se realiza un análisis de sensibilidad, en la que se muestran los resultados de la validez de los dos índices en una subpoblación de solo pacientes infantiles con sibilancias precoces a los tres años. Esta es una población más cercana a la de nuestro interés, que serían los niños que acuden a consulta por sibilancias, por eso nos hemos basado en la evaluación de los resultados de dicho sub-análisis:

Seleccionando como punto de cohorte la existencia de ≥ 4 crisis en el último año evaluado a los dos ó tres años, es decir, la **categoría EFW del nuevo índice propuesto**, se observa una S: 55%, E: 74%, VPP: 36%, VPN: 86%, LR+:2,12 y LR- 0,61 (vs. IPA Estricto: S: 49% , E: 81%, VPP: 40%, VPN: 86%, LR+: 2,58 y LR- 0,63). Ambos índices obtienen un LR + insuficiente para confirmar el diagnóstico de asma. Esto supone que para la prevalencia del estudio, 32%: un 32,1% de la población será incorrectamente clasificado con el nuevo índice propuesto, 14,5% de los niños serán tratados de forma innecesaria con glucocorticoides inhalados (**FP**) y al 17,6% se les retrasará el inicio del tratamiento (**FN**). Para una prevalencia del 28% (estimada en nuestro contexto) habrá un 19% de FP y un 12,6% de FN.

Calidad moderada

El segundo de los estudios (78) pretende evaluar si la severidad de episodios de obstrucción de vías respiratorias (OVR) en los dos primeros años predice el asma a los diez años. Para ello propone un **índice o escala de riesgo basado en la frecuencia y persistencia de OVR y hospitalizaciones durante los dos primeros años** (Tabla b). Selecciona una muestra de casos y controles de una cohorte poblacional de nacimiento y realiza análisis mediante regresión logística ajustado por sexo, atopia familiar y dermatitis atópica, así como por sensibilización alérgica a los dos años.