

Comportamiento clínico-epidemiológico del asma bronquial en el área de un consejo popular. Clinical and epidemiologic behavior of bronchial asthma in the area of the popular council.

Miguel Yanes Delgado (1), Arturo López Vázquez (2), Nelson Cuéllar Sánchez (3)

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo para conocer el comportamiento clínico-epidemiológico del asma bronquial en el área del Consejo Popular Patria del municipio Morón, en el período comprendido entre el 1º de abril de 1997 al 31 de marzo de 1998. Los resultados fueron: La tasa de prevalencia puntual del asma bronquial fue 3,9%. Apareció con mayor frecuencia en el sexo femenino. El asma fue más frecuente en los menores de 15 años y en el grupo de edad comprendido entre 45 y 49 años para ambos sexos (12,3%). El mayor número de pacientes asmáticos procedían del área urbana. Fue más frecuente en los pacientes no fumadores. Los factores desencadenantes de las crisis que más refirieron los pacientes fueron los cambios de tiempo, así como la exposición al polvo y/o humedad. El mayor número de pacientes pertenecían al grado II de la clasificación de Kraepelin. Las crisis de asma fueron más frecuentes en el horario de la noche. El medicamento más utilizado en los tratamientos durante las crisis fue el Salbutamol. El mayor número de pacientes no usaban medicamentos para el tratamiento durante el período intercrisis.

Palabras clave: ASMA/PREVALENCIA; ASMA/CRISIS; ASMA/INTERCRISIS.

1. Médico. Especialista de Primer Grado en Medicina Interna.
2. Ingeniero Civil. Analista en Sistemas de Computación.
2. Médico. Residente en Medicina General Integral.

INTRODUCCION

El asma bronquial fue definida en 1962 por la American Thoracic Society como una afección caracterizada por una respuesta exagerada de la tráquea y los bronquios a diversos estímulos que se traducen por un estrechamiento difuso de las vías aéreas en relación con una contractura excesiva del músculo liso y una hipersecreción del moco, que es reversible espontáneamente o bajo el efecto de la terapéutica (1). Sin embargo, actualmente la mayoría de los autores coinciden en no aceptar la hiperreactividad como base fisiológica del asma y se inclinan a considerar la misma como un desorden inflamatorio crónico de las vías aéreas, lo cual ha provocado una revolución en el manejo terapéutico del paciente asmático (2).

En nuestro país, con la erradicación de la tuberculosis pulmonar, el asma ha pasado a ocupar el primer lugar entre las enfermedades crónicas que afectan el aparato respiratorio (3).

A pesar de los adelantos de las ciencias médicas, muchos estudios epidemiológicos refieren que el asma bronquial es la única enfermedad previsible donde la mortalidad y las hospitalizaciones han aumentado o permanecido constantes en todo el mundo, y Cuba no está ajena a esta situación (4).

El asma bronquial constituye hoy en día un importante problema de salud por el aumento significativo de su prevalencia y de su mortalidad. Por ello se impone la búsqueda de nuevos mecanismos fisiopatológicos que participan en la enfermedad, así como nuevas opciones de tratamiento (5).

El asma es una enfermedad de elevada prevalencia entre nuestra población. Estudios de la Comisión Nacional de Asma estiman ésta en el 4,8 x 100 000 habitantes en el quinquenio pasado (6). Es evidente que el asma constituye un gravísimo problema social y económico, así como un reto para el sistema de salud (7).

El municipio Morón se propone como objetivo para el año 2000 reducir la mortalidad por asma a 2,8 x 100 000 habitantes. Existen todas las condiciones objetivas y materiales para la aplicación de acciones de salud encaminadas al control efectivo de la enfermedad; tales acciones deben priorizarse justamente en el nivel primario, que es donde se define, en la mayoría de los casos, el destino del enfermo (7).

Las acciones deben basarse en el conocimiento de los factores de riesgo y de las estrategias terapéuticas y preventivas aceptadas por consenso nacional (7).

Basado en estos elementos se decide investigar el comportamiento clínico-epidemiológico del asma persiguiendo como objetivo final un mayor conocimiento de la enfermedad, así como un mejor manejo de los pacientes que permita alcanzar la meta propuesta para el año 2000.

OBJETIVOS

Objetivos generales

- Conocer el comportamiento clínico-epidemiológico del asma bronquial en el área del Consejo Popular Patria, perteneciente al Policlínico Sur del municipio Morón, en el período comprendido entre el 1º de abril de 1997 y el 31 de marzo de 1998.

Objetivos específicos

1. Conocer la prevalencia puntual del asma bronquial en la población a estudiar.

2. Distribuir los pacientes según:

- Sexo y edad.
- Hábito de fumar.
- 1. Determinar el comportamiento clínico del asma en cuanto a:
 - Factores desencadenantes de las crisis.
 - Número de crisis al año.
 - Horarios de mayor frecuencia de las crisis.
 - Medicamentos utilizados durante las crisis e intercrisis.

METODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo para conocer el comportamiento clínico-epidemiológico del asma bronquial en el área del Consejo Popular Patria, perteneciente al Policlínico Sur del municipio Morón, en el período comprendido entre el 1º de abril de 1997 y el 31 de marzo de 1998.

El universo de este trabajo estuvo constituido por todos los pacientes (235) residentes en el área en ese período con diagnóstico de asma bronquial, sin importar lugar donde fue realizado el diagnóstico. Se revisaron los diagnósticos de salud de los consultorios del médico de la familia de esa área, así como todas las historias clínicas familiares para conocer los pacientes dispensarizados como asmáticos, se visitaron los mismos en sus hogares y se les aplicó un cuestionario (Anexo).

La tasa de prevalencia de asma en el área fue calculada según la fórmula:

No. de casos nuevos de una enfermedad +

No. de

TASA DE casos antiguos

PREVALENCIA = $\frac{\text{No. de casos nuevos de una enfermedad} + \text{No. de casos antiguos}}{\text{Población total en el período}} \times 100$

PUNTUAL Población total en el período

Se distribuyeron los pacientes según sexo y edad, prevalencia y hábito de fumar para conocer los factores epidemiológicos del asma en esta población, y para analizar el comportamiento clínico se tuvieron en cuenta las siguientes variables:

- Factores desencadenantes de las crisis.
- Grado de asma bronquial según la clasificación de Kraepelin:
 - Grado I. Pacientes que presentan entre 1-5 crisis de asma al año sin haber estado ingresados.
 - Grado II. Pacientes que presentan entre 6-9 crisis de asma al año sin antecedentes de ingreso.
 - Grado III. Pacientes que han tenido 10 o más crisis en el último año o antecedentes asmáticos.
- Horario de mayor frecuencia de las crisis.
- Medicamentos utilizados más frecuentes durante las crisis e intercrisis.

Para la clasificación de los pacientes fumadores en leves, moderados y grandes fumadores, se tuvo en cuenta el número de cigarrillos promedio consumidos diariamente, adoptándose como patrones los siguientes valores:

Fumador leve: 1-5 cigarrillos diarios.

Fumador moderado: 6-15 cigarrillos diarios.

Gran fumador: 16 o más cigarrillos diarios.

La técnica de procesamiento de los datos fue manual, realizándose la revisión, validación y computación de los mismos. Como medida de resumen de la información obtenida se usó la proporción (%).

Los resultados se presentan a través de tablas, las cuales fueron realizadas para emitir las conclusiones.

Se redactó un informe final teniendo en cuenta la metodología establecida por el Departamento de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Avila.

ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

En la Tabla 1 observamos que la prevalencia puntual del asma bronquial fue de 3,9%. Es conocido que la prevalencia del asma reportada por diferentes estudios en el país oscila entre 8 y 10% de la población (15,18,19). Sin embargo, la cifra registrada por nosotros fue muy inferior a ésta y ligeramente superior a la reportada en otro estudio realizado en Cienfuegos (15), que arrojó cifras de prevalencia de 2,7%.

La Tabla 2 refleja que el asma fue más frecuente en el sexo femenino. El predominio por grupo de edad estuvo en el de 45-49 años para ambos sexos con un total de 29 pacientes que representan el 12,3%. A pesar que el número de pacientes asmáticos mayores de 15 años fue superior, el asma fue más frecuente en los niños, si tenemos en cuenta que la población de niños en el Consejo Popular era de 682 y que, de ellos, 53 eran asmáticos para un 7,7%, en comparación con los adultos, que de 5352 eran asmáticos 182, lo que representa el 3,4%. Estos resultados coinciden con los encontrados por otros autores (3,8,12,14) y difiere de otros que plantean que el asma es más frecuente en el sexo masculino con proporción 2:1 en los adultos (3-5,9).

En la Tabla 3 tenemos que el mayor número de pacientes (193) pertenecían al grupo de los no fumadores y que no existen diferencias en cuanto a la frecuencia del asma entre fumadores leves y grandes fumadores.

A pesar que el tabaquismo ha sido señalado en algunos estudios no sólo como irritante bronquial sino como agente capaz de producir en algunos individuos una hiperreactividad bronquial (15,17), en nuestra investigación el asma fue más frecuente en no fumadores, coincidiendo con lo planteado por otros autores (15) y pudiera estar en relación con la disminución del hábito de fumar en los asmáticos y en la población en general como respuesta a las acciones preventivas de salud realizadas por los médicos de la familia.

En la Tabla 4 se muestra que los factores desencadenantes de las crisis más frecuentemente referidos por los pacientes fueron los cambios de tiempo (44,2%) así como la exposición al polvo y/o humedad (36,3%).

Lo anterior coincide con otros autores que reconocen como muy importantes estos factores para desencadenar crisis de asma (11,13,15). Sin embargo, no coinciden con otros trabajos donde el keroseno es el fundamental desencadenante de crisis de asma (3,14,16).

La Tabla 5 refleja que la mayor cantidad de pacientes (96) pertenecían al grado II de la clasificación de Kraepelin.

Lo anterior no coincide con otro trabajo revisado (14) que plantea un predominio de pacientes asmáticos grado III, pero sí está acorde con lo encontrado por Alderete Oviedo AR en el área del Policlínico Norte de nuestro municipio en el año 1992.

En la Tabla 6 observamos que el horario de mayor frecuencia de presentación de las crisis de asma fue por la noche en el 55,3% de los casos.

En la Tabla 7 se tiene que el medicamento más utilizado en el tratamiento de las crisis de asma fue el Salbutamol.

En la Tabla 8 se aprecia que el mayor número de pacientes (85) no usaba tratamiento intercrisis y que el medicamento más utilizado era la Aminofilina; el Intal sólo lo usaba el 4,6% de los pacientes asmáticos.

Los resultados encontrados en esta tabla coinciden con los del trabajo realizado en el área norte del municipio (3) en cuanto a que la mayoría de los pacientes no usan tratamientos intercrisis, pero difieren

en cuanto al medicamento más utilizado, que en el nuestro fue la Aminofilina y en el otro fueron los esteroides.

CONCLUSIONES

1. La tasa de prevalencia puntual del asma bronquial fue de 3,9%.
2. El asma fue más frecuente en el sexo femenino (60,4%).
3. El asma fue más frecuente en los menores de 15 años.
4. El asma predominó en el grupo de edad de 45-49 años para ambos sexos (12,3%).
5. El asma fue más frecuente en los pacientes no fumadores.
6. Los factores desencadenantes de las crisis que más refirieron los pacientes fueron los cambios de tiempo, así como la exposición al polvo y/o humedad.
7. El mayor número de pacientes pertenecían al grado II de la clasificación de Kraepelin.
8. Las crisis de asma fueron más frecuentes en el horario de la noche.
9. El medicamento más utilizado para el tratamiento de las crisis de asma fue el Salbutamol.
10. El mayor número de pacientes no usaban medicamentos para el tratamiento durante el período intercrisis.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Roca Goderich R. Asma bronquial. Temas de Medicina Interna. 3ª ed. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación 1985:67-71.
2. Toirac Lamarque R, et al. Utilidad de la heparina como coadyuvante en el tratamiento del estado del mal asmático. Rev Cub Med 1994;33(3):133-7.
3. Alderete Oviedo AR. Estudio clínico epidemiológico del asma bronquial en el área de un consultorio del médico de la familia. Trabajo de terminación de residencia para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral 1992.
4. Toirac Lamarque R. Asma y heparina. Rev Cub Med 1996;35(3):169-75.
5. Rodríguez Vázquez JC. Furosemida y asma bronquial. Rev Cub Med 1996;35(1):44-8.
6. Zubizarreta Acevedo A, et al. El médico de la familia. Un paso de avance hacia el control del asma bronquial. Rev Cub Med Gen Integral 1991;7(2):112-7.
7. Carpeta metodológica del Ministerio de Salud Pública 1996.
8. Rodríguez de la Vega AA. Genética de las enfermedades atópicas. Rev Cub Med 1998;27(2):6-8.
9. Rodríguez Gonardo R. Asma. Rev Cub Med Gen Integral 1992;8(3):259-60.
10. Pérez M. Cronología de los medicamentos para el asma alérgica. Rev Cub Med Gen Integral 1985;32(2):37-9.
11. Peico Alfonso PP. Asma bronquial resistente a los esteroides. Rev Cub Med Gen Integral 1986;35(2):78-80.
12. Rodríguez Muñiz JM, Tomás Rivero O, de la Vega Elías LM. Drogas antiasmáticas y mortalidad. Rev Cub Med 1992;31(1):37-43.
13. Menes Suscheles A, et al. La mortalidad por asma bronquial en la provincia Ciudad de La Habana. Rev Cub Med 1987;26(10).
14. Sastre de la Peña G, et al. El estudio epidemiológico del asma bronquial en el policlínico docente 13 de marzo. Rev Cub Med Adm de Salud 1983;9.2.
15. Padrón Velázquez LM, Hernández Castillo ME, Espinosa Brito A. Caracterización del paciente asmático en la comunidad. Rev Cub Med Integral 1992;8(4):333-40.
16. Pride N. Smoking allergy and airways obstruction airvial of the duth. Hipodesis Clin Allergy 1986:3-6.
17. Agustín Vidal A. Influencia del tabaco sobre la hiperreactividad bronquial. En: Francisco Muñiz López, José María Calzada: Hiperreactividad bronquial. Barcelona, Sociedad Catalana de Alergias. Inmunología Clínica 1987;113-7.
18. Rigol Ricardo, et al. Medicina general integral 3. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas 1985;163:5-6.

19. Riera Martínez OL. Estudios de la prevalencia de asma bronquial en 3 áreas de salud de la provincia de Las Villas. Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Santa Clara 1985.

ANEXOS

Tabla 1. Tasa de prevalencia puntual de asma bronquial en la población del Consejo Popular Patria, perteneciente al Policlínico Sur del municipio Morón, en el período comprendido del 1º de abril de 1997 al 31 de marzo de 1998.

Número de casos nuevos con asma bronquial:	11
Número de casos antiguos con asma bronquial:	224
Población total en el período:	6034
Tasa de prevalencia puntual (%):	3,9

Fuente: Diagnósticos de Salud.

Tabla 2. Distribución de pacientes asmáticos según sexo y edad.

EDAD	SEXO				TOTAL	
	MASC.		FEM.		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
0-4	9	9,6	8	5,6	17	7,2
5-9	13	14,1	7	4,9	20	8,5
10-14	9	9,6	6	4,2	15	6,4
15-19	13	14,1	6	4,2	19	8,1
20-24	10	10,8	10	7,0	20	8,5
25-29	5	5,4	14	9,9	19	8,1
30-34	9	9,6	14	9,9	23	9,9
35-39	5	5,4	9	6,3	14	6,0
40-44	3	3,2	13	9,3	16	6,8
45-49	6	6,4	23	16,3	29	12,3
50-54	2	2,2	9	6,3	11	4,6
55-59	1	1,0	11	7,7	12	5,1
60 o más	8	8,6	12	8,4	20	8,5
TOTAL	93	39,6	142	60,4	235	100,0

Fuente: Encuestas.

Tabla 3. Distribución de pacientes asmáticos según hábito de fumar.

HABITO DE FUMAR	No.	%
Fumador leve	11	4,7
Fumador moderado	20	8,5
Gran fumador	11	4,7
No fumador	193	82,1
TOTAL	235	100,0

Tabla 4. Distribución de pacientes asmáticos según factores desencadenantes de las crisis de asma.

FACTORES DESENCADENANTES	No.	%
Cambios de tiempo	104	44,2
Polvo y/o humedad	85	36,3
Keroseno	26	11,0
Olores irritantes	16	6,8
Alimentos	4	1,7

Otros	0	0,0
TOTAL	235	100,0

Tabla 5. Distribución de pacientes asmáticos según grado de severidad del asma bronquial.

NUMERO DE CRISIS EN EL AÑO	No.	%
Grado I	84	35,7
Grado II	96	40,9
Grado III	55	23,4
TOTAL	235	100,0

Tabla 6. Distribución de pacientes asmáticos según horario de mayor frecuencia de las crisis

HORARIO DE MAYOR FRECUENCIA DE CRISIS	No.	%
Mañana	15	6,5
Tarde	25	10,6
Noche	130	55,3
Indistinto	65	27,6
TOTAL	235	100,0

Tabla 7. Distribución de pacientes asmáticos según tratamiento utilizado durante las crisis.

n = 235

TRATAMIENTO UTILIZADO DURANTE LA CRISIS	No.	%
Salbutamol spray	138	58,7
Aerosol de Salbutamol	178	75,7
Teofilina endovenosa	66	28,0
Epinefrina	48	20,4
Esteroides endovenoso	22	9,3
Medicina natural y tradicional	10	4,2
Otros	0	0,0

Tabla 8. Distribución de pacientes asmáticos según tratamiento intercrisis.

n = 235

TRATAMIENTO INTERCRISIS	No.	%
Spray de Salbutamol	37	15,7
Intal	11	4,6
Aminofilina (tabletas)	54	22,9
Antihistamínico	46	19,5
Maiko	7	2,9
Tederol	3	1,2
Antiasmín	4	1,7
Esteroides	29	12,3
Ketotifeno	36	15,3
Vacunas	0	0,0
Medicina tradicional	0	0,0
Ninguno	85	36,1