

Trabajo Original

Facultad de Ciencias Médicas Dr. Faustino Pérez Hernández Hospital Pediátrico Provincial Docente Camilo Cienfuegos. Sancti Spíritus

Aspectos Clínicos y Epidemiológicos del Asma Bronquial Severa Ingresados en UCIP (1995-2000).

Clinical and epidemiological aspects of severe bronchial asthma admitted in PICU (1995-2000).

Dr. Álvaro T. González Marín¹, Isabel C Iglesias Acosta², Dr. Manuel Castellón Mortera³, Dra. Lisett González Iglesias⁴, Est. Álvaro González Iglesiara⁵

Especialista de 2^{do} grado en Pediatría. Profesor Instructor. Sancti Spíritus. Cuba ¹
Especialista de 2^{do} grado en Laboratorio Clínico. Centro Provincial de Inmunología ²
Especialista de 2^{do} grado en Alergología. Profesor Auxiliar Medicina Interna ³
Médico Posgraduado Serv. Médicos MININT ⁴
Estudiante de 4to Año en Medicina FCMSS ⁵

RESUMEN

El asma bronquial es la más común de las afecciones crónicas entre adultos y niños en el mundo desarrollado y constituye un problema de salud de gran significación y trascendencia. Con el objetivo de determinar la frecuencia de ingresos por asma bronquial, identificar las edades de comienzo de la enfermedad, describir la importancia de los factores hereditarios, identificar los factores desencadenantes más frecuentes de dichas crisis y conocer los municipios de procedencia de los casos estudiados, se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo que abarcó a todos los pacientes ingresados por asma grave en la sala de terapia intensiva del Hospital Pediátrico de Sancti Spíritus entre el 1 de Enero de 1996 y el 31 de Diciembre del 2000, estando constituida la muestra por 32 personas. Los datos obtenidos de las historias clínicas mediante una encuesta confeccionada al efecto fueron vaciadas en cuadros aplicándose el método estadístico de análisis porcentual. El asma bronquial ocupó el 2,5% del total de casos ingresados, el comienzo de la enfermedad fue en los primeros meses de la vida, predominaron los pacientes con antecedentes familiares de atopia, las causas desencadenantes las infecciones respiratorias virales y cambios atmosféricos, los municipios de mayor población y los más industrializados son los que más casos aportaron (Sancti Spíritus y Fomento).

DeCS: ASMA / epidemiología

SUMMARY

Bronchial asthma is the most common of chronic diseases among adults and children in the developed world and is a health issue of great significance and importance. In order to determine the rate of admissions for asthma, identify the ages of onset of the disease, describe the importance of hereditary factors, identify the most common triggers such crises and to know the towns of origin of the cases studied, a retrospective descriptive study was conducted which

included all patients admitted for severe asthma in the intensive care unit of the Paediatric Hospital of Sancti Spiritus between January 1, 1996 and December 31, 2000, with the sample consisting of 32 people. The data obtained from medical records by a survey done for the purpose were plotted in charts, to apply the statistical method of percentage analysis. Bronchial asthma occupied 2.5% of the total of cases admitted. The onset of the disease was in the first months of life. The patients with a family history of atopy were predominant. The precipitating causes were viral respiratory infections and weather changes. The municipalities with a large population and the most industrialized ones contributed the greatest number of cases (Sancti Spiritus and Fomento).

MeSH: Asthma / epidemiology

INTRODUCCIÓN

Los cambios ocurridos en el estado de salud de la población cubana en las tres últimas décadas son una expresión de la alta prioridad y los esfuerzos realizados por la Revolución en la esfera social y en la transformación del nivel de vida cualitativo de los ciudadanos¹. Para lograr este objetivo se han trazado diferentes propósitos y directrices para mejorar el control de las llamadas enfermedades crónicas no transmisibles dentro de las cuales está el asma bronquial que constituye un problema de salud de gran significación y trascendencia por converger en ella múltiples disciplinas para un enfoque fisiopatológico, diagnóstico y terapéutico.

El asma bronquial ha sido considerada una afección muy frecuente; es la más común de las afecciones crónicas entre adultos y niños en el mundo desarrollado. Hoy se conoce que más del 5% de la población de las sociedades industrializadas sufren dicha enfermedad.

Los estudios realizados por los Drs. Rodríguez de la Vega y Rodríguez Gavaldá han reflejado una prevalencia de la enfermedad en la población cubana de 8,2% (8,5% en las áreas urbanas y 7,5% en las áreas rurales) observándose valores superiores a la media nacional en zonas marítimas e inferiores en zonas montañosas².

Esta enfermedad es la principal causa de ingreso hospitalario en Cuba, el costo económico y social que genera este padecimiento es considerable por la carga discapacitante asociada a los frecuentes episodios de descompensación³. La padecen todas las razas, estratos sociales y regiones del orbe; existen evidencias de una tendencia al incremento de su morbilidad y mortalidad en muchos países; el riesgo de morir en Cuba está en el rango de 2,2 por cada 100 000 habitantes, los principales factores de riesgo son la atopia familiar, la exposición a los alérgenos, infecciones respiratorias, dietas, contaminación del aire, factores psicológicos y sociales así como el tabaquismo; por tanto dichos pacientes son susceptibles de acciones preventivas que modifiquen sustancialmente su incidencia, prevalencia y pronósticos, repercutiendo positivamente sobre la calidad de vida del paciente así como de los que se encuentran en riesgo de enfermar por esta condición⁴.

Las definiciones de asma bronquial siguen variando mucho, en este trabajo se utilizó la del Grupo Nacional de Asma Bronquial de Cuba que la define "como una enfermedad crónica, inflamatoria de origen multifactorial que se caracteriza por hiperactividad bronquial; esta inflamación causa episodios recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica y tos, especialmente durante la noche. Estos síntomas se asocian habitualmente a un grado variable de obstrucción de las vías aéreas que es con frecuencia reversible ya sea de forma espontánea o mediante el tratamiento^{5,6,7}.

Han existido discrepancias en el diagnóstico por el uso de términos como bronquitis, enfermedad bronquial alérgica, niño sibilante para denominar lo que resulta ser Asma⁸; desde el punto de vista epidemiológico investigar sobre esta enfermedad tiene dificultades por un problema conocido a lo largo de los siglos y que tan certeramente comentó Chevalier Jackson " no todo lo que silba es

Asma “; aunque para el profesor Rodríguez Gavalda en pediatría “ casi todo lo que silba es asma mientras no se demuestre lo contrario”.

En Cuba el debut de la enfermedad ocurre a cualquier edad pero es de forma abrumadora más frecuente en los primeros 5 años de vida⁹ y dicha obstrucción es producida por la combinación de edema de la mucosa, aumento de la secreción de mucus y espasmo de la musculatura lisa^{10,11}.

En el cuadro patológico de la enfermedad se considera la inflamación de las vías aéreas como el fenómeno principal para dichos cambios , la respuesta inflamatoria moviliza y activa los mastocitos, neutrofilos, macrófagos, plaquetas y eosinófilos con la subsecuente liberación de mediadores químicos como la histamina, leucotrienos, prostaglandinas, tromboxanos y el factor activador plaquetario entre otros¹².

En la provincia de Sancti Spíritus fue diseñado 1993 el Programa Provincial para el control del niño asmático y en riesgo, con el objetivo de mejorar la calidad científica y humana de la atención dispensada a dichos pacientes, logrando la capacitación de varios médicos especialistas en medicina general integral y pediatras con el consiguiente respaldo de recursos medicamentosos, el resultado hasta la actualidad ha sido favorable por lo que motivó a realizar un estudio descriptivo de los pacientes ingresados en el UCIP con el diagnóstico de crisis aguda severa para posteriormente en un segundo tiempo compararlo con lo que sucedería en el primer quinquenio de este siglo, además existencia referencia que en otros hospitales de capitales provinciales el asma bronquial constituye un problema de salud y ocasiona gran número de ingresos en la sala de cuidados intensivos comparado con lo que ocurre en la provincia de Sancti Spíritus¹³, lo que motivó a los autores a que se propusieran determinar la frecuencia de ingresos por asma bronquial comparativamente con las otras patologías en el periodo analizado, identificar las edades de comienzo de la enfermedad en los pacientes objetos de estudio, describir la importancia de los factores hereditarios en los casos estudiados, identificar los factores desencadenantes mas frecuentes de dichas crisis en los pacientes estudiados y conocer los municipios de procedencia de los casos estudiados.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio retrospectivo, descriptivo que abarcó a todos los pacientes ingresados por asma grave en la sala de terapia intensiva del Hospital Pediátrico de Sancti Spíritus entre el 1 de Enero de 1996 y el 31 de Diciembre del 2000, estando constituida la muestra por 32 personas.

Se revisaron los archivos de la UCIP y las historias clínicas de dichos pacientes, los datos obtenidos por encuesta confeccionada al efecto fueron vaciadas en cuadros aplicándose el método estadístico de análisis porcentual.

RESULTADOS

En la tabla # 1 se aprecia que del total de los pacientes ingresados en UCIP en el período analizado el asma bronquial ocupó el 2,5% de dichos casos.

En la tabla # 2 se aprecian los casos estudiados según edad de comienzo de la enfermedad, observándose que un alto % de los mismos (62,50%) comienzan en los primeros meses de la vida.

La importancia de los factores hereditarios en el asma bronquial se aprecia en la tabla # 3 que el 78,12% tenían antecedentes familiares de atopia.

Las causas desencadenantes se exponen en la tabla # 4, siendo las infecciones respiratorias virales y los cambios atmosféricos.

En la tabla # 5 se aprecia la distribución de los casos objetos de estudio según municipios de procedencia donde los municipios de mayor población y los más industrializados son los que más casos aportaron.

DISCUSIÓN

El asma bronquial es una enfermedad cuya morbilidad y mortalidad aumentan a nivel mundial a lo que no escapa Cuba y la provincia de Sancti Spíritus, se atribuye el bajo ingreso de asmáticos en la UCIP al control y manejo de la enfermedad en el nivel primario y secundario de atención que pudieran resultar superior al de otras provincias. Muchos autores plantean que el asma es más rebelde cuanto más temprano comienza coincidiendo lo encontrado en este estudio donde el mayor porcentaje de ingresos se encontró en el grupo etéreo de 0 a 11 meses por ser este el más y de más difícil manejo.

La alergia es el factor predisponente más importante en el asma y se acostumbra a observar que entre los pacientes asmáticos es más frecuente la historia familiar de asma.

Están identificados algunos factores desencadenantes de las crisis entre las que se encuentran las infecciones respiratorias y los cambios atmosféricos, es bueno señalar también otros que a veces se pasan por alto como son el reflujo gastroesofágico y la inhalación pasiva del humo del tabaco. La literatura recoge que el asma es más frecuente en zonas urbanas, industrializadas, jugando la polución un rol importante similar fue lo encontrado al respecto en este estudio.

CONCLUSIONES

Los ingresos por crisis graves de asma fueron pocos frecuentes. En los casos estudiados la enfermedad comenzó en los primeros meses de la vida. Se demostró la importancia de los antecedentes familiares de atopia. Las infecciones respiratorias y los cambios atmosféricos fueron los factores desencadenantes más frecuentes de las crisis. Los municipios de procedencia que más casos aportaron fueron Sancti Spíritus y Fomento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Colectivo de autores. Programa Nacional de atención al Asmático. C. Habana.1999.
2. Rodríguez de la Vega y colab. Investigación sobre prevalencia y herencia del asma bronquial en San Antonio de los Baños. Rev. Cub. de Med. 1975; 14 : 3 –13.
3. MINSAP. Anuario estadístico 1980-1994.
4. Guidelines for the diagnosis and managment of Asthma. Public Health Service National Heart. Lung and Blood Institute. NIH publication No 97 .4051.July 1997.
5. Bristh Asthma Guidelines. Coordinating Commutte. British Guidelines on Asthma Management 1995. Re ad Position Statement Thorax 1997; 52 (Supp) 11-12.
6. Holgate ST. The inflammatory basic of Asthma and its implication for drug treatment, Clin. Exp Allergy 1996; 26 (Supp) 4; 1-4.
7. Artículo de Fondo. Avances en fisiopatología del Asma Bronquial. ILADIBA 1995. Jul–Ag. 713.
8. Rodríguez Gavalda. R. Comunicación personal. Hospital W. Soler. Ciudad Habana. Feb. 2001.
9. Anuario estadístico del MINSAP .1994-1999.
10. World Health Organization Broncodilators and other medications for the treatment of wheeze–associated illnes in young children. Prog. For the control of acute respiratory infections. Geneva who/ ARI : 1993: 1-19
11. Blanchard B. Respiratory Sincytial virus infections in children. Arch. Ped 1994. Aug: 1(8): 738-45.
12. Silverman M. management of Asthma a consensus statement Arch DisChildh 1989: 64 (3): 1073-1079.
13. González Marín A. Programa Provincial de atención al niño Asmático y en Riesgo en Sancti Spíritus.1993.

ANEXOS

TABLA # 1 Ingresos por Asma Bronquial en comparación con otras causas.

Años	No. Total Ingresos	No. De Ingresos Por Asma	% Del Total De Ingresos.
1996	277	9	3,24
1997	240	5	2,08
1998	236	3	1,27
1999	2,63	13	4,94
2000	216	2	0,92
TOTAL	1232	32	2,59

Fuente: Encuesta confeccionada por los autores.

TABLA # 2 Según edad de comienzo de la enfermedad.

Edad De Comienzo	No. De Pacientes	Por ciento
0-11 Meses	20	62,50
1-4 Anos	11	34,30
5-14 Anos	1	3,12
TOTAL	32	100,0

Fuente: Encuesta confeccionada por los autores.

TABLA # 3 Según sus antecedentes familiares de atopia.

Antecedentes	No. De Pacientes	Por ciento
Positivos	25	78,12
Negativos	7	21,88
Total	32	100.0

Fuente: Encuesta confeccionada por los autores.

TABLA # 4 Según principales factores desencadenantes.

Causas Desencadenantes	No. De Pacientes	Por ciento
I. Respiratoria	29	90,60
C. Atmosféricos	14	42,75
Otras	2	6,25

Fuente: Encuesta confeccionada por los autores.

TABLA # 5 Según municipios de procedencia.

Municipios	No. De Pacientes	Por ciento
Sancti Spíritus	18	56,25
Fomento	5	15,62
Cabaiguán	3	9,37
Yaguajay	3	9,37
Trinidad	1	3,12
Taguasco	1	3,12
Jatibonico	1	3,12
La Sierpe	-	-
Total	32	100,0

Fuente: Encuesta confeccionada por los autores.

ENCUESTA

Nombres y Apellidos: ----- HC.-----

Edad:----- Dirección: -----

1. Casos ingresados en UCIP.

1996 ----- No.de Asmáticos ----- % del Total.-----
 1997 ----- No.de Asmáticos ----- % del Total.-----
 1998 ----- No.de Asmáticos ----- % del Total.-----
 1999 ----- No.de Asmáticos ----- % del Total.-----
 2000 ----- No.de Asmáticos ----- % del Total.-----
 Total ----- No Total ----- % del Total -----

1. Edad de comienzo de la enfermedad.

----- 0 – 11 Meses
 ----- 1 – 4 Anos
 ----- 5 – 14 Anos

1. Según antecedentes familiares.

----- Positivos
 ----- Negativos
 ----- Desconoce

1. Factores desencadenantes.

----- Infecciones Respiratorias.
 ----- Cambios atmosféricos.
 ----- Otros.

1. Procedencia.

- S.S.
- Fomento
- Cabaiguán
- Yaguajay
- Trinidad
- Jatibonico
- Taguasco
- La Sierpe.