



Trabajo Original

Bronquiolitis aguda. Estudio clínico epidemiológico. (1997-1998).

Acute bronchiolitis. Clinical -epidemiological study. (1997-1998).

Dr. Álvaro Tomás González Marín¹, Dr. José Manuel Castellón Mortera²

1. Especialista de 2do grado en Alergología. Profesor Instructor. Hospital Pediátrico Docente. Sancti Spíritus. Cuba. Email: ajg@ssp.sld.cu
2. Especialista de 2do grado en Alergología. Profesor Auxiliar. Hospital Pediátrico Docente. Sancti Spíritus. Cuba.

RESUMEN

Se estudiaron 65 pacientes egresados, del servicio de respiratorio del Hospital Pediátrico Docente de Sancti Spíritus con el diagnóstico de bronquiolitis, donde se aprecia la edad, el sexo, evolución, estadía, tratamiento impuesto, síntomas prodrómicos, meses de presentación de la enfermedad, coincide con lo encontrado y descrito por otros autores. Se demostró que las condiciones higiénicas ambientales encontradas fueron desfavorables. No se demostró relación entre APF y APP de atopía y los casos objeto de estudio.

DeCS: BRONQUIOLITIS / epidemiología.

ABSTRACT

65 discharged patients, from the respiratory service of the Teaching Pediatric Hospital in Sancti Spíritus with the diagnosis of bronchiolitis, where it is appreciated the age, gender, evolution, hospital stay, given treatment, prodromal symptoms, months of the disease presentation, coincides with the found and written by other authors. It was demonstrated that the encountered environmental hygienic conditions were unfavorable. It was not demonstrated the relation between Family Medical History (FMH) and Personal Medical History (PMH) of atopy and the study object cases.

MeSH: BRONCHIOLITIS / epidemiology.

INTRODUCCIÓN

En el servicio de respiratorio del Hospital Pediátrico, observamos un alto número de niños que presentan cuadro de disnea y sibilancia, existiendo entre nosotros una interrogante de cuál sería la probabilidad que dichos episodios se repetirán¹.

Dentro de las causas comunes de sibilancia en el primer año de vida está la bronquiolitis¹. En la literatura revisada, se plantea que es el motivo de ingreso de 1 al 3 % de los casos de algunos países, siendo el virus Sincitial respiratorio el agente etiológico más frecuente en aquellos llamados en desarrollo. Su comienzo se caracteriza por fiebre, coriza, tos irritativa, polipnea, sibilancia y otros signos de atrapamiento agudo de aire³⁻⁵.

En la práctica médica resulta a veces difícil afirmar si un primer atrapamiento agudo de aire fue una bronquiolitis o una primera crisis de asma, aún se repitan las sibilancias, puesto desde hace décadas, los investigadores se han preguntado si será que los niños alérgicos son más susceptibles a la bronquiolitis, o si la primera crisis de asma fue desencadenada por una virosis⁷⁻⁹.

Estudios realizados en países desarrollados, han descrito la asociación de asma e infecciones respiratorias virales, causadas por rinovirus y virus sincitial respiratorio, parainfluenza y otros. No obstante también es reconocido que bacterias como el Mycoplasma neumonal, producen sibilancia pero prevalece el concepto de que la infección bacteriana es infrecuente como el elemento precipitador⁸.

En lo que sí concuerdan la mayor parte de los autores, es que las infecciones respiratorias agudas son las causas más comunes de sibilancia⁹ a las cuales se les reconoce un rol importante en la hiperreactividad de las vías aéreas y en el asma por la literatura médica actual¹⁰.

Por la relación existente entre bronquiolitis y asma bronquial decidimos realizar estudio descriptivo tratando de ver el comportamiento de las diferentes variables en los casos objeto de estudio para en una segunda fue saber que paso con estos casos objeto de estudio para de la primera crisis de disnea y sibilancia¹¹.

Como se sabe existen determinados factores predisponentes y/o desencadenantes de la crisis de asma por lo que trataríamos de identificar y realizar acciones concretas de salud en el orden de la prevención del asma bronquial en dichos pacientes afectados de bronquiolitis¹².

Se sabe que las condiciones de viviendas, la presencia de animales domésticos el hábito de fumar, las AAP y APF positivos de atopía, las infecciones son consideradas los principales factores de riesgo desarrollo de asma bronquial¹³.

Por todo lo anterior los autores se proponen conocer la relación de la enfermedad con la edad, sexo, APP y APF de atopía, condiciones de vivienda Identificar los principales síntomas prodrómicos, así como la estadía de los casos estudiados y conocer el tratamiento impuesto y la respuesta al mismo de los casos objetos de estudio.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza estudio descriptivo constituyendo el universo estudiado, 65 pacientes egresados del servicio de respiratorio del Hospital Pediátrico Docente de Sancti Spiritus, con el diagnóstico de bronquiolitis aguda y siendo seleccionados aplicando un listado de números aleatorios entre los meses de octubre 1997 y marzo 1998. Se revisaron las hojas de egresos de admisión así como las HC para seleccionar aquellos pacientes que cumplieran los requisitos siguientes:

- Edad mayor de 28 días y menor de 2 años.
- No contar con APP de cuadros previos de atrapamiento de aire.
- Vivir en la provincia de Sancti Spíritus.

El grupo objeto quedó constituido por 65 pacientes a los cuales se les aplicó encuesta confeccionada al efecto y los resultados obtenidos se llevaron a cuadros aplicando métodos estadísticos de análisis porcentual.

DISCUSIÓN

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el cuadro # 1 en que se expresa la relación entre los pacientes objeto de estudio y la edad de presentación de la enfermedad, las distribuciones se corresponderán con lo planteado en la literatura revisada en que se plantea que esta es más frecuente en los menores de 6 meses de edad. Revisando las encuestas se aprecia que la distribución por las que tal y como aparece recogido en la literatura de que no debe haber desequilibrio significativo, aunque en este caso hubo un ligero predominio del sexo masculino 35 sobre el sexo femenino 30 .

Cuadro Nro. 1. Pacientes según edad.

Edad de los pacientes	Nro. de pacientes	%
6 meses	37	56,9
6-12 meses	25	38,4
12 meses	3	4,7
Total	65	100,0

Fuente: encuesta confeccionada por los autores

En el cuadro # 2 se aprecia un predominio porcentual evidente de los niños con APP negativos de atopía, situación que según criterio del autor debe obedecer entre otras causas a la corta edad de dichos pacientes y a la no posible relación de dicho cuadro viral con la atopía.

Cuadro Nro. 2. Pacientes según APP de atopía.

APP	Número de pacientes	%
Si	11	16,9
No	54	83,1
Total	65	100,0

Fuente: encuesta confeccionada por los autores.

En el cuadro # 3 se puede observar que la mayoría de los pacientes objeto de estudio no tenía APF positivos de atopía, variable que para algunos autores tiene importancia en la posterior aparición de asma bronquial. Esta es una enfermedad viral que puede verse tanto en pacientes con antecedentes de atopía como sin antecedentes, se cree que esta distribución de casos pudiera ayudar en la no presentación posterior del cuadro de asma.

Cuadro Nro. 3. Pacientes según APF de atopía.

APF	Número de pacientes	%
Si	22	33,8
No	43	66,2
Total	65	100,0

Fuente: encuesta confeccionada por los autores.

En el cuadro # 4 se observan los síntomas prodrómicos que presentan los casos estudiados coincidiendo con lo planteado por la literatura siendo los principales a tos, la disnea y la obstrucción nasal. La respuesta de los pacientes al tratamiento impuesto se correspondió con los estudios revisados siendo en su inmensa mayoría buena (59) o regular (5) y solo 1 no evolucionó correctamente.

Cuadro Nro. 4. Pacientes atendiendo principales síntomas prodrómicos.

Síntomas	Pacientes	%
Tos	55	84,6
Disnea	51	78,4
Obstrucción nasal	50	76,9
Rinorrea	36	55,3
Fiebre	33	50,7
Otros	5	7,7

Fuente: encuesta confeccionada por los autores.

En el cuadro # 5 se observan los diferentes tratamientos impuestos a dichos pacientes que como se puede apreciar la gran mayoría fueron tratados con medidas generales y broncodilatadores llama la atención el alto número de casos en que se utilizaron los esteroides (34 de 65).

Respecto a la estadía, 59 pacientes (90,7 %) permanecieron hospitalizados menos de 10 días lo que se corresponde con la evolución natural de una afección viral y con la literatura revisada.

Al revisar las encuestas una situación totalmente opuesta a lo que recoge la literatura respecto al reingreso en que solo 15 de los 65 pacientes volvieron a ingresar, tal vez coincidiendo en lo planteado por algunos autores en que el reingreso sería una segunda crisis de asma bronquial.

Cuadro Nro. 5. Relación de pacientes según tipo de tratamiento impuesto.

Tratamiento impuesto	Número de pacientes	%
Medidas generales	65	100,0
Broncodiladores	60	92,3
Esteroides	34	52,3
Hidratación	4	6,1
Otros	4	6,1

Fuente: encuesta confeccionada por los autores

Sin lugar a dudas es extremadamente preocupante lo expuesto en el cuadro # 6 pues en el mismo quedó demostrado que la mayoría de los pacientes estuvieron o están expuestos a los principales factores desencadenantes de las crisis asmáticas tales como el polvo, la humedad, el hábito de fumar, los animales domésticos, entre otros.

Cuadro nro. 6. Pacientes estudiados y condiciones de vivienda.

Características de la vivienda	Número de pacientes	Porcentaje
Polvorienta	65	100,0
Húmeda	50	76,9
Fuman	54	83,0
Animales domésticos	45	69,2
Cocina kerosene	33	50,7
Industria cerca	10	15,4
Hacinamiento	7	10,0

CONCLUSIONES

La edad de presentación de la enfermedad, la evolución, la estadía, sexo, el tratamiento, los meses de presentación de las crisis y los síntomas prodrómicos coinciden con lo planteado por otros autores. Un alto porcentaje de casos tenían APP y APF negativos de atopía de los casos estudiados. La gran mayoría de los pacientes estudiados están expuestos a condiciones ambientales desfavorables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Panitch HB. Bronchiolitis in children. Clin Chest Med. 1993 Dec; 14(4):715-731.
2. Martinez L. Bronquiolitis en el lactante pequeño Arch Pediatr Urug. 1996 Abr; 67(1):53-60.
3. Rodriguez Nunez A. Infección por virus sincitial y síndrome de distress respiratorio tipo adulto en un lactante. Rev Esp Pediatr. 1995 Ene-feb; 51(301):39-41.
4. Giber A. Bronquiolitis en el lactante. Nuestra experiencia. Rev Esp Pediatr. 1994; 50(1):39-42.
5. Mattor S. Frecuencia de aparición del virus sincitial respiratorio en niños con sintomatología compatible con Bronquiolitis en 4 Hospitales pediátricos en Bogotá. Biomédica. 1993 Jul; 13(3):152-160.
6. Korppi M. Bronchial asthma and hyperreactivity after early childhood bronchiolitis or pneumonia. Arch Pediatr Adolesc. 1994; 148:1079-84.
7. MROZ BJ. Hemoptysis as the presenting symptom in bronchiolitis obliterans organizing pneumonia. Chest. 1997; 111:1775-1778.
8. Villa MP. Bronchiolitis in the history of the asthmatic child. J Asthma. 1992; 29(5):319-322.
9. Fitzgerald JE. Diffuse panbronchiolitis in the United States. Am J Respir Crit Care Med. 1996 Aug; 54(2pt 1):497-503.
10. Moyer UA. Predicting the course of bronchiolitis. Am J Dis Child. 1992 Jul; (71).
11. Kinkra L. Bronchial asthma after early childhood wheezing. A follow up until 4,5-6 years of age. Acta Pediatr. 1994; 83:744-748.
12. Spencer N. Deprivation and bronchiolitis. Arch Dis Child. 1996 Jan; 74 (1):50-52.
13. Cim P. The genetics of asthma and atopy. Allergy. 1995; 50:863-869.