

TRABAJOS ORIGINALES

Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología
Centro Colaborador de la OMS

COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD POR BRONQUITIS CRÓNICA. CUBA, 1980-1997

Dra. Patricia Varona Pérez, Dr. Enrique Molina Esquivel, Dr. Joaquín Hechavarría Miyares, Lic Vicente I. Prieto Díaz y Dra. Bárbara Taboada Fernández

RESUMEN

La bronquitis crónica es una afección cuya morbilidad y mortalidad, pueden ser prevenidas. Con el objetivo de determinar el comportamiento de la mortalidad en Cuba durante el período 1980-1997, se realizó un estudio descriptivo longitudinal, que incluyó a todos los fallecidos, cuya causa básica de muerte correspondiera al código 491 (9na. Clasificación Internacional de Enfermedades). Se consideraron las variables edad, sexo, provincia y área de residencia (urbana, rural), sitio de ocurrencia de la muerte, fecha de defunción y realización de necropsia. Se utilizaron como estadígrafos las proporciones, razones, tasas crudas y específicas por grupos de edad y sexo. La tasa de mortalidad promedio del período fue 2,1 x 100 000 habitantes, mostrando una tendencia decreciente. El riesgo de morir fue mayor en los hombres y resultó mayor en los de 75 años y más. Las áreas urbanas se asociaron a un mayor riesgo que las rurales. La provincia Guantánamo fue el territorio de mayor notificación, con una proporción de necropsias que superó la media nacional. Los meses de mayor registro de fallecidos fueron julio, agosto y septiembre, correspondiente a los más cálidos en Cuba. Se hace necesario profundizar en el comportamiento de la mortalidad en el nivel local, de forma diferenciada, lo que permitirá aplicar acciones de salud para su adecuado control y prevención.

Descriptor DeCS: BRONQUITIS/mortalidad; CUBA.

La bronquitis crónica integra el grupo de las afecciones pulmonares obstructivas crónicas (EPOC). De acuerdo con estudios epidemiológicos realizados,^{1,2} la prevalencia de EPOC en general está entre el 2,5 y 3,5 % de la población adulta, ascen-

diendo al 19 % en los mayores de 65 años, en los que corresponde el mayor número de casos a la bronquitis crónica.

Se ha referido que las estadísticas disponibles presentan dificultades que se derivan entre otras razones, de las diferentes

formas de recolectar la información, desacuerdo en las definiciones y falta de adecuada información para su identificación y diagnóstico como causa de muerte.³

Definida la bronquitis crónica, como hipersecreción bronquial crónica es un proceso frecuente que afecta entre el 10 y el 15 % de la población adulta, incrementándose a 40-60 % en los mayores de 40 años fumadores de más de 20 cigarrillos al día.¹

Se ha reportado que en España la bronquitis crónica, se sitúa en la cuarta causa de mortalidad, con una tasa de 33 por 100 000 habitantes, elevándose progresivamente en los grupos de edades más avanzadas (mayores de 75 años).⁴ En Estados Unidos, la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar se consideran después de las cardiopatías y las esquizofrenias, como una de las causas principales de incapacidad en individuos de edades más avanzadas.⁵

Según estadísticas en América Latina, entre 1990 y 1992, los países con mayor número de defunciones por esta entidad fueron México(8 297), Argentina(1 897), Colombia(1 788), Ecuador (1 489) y Chile(1 318). En todos los países, el rango de edad donde se observó la mayor cantidad de defunciones, fue el de mayor que 75 años, predominando el sexo masculino excepto en el Salvador y Nicaragua.⁶

En Cuba, se ha estudiado la problemática de la bronquitis crónica, enfisema y asma como grupo (rubro EPOC) y éstas se ubican entre las 10 primeras causas de mortalidad general, desde finales de la década del 60,^{7,8} mas la entidad privilegiada en su abordaje ha sido el asma, lo que justifica esfuerzos para realizar estudios que faciliten la aplicación de acciones de forma diferenciada en nuestro medio. Por la importancia que reviste la bronquitis crónica como problema de salud, incluidas las repercusiones económicas y sociales que de ella se derivan, unido a las posibilidades de ejercer acciones efectivas de prevención y control, nos proponemos describir el comportamiento de la mortalidad por esta causa,

según variables seleccionadas, durante el período 1980-1997.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal que incluyó a todos los fallecidos, cuya causa básica de muerte reflejada en el certificado de defunción fuera bronquitis crónica, atendiendo a la 9na. Clasificación de Enfermedades (código 491), durante el período de 1980-1997. En todos los casos, el certificado fue expedido por un médico y se tuvo en cuenta que la cobertura de la información no se encontrara afectada en alguna zona o área geográfica.

Las variables que se consideraron fueron: edad, sexo, provincia y área de residencia (urbana, rural), sitio de ocurrencia de la muerte, fecha de la defunción y realización de necropsia.

Los estadígrafos utilizados fueron, proporciones, razones, tasas crudas, específicas por grupos de edad y sexo.

RESULTADOS

Entre el total de casos fallecidos por EPOC en Cuba, en el período comprendido entre 1980-1997, 1 de cada 4 correspondió a bronquitis crónica, proporción que disminuyó a lo largo del período, de forma más evidente a partir de 1988 (fig. 1).

El riesgo promedio nacional de morir por bronquitis crónica fue de 2,1 x 100 000 habitantes, una variación porcentual del 28 % (1,8 en 1980; 1,3 en 1997) y una tendencia decreciente en los últimos 10 años. Fue en los años 1987-1988 en que se produjo la mayor variación: 111 %. Respecto a la razón de tasas por sexo masculino/femenino (fig. 2), ésta varió entre 1,1 (año 1986) y 1,9 (1992).

La tasa de mortalidad se incrementó con la edad y se destacó la magnitud del incremento del riesgo en los mayores de 75 años (fig. 3) que representaron el 63 % del total de muertes.

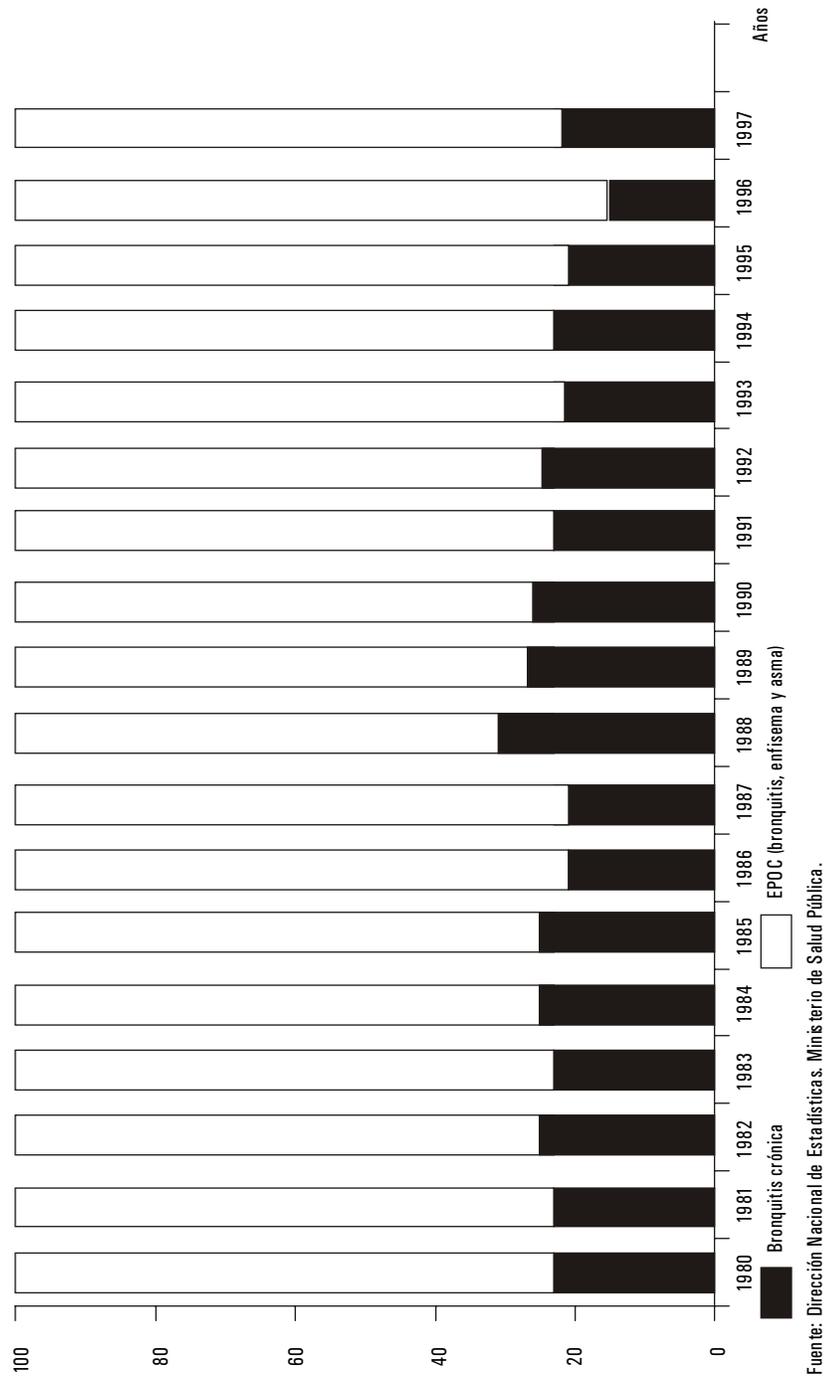
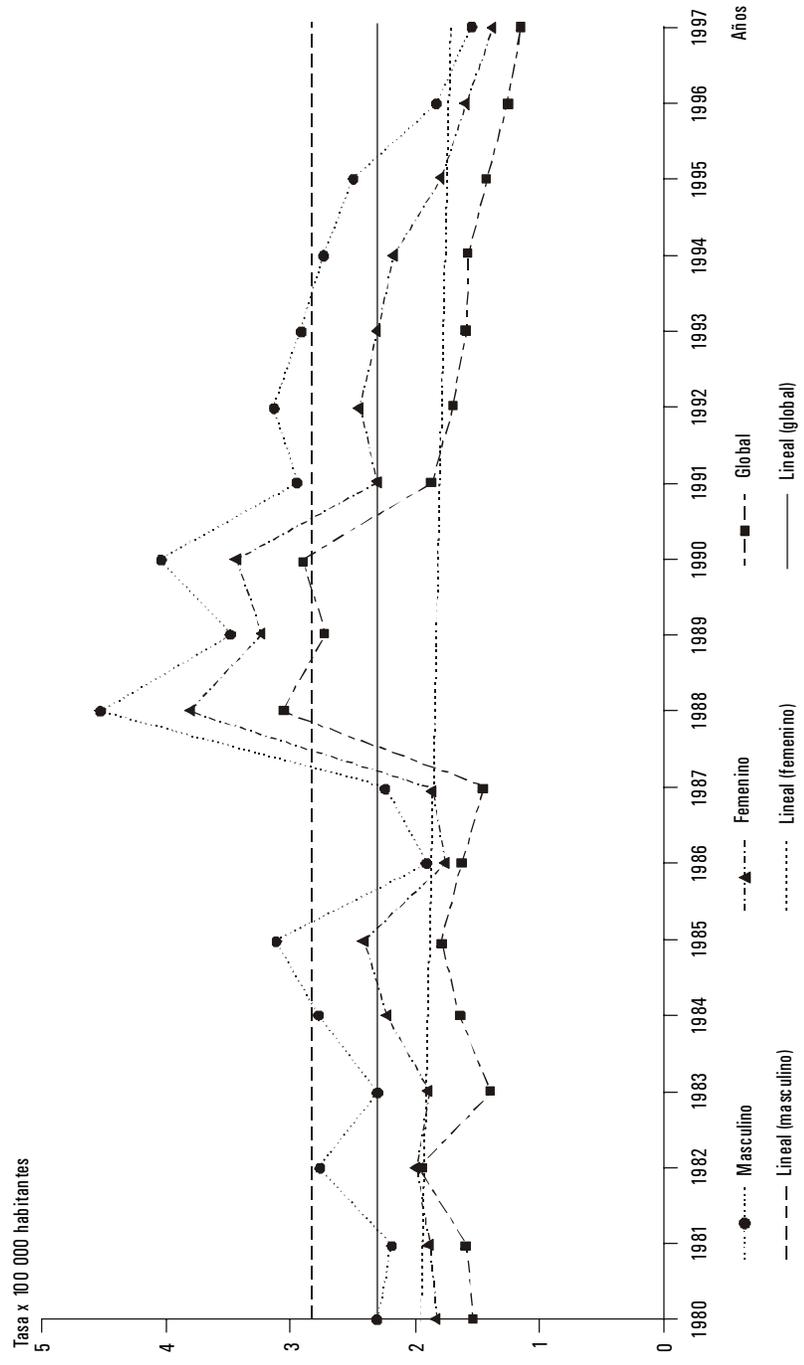
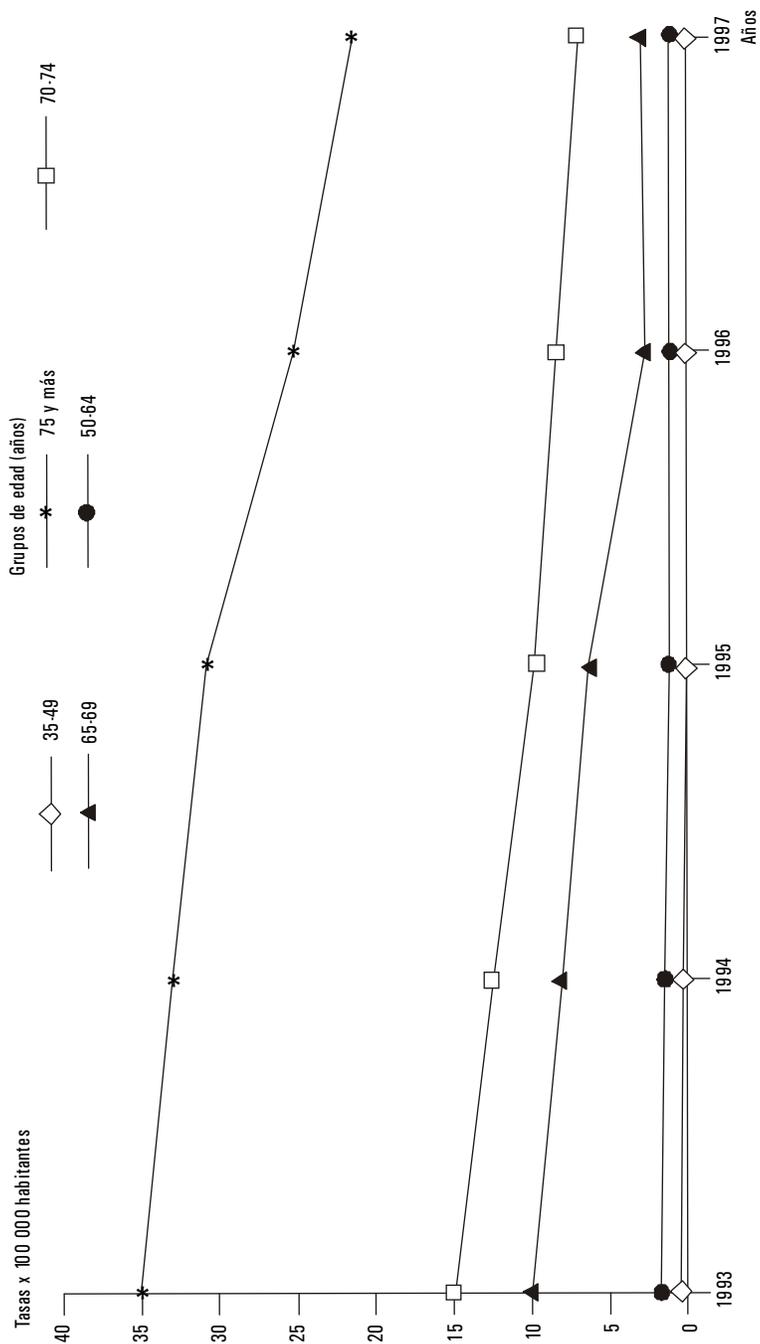


Fig. 1. *Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas. Mortalidad proporcional por bronquitis crónica. Cuba, 1980-1997.*



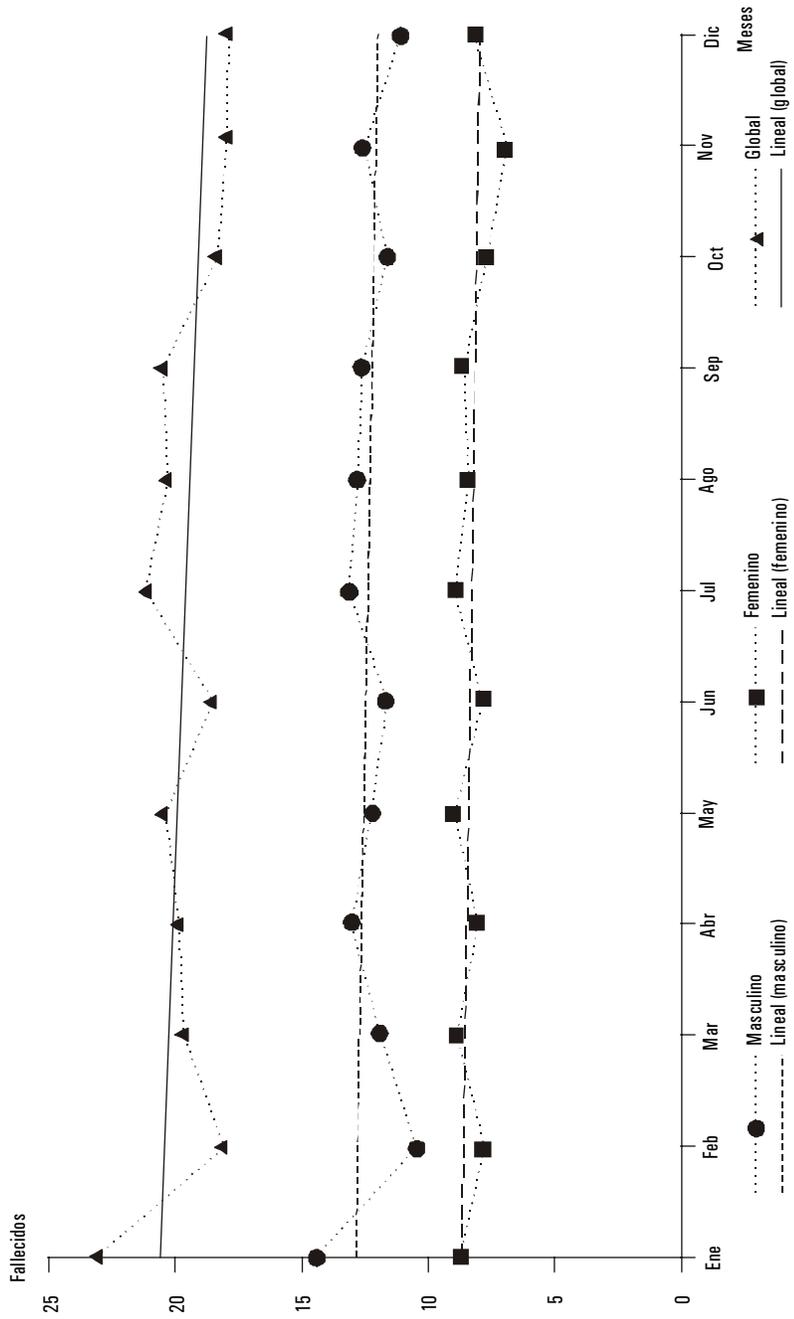
Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas. Ministerio de Salud Pública.

Fig. 2. Bronquitis crónica. Tasas anuales y tendencias de la mortalidad global y por sexo. Cuba, 1980-1997.



Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas. Ministerio de Salud Pública.

Fig. 3. Riesgos de morir por bronquitis crónica según grupos de edad. Cuba, 1993-1997.



Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas. Ministerio de Salud Pública.

Fig. 4. Promedios mensuales globales y por sexos de muertes por bronquitis crónica. Cuba, 1980-1994.

La proporción promedio de necropsias realizadas, durante el período 1990-1995, fue del 25 %, variando entre el 9 % (1990) y el 40 % (1993). En todos los años se realizaron más necropsias a hombres que a mujeres.

La mortalidad por provincias en el período 1993-1997, mostró que Guantánamo fue el territorio de mayor notificación de bronquitis crónica; y la proporción promedio de necropsias confirmada en ella fue del 36,2 %. En las áreas urbanas fue mayor el riesgo de morir por esta causa que en las rurales.

Otra de las variables descritas fue el sitio de ocurrencia de la muerte, que mostró que a partir del año 1989, aproximadamente el 30 % de ellas ocurrió fuera de una institución de salud.

Respecto a la mortalidad por meses los valores mínimos se observaron en diciembre y los máximos en enero, ubicándose por encima de la línea de tendencia los registros en los meses de mayo, julio, agosto y septiembre (fig. 4).

DISCUSIÓN

El riesgo de morir por esta afección en Cuba, se consideró bajo, si se tiene en cuenta que el principal factor de riesgo lo constituye el tabaquismo, cuya prevalencia ha sido históricamente elevada en la población de ambos sexos, de 17 años y más (mayor que el 37 %) durante todo el período analizado, según reportes anteriores de Encuestas Nacionales del Instituto Cubano de Investigaciones de Orientación de la Demanda Interna (1988 y 1990), incluida la Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Actividades preventivas de enfermedades crónicas no transmisibles (ENFR) realizada en el año 1995, a lo que se añade que tanto en las viviendas como

en los centros laborales, la exposición al humo de tabaco ambiental es alta y los efectos negativos sobre la salud, resultado de ambas exposiciones, activa y pasiva pueden ser similares,⁹ aun teniendo en cuenta la susceptibilidad individual, la edad, la predisposición genética y la historia de trastornos respiratorios como el asma¹⁰ entre otros factores.

Durante el período analizado no se produjeron cambios en los criterios diagnósticos de la enfermedad, ni en la clasificación internacional de enfermedades utilizada (9na. CIE), ni variaciones sustanciales en la población que expliquen el supuesto incremento notificado en los años 1988 y 1990, que se ubicó fuera del comportamiento esperado.

La baja proporción de necropsias realizadas entre los fallecidos por esta causa, según datos de la Dirección Nacional de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública de Cuba, no permite asegurar que las cifras sean completamente reales, y que otras muertes, aun causadas por bronquitis crónica se notifiquen con otros diagnósticos, como asma bronquial, principalmente en personas de edades avanzadas. Una situación similar ha sido reportada en Estados Unidos de Norteamérica durante el período 1960-1995.¹¹

Cabe señalar que durante el período, fue justamente la provincia de Guantánamo, la que superó la media nacional de necropsias realizadas y la que notificó mayor tasa de mortalidad.

Ha sido reportado en otras publicaciones,^{12,13} mayor riesgo de morir en los hombres a causa de mayor prevalencia de tabaquismo entre ellos y mayor exposición laboral, lo que concuerda con estudios realizados de prevalencia de síntomas en 8 zonas de la ciudad de La Habana.¹⁴

El comportamiento de la mortalidad según grupos de edad, resultó consecuente

con otros reportes¹⁵ y se explica por la presencia tanto de factores intrínsecos como el envejecimiento tisular, como de factores extrínsecos, entre los que se incluyen la exposición más prolongada a elementos exógenos.

Resultó contrastante encontrar las mayores tasas de mortalidad en las provincias con menor prevalencia de tabaquismo según la ENFR, sin que por ello pretendamos establecer relaciones causales, al tratarse de un proceso patológico con prolongado período de latencia.

La mayor proporción de muertes en áreas urbanas se ha asociado a la mayor prevalencia de tabaquismo activo y pasivo en éstas, así como a la mayor exposición a la contaminación atmosférica entre otros factores. Este exceso de riesgo de morir, ha sido también observado en no fumadores.¹⁶

Los registros de la mortalidad según meses, hace sospechar posibles retardos en las notificaciones a fines de año, las

que pasarían a computarse en el mes de enero.

Una vez excluido este mes, se aprecia un aumento de la mortalidad en los meses de julio, agosto y septiembre, correspondiente a los meses más cálidos en nuestro país,¹⁷ a diferencia de lo que ocurre en los países templados y fríos en los que durante los meses de otoño e invierno se elevan las muertes por bronquitis crónica, relacionado con la mayor frecuencia de infecciones respiratorias condicionadas por la mayor exposición a la contaminación biológica y química del aire en interiores.

Consideramos que aunque esta afectación tiene características comunes con otras como el enfisema pulmonar, muestra diferencias que la particularizan a escala local, lo que requiere profundizar en su estudio, en atención a la posibilidad de modificar su tendencia, fundamentalmente a través de la aplicación de acciones de salud que permitan su adecuado control y prevención.

SUMMARY

Chronic bronchitis is a disease which mortality and morbidity can be prevented. With the objective of determining the situation of mortality in Cuba from 1980-1997, a longitudinal descriptive study was performed, which covered all those deceased whose basic cause of death was included in Code 491 (Ninth International Classification of Diseases). Variables such as age, sex, province and area of residence (urban, rural), site of occurrence of death, date of death and necropsy were considered. Proportions, ratios, crude & specific rates by age groups and sex were used. The average mortality rate of this period was 2.1 x 100 000 population, showing a decreasing trend. The risk to death was higher in males, mainly in those aged 75 years and over. The urban areas were more linked to a high death risk than rural areas. Guantanamo province was the most affected territory with a necropsy rate exceeding the national average figure. The highest number of deaths occurred in July, August and September which are the warmest months in Cuba. It is required to go deeper into the situation of mortality at a local level, in a differentiated way, so as to put health actions into practice for adequate control and prevention.

Subject headings: BRONCHITIS/mortality; Cuba.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hodkin J. Chronic obstructive pulmonary disease. Clin Chest Medicine 1994;11:363-571.
2. ERS Consensus Statement. Optimal assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J 1995;8:1398-420.

3. Colle J. Chronic non-specific lung diseases (CNSLD) and asthma. epidemiology of diseases. Blackwell Scientific Publications 1982; ISBN 0-632-00686-2.
4. Sobredillo V. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica: Enfoque actual. En EPOC: perspectivas actuales. Editor: J Castillo. Madrid 1995;3-17.
5. Anthonisen NR. Hypoxemia and Oxygenotherapy in the COPD. Am Rev Respir Dis 1994;126:729.
6. OPS. Estadísticas de Salud en las Américas. Washington 1995.
7. MINSAP. Informe de Balance del MINSAP 1997. Marzo 1998. Cuba.
8. MINSAP. Anuario Estadístico 1997. Ciudad Habana. Cuba.
9. EPA (Environmental Politic Agency). Respiratory health effects of passive smoking: Lung cancer and other disorders. 600/6-90/006F. December 1992. Office of Health and Enviromental Assesment or Research and Development. U.S. Enviromental Protection Agency. Washington D.C.
10. Buist AS. Asthma as a risk factor for chronic airways disease. Chest 1989;96:314S-5S.
11. Guidotti TL, Jhangri G. Mortality from airways disorders in Alberta, 1927-1987: An expanding epidemic of COPD, but asthma shows little change. J Asthma 1994;31:277-90.
12. Guidotti TL. Trends in mortality from chronic obstructive pulmonary disease in Alberta; Back to the future? Can Resp J 1995;2:97-103.
13. Thom TJ. International comparisons in COPD mortality. Am Rev Resp Dis 1989;140:S27-34.
14. Molina E, Pita G, Monterrey P. Contaminación atmosférica, otros factores ambientales y morbilidad respiratoria en la tercera edad. En: Memorias XIV Congreso Interamericano de Ingeniería Sanitaria y Ambiental. Buenos Aires, 1994.
15. Guidotti TL. Mortality from airflow disorders in Alberta: Studies on asthma and chronic obstructive pulmonary disease. Alberta studies in Occupational Health, No. 18. Septiembre 1996.
16. Guidotti TL. Ambient air quality and human health: currents concepts. Part 2 Can Respir J 1996;3(1):29-39.
17. Instituto Cubano de Geodesia y Cartografía. Atlas climático de Cuba. La Habana: Instituto cubano de Geodesia y Cartografía; 1987.

Recibido: 1ro. de junio de 1999. Aprobado: 19 de julio de 1999.

Dra. *Patricia Varona Pérez*. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Infanta No. 1158 Ciudad de La Habana, Cuba. CP 10300.