

CARACTERIZACIÓN DEL ASMA BRONQUIAL EN UN ÁREA DE SALUD

María Eulalia Prieto Herrera,¹ y Ana Josefa Queipo Caballero²

RESUMEN: *Se realizó un estudio descriptivo, transversal para caracterizar el asma bronquial en 2 grupos básicos de trabajo del Policlínico Comunitario Este, del municipio Camagüey durante el año 1996. El universo estuvo constituido por 260 pacientes dispensarizados como asmáticos, y mediante diseño muestral se tomaron 99 pacientes de 6 consultorios. La encuesta recogió variables como: grado de severidad, antecedentes familiares y personales de enfermedad atópica, momento en que aparecen las crisis y factores ambientales. El 54,5 % de los asmáticos eran ligeros; 68,6 % de los pacientes reconoció padecer de enfermedades atópicas. Existió un alto porcentaje de factores ambientales (95,9 % de polvo, 78,7 % de animales domésticos, 74,7 % de humedad). Se concluyó que la mayoría de los pacientes tenían familiares con enfermedades atópicas, más de la mitad de los pacientes presentaban crisis de asma bronquial con los cambios de temperatura. El polvo hogareño fue el factor ambiental más importante en la investigación.*

Descriptores DeCS: **ASMA; VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA; POLVO; TEMPERATURA AMBIENTAL; FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS.**

Con el perfeccionamiento de nuestro sistema de salud y la aplicación de los distintos programas de prevención se ha detectado que los principales problemas de salud radican en las enfermedades crónicas no transmisibles, ocupando el asma bronquial un lugar importante. Las cifras de prevalencia del asma oscilan entre 8,3 y el 10 % en la población general.¹

El asma es una enfermedad inflamatoria pulmonar con obstrucción al flujo de aire

variable y reversible, pudiendo considerarse como hallazgos típicos: estrechamiento excesivo de las vías respiratorias en respuesta a una variedad de estímulos no relacionados, hiperreactividad bronquial, hipersecreción de las glándulas submucosas, marcada quimiotaxis con marcado infiltrado inflamatorio, daño microvascular y epitelial.²

Existen diversos factores causantes de asma bronquial como son: alergia, infección

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesora Instructora del ISCM "Carlos J. Finlay" de Camagüey.

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

nes, exposición industrial, ingestión de sustancias químicas o drogas, ejercicios, vasculitis y el asma idiopática o intrínseca.^{3,4}

Esta enfermedad tiene su repercusión social, debido a la repetición imprevista de cuadros paroxísticos y por los diferentes grados de invalidez transitoria que representan una pérdida en valores de producción por ausencias al trabajo o a los centros educacionales. Toda esta problemática nos motivó a realizar este trabajo con el fin de lograr un mejor conocimiento y control de esta enfermedad en el área de salud.¹

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, transversal para caracterizar el asma bronquial en 2 grupos básicos de trabajo del policlínico Comunitario Este del municipio Camagüey, durante el año 1996. Se tomó como universo 260 pacientes (de todas las edades) dispensarizados como asmáticos, de los consultorios pertenecientes a los grupos básicos de trabajo 1 y 2, realizándose a partir de allí el diseño muestral.

Para el cálculo de la muestra se utilizó el programa EPIDAT (herramientas para el diseño) con los siguientes parámetros: error de tipo 1: 0,05, confiabilidad: 95 %, prevalencia: 8 % y tamaño muestral: 99.

Para la selección de los consultorios y los sujetos se utilizó método bietápico escogiendo los consultorios 1, 7, 20, 33, 35 y 36. La fuente de obtención de datos fue la historia clínica familiar de los consultorios. La encuesta recogió variables como: grado de severidad, antecedentes familiares y personales de enfermedad atópica, momento en que aparecen las crisis, factores ambientales. Los datos se procesaron en una microcomputadora utilizando programa MICROSTAT para cargar fichero y realizar estadística descriptiva (frecuencia, porcentaje y probabilidad).

Resultados

Se pudo comprobar que el 54,5 % de los asmáticos se clasificaron como ligeros, 32,3 % como moderados y el 13,1 % severos (tabla 1).

TABLA 1. Distribución según severidad de la enfermedad

Severidad	Frecuencia	%
Ligera	54	54,5
Moderada	32	32,3
Severa	13	13,1
Total	99	100

Fuente: Encuesta.

El 68,6 % de los pacientes estudiados tenían historia de enfermedades atópicas, además 73 reconocieron tener familiares con asma bronquial o enfermedades atópicas (tablas 2 y 3).

TABLA 2. Antecedentes personales de enfermedades atópicas

Enfermedad atópica	Frecuencia	%
Sí	68	68,6
No	31	31,3
Total	99	100

Fuente: Encuesta.

TABLA 3. Antecedentes familiares de enfermedades atópicas

Enfermedad atópica	Frecuencia	%
Sí	73	73,7
No	12	12,1
Se desconoce	14	14,1
Total	99	100

Fuente: Encuesta. P < 0,05.

El 86,8 % de los pacientes refirió tener crisis de asma bronquial con los cambios de temperatura, 28 casos reconocieron que se exacerbaba su enfermedad cuando tenían infecciones respiratorias y el 11,1 % planteó que después de un ejercicio intenso presentaban síntomas respiratorios (tabla 4).

TABLA 4. Momento en que aparecen las crisis

Momento	Frecuencia	%
Después del ejercicio	11	11,1
Con la ingestión de alimentos	2	2
Cambios de temperatura	86	86,8
Cuando tiene infección respiratoria	28	28,2

Fuente: Encuesta.

Al analizar los factores en el hogar de los pacientes asmáticos se demostró que hubo un alto porcentaje de polvo (95,9 %), animales domésticos (78,7 %) y humedad (74,7 %) (tabla 5).

TABLA 5. Factores ambientales en el hogar

Factor ambiental	Frecuencia	%
Polvo	95	95,9
Humedad	74	74,7
Animales domésticos	78	78,7

Fuente: Encuesta. P < 0,05.

Discusión

Si el asmático es atópico, es posible que esté presente una concordancia familiar, mientras que los asmáticos no alérgicos tienen menos tendencia para la transmisión genética. *Schwartz* comparó los antecedentes familiares de 191 pacientes asmáticos con controles pareados y encontró un aumento significativo de la incidencia de aler-

gia en los miembros más cercanos de la familia de los pacientes asmáticos; además afirma que de los 40 millones de norteamericanos alérgicos un estimado de 8,9 millones padecen de asma bronquial.⁵

La literatura recoge ejemplos de pacientes que presentan exacerbaciones de su enfermedad con los cambios de temperatura o estación. Igualmente casi todos los pacientes con asma pueden experimentar un empeoramiento de los síntomas con las infecciones del tracto respiratorio, los niños muchas veces hacen su debut como consecuencia de una bronquiolitis, y algunos pacientes no presentan asma excepto cuando presentan infecciones concurrentes.^{5,6}

Liu y otros reportan 37 % de niños que desarrollan asma bronquial luego de haber experimentado en los primeros años de su vida infecciones del tracto respiratorio.⁷

Los ejercicios representan otro estímulo que provoca broncospasmo, es más común en los niños y adolescentes con enfermedades atópicas, generalmente comienza después que se han terminado los mismos; el problema tiene importancia clínica debido a que en ocasiones interfiere con las actividades escolares y de recreación, por lo que debe encaminarse el trabajo de la Enfermera y el Médico de la Familia hacia la orientación a los padres y a los adolescentes sobre la selección de deportes como la natación y el beisbol que reducen sus incapacidades, el uso de medicamentos de forma apropiada y el uso del acondicionamiento físico y del calentamiento para reducir al mínimo los ataques de asma.^{5,8}

Los asmáticos atópicos pueden desencadenar sus crisis al exponerse a alérgenos como el polen, polvo doméstico, caspa de animales, pluma de aves, esporas de moho, incluso a otros irritantes como el humo del tabaco.⁵ El polvo acumulado en habitaciones debe analizarse como una categoría especial, ya que es un mosaico antigénico donde su constituyente alérgico dominante está representado por los resi-

duos de ácaros contenidos de la familia Dermathophagoides; este polvo desempeña un papel importante en la sensibilización de las mucosas (conjuntiva ocular, mucosa de vías respiratorias) de los pacientes susceptibles de padecer una enfermedad alérgica.^{3,9,10}

Huss en su estudio realizado con niños asmáticos en Baltimore encuentra ele-

vado porcentaje de factores ambientales (53 % de polvo, pelo de gatos 34 %, 27 % de pelo de perro).¹¹

Se concluyó que la mayoría de los pacientes tenían familiares con enfermedades atópicas. El mayor porcentaje de los pacientes reconoció tener crisis de asma con los cambios de temperatura. El polvo hogareño fue el factor ambiental más importante en la investigación.

SUMMARY: *A descriptive cross-sectional study was conducted to characterize bronchial asthma in 2 basic working groups of the Eastern Community Polyclinic, in the municipality of Camagüey, during 1996. 260 patients classified as asthmatic participated in the study. 99 patients were selected from 6 physician's offices as a sample. Variables such as severity degree, family and personal history of atopic disease, moment in which the crisis appears and environmental factors were collected in the survey. 54.5% of the asthmatic patients were mild, whereas 68.6% recognized having atopic diseases. There was a high percentage of environmental factors (95.9% of dust, 78.7% of pets, 74.7% of humidity). It was concluded that most of the patients had relatives with atopic diseases and that more than 50% of the patients had crises of bronchial asthma caused by the temperature changes. Home dust was the most important environmental factor found in the research.*

Subject headings: **ASTHMA, EPIDEMIOLOGIC SURVEILLANCE; DUST; EPIDEMIOLOGIC FACTOR; TEMPERATURE.**

Referencias bibliográficas

1. Padrón L, Hernández ME, Espinosa A. Caracterización del paciente asmático en la comunidad. Rev Cubana Med Gen Integr 1992;8(4):333-40.
2. Álvarez R, Álvarez R, Fernández E, Peraza JL. Mediadores inflamatorios y asma bronquial. Rev Cubana Med Gen Integr 1995; 11(2):176-9.
3. Álvarez L. Profilaxis del asma bronquial y otras manifestaciones alérgicas por sustancias difundidas en el medio ambiente. Rev Cubana Med Gen Integr 1989;5(1):105-9.
4. Blumenthal M, Bousquet J, Burney P. Evidence for an increase in atopic disease and possible causes. Clin Exp Allergy 1993, 23:484-92.
5. Michael MD, Peyton A, Eggleston MD, Kenneth P, Mathews MD. Rinitis y asma II. Rev Cubana Med Gen Integr 1988;4(4):62- 97.
6. Hogg JC. Bronchiolitis in asthma and chronic obstructive pulmonary disease. Clin Chest Med 1993;14(4):733-40.
7. Liu WJ. Increase incidence of asthma and pulmonary dysfunction after severe lower respiratory tract infection in infancy. Acta Paediatr Sin 1994;23(6):347-8.
8. Obata T, Iikura Y. Comparison of bronchial reactivity to ultrasonically nebulized distilled water, exercise and methacoline challenge test in asthmatic children. Ann Allergy 1994;72(2):167-72.
9. González R, Carvajal D. Proyecciones y estrategias actuales en la búsqueda y desarrollo de nuevos medicamentos antiastmáticos y antialérgicos profilácticos. Rev Cubana Farm 1990;24(1):1-6.
10. Arlain LE, Berstein D, Berstein I. Prevalence of dust mites in the homes of asthmatics living in eight different geographical areas of the United States. J Allergy Clin Immunol 1992; 90:192-300.
11. Huss K. Home environmental risk factors in urban minority asthmatic children. Ann Allergy 1994;72(2):173-7.

Recibido: 3 de marzo del 2000. Aprobado: 20 de marzo del 2000.

Dra. María Eulalia Prieto Herrera. Dolores Betancourt # 304 e/Coronel Bringas y Sociedad Patriótica, Camagüey, Cuba.